

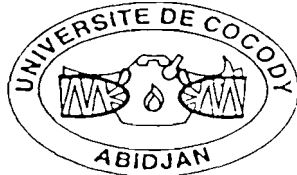
REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
ET DE L'INNOVATION TECHNOLOGIQUE

FACULTE DE MEDECINE

Année : 1996 -1997

N° :



Mémoire

Pour le Certificat d'Etudes Spéciales
de **CHIRURGIE PEDIATRIQUE**

**A PROPOS DE 4 ANNEES DE FORMATION AU
C.E.S. DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE
A ABIDJAN**

PAR DR DOUMBOUYA NAMAN
Docteur d'état en Médecine

Responsable du C.E.S. : Professeur ROUX Constant

Directeur de Mémoire : Pr Agr. da Silva - Anoma Sylvia

Présenté le 16 Dec. 1996

02/11/11

AVANT-PROPOS

Ce travail nous a été confié par notre Maître le Professeur ROUX CONSTANT, Directeur et fondateur du C.E.S. de Chirurgie Pédiatrique à la Faculté de Médecine d'Abidjan (Côte d'Ivoire) .
Nous faisons partie de la première promotion de ce C.E.S. (1992-1996) .

C'est la raison pour laquelle au terme de notre formation, notre Maître nous a demandé de réfléchir aux objectifs qu'il a lui même formulés, car " le mémoire c'est la mémoire du service" Constant Roux :

- Décrire notre expérience de cette formation en Chirurgie Pédiatrique,
- Proposer un modèle d'organisation de service de Chirurgie Pédiatrique,
- En dégager des perspectives .

Pour atteindre ces objectifs, nous proposons le plan suivant :

PLAN

INTRODUCTION	3
I - CADRE DE NOTRE FORMATION	6
II - RAPPORT DE STAGE : <i>NOTRE EXPERIENCE</i>	22
III - ANALYSE DES FAITS : <i>PROPOSITION DE MODELE D'ORGANISATION D'UN SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE</i>	39
IV - PERSPECTIVES	4
CONCLUSION	

INTRODUCTION

“Dire <<bonne arrivée>> à un enfant, ce n’est pas seulement le mettre au monde, c’est lui procurer dès sa conception toutes les chances de vivre en bonne santé et de s’épanouir . C’est aussi lui offrir une longue existence , heureuse et utile à sa famille et à son pays ” .

JOELLE NICOLAS

Bonne arrivée mon enfant

EDICEF - CEDA 1985

La multiplicité des affections chirurgicales spécifiques à l'enfant a imposé ces dernières décennies, une spécialité médicale qu'est la Chirurgie Pédiatrique. Elle est de nos jours encore très peu étendue dans nos contrées : la seule vraie école en Afrique de l'Ouest francophone est Abidjanaise .

Le souci de servir les enfants malades de la Guinée, où on ne compte que deux Chirurgiens-Pédiatres, a motivé notre engouement pour cette spécialité passionnante et à notre sens prioritaire dans un pays où le taux de la population infantile est élevé .

Le but de ce travail est triple :

- retracer notre expérience tant théorique que pratique pendant les 4 années de formation au Certificat de Spécialisation en Chirurgie Pédiatrique (CES),
- proposer un modèle d'organisation d'un service de Chirurgie Pédiatrique,
- et dégager les perspectives pour cette spécialité .

CADRE DE NOTRE FORMATION

“Les pays qui remettent à plus tard l’action en faveur
des enfants compromettent leur propre avenir”

JAMES P. GRANT

Directeur Général de l’UNICEF

Ce travail est rétrospectif et porte sur une période de 4 années universitaires (1992-1996) .

Il a porté essentiellement sur l'analyse de notre formation au CES de Chirurgie Pédiatrique .

Nous nous sommes servi du programme de cours théoriques et des compte - rendus opératoires témoignant du niveau de notre pratique chirurgicale .

A - CADRE

Le cadre de cette formation a été successivement :

□ - Le CHU de Yopougon à Abidjan (Cote d'Ivoire)



Photo n°1 : CHU de Yopougon

a - Le service de Chirurgie Pédiatrique

Il a une capacité de 60 lits et comporte deux unités d'hospitalisation de 30 lits chacune : une unité de Chirurgie Viscérale et une de Chirurgie Traumato-Orthopédique .

Ce service est aussi doté d'une salle opératoire au sein du bloc central et d'une unité de consultations externes .

Le service des urgences est commun à toutes les spécialités médico-chirurgicales excepté le service de Gynécologie-Obstétrique, autonome. Le bureau du chef de service est contigu à son secrétariat composé de deux secrétaires . Un bureau est affecté à chacun des 3 agrégés du service. les 2 assistants occupent un bureau ainsi que les 2 internes . Tous les médecins inscrits au C.E.S. partagent un autre bureau .

b - Le service de Neurochirurgie

Sa capacité est de 30 lits . Il possède une salle opératoire et une unité détachée pour les consultations externes .

**□ - Le Red Cross Children War Memorial Hospital à
Cape Town- RONDEBOSCH (Afrique du Sud)**

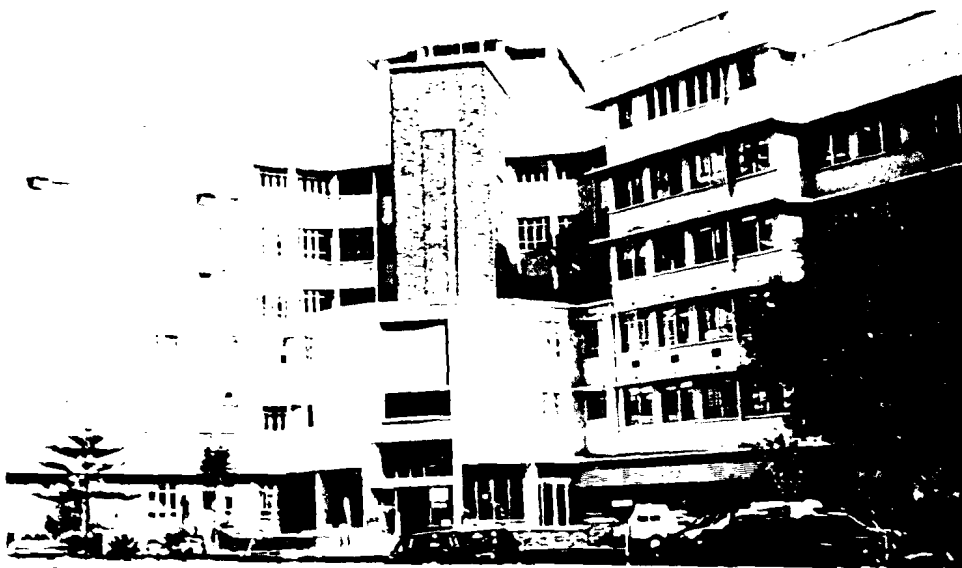


Photo n° 2 : Red Cross War Memorial Children Hospital
Rondebosch(RSA)

Le service de Chirurgie Pédiatrique Générale

Il bénéficie d'une capacité de 70 lits répartis entre 6 unités :

- . **une unité de** soins intensifs néonataux;
- . une unité de transplantation d'organes;
- . une unité de réanimation pédiatrique;
- . deux unités de pathologie générale;
- . une unité des brûlés.

Par ailleurs, un local réservé à la chirurgie expérimentale lui est aussi destiné .

8 unités sont annexées à la Chirurgie Générale Pédiatrique :

- . la Chirurgie Plastique;
- . la Chirurgie Cardiovasculaire;
- . la Neurochirurgie;
- . l'ORL;
- . l'Ophtalmologie;
- . la Traumatologie,
- . l'Urologie;
- . l'Oncologie.

Ce service partage avec les autres spécialités chirurgicales pré-citées :

- . un bloc opératoire de 4 salles;
- . une unité pour les consultations externes;
- . un service d'urgences .

Il faut noter que dans ce service, tous les dossiers médicaux sont informatisés .

La bibliothèque est située dans l'enceinte de l'hôpital . Elle est équipée d'un ordinateur, d'un photocopieur, de revues et livres médicaux facilitant les recherches documentaires . Le matériel audio-visuel est disponible pour les étudiants et médecins .

Les réunions scientifiques se tiennent dans une des deux salles équipées d'écrans, de projecteurs de diapositives et de rétroprojecteurs .

□ **Hôpital d'enfants du CHU Ibn Rochd à Casablanca (Maroc)**



Photo n°3 : Hôpital d'enfants du CHU Ibn Rochd
Casablanca (MAROC)

La Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique (CCIO) à l'Hôpital d'Enfants du CHU Ibn Rochd

Ce service est doté :

- de 132 lits répartis entre l'unité d'Orthopédie (40 lits) et l'unité de Chirurgie Viscérale (92 lits),
- d'un bloc opératoire de 4 salles dont une réservée uniquement aux affections orthopédiques,
- d'une unité destinée à la réanimation pédiatrique; elle comporte 10 lits dont une salle non septique de 7 lits et une salle septique de 3 lits.
- d'une unité réservée aux consultations et soins externes .

Une kinésithérapeute et une archiviste travaillent à plein temps dans le service .

Il faut signaler la présence des orthophonistes qui travaillent en collaboration avec les Chirurgiens-Pédiatres .

Les Pédiatres - Médicaux et les Chirurgiens - Pédiatres partagent le service des urgences .

B - METHODE DE FORMATION

Le C.E.S. de Chirurgie Pédiatrique a été créé durant l'année universitaire 1992 - 1993 .

Il a pour objectif la formation des Chirurgiens-Pédiatres de la sous région et d'ailleurs .

Les conditions indispensables à l'inscription sont les suivantes :

- être interne des hôpitaux ou assistant - chef de clinique ,
- ou être Docteur en Médecine et avoir un minimum de 2 années de pratique dans un service de Chirurgie Générale attestée par un chef de service hospitalo-universitaire,

- et être admis au probatoire de Chirurgie Pédiatrique.

Les cours sont dispensés par des Professeurs d'Université d'Afrique et d'Europe .

Après 3 années de formation pratique et théorique dans le service de Chirurgie Pédiatrique et de Neurochirurgie du C.H.U. de Yopougon, nous avons effectué 7 mois de stage à l'étranger dont 4 mois en Afrique du Sud, à Cape-Town (Rondebosch) et 3 mois au Maroc (Casablanca) pour la préparation du présent mémoire de fin de cycle .

A - C.H.U. DE YOPOUGON

1 - CHIRURGIE PEDIATRIQUE

1 - Organigramme

CHEF DE SERVICE : Pr ROUX Constant

Professeurs Agrégés : 3

Aguehoundé C.

da Silva-Anoma S.

Dick R.

Assistants - Chefs de cliniques : 2

Ouattara O.

Dieth A. G.

Assistants hospitaliers : 2

Keita A.

Melèdje O. B.

Coulibaly-Touré D.

Internes des hôpitaux :	2
Moh E. N.	
Kouamé B.	
Médecins inscrits au CES :	15 .
Parmi ces médecins, on peut compter 6 Ivoiriens, 3 Guinéens, 2 Centre-Africains, 2 Congolais, 1 Gabonais et 1 Libanais .	
Surveillant d'unité de soins :	1
Akéssé	
Instrumentiste :	1
Anzian	
Infirmiers :	18
- Unité d'Orthopédie :.....	8
Major : Kouassi	
- Unité de Chirurgie Viscérale :.....	8
Major : Mme Mian Lucie	
- Unité de Consultations Externes:.....	2
Major : Blé Maurice	
Aides soignantes :	14
- unité de Chirurgie Viscérale :.....	5
- unité d'Orthopédie :.....	7
Assistante sociale :	1
Mme Boni	
Secrétaires :	2
Ouffouet Laurence.	
Fofana Fatou.	

Il faut préciser que les infirmiers anesthésistes, les panseurs et les aides soignantes au bloc opératoire sont affectés dans les salles d'opération selon un programme conçu par le surveillant .

2 - Organisation du service

a - Hôpital

La visite matinale au chevet des malades est quotidienne à 7h30mn, dirigée par deux médecins et un infirmier de l'unité concernée .

Elle a pour but de suivre l'évolution de l'état de santé du malade hospitalisé et de faire le point avec l'infirmier de garde et celui qui reprend le service , des problèmes particuliers rencontrés la nuit .

Les malades au programme opératoire doivent aussi être préparés afin de descendre au bloc opératoire dès 8h .

Chaque matin, le Chef de Service reçoit dans son bureau l'infirmier de garde de chaque unité avec 4 cahiers:

- un cahier de visite et contre-visite
- un cahier de transmission IDE
- un cahier de pharmacie
- et un cahier des entrées pour vérification et suivi .

Des médecins désignés par le chef de service effectuent la contre - visite à partir de 16h30 dans chaque unité .

La grande visite, obligatoire pour tout l'effectif du service, a lieu tous les samedis matins, elle est dirigée par le Chef de Service .

Tous les patients hospitalisés dans les 2 unités sont vus . Les dossiers sont disposés au lit du malade, leur contenu c'est-à-dire l'observation et les examens complémentaires, est analysé .

Cette visite a aussi un caractère d'enseignement .

Le mode de recrutement des malades passe par 3 voies :

- la consultation, qui a lieu du lundi au vendredi .

Elle est assurée par les Agrégés et Assistants selon un planning conçu par le Chef de Service .

Les soins externes (pansements, plâtres ...) sont effectués parallèlement à ces séances de consultations dans une salle contiguë. La consultation du Pr Roux C. ayant un caractère d'enseignement, est obligatoire pour tous les médecins inscrits au C.E.S., elle a lieu chaque mercredi après-midi .

Les malades proviennent de la ville d'Abidjan, de ses faubourgs, ou de l'intérieur du pays .

La consultation préanesthésique du jeudi après-midi, permet au médecin anesthésiste de sélectionner les malades aptes à subir l'intervention chirurgicale et de corriger les anomalies existantes afin de minimiser les risques opératoires .

- la garde qui est assurée par les internes et les médecins inscrits au C.E.S. sous la supervision de l'assistant, de l'agrégé d'astreinte et dans certains cas du Chef de Service joignables par téléphone .

- le transfert de malades d'un service à un autre : les malades proviennent des services de Pédiatrie Médicale, d'Hématologie Clinique et plus rarement du service de Gynécologie - Obstétrique, voire d'autres pays limitrophes .

Le bloc opératoire fonctionne de concert avec la buanderie, la stérilisation, la pharmacie et l'administration hospitalière. Il est dirigé par un surveillant .

Le service de maintenance veille sur l'entretien du matériel des différentes unités en accord avec le surveillant d'unité ou les majors .

b - Enseignement pratique

L'encadrement tant théorique que pratique des médecins inscrits au C.E.S est une priorité du service .

Cet enseignement pratique a pour support les éléments suivants :

- les matinées opératoires .

Elles commencent vers 8H30mn, et bien souvent plus tard, à cause de la lourdeur dans l'administration du bloc opératoire que partagent 4 spécialités chirurgicales .

Le programme opératoire est établi chaque vendredi après-midi par le Chef de Service dans son bureau et en présence des médecins du service . Au cours de cette séance, une pratique de l'anglais médical a lieu par la lecture et la traduction simultanées des textes et des diapositives de la seconde édition du "Pediatric Orthopedic" (slides atlas of pediatric physical diagnosis de W. Timothy Ward, MD) .

- un staff avec revue de bibliographie .

Il a lieu chaque lundi après - midi dans le bureau du Chef de Service .

- la grande visite précitée .

- la consultation du Chef de Service .

2 - NEUROCHIRURGIE

1- Organigramme

CHEF DE SERVICE: Pr. Agr. Ba Zézé Vincent

Professeur Agrégé :1

Dechambénoit G.

Assistants - Chef de clinique :.....2

Bony R.V.

Kakou M.

Internes des hôpitaux :.....	2
N'drin O.	
Broualé	
Médecins inscrits au C.E.S. :.....	2
Médecin anesthésiste :.....	1
Ubunzida	
Instrumentiste :.....	1
Tuo	
SUS :.....	1
Djédji	
Infirmiers :.....	10
Secrétaire :.....	1
Bialé C.	
Assistante sociale :.....	1
Mme N'goran	

2 - Organisation du service

Comme dans le service de Chirurgie Pédiatrique, le recrutement se fait à partir:

- de la consultation externe qui est assurée par les Agrégés et les médecins du service du lundi au vendredi.
- du service des Urgences d'où l'interne entre en contact avec un assistant de Neurochirurgie pour les modalités de transfert.
- des autres services médico-chirurgicaux et de la réanimation.

Les visites et contre-visites sont quotidiennes et assurées par une équipe de médecins et d'infirmiers du service.

La grande visite a lieu le vendredi matin, elle est dirigée par le Chef de Service accompagné de tout le personnel médical et paramédical.

Le programme opératoire a lieu après la grande visite vendredi après - midi.

B - RED CROSS CHILDREN HOSPITAL - CAPE TOWN Rondebosch (RSA)

CHIRURGIE GENERALE

1 - Organigramme

CHEF DE SERVICE : Pr Sid Cywes

Professeurs Agrégés:.....2

Millar A.

Rode H.

Maîtres assistants:.....2

Brown R.

Bass DH.

Assistants :.....2

Sidler D.

Powel S.

Internes :.....3

Médecins vacataires :.....2

Médecins en spécialisation de Chirurgie :.....1

Infirmières :.....21

Secrétaire:.....1

Mrs Thomson

Assistante sociale:.....1

Albertine

2 - Organisation du service

Ce service fonctionne selon le calendrier suivant :

Lundi

8h30mn-12h Hôpital du jour

10h -11h Réunion des “ consultants ” *

11h -12h Discussion sur la prise en charge des malades hospitalisés

13h -17h Activités du bloc opératoire

Mardi

8h -9h Réunion des cliniciens

9h -10h30mn Réunions successives des Urologues, Cancérologues et Radiologues

10h -12h Activités du bloc opératoire

12h -13h Staff Radio - Clinique

Mercredi

8h -9h Visite dans l'unité des brûlés

9h -17h Activités du bloc opératoire

Jeudi

8h -9h Revue de bibliographie

9h -16h Hôpital de jour

9h -10h Réunion de recherche

11h -13h Grande visite

13h -17h Activités de bloc opératoire

Vendredi

8h - 9h “ Grand round” **

9h -17h Activités du bloc opératoire

* maitre - assistant

** Table ronde

Il faut noter que les après-midis à partir de 16h, ont lieu les contre-visites.

Les infirmières comme les médecins assistent à la plupart des réunions médicales scientifiques ou administratives.

C - HÔPITAL D'ENFANTS CH IBN ROCHD (Casablanca - Maroc)

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE (CCIO)

1 - Organigramme du service

CHEF DE SERVICE : Pr. HARROUCHI Abderahim

Professeurs Agrégés :.....	4
Ferrhi	
EL Andaloussi	
Merrini	
Lazrak	
Assistants:.....	2
Sbaï	
Yacoubi	
Internes des hôpitaux :.....	3
Médecins inscrits en spécialisation :.....	3
Fatemi	
Jarmoni	
Nième	
Surveillants d'unité :.....	3
Infirmières dans les pavillons :.....	10
Infirmières du bloc :.....	6

2 - Organisation du service

Les malades sont recrutés à partir de :

- la consultation: elle a lieu selon un planning hebdomadaire et est effectuée par les Professeurs et les Assistants. Les internes et les médecins inscrits au C.E.S. ne s'occupent que des soins externes.

- le service de Pédiatrie Médicale et le service des Urgences drainent les malades vers la Chirurgie Pédiatrique.

Les visites et contre - visites au lit du malade sont quotidiennes et assurées par une équipe formée de médecins et d'infirmiers.

La grande visite a lieu lundi à 14h. Elle est dirigée par le Chef de Service en compagnie de tous les médecins et infirmiers du service.

Les staff ont lieu chaque vendredi après-midis à partir de 15H. Ils comportent une revue de la bibliographie et une présentation de cas cliniques.

Différents thèmes ont été discutés :

- 1 - Tumeur maligne de l'ovaire (révélée par une altération de l'état général et une ascite hémorragique à la ponction abdominale)
- 2 - Epidermolyse bulleuse au stade de complications avec une sténose oesophagienne et une syndactylie des deux mains. Abstention thérapeutique au risque d'aggraver les lésions initiales.
- 3 - Atrésie duodénale de diagnostic tardif au 4ème jour de la naissance
- 4 - Reflux vésico-urétéral (méga-uretère)
- 5 - Ostéite vertébrale (L1-L2) avec les manifestations neurologiques: paraparésie et hyperréflexie.

- 6 - Péricardite hémorragique de diagnostic peropératoire
- 7 - Atrésie duodénale et trisomie 21
- 8 - Genu varum (rachitisme vitamino-dépendant)
- 9 - Constipation de l'enfant: exposé sur les différentes étiologies
- 10 - Abscès périanal
- 11 - Urétérocèle
- 12 - Prolapsus rectal de l'enfant

Le programme opératoire

Après la grande visite de lundi, a lieu le programme opératoire qui commence à 15H. Le planning des malades à opérer est établi pour toute la semaine qui suit.

Après ce programme, sont passés en revue les cas cliniques de la Chirurgie Pédiatrique et de la Pédiatrie Médicale qui posent un problème diagnostique ou thérapeutique.

Les cours de spécialisation sont programmés chaque semaine.

Le dernier volet de cette réunion est consacré à la révision de toutes les complications enregistrées dans le service durant la semaine écoulée; une attitude est adoptée pour les éviter.

Les cours de spécialisation

Nous avons assisté à deux cours :

- 1 - Boiterie de l'enfant
- 2 - Splénomégalie chirurgicale

Ils sont préparés et dispensés par les médecins en spécialisation supervisés par les Agrégés. La participation à ces cours est obligatoire pour tous les médecins inscrits en spécialisation.

Le fichage des dossiers

Une séance de fichage est systématique chaque semaine, avant de ranger les dossiers des malades hospitalisés; elle est faite en collaboration avec l'archiviste du service. Pendant ces séances , les diagnostics erronés sont rectifiés et un code est affecté à chaque dossier.

RAPPORT DE STAGE :

NOTRE EXPERIENCE

“Savoir pour sauver.

Le défi de la communication”

Peter Adamson

UNICEF-OMS-UNESCO

Edition P&LA

Après avoir décrit le cadre de notre formation, nous analysons les modalités de notre formation théorique et pratique.

A - LE SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU DE YOPOUGON

Il est le point d'attache de notre formation; nous y avons passé les 3 premières années de notre cycle.

1 - ENSEIGNEMENT THEORIQUE DISPENSE

Après avoir validé l'examen probatoire du CES, nous nous sommes inscrits en première année.

1ère ANNEE

a - Programme d'enseignement (24 semaines : 240 heures)

<u>1ère semaine</u> Ehouman A.: 6h	<u>2ème semaine</u> N'guessan G.: 4h Ehouman A.: 2h
<u>3ème semaine</u> N'guessan G.: 4h Dechambénoit G.: 2h	<u>4ème semaine</u> Keita C.: 2h Kouassi B. : 2h Roux Huguette:2h
<u>5ème semaine</u> N'guessan G. : 6h	<u>6ème semaine</u> N'guessan G.: 6h
<u>7ème semaine</u> N'guessan G.: 2h Roux+Aguehounde: 2h Roux+Da Silva-A.: 2h	<u>8ème semaine</u> Keita K.: 6h
<u>9ème semaine</u> Coffi S.: 4h Kanga D.: 2h	<u>10ème semaine</u> Sangare A.: 4h Echimane : 2h
<u>11ème semaine</u> Bogui P.: 2h Akéssé K.:1h(SUS) Bony B. 1h(Major) Mian L.:1h(Major) Kouassi Y.:1h(Major)	<u>12ème semaine</u> Bissagnéné : 2h Sangare A.: 2h Gadebgeku S.: 2h
<u>13ème semaine</u> Aguéhoundé C. : 6h	<u>14ème semaine</u> Roux C. : 6h
<u>15ème semaine</u> da Silva-A. : 6h	<u>16ème semaine</u> da Silva_A.: 4h Keita Kader :2h
<u>17ème semaine</u> Dechambenoit G.: 2h Ouegnin G.: 2h Coffi S.: 2h	<u>18ème semaine</u> Kanga D.: 4h Sangare A.: 2h
<u>19ème semaine</u> Echimane : 6h	<u>20ème semaine</u> Gadebgeku S.: 4h Kouassi B.: 2h
<u>21ème semaine</u> (Néant)	<u>22ème semaine</u> N'guessan G.: 2h Roux C.: 2h Aguéhoundé : 2h

23ème semaine N'guessan G.: 2h

Roux C.: 2h

da Silva -A.: 2h

24ème semaine Roux C.: 2h

da Silva-A.: 2h

Aguéhoundé C.: 2h

b - Enseignement reçu

EMBRYOLOGIE

Pr. Ehouman A. (CÔTE D'IVOIRE)

Malformations congénitales et leurs causes

Origine et histogénèse des fibres musculaires striées

Mode de formation des articulations

Anomalies congénitales des os

Système artériel

Anomalies du système artériel

ANATOMIE

Pr. N'guessan G. (CÔTE D'IVOIRE)

Embryologie du système uro-génital

Pr. Roux C. (CÔTE D'IVOIRE)

Anatomie des membres

PHYSIOLOGIE ET EXPLORATION FONCTIONNELLE

Pr. Agr. Bogui P. (CÔTE D'IVOIRE)

Evaluation de la fonction respiratoire en Chirurgie Pédiatrique

Evaluation des échanges alvéolo-capillaires

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Pr. Agr. Roux H. (CÔTE D'IVOIRE)

Embryologie de l'oreille

Embryologie du massif facial

OPHTALMOLOGIE

Pr. Keita F. (CÔTE D'IVOIRE)

Embryologie de l'oeil

BACTERIOLOGIE

Pr. Dosso M. (CÔTE D'IVOIRE)

Intérêt des analyses microbiologiques dans la pratique
quotidienne en Chirurgie Pédiatrique

ONCOLOGIE

Pr. Echimane K. A. (CÔTE D'IVOIRE)

Relation entre Cancérologues et Chirurgiens Pédiatres

Maladie de Burkitt à localisation maxillo-faciale

Néphroblastome

Neuroblastome

Sarcome embryonnaire

Ostéosarcome

Tumeur cérébrale

PEDIATRIE MEDICALE

Pr Timité A. (CÔTE D'IVOIRE)

Relation entre Chirurgiens-Pédiatres et Pédiatres

Infections urinaires de l'enfant

SURVEILLANTS UNITES DE SOINS ET MAJORS

Mr Akéssé K. (SUS)

Mr Kouassi Y. (Major)

Mme Mian L. (Major)

Relation entre surveillants d'unité de soins et Chirurgiens
Pédiatres

NEONATOLOGIE

Pr Kanga D. : (CÔTE D'IVOIRE)

Relation entre Chirurgiens Pédiatres et Néonatalogistes

NEUROCHIRURGIE

Pr Agr. Dechambenoit G. (CÔTE D'IVOIRE)

Traumatisme crânien chez l'enfant
Hypertention intracrânienne

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

Pr.Agr. Aguéhoundé C. (CÔTE D'IVOIRE)

Canal inguinal chez le nourrisson : relation avec le péritoine
Les migrations testiculaires
Technique opératoire : kyste du cordon, ectopie testiculaire
et torsion du testicule
Voies d'abord du membre inférieur
Hernie inguinale, hernie de l'ovaire

Pr. Agr. da Silva-Anoma (CÔTE D'IVOIRE)

Voies d'abord de l'abdomen
Sténose hypertrophique du pylore
Invagination intestinale aiguë du nourrisson

Pr. Agr. Baldé I. (GUINEE)

Urgences orthopédiques
Généralités sur les fractures de l'enfant
Ostéochondrite primitive de hanche (OPH)
Epiphysiolyse de la tête fémorale
Ostéomyélite aiguë de l'enfant

Pr. Robert M. (FRANCE)

Malformations de la paroi abdominale
Malformations ano-rectales (MAR)
Occlusions néo-natales (ONN)
Atrésie de l'oesophage
Péritonite méconiale
Entérocolite ulcéronécrosante
Hernie inguinale étranglée
Myéloméningocèle

Pr. Roux C. (CÔTE D'IVOIRE)

Embryologie: de la fécondation au bourgeon tridermique
Anomalies de la paroi abdominale antérieure :
Hernie ombilicale, Omphalocèle, Laparoschisis,
Persistance du canal omphalo-mésentérique,
Processus allantoïdien

RADIOLOGIE

Pr. Keita A. K. (CÔTE D'IVOIRE)

Radiopédiatrie conventionnelle
Imagerie des urgences digestives
Malformations ano-rectales (MAR)
Tumeurs osseuses

HEMATOLOGIE

Pr. Sangare A. (CÔTE D'IVOIRE)

Hémogramme

Anémie

Hémostase

UROLOGIE

Pr. Agr. Ouegnin G. A. (CÔTE D'IVOIRE)

Scrotum aigu

Traumatologie des organes génitaux externes

Traumatologie des voies urinaires supérieures du rein

Traumatologie de la vessie

MALADIES INFECTIEUSES

Pr. Bissagnéné (CÔTE D'IVOIRE)

Antibiothérapie et infections chez l'enfant

CARDIOLOGIE

Pr. Kanga M. (CÔTE D'IVOIRE)

Les urgences Pédiatriques en Chirurgie Cardio-vasculaire

Les pathologies des obstacles

Les hyperdébits

OPHTALMOLOGIE

Pr. Agr. Keita C. T (CÔTE D'IVOIRE)

Embryologie de l'oeil

CHIRURGIE PLASTIQUE

Pr. Agr. Assé N. H. (CÔTE D'IVOIRE)

Urgences de Chirurgie Plastique

- Brûlures

-Traumatismes de la main

GYNECO-OBSTETRIQUE

Pr. Agr. Koné M. (CÔTE D'IVOIRE)

Conduite à tenir lors de la découverte d'une malformation
congénitale à l'échographie anténatale2ème ANNEEa - Programme d'enseignement: 24 semaines (240 heures)1ère semaine Roux C. : 6h2ème semaine Aguéhoundé C.: 6h3ème semaine Baldé I.: 6h4ème semaine Aguéhoundé C.: 6h5ème semaine Roux C. : 6h6ème semaine Tekou H. : 4h

Daoud S. : 2h

7ème semaine M'bumbe-King : 6h8ème semaine M'bumbe-King : 6h9ème semaine da Silva-A. : 6h10ème semaine da Silva_A. : 6h11ème semaine Keita K.: 6h12ème semaine Mobiot L. : 6h13ème semaine Daoud S. : 6h14ème semaine Kanga M.: 6h15ème semaine Keita C.: 6h16ème semaine Kouassi B.: 6h17ème semaine Tekou H. : 6h18ème semaine centre de Bonoua19ème semaine Mobiot L.: 6h20ème semaine Yandza T. : 4h

Koné M.: 2h

21ème semaine Galifer : 6h22ème semaine Galifer : 6h23ème semaine Robert M.: 6h24ème semaine Echimane : 6h

b - Enseignement reçu

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

Pr Roux C. (CÔTE D'IVOIRE)

Cartilage de croissance

- généralités
- évolution du traumatisme

Pied bot varus équin

Pied plat valgus

Maladies osseuses des membres chez l'enfant

Maladie de Madelung

Synostose congénitale radio-cubitale

Main bote radiale

Pr Robert M. (FRANCE)

Les états d'intersexe

Technique de génitoplastie

Les appendicites chez l'enfant

Les péritonites appendiculaires

L'atrésie de l'oesophage

Contusion abdominale

Pr M'BUMBE -KING (GABON)

Occlusions néo-natales

Technique chirurgicale : maladie de Hirschsprung

Dr Yandza T. (FRANCE)

Malformations des voies biliaires

Hypertension portale

Hernie hiatale

Pr Agr. da Silva-Anoma (CÔTE D'IVOIRE)

Douleurs abdominales

Voies d'abord des membres

Pr Agr Aguéhoundé C. (CÔTE D'IVOIRE)

Maladie d'Osgood -Schlater

Complications vasculo-nerveuses des fractures
supracondyliennes

Syndrome de Volkmann

Fractures :

des 2 os de l'avant bras

de l'épitrôchlée

de la diaphyse fémorale

du genou

de jambe

de la cheville

Pr Agr Tekou H. (TOGO)

Techniques et indications de confection de plâtre

Maladie de Blount

Pied creux

Métatarsus adductus

Pied plat

Genu valgum

Genu varum

Maladie de Scheuermann

Scoliose

Pr Agr. Baldé I. (GUINÉE)

Hernie hiatale

Atrésie de l'oesophage

CARDIOLOGIE

Pr Kanga M. (CÔTE D'IVOIRE)

Persistance du canal artériel

GYNECO-OBSTETRIQUE

Pr Agr. Koné M. (CÔTE D'IVOIRE)

Urgences pédiatriques en obstétrique

- lésions traumatiques

- Malformations congénitales

Diagnostic anténatal des malformations foetales

ANESTHESIE-REANIMATION

Dr Brouh Y. (CÔTE D'IVOIRE)

Conditions d'anesthésie, de réanimation et de surveillance
en Chirurgie Pédiatrique

Arrêt cardio-vasculaire

Pneumopathie après inhalation du liquide gastrique.

3ème ANNEE

a -Programme de l'enseignement: 24 semaines (240 heures)

<u>1ère semaine</u>	Daoud S.: 6h	<u>2ème semaine</u>	Daoud S.: 6h
<u>3ème semaine</u>	Robert M.: 6h	<u>4ème semaine</u>	Robert M.: 6h
<u>5ème semaine</u>	da Silva-A.: 6h	<u>6ème semaine</u>	da Silva-A.: 6h
<u>7ème semaine</u>	Baldé I.: 6h	<u>8ème semaine</u>	M'bumbe -King : 6h
<u>9ème semaine</u>	Revillon : 6h	<u>10ème semaine</u>	Galifer : 6h
<u>11ème semaine</u>	Ba Zeze V. : 6h	<u>12ème semaine</u>	Ba Zeze V.: 6h
<u>13ème semaine</u>	Robert M.: 4h	<u>14ème semaine</u>	Robert M.: 4h
	M'bumbe-King : 2h		Roux C. : 2h
<u>15ème semaine</u>	Aguehoude C.: 6h	<u>16ème semaine</u>	Maléombho J.P.: 6h
<u>17ème semaine</u>	Daoud S.: 6h	<u>18ème semaine</u>	Bensahel H.: 6h
<u>19ème semaine</u>	Bensahel H.: 6h	<u>20ème semaine</u>	Bracq : 6h
<u>21ème semaine</u>	Bracq : 6h	<u>22ème semaine</u>	Mobiot L. : 6h
<u>23ème semaine</u>	Roux C.: 2h	<u>24ème semaine</u>	Roux C.: 2h
	da Silva-A.: 2h		da Silva-A.: 2h
	Aguéhoundé C.: 2h		Aguéhoundé C.: 2h

b- Enseignement reçu

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

Pr Roux C.

Paralysie obstétricale du plexus brachial

Polyomyélite antérieure aigüe

Infirmité motrice d'origine cérébrale

Pr Agr. Aguéhoundé C.

Fistules et kystes congénitaux de la face

Kystes du canal thyroéoglosse

Pr Agr. da Silva-Anoma

Lithiase urinaire de l'enfant

Pr Robert M.

Anatomie de l'hypospadias

Fente labio-palatine

Syndrome de la jonction pyélo-urétérale

Pr Daoud S. (FRANCE)

Découplement des voies urinaires supérieures

Epiphysiolyse de la tête fémorale

Ostéochondrite primitive de la hanche (OPH)

Pr Agr. Balde I.

Luxation congénitale de la hanche (LCH)

Téatome sacro-coccygien (TSC)

CHIRURGIE ESTHETIQUE

Dr Maléonono J. P. (CÔTE D'IVOIRE)

Syndactylies

Angiomes

2 - ACTIVITES CHIRURGICALES

Pendant les 3 années de pratique hospitalière , nous avons assisté à 349 interventions chirurgicales, 173 fois nous avons été aide opératoire en premier et 176 fois opérateur principal .

Les techniques opératoires simples ou ayant des particularités ont été décrites dans un cahier de compte-rendu personnel et illustrées par des schémas.

Par exemple:

Le 25 octobre 1995

FRACTURE DE L'EPITROCHLEE

Ouat. H. 12 ans , sexe masculin

Chirurgiens: Dr Doumbouya
Dr Bingono

Anesthésistes : Dr Brouh Yapo
Mr Brito

Indication opératoire

Elève de 12 ans, droitier ayant fait une chute sur son coude droit au cours d'un jeu dans la cour de l'école. Il est admis 10 heures après son accident au service des Urgences.

L'examen initial radio-clinique a mis en évidence une luxation du coude droit.

L'analyse radiographique après réduction de la luxation a révélé une rupture de la ligne de Shenton témoignant d'une fracture de l'épitrôchlée type III de la classification de Rigault-Lagrange.

Indication d'une réduction chirurgicale en urgence.

Protocole opératoire

Sous anesthésie générale avec intubation endotrachéale.

Malade en décubitus dorsal, garrot (bande d'Esmarch) à la racine du bras droit sur jersey stérile.

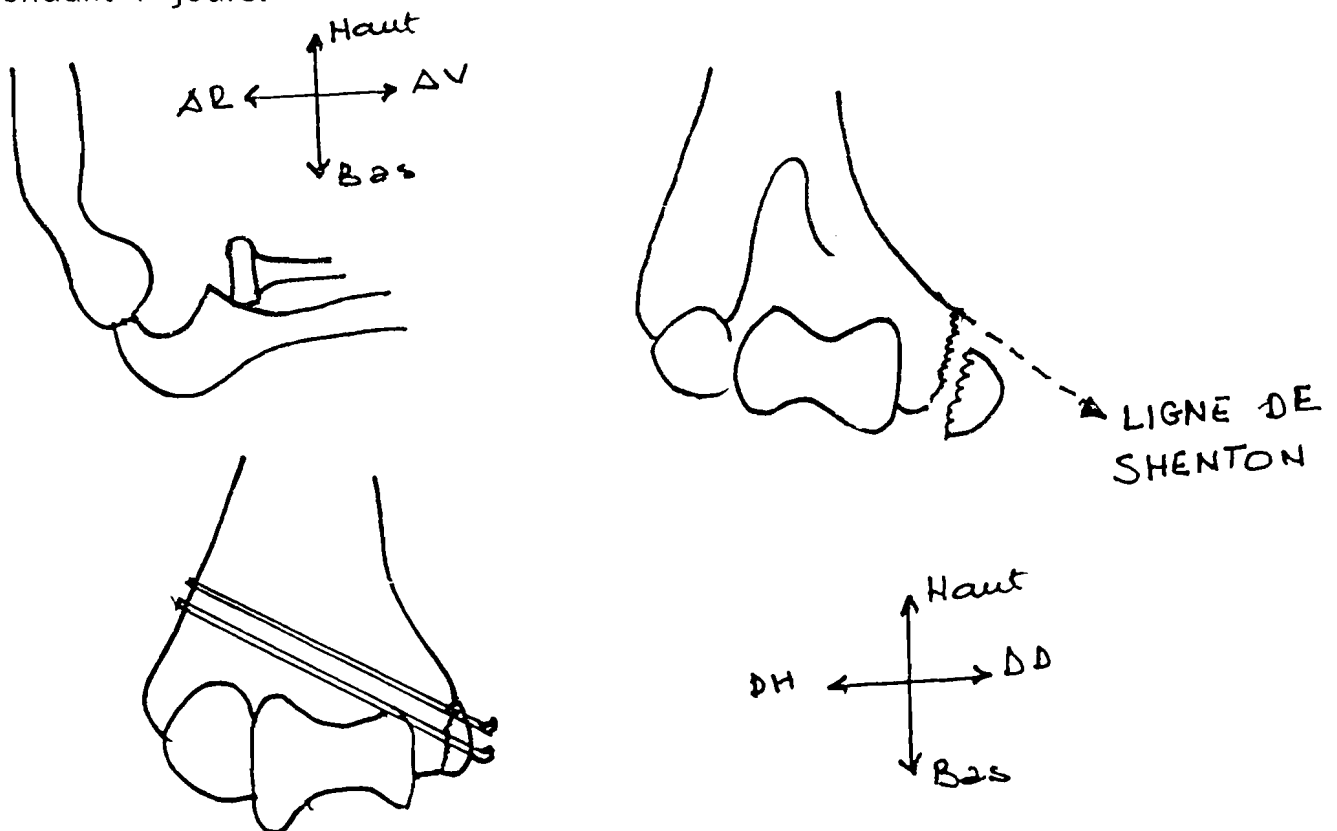
Incision à la face interne du coude droit, dissection minutieuse du nerf cubital que nous isolons sur un lacs.

Ouverture du périoste et vidange de l'hématome périarticulaire.

Réduction du noyau épitrochléen et fixation à l'aide de deux broches de Kirschner 1/15ème orientées parallèlement de bas en haut et de dedans en dehors prenant la corticale opposée.

Fermeture sur un drain de Redon aspiratif. Fermeture sous cutanée au catgut 3/0 et surjet intradermique au ligadex 3/0.

Pansement à la bétadine, mis en place d'une attelle plâtrée postérieure
Antibiotiques et antiinflammatoires non stéroïdiens en post-opératoire pendant 7 jours.



Aide opératoire

CHIRURGIE PEDIATRIQUE VISCERALE

Appendicectomies avec enfouissement du moignon.....	25
Hernie inguinale fermeture du canal péritonéo-vaginal par la méthode de Forgue	15
Hernie ombilicale.....	14
3 ont nécessité une plastie ombilicale à cause de leur taille	
Péritonite.....	8
5 étaient d'origine typhique et 3 d'origine appendiculaire	
Hydrocèle par résection de la vaginale et retournement.....	4
Colostomie chez les nouveaux-nés porteurs de malformation ano-rectale haute.....	4
Proctoplastie pour malformation ano-rectale basse.....	3
Kyste du cordon.....	3
Abaissement de testicule selon la méthode d'Ombredane pour cryptorchidie.....	3
Omphalocèle.....	2
1 de type I et l'autre de type II (Aitken) rompue nécessitant la cure par la méthode de Schuster	
Invagination intestinale aiguë.....	2
désinvagination manuelle	

Pylorotomie extra muqueuse de Fredet-Ramstedt pour sténose hypertrophique du pylore.....	2
Laparatomie exploratrice.....	2
1 grosse rate ectopique et 1 kyste mésentérique	
Dilatation anale aux bougies de Hégar pour M.A.R.....	2
Hypospadias moyen traité par la méthode de Mathieu.....	2
Cholécystectomie; lithiase vésiculaire d'origine drépanocytaire.....	2
Abaissement colo-rectal après colostomie pour M.A.R.	2
Maladie de Hirschsprung ;technique utilisée: Swenson modifiée Pellerin.....	2
Hernie de l'ovaire fermeture systématique du côté controlatéral	1
Néphrectomie pour tumeur de Wilms' après une chimiothérapie.....	1
Splénectomie partielle, éclatement de rate suite à un accident de la voie publique avec instabilité hémodynamique.....	1
Splénectomie réglée pour hypersplénisme chez un thalasso-drépanocytaire	1
Résection monobloc de tératome sacrococcygien emportant le coccyx et la dernière pièce sacrée (S5).....	1
Biopsie rectale à visée diagnostique pour une maladie de Hirschsprung.....	1
Cure d'exstrophie vésicale.....	1
Lipome du dos	1

TRAUMATOLOGIE - ORTHOPEDIE PEDIATRIQUE

Grefte de peau.....	19
pour pertes de substances traumatiques et ulcères de Buruli	
Irrigation - drainage d'abcès.....	13
Mise en place d'un système d'irrigation-aspiration continue de la poche d'abcès	
Parage des plaies traumatiques en urgence.....	7
dont 1 un délabrement du périnée	
Myéломéningocèle (fermeture)	5
Fracture fermée sous trochantérienne chez le grand enfant échappant au traitement orthopédique des fractures du fémur chez l'enfant; a nécessité la pose d'une plaque vissée.....	4
Ablation de matériel 2 vis et 1 plaque	3
Valgisation du col fémoral pour séquelle d'ostéo-arthrite de hanche.....	3
Embrochage de fractures supracondyliennes type IV de la classification de Rigault-Lagrange.....	3
Séquestrectomie pour ostéomyélite chronique.....	2
Plaies vasculaires.....	2
1 plaie de l'artère tibiale antérieure	
1 plaie de l'artère humérale	

Allongement du tendon d'Achille pour équinisme.....	2
Biopsie tumorale (tumeur osseuse).....	2
Décollement épiphysaire de l'humérus (broches).....	2
Parage et contention plâtrée, fracture ouverte de jambe.....	2
Polydactylie	2
Embroschage croisé de fracture du 1/4 supérieur de l'humérus.....	1
Butée de hanche séquelle d'une arthrite de hanche avec déshabitation de la cavité cotyloïde par la tête fémorale.....	1
Neurolyse du cubital gauche.....	1
Greffe osseuse du tibia par interposition d'un fragment tibial dans un foyer de perte de substance.....	1
Fracture fermée de l'avant - bras après échec du traitement orthopédique et une angulation supérieure à 25°(mise en place d'une plaque-vis).....	1
Décollement épiphysaire du tibia traité par embroschage.....	1

OPERATEUR PRINCIPAL

CHIRURGIE PEDIATRIQUE VISCERALE

Appendicectomie classique: appendicite non compliquée.....	21
Péritonites.....	19
Dans tous les cas une laparatomie, une cure de l'origine et une toilette abdominale ont été appliquées. 9 fois c'était une péritonite d'origine typhique, 5 fois d'origine appendiculaire et 5 autres fois, il s'agissait d'une péritonite primitive	

Cure de hernie inguinale	12
Cure d'hydrocèle vaginale.....	6
Dilatation (MAR) par bougies de Hégar.....	6
Cure de hernie ombilicale.....	5
Torsion du testicule.....	3
la détorsion testiculaire en urgence a évité la nécrose chez tous nos malades.	
Invagination intestinale aiguë (désinvagination sans résection).....	3
Cryptorchidie.....	2
Occlusion sur bride.....	2
Proctoplastie dans les malformations ano-rectales basses.....	2
Jéjunostomie d'alimentation chez un nouveau-né porteur d'une atrésie duodénale.....	2
Cure d'omphalocèle type I de Aitken (fermeture chirurgicale en un temps).....	2
Lipome	2
Volvulus du côlon sigmoïde dévolvulation et vidange colique.....	1
Fistule stercorrhale après traitement chirurgical d'une perforation typhique.....	1

TRAUMATO-ORTHOPEDIE

Irrigation - drainage de myosite suppurée.....	20
Parage des plaies traumatiques délabrantes.....	18
Parage de fracture ouverte.....	6
dont deux ont nécessité la mise en place d'une broche stabilisatrice et 1 un fixateur externe	

Ablation de matériel.....	6
4 broches et 2 plaques	
Pied bot varus équin.....	6
la voie d'abord est préférentiellement celle de la Nouvelle-Orléans (Pous J.G.) avec 2 incisions : une incision postéro-externe et une autre interne	
Fracture supracondylienne.....	4
1 était associée à une plaie de l'artère humérale	
Greffe de peau pour perte de substance suite à un accident de la voie publique.....	4
Embrochage pour fracture des métatarses.....	4
Embrochage de fracture de l'épitrôchlée à l'aide de fines broches refixant le noyau épitrôchléen.....	3
Séquestrectomie pour ostéomyélite chronique.....	2
Ostéotomie de réaxation en "V" renversé pour tibia vara.....	2
Myéloméningocèle (fermeture).....	2
Plaies vasculaires.....	2
Pose des vis pour fracture du condyle externe du fémur.....	2
Amputation de membre inférieur (1/3 inférieur cuisse gauche) pour gangrène post-injectionnelle de quinine.....	1
Réaxation par ostéotomie en "V" renversé et d'une contention plâtrée pour genu valgum droit.....	1
Allongement du tendon d'Achille pour pied équin.....	1
Ostéosynthèse (plaque) pour fracture des 2 os de l'avant bras.....	1
Régularisation du pouce(ostéite chronique P2).....	1

3 - FONCTIONS ET PREROGATIVES

Durant les deux premières années de la formation, le Professeur Roux C. nous a autorisé à assumer les fonctions d'interne dans le service de Chirurgie Pédiatrique. En participant aux activités du service y compris les gardes, nous avons assuré parallèlement des gardes de "porte" en tant qu'interne, au Service des Urgences du CHU de Yopougon dirigé par le Professeur Agrégé Ehua F.

A partir de la 2ème année, nous avons eu le privilège de participer à l'enseignement hospitalier destiné aux étudiants de la 4ème (B2) - 5ème année (B3) de médecine qui étaient affectés dans le service dans le cadre de leur stage hospitalier.

Cet enseignement a porté sur la conduite à tenir face à certaines pathologies courantes du service.

Les cours dispensés ont été les suivants :

- drainage en Chirurgie Pédiatrique (B2),
- fractures de jambe (B1),
- l'examen clinique en Orthopédie Pédiatrique (B2),
- confection d'un plâtre en Chirurgie Pédiatrique (B2,B3),
- ostéoarthrite de hanche du nourrisson (B3),
- invagination intestinale aiguë (B3),
- myéloméningocèle (B3),
- interprétation radio-clinique en Chirurgie Pédiatrique (B2),
- conduite à tenir devant une fracture du fémur en Chirurgie Pédiatrique (B3).

Nous avons été promu au rang d'Assitant Hospitalier à partir de la 3ème année, nous autorisant ainsi à assurer la consultation une fois par semaine de même que les astreintes.

Parallèlement à ces activités, nous avons participé aux travaux scientifiques du service. Ce qui nous a valu d'être auteur de 6 articles dont 3 sont en cours, et coauteur de 4 autres.

AUTEUR

- * Conduite à tenir devant une atrésie duodénale et un syndrome de la jonction pyélo-urétérale de diagnostic anténatal chez un trisomique 21.

Doumbouya N., da Silva-Anoma S., Ouattara O., Dieth A. G., Moh E. N., Aguéhoundé C. et Roux C.

Présenté à la Société Médicale de Côte - d'Ivoire : 8 Février 1994

- * Fistules ombilicales chez l'enfant à propos de 10 observations.

Doumbouya N., Baldé I., Goudoté E., Agbo-Panzo D., Keita M.

Présenté au 35ème congrès de la WACS (West African College of Surgery), 24 janvier 1995 à Abidjan.

- * Fracture du cartilage de croissance: une atteinte à redouter chez l'enfant traumatisé.

Doumbouya N., Dick K. R., Ouattara O., Dieth A. G., Taku C., Aguéhoundé C. et Roux C.

Présenté au 5è congrès de L'AOLF (Association des Orthopédistes de Langue Française), 19 avril 1996 à Barcelone.

Articles en cours:

- * Péritonites primitives de l'enfant : à propos de 10 observations .
- * Urgences chirurgicales de l'enfant : de l'accueil à l'hospitalisation .

*Accidents post-injectionnels à la quinine : notre expérience
à propos de 2 cas .

COAUTEUR

* Procédé de Blount : Traitement ambulatoire des fractures du
coude de l'enfant.

Ouattara O., Doumbouya N., Dick K. R., Kouame B., Taku C., Aguehoundé C.
et Roux C.

Présenté au 35ème congrès du Collège Ouest Africain de Chirurgie, 24
février 1995 à Abidjan.

* Synostose radio-cubitale congénitale.

Ouattara O., Doumbouya N., Dick K. R., Kouame B., Taku C., Aguéhoundé
C. et Roux C.

Présenté au 35ème congrès du collège ouest africain de Chirurgie, 24
février 1995, à Abidjan.

* Les appendicectomies par invagination de l'appendice chez
l'enfant.

R. Rizet, S. da Silva, A. Dieth, B. Kouamé, N. Doumbouya, D. Agbo-Panzo
et C. Roux

Présenté au 35ème Congrès du Collège Ouest Africain de Chirurgie.
Poster 24 février 1995, à Abidjan.

*A propos de 2 cas d'hydrocolpos de révélation néo-natale.

S. da Silva-Anoma, T. Odéhour, O. Ouattara, F.R. Dick, A.G. Dieth,
N. Doumbouya, O.B. Melèdje, C. Aguéhoundé et C. Roux

Poster présenté au 4ème congrès de la S.A.G.O. (Société Africaine de
Gynécologie et Obstétrique du 9 au 13 Décembre 1996 à Abidjan)

B - LE SERVICE DE NEUROCHIRURGIE AU C.H.U. DE YOPOUGON

Un stage de 3 mois dans ce service (période allant du 31 avril au 31 juillet 1993), nous a permis de réaliser nos objectifs basés sur l'étude des pathologies neuro-chirurgicales de l'enfant.

Les exposés sont organisés le lundi à partir de 14H, lors de ces séances sont présentés des thèmes préparés une semaine auparavant.

Nous nous sommes intéressés aux thèmes concernant les enfants, et il nous a été confié les exposés suivants :

- 1 - Embryologie du système nerveux central
- 2 - Myéloméningocèle
- 3 -Traumatisme crânien chez l'enfant
- 4 - Hydrocéphalie

Une réunion avec les Neurologues Médicaux est prévue tous les vendredis après-midis pour analyser les dossiers communs aux deux services.

L'encadrement des étudiants et des médecins inscrits en spécialisation de Neurologie Médicale est une préoccupation pour les enseignants.

Nous avons aussi participé à la rédaction de 3 articles médicaux :

- * Les compressions médullaires de l'enfant par le lymphome de Burkitt. A propos de 3 cas opérés dans le service de Neurochirurgie du CHU de Yopougon.

Communication aux Premières Journées Internationales de Cancérologie d'Abidjan du 19 au 20 avril 1995

Boni N.R., Varlet G., Ba - Zeze V. , Doumbouya N.

* Les empyèmes sous durax à propos de 19 cas opérés dans le service de Neurochirurgie du CHU de Yopougon

Communication au Premier Congrès de la Société Ivoirienne d'Oto-Neuro-Ophtalmologie le 13 mai 1993

Boni N.R., Ba -Zeze V. , Dechambenoit G., Doumbouya N.

* Myélopathie cervicarthrosique à propos de 26 cas opérés dans le service de Neurochirurgie du CHU de Yopougon.

Boni -NR.. Ba - Zeze V., Varlet G., N'drin O., Doumbouya N.

Communication à la 35è conférence annuelle du Collège Ouest Africain des Chirurgiens du 21 au 28 janvier 1995 à Abidjan.

Pratique hospitalière

Nous avons été aide dans les interventions suivantes :

Hernie discale (lombaire).....	4
Embarrure (levée du volet).....	2
Empyème.....	1
Canal carpien.....	1
Sténose du canal lombaire.....	1
Hématome sous dural.....	1
Tumeur cérébrale.....	1

C - RED CROSS CHILDREN HOSPITAL :Chirurgie Générale **AFRIQUE DU SUD - CAPE TOWN - RONDEBOSCH**

Nous avons passé un stage du 28 janvier au 31 mai 1996 soit une période de 4 mois au Red Cross Children Hospital à Rondebosch (Cape Town).

Nous avons assisté dans la mesure du possible à toutes les réunions scientifiques qui ont eu lieu dans le service pendant notre séjour.

Les thèmes débattus ont été les suivants :

Mardi : Réunion des cliniciens

- 1- La physiothérapie respiratoire: l'intérêt en milieu chirurgical,
- 2- La transplantation rénale chez l'enfant aspect moral et éthique de la pratique (présenté par une infirmière),
- 3- Les abus sexuels chez l'enfant: ils impliquent autant les médecins que les juristes (présenté par un juriste),
- 4- Place de la médecine traditionnelle à l'hôpital : stratégie de l'intégration de cette pratique dans la médecine moderne (présenté par une infirmière),
- 4- Vitaminothérapie A dans les affections cutanées : l'effet bénéfique a été démontré dans hyperchromies de la peau blanche,
- 5- Sinusite aiguë de l'enfant : l'accent a été mis sur l'intérêt du drainage,
- 6- Asthme de l'enfant.
- 7- Hépatoblastome: stratégie thérapeutique,
- 8- Perspective de construction d'un hôpital d'enfants: les modalités définies étaient fondées sur la quête et la recherche de sponsors (présenté par un administrateur de l'hôpital),
- 9- Allaitement maternel: l'exposé a porté sur les bénéfices de la protection de l'enfant contre les infections,
- 10- Luxation congénitale de hanche du grand enfant: indication des différentes ostéotomies,
- 11- Tumeur du sein chez l'enfant

Mardi : Staff Radio - clinique

Parmi de nombreux cas cliniques exposés pendant ces réunions,

nous ne citerons que ceux qui ont particulièrement attirés notre attention :

- Image de masse ascaridienne dans la perforation intestinale,
- Pneumatose de la veine cave dans les entérocolites ulcéronécrosantes.
- Image échographique d'une écchynococose prévésicale,
- Cliché d'artériographie dans la maladie de Takayasu's,
- Cliché typique de L'ASP évoquant une maladie de Hirschsprung dans la période néo-natale,
- IRM du fémur à la recherche de métastases dans le sarcome d'Ewing,

Vendredi : " Grand Round"

Les thèmes discutés ont été les suivants :

- Brûlure de la face : Prise en charge et difficultés thérapeutiques,
 - Entérocolite ulcéronécrosante quel devenir aux enfants porteurs de syndrome du grêle court,
 - Péritonite par perforation ascaridienne: un cas rare,
 - Traumatisme cervical de diagnostic difficile,
 - Péritonite primitive de l'enfant: notre expérience à propos de 10 observations,
 - Technique de plicature de la muqueuse dans la cure des atrésies iléales : une nouvelle technique en application dans le service pour éviter le syndrome de grêle court,
 - Hypospadias : Mise à jour; utilisation de la vaginale ou de la muqueuse jugale comme greffon,
 - Vascularisation du côlon chez le noir africain, intérêt de connaître la disposition anatomique dans les transpositions du côlon,
 - Volvulus sur mésentère commun,
 - Atrésie de l'oesophage,
-

- Occlusion du côlon d'étiologie inconnue chez un enfant noir venant de l'Est de l'Afrique du Sud où ces genres d'affections sont rencontrées.

Mardi : Réunion d'oncologie

Nous ne ferons que citer les cas cliniques présentés à ce staff

- Rhabdomyosarcome
- Tumeur d'Ewing
- Lymphome de Burkitt
- Leucémie aiguë de l'enfant

Nous avons présenté au staff de vendredi notre expérience sur les péritonites primitives de l'enfant, à propos de 10 observations.

Par ailleurs, toutes les après-midis libres ont été occupées par les séances de documentation à la bibliothèque de l'hôpital.

Pratique hospitalière

Les activités pratiques se sont résumées à l'observation au bloc opératoire et à quelques cas d'aide opératoire .

a) Observation au bloc opératoire

- Fente labio-palatine.....20
 - la technique de plastie en Z dans les fentes palatines, permet d'éviter les nécroses post-opératoires de la muqueuse palatine .
 - Maladie de Hirschsprung (Technique de Soave) appliquée dans tous les cas chez les nouveau-nés.....5
 - Reflux gastro-oesophagien.....5
 - (Boix - Ochoix: fixation de la grande tubérosité à 180° au diaphragme) l'avantage de cette technique est de permettre à l'enfant de roter.
 - Greffe de peau.....4
 - (Expandeur cutané) qui permet d'avoir une expansion cutanée
-

grâce à un ballon gonflable qui est placé en sous cutané à proximité de la zone à recouvrir. Ce ballon est gonflé par du sérum physiologique avec une quantité bien définie pendant 3-4 semaines. Le recouvrement sera ainsi fait après obtention de la surface souhaitée.

- Atresie des voies biliaires (Kasai).....3
- Atresie de l'oesophage type III.....2
- Malformation ano-rectale (Cut back).....2
- Transplantation hépatique.....2
- Pseudarthrose du tibia (transplantation du péroné vascularisé)
par 3 équipes: traumatologues, vasculaires et plasticiens.....1
- Néphrectomie.....2
 - néphroblastome,
 - maladie de Takayasu's; est une endoartérite de l'artère rénale dont la révélation chez l'enfant se fait par une hypertension et une douleur abdominale
- Kyste hydatique prévésical.....1
une localisation rare du kyste hydatique dont le diagnostic a été peropératoire. Le traitement a consisté a une extirpation de la coque et un lavage à l'EUSOL*.
- Kyste du canal thyroglosse.....1

b) Aide opératoire

- Hernie inguino-scrotale1
la cure est faite sans ouverture de l'aponévrose du grand oblique. E le consiste en une simple fermeture du canal péritonéo-vaginal
- Hydrocèle vaginale.....1
même technique que la hernie inguinale
- Kyste hydatique du foie.....1
ab ation de la coque et lavage à l'EUSOL*
EUSOL*: solution à base d'eau de javel

- Sclérose de varice oesophagienne (endoscopie).....1
- Polype rectal (résection sous endoscopie).....1

D - CH IBN ROCHD : CASABLANCA - MAROC

Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique

La durée de stage a été dans ce service de 3 mois allant du 1er juin au 30 août 1996

Les activités chirurgicales

Les activités opératoires sont planifiées sur toute la semaine après un programme hebdomadaire établi le lundi après la grande visite. Elles se déroulent dans 3 salles opératoires, une étant réservée aux urgences opératoires.

En matière de pratique hospitalière, nous avons été intégré dans le service à plein temps, ce qui nous a permis d'assister à 100 interventions chirurgicales en 3 mois.

a) Aide opératoire

- Ablation de matériel (plaque).....10
- Fracture supracondylienne (embrochage).....8
- Pied bot varus équin:.....6
la technique utilisée est celle de la grande voie postéro-interne
- Parage des plaies traumatiques en urgence.....6
- Cryptorchidie.....5
- Désinvagination intestinale à l'air.....5
- Luxation congénitale de hanche(Plâtre pelvi -cruel).....4
- Fracture fermée du fémur: (brochage de Maitezeau).....4
les broches sont introduites dans la métaphyse inférieure si la fracture est haute ou moyenne dans le grand trochanter si elle est basse

- Hernie inguinale.....3
la cure épargne dans tous les cas l'aponévrose du grand oblique
en ligaturant le canal péritonéo-vaginal
- Kyste poplité (Synoviorthèse).....3
qui consiste à injecter du sérum salé hypertonique dans le kyste
après aspiration du liquide synovial.
- Reflux gastro-oesophagien:.....2
Nissen 3/4 qui consiste à une fixation de la grande tubérosité
autour de l'oesophage au 3/4 de sa circonférence.
- Hydrocèle vaginale (fermeture du canal péritonéo-vaginal).....2
- Kyste osseux essentiel (Infiltration corticoïde dans la cavité
kystique sous anesthésie générale).....2
- Arthrodèse du pied.....2
le pied PBVE invétéré chez un garçon de 14 ans et un autre de
15 ans
- Colostomie pour MAR.....2
- Mise à plat de myosites suppurées.....2
- Brides rétractiles des doigts suite à une brûlure(plastie en Z)....2
- Allongement du tendon d'Achille pour pied équin.....2
- Réaxations de membre.....2
séquelles d'ostéomyélite du fémur droit et de l'avant bras
gauche (Ilizarov)
- Butée de hanche.....1
pour recouvrement de la cavité cotyloïde (séquelle d'ostéoarthrite
de hanche)
Triple ostéotomie du bassin.....1
(séquelles d'ostéoarthrite de hanche).
- Dérotation humérale.....1
séquelles de paralysie obstétricale

- Genu varum.....	1
ostéotomie et réaxation ,fixée par les agrafes de Blount	
- Kyste du canal thyroglosse.....	1
- Rétrécissement urétral (reprise).....	1
- Biopsie de tumeur osseuse: dysplasie fibreuse du col fémoral (mise en place d'une plaque-vis après tumerectomie).....	1
-Scoliose (Tige de Cotrel-Dubousset).....	1
-Sténose hypertrophique du pylore(Bianchy).....	1
-Cubitus varus (Valgisation).....	1
-Ténotomie (Séquelles de poliomyélite).....	1
- Pied convexe (Ostéotomie de soustraction du cuboïde).....	1
- Hypospadias moyen (Mathieu).....	1
- Lymphome abdominal (perforation iléale).....	1
- Séquelles syndrome de Volkmann.....	1
survenu après l'application d'un JBIRA* (Scagliatti)	
- Séquestrectomie (Tibia).....	1
- Kyste hydatique du foie.....	1
- Fracture décollement épiphysaire tibia inférieur.....	1
- Nécrose plantaire (chirurgie de propreté).....	1
- Appendicectomie en urgence	1
- Maladie de Hirschsprung (Swenson).....	1

JBIRA*: Mot arabe = Contention traditionnelle des fractures.

b) Opérateur principal

- Broche de Maitezeau: fracture fermée du fémur3
- Ablations matériels (plaques).....2
- Brochage de fracture supracondylienne2
- Amputation membre inférieur1
(gangrène suite à une infection osseuse) : amputation au 1/3
moyen de la cuisse droite
- Kystectomie latéro - cervical1

ANALYSE DES FAITS :

**PROPOSITION D'UN
MODELE
D'ORGANISATION DE
SERVICE DE CHIRURGIE
PEDIATRIQUE**

“ Le médecin doit être le défenseur de l'enfant malade, lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé de celui-ci est mal compris ou mal servi par l'entourage.”

Art. 44 du code Français de déontologie
Guide professionnel TI Masson 1986

Notre expérience acquise pendant cette formation de spécialisation en Chirurgie Pédiatrique et notre connaissance du terrain sanitaire guinéen, nous ont permis de proposer un modèle de service de Chirurgie Pédiatrique, répondant à certains critères et préoccupations. Nous les avons regroupés dans les volets suivants:

I - Formation

II - Administration

III - Ethique

I - FORMATION

La création d'un service de chirurgie devant recevoir uniquement les enfants nécessite impérativement une formation adéquate de personnel. Cela compte tenu de la fragilité de la population pédiatrique, mais aussi du danger des gestes maladroits dont les préjudices sont parfois irréparables.

Dans un domaine aussi vaste que la Chirurgie Pédiatrique, l'idéal serait de former une équipe pluridisciplinaire s'occupant spécifiquement des enfants.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de créer un cadre favorable pour un encadrement tant sur le plan théorique que pratique.

Le personnel médical et paramédical étant concerné par cet encadrement, doit être spécialisé, bénéficié d'un recyclage permanent, participer aux réunions scientifiques (associant médecins et infirmiers) et réaliser des travaux scientifiques. Cette attitude est adoptée dans le service de Chirurgie Pédiatrique du Red Cross Hospital où le personnel paramédical assiste à presque toutes les réunions

scientifiques du service .

L'enseignement doit avoir un caractère obligatoire, le respect des horaires, de la régularité des réunions scientifiques et de l'encadrement doivent être de règle. Par ailleurs, "chaque médecin doit être conscient des limites qui sont celles de la compétence acquise au cours de ses études "Glorion(4).

A partir de l'analyse des curricula des services recevant des enfants chirurgicaux:

- analyse portant sur les pathologies chirurgicales les plus meurtrières et morbides pour l'enfant,
- des objectifs généraux déterminés par la faculté de Médecine et le Ministère de la santé publique et de la population, il faudra déterminer les objectifs en Chirurgie Pédiatrique permettant de diminuer la mortalité et la morbidité.

Par exemple :

Si les atrésies des voies biliaires ne représentent que deux cas par an alors que les occlusions néo-natales ou les appendicites tuent 10 patients par an, il vaudra mieux dans les objectifs insister sur le diagnostic et le traitement des occlusions néo-natales et des appendicites.

Il est évident que même si nous souhaitons que la Chirurgie Pédiatrique soit l'une des spécialités modernes dans nos contrées, nous ne perdons pas de vue les réalités quotidiennes, car il ne sert à rien de faire une greffe de foie si on ne peut diminuer la mortalité des pathologies les plus fréquentes.

Il faut une hiérarchisation des besoins réels sur le terrain, ce qui ne veut pas dire formation au rabais, bien au contraire, car la rigueur et l'exigence vont de pair avec une formation de pointe.

L'établissement du programme opératoire sera prévu pour la fin de semaine. il devra se faire après la grande visite. Les dossiers qui posent des problèmes diagnostiques et/ou thérapeutiques seront analysés afin d'établir une conduite à tenir.

Les techniques opératoires seront discutées et chaque opérateur devra savoir à l'avance la conduite à adopter pour des nouveaux cas ou les cas difficiles.

Pendant cette séance, il serait bon de discuter de tous les incidents et complications survenus dans la semaine et dégager voies et solutions comme cela se fait dans le service du Pr Harrouchi.

Une revue de la bibliographie pourra se tenir tous les lundis après-midis comme dans le service du Pr Roux C.. A l'occasion de cette séance, deux ou trois médecins prépareront des articles sur les pathologies qui posent des problèmes diagnostiques, thérapeutiques ou de surveillance dans le service. Les cas cliniques du service seront parallèlement présentés et discutés. A la suite de ces discussions, on pourra dresser ou réviser les protocoles thérapeutiques du service.

Une place primordiale sera accordée aux réunions multidisciplinaires (Pédiatres Médicaux, Néonatalogistes, Radiologues, Hématologues ...) pendant lesquelles les dossiers communs seront analysés. Cela permettra:

- . d'élargir l'éventail de dépistage des pathologies chirurgicales de l'enfant,

. d'avoir le "feedback" sur les cas de transfert d'une unité à une autre.

L'intégration d'un kinésithérapeute, d'un diététicien, d'un orthophoniste, d'un archiviste et d'une institutrice pourra enrichir le service et par conséquent, améliorer la prise en charge des malades.

Les particularités de l'Anesthésie-Réanimation de l'enfant nécessitent la formation de médecins et d'infirmiers en anesthésie-réanimation pédiatrique appartenant à un service d'Anesthésie-Réanimation, mais entretenant une collaboration étroite avec les chirurgiens pédiatres.

Les échanges avec des services de Chirurgie Pédiatrique à l'étranger est certainement d'un apport inestimable pour les performances d'un service de Chirurgie Pédiatrique en Afrique Noire, d'où l'intérêt des stages de perfectionnement à l'étranger et la création de "missions" au cours desquelles des Chirurgiens - Pédiatres et des Anesthésistes viendront en Guinée nous aider à prendre en charge des malades dans les conditions qui sont les nôtres. Ces réalités sont confirmées par les initiatives du Pr Roux C. qui a organisé cette collaboration selon deux items :

. la venue d'enseignants étrangers en Côte d'Ivoire, délivrant un enseignement théorique et pratique, aux étudiants inscrits au C.E.S.

. le stage à l'étranger lors de la dernière année de la formation.

Cette opinion est partagée par Catherine B.(2) qui prône la collaboration et la coordination entre les réseaux sanitaires.

L'encadrement des étudiants de la Faculté de Médecine doit dans ce contexte rester une priorité pour tous les formateurs exerçant dans le service. Un encadrement post-universitaire devra aboutir à la formation de médecins spécialistes. Ce qui est le garant de la pérennisation et de

l'expansion de la Chirurgie Pédiatrique. Il facilitera très certainement le dépistage des pathologies chirurgicales pédiatriques qui sont parfois ignorées par bon nombre de praticiens.

II - ADMINISTRATION

a - Les structures

La conception d'un service de Chirurgie Pédiatrique nécessite la présence de certaines unités sans lesquelles son fonctionnement sera abandonné aux aléas du hasard .

L'unité des Urgences Chirurgicales doit de préférence être située dans un complexe pédiatrique ou un département mère-enfant; une unité d'imagerie diagnostique et le bloc opératoire seront aménagés en conséquence à proximité. Ce qui, pour Heloury(6), facilitera les appels et les transferts de malades entre les services. Elle devra avoir 2 ou 3 boxes d'examens avec une salle de déchoquage.

Une unité sera attribuée aux consultations et soins externes.

Pour Arousseau(1), des déshabillatoires doivent être prévus dans les structures du service de consultation. Cette unité sera le point d'attache de l'hôpital du jour et fonctionnera de concert avec toutes les autres unités, notamment les unités d'hospitalisation et de réanimation.

Les soins externes constitués essentiellement de pansements, de confection et d'ablation de plâtres sont parfois jumelés aux consultations externes. La création d'une unité de soins externes où les médecins devraient passer à tour de rôle pour assurer la surveillance

des plâtres et de certains pansements pourrait “désengorger” les consultations et permettre au médecin de consultation de se focaliser sur des cas pertinents

Il est indispensable de ne pas mélanger “**le mou et le dur**”, ainsi; une unité de Chirurgie Viscérale recevra uniquement les pathologies du tractus digestif et de ses glandes, des reins, des voies urinaires et de la sphère génitale.

Une unité d'Orthopédie Pédiatrique et de Traumatologie abritera les enfants victimes de pathologies traumatiques ou orthopédiques.

Il faut noter que ces deux unités ne doivent en aucun cas être jumelées, l'une pouvant être septique et l'autre propre, les règles d'asepsie seront d'avantage rigoureuses. Il sera ainsi préférable d'isoler les salles septiques réservées aux infectés du service. Ces salles, bien entendu, doivent rester permanemment propres.

Au sein du service de Chirurgie Pédiatrique, une unité de soins semi-intensifs doit être installée pour assurer la prise en charge des enfants dont l'état nécessite une surveillance étroite, mais pas toujours un transfert en Réanimation. Cette unité devra être équipée de couveuses, de matériel de réanimation pédiatrique (scope, oxygène, aspirateur...) et de lavabos servant à la désinfection des mains avant et après les manipulations de malades. Ceci doit être aussi obligatoire dans les autres unités de soins.

L'unité de Réanimation Pédiatrique, différente de l'unité des soins semi-intensifs, participera aussi aux soins des patients dont l'état le nécessite.

Même si l'idéal pour Aourousseau dans un service de Pédiatrie est de 90 à 100 lits (1), nous pensons que le nombre de lits de ces différentes unités dépendra de la capacité d'accueil du service, l'accent devant être mis sur son caractère fonctionnel. Il faut néanmoins songer à équiper les chambres des nouveaux-nés et des nourrissons, de berceaux, les couveuses étant réservées pour les unités de réanimation et de soins semi-intensifs. Les lits-berceau seront réservés aux petits enfants et les lits normaux aux grands enfants.

Une salle de repos bien aérée sera prévue pour les médecins de garde, elle sera dotée de sanitaire, d'un combiné téléphonique, d'un fauteuil, d'un poste téléviseur et d'un réchaud.

Une salle de jeux sera aménagée dans les pavillons d'hospitalisation pour la distraction des enfants ainsi que pour leur enseignement. Ce qui minimisera les conséquences des interruptions scolaires pour certains malades dont le séjour en milieu hospitalier est long.

Un bloc opératoire de 2 salles (une pour la chirurgie viscérale , l'autre pour la chirurgie orthopédique) attribué spécifiquement à la chirurgie pédiatrique sera indispensable, car il permettra de mieux répondre aux exigences que requiert la chirurgie pédiatrique :

- . régularité du programme opératoire,
- . spécificité du matériel anesthésique et chirurgical.

L'accès sera strictement réservé au personnel en tenue réglementaire. Dans ce bloc, on doit pouvoir isoler la salle d'orthopédie de celle de la viscérale.

Dans le meilleur des cas, une troisième salle septique sera réservée strictement aux pathologies infectieuses.

Une salle d'études doit être aménagée avec un support didactique pour les réunions scientifiques, comme cela est de mise au Red Cross

Hospital où on trouve un écran, des projecteurs de diapositives et des rétroprojecteurs.

Les bureaux des médecins doivent être détachés du service d'hospitalisation afin qu'ils puissent consacrer plus de temps à la recherche. Ils seront équipés de négatoscope, d'étagère pour ranger les documents, de placards et de lavabos.

Un bureau doit être prévu pour le surveillant d'unité de soins ou les majors.

La communication étant primordiale, toutes les unités et les bureaux de médecins doivent être systématiquement dotés de téléphones. Une liaison entre les différents services, voire les différents hôpitaux et grands cabinets médicaux, faciliterait le contact et éviterait les déplacements inutiles. Ce qui rejoint la préoccupation de LESLEY (8) qui insiste sur l'intérêt du téléphone dans l'organisation de service sanitaire en Angleterre.

La modernisation du service passe désormais par l'informatisation de toutes les unités comme le propose d'ailleurs Modini (11) dans la gestion de la Chirurgie Ambulatoire. A défaut de celle-ci, le fichage hebdomadaire des dossiers de malades qui consiste à leur attribuer un code, est un moyen facilitant la recherche pour la rédaction des articles. Attitude d'ailleurs adoptée dans le service du Pr Harrouchi à Casablanca dans l'attente d'une informatisation du service. La formation d'un archiviste est indispensable pour se faire.

Un secrétariat s'occupera des rendez-vous de consultation, des courriers, des compte-rendus opératoires et des articles. Le mieux serait d'avoir une secrétaire pour le Chef de service et une pour tout médecin au rang d'Agrégé.

b- L'organisation

1- Le recrutement

Comme tous les autres services hospitaliers, le recrutement des malades se fera à partir de la consultation, des urgences et des transferts d'un service à un autre.

Le programme de consultation sera établi suivant un calendrier hebdomadaire. La consultation doit être assurée par les médecins ayant déjà acquis une certaine expérience en Chirurgie Pédiatrique d'où l'intérêt de la "séniorisation" de cette pratique qui exige beaucoup de tact. Les malades y seront admis sur rendez-vous, les "tout venant" seront également reçus . Tout malade dont la pathologie dépasse la compétence du médecin examinateur doit être systématiquement adressé à un supérieur hiérarchique pour une meilleure prise en charge.

La garde aux urgences sera assurée par un interne ou un C.E.S doublé d'un assistant. L'équipe de garde sera toujours coordonnée par un agrégé ou un assistant du service qui sera d'astreinte à condition qu'il soit facilement joignable. Le chef de service peut être consulté à tout instant pour des cas spécifiques.

Les malades provenant d'un autre service et devant être transférés en Chirurgie Pédiatrique, seront d'abord vus et examinés par un ou des médecins du service qui authentifieront une affection chirurgicale avant de procéder au transfert en collaboration avec les 2 surveillants d'unité de soins (SUS).

La multidisciplinarité obligeant, le service de Chirurgie Pédiatrique sera en parfaite connection avec les autres spécialités bio-médicales

(Pédiatrie Médicale, Néo-natologie, Gynécologie-Obstétrique, Radio-Pédiatrie, Oncologie, Bactériologie, Anatomopathologie,...)

b - L'hospitalisation

La visite médicale des malades doit être systématiquement bi-quotidienne. Elle est effectuée par au moins deux médecins chaque matin et d'un infirmier, la contre-visite par deux médecins dont l'interne de l'unité concernée.

Le SUS doit s'assurer de l'exécution des consignes données au cours de la visite et de la contre-visite.

Les visites des parents auprès des malades hospitalisés seront réglementées selon les heures exclusives autorisées par l'administration de l'hôpital. Aucun aliment extérieur ne doit être admis auprès des patients en hospitalisation, ce qui sous entend qu'il doit avoir un service de restauration pour les malades.

Les règles hygiéniques et le calme doivent être de rigueur dans le service et encore plus dans l'unité de néo-natologie.

c - Le personnel

Le cadre structurel du personnel sera, de préférence calqué sur le modèle d'un système universitaire hospitalier.

Le chef de service sera nommé selon les critères académiques de grade, de compétence et de rigueur. Il se doit de diriger le service et coordonnera toutes les activités théoriques et pratiques. Il peut être secondé par un agrégé ou celui qui le succède en compétence. Celui-ci pourra ainsi faire office de médecin Chef Adjoint.

Les assistants universitaires ou hospitaliers auront pour tâches de superviser tous les travaux hospitaliers tant pratiques que théoriques de même que les archivages de dossiers.

Les internes tout en assurant leur formation, s'occuperont de la tenue des dossiers et de la résolution des problèmes ponctuels du service.

Tous les stagiaires évoluant dans le service seront associés aux activités pratiques et théoriques à plein temps.

Le personnel paramédical sera coordonné par un surveillant qui s'occupera de la gestion du personnel et du matériel. Il est en fait, la courroie de transmission entre l'administration de l'hôpital et le service.

Les infirmiers comme les médecins devront avoir une voie de formation pour aboutir à une spécialisation. Ceux devant travailler au bloc opératoire doivent obligatoirement avoir une qualification supplémentaire d'instrumentiste.

La présence, d'un kinésithérapeute, d'un nutritionniste, d'un orthophoniste, d'une assistante sociale et d'une institutrice dans le service pourra améliorer la prise en charge des malades.

La tâche des aides soignantes sera de s'occuper de la toilette des malades, de leur alimentation, de leur transport et de leur nursing qui font partie du traitement en spécialité pédiatrique. Les mères peuvent être associées à ces opérations pour éviter de rompre les relations entre l'enfant et sa famille. L'association des parents sera conditionnée par la présence des cas d'espèce (allaitement maternel, chambre de première catégorie ou malades particuliers...), au risque de tomber dans l'excès inverse de salles de patients remplies de parents, d'objets,

source de malpropreté des locaux et d'infections.

Un service devra veiller à la propreté de toutes les unités , propreté qui doit être soutenue par le personnel paramédical et médical, qui au plus, sensibilisera les parents de malades sur la nécessité de maintenir les salles d'hôpital toujours propres . Les résultats thérapeutiques en dépendent, et partant, la qualité de prestation du service.

III - ETHIQUE

Une formation adéquate et une bonne organisation sont certes le garant du bon fonctionnement d'un service, mais la morale professionnelle est plus que jamais incontournable. Autant il existe un contrat moral entre le médecin et le malade qu'il prend en charge, autant il doit aussi exister un contrat moral entre les différents médecins. Glorion(4) soutient que cette collaboration, devenue de plus en plus fréquente, est indispensable dans l'exercice de la médecine moderne, elle exige le respect de la confraternité. Encore faut il que chacun exerce réellement ses responsabilités, en bannissant entre autre l'absentéisme plus ou moins chronique des activités du service.

Le devoir d'un médecin est de trouver les solutions dont le malade est le premier bénéficiaire. Cette démarche, indispensable, caractérise la bonne pratique médicale et ne peut qu'améliorer la qualité de soins. Mais la confraternité ne se limite pas à l'acte médical. La confrontation des idées est toujours souhaitable, surtout si elle donne naissance à un consensus au bénéfice des malades.

Les autorités administratives et politiques ne doivent pas qu'exiger des médecins des résultats parfaits, mais ils doivent notamment songer à créer des conditions adéquates pour arriver à ces résultats.

Bien qu'une rémunération conséquente de l'équipe soignante et un approvisionnement constant des structures hospitalières soient des facteurs encourageants pour la bonne marche d'un service, une sanction effective et non fictive doit être prévue à l'égard de tout agent en faute.

Le respect des principes de l'éthique médicale n'est pas simplement d'appliquer les règles ou les normes de conduite. Il s'agit plutôt de réfléchir sur l'influence de l'environnement culturel et social sur la santé, de savoir garder une attitude adéquate face aux pressions économiques qui varient d'un milieu à un autre. Ce qui impose une collaboration pluridisciplinaire et une créativité de la part des professionnels. En effet pour Glorion (4), Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale

Les réunions périodiques sur la marche du service et la déontologie médicale regroupant tout le personnel médical et paramédical pourraient avoir un effet bénéfique dans la prise de conscience de chacun sur ses droits et devoirs.

Dans un contexte africain, pour être en harmonie avec nos réalités et traditions, la fondation d'une association d'aide sociale dans le service, pourra renforcer la convivialité entre les différents travailleurs. Elle sera orientée dans un sens humanitaire (décès, baptêmes, mariage...) et ne devra tenir compte d'aucune considération de grade et de classe sociale dans les applications de règles. Cela a été pratiqué dans le

service du Professeur Roux C. jusqu'au jour où certains
oubliaient trop souvent de cotiser leur quote-part pourtant modique.
Comme on le constate même dans la solidarité "humaine" il n'y a pas que
des droits mais aussi des devoirs ,

PERSPECTIVES

“Il n’y a pas de bon pauvre ni de mauvais riche, il y
a l’homme et c’est tout ”

Victor hugo

Bulletin de l’ordre des médecins n°4, Avril 1995

En l'absence d'une unité spécialisée, le nombre d'enfants consultant dans un service d'adultes n'est pas négligeable dans nos contrées, il équivaut à 40,01‰ dans un milieu chirurgical à Conakry . Leur prise en charge semble être négligée au profit de celle de l'adulte à cause de la délicatesse des gestes. Doumbouya (3)

Loin d'une "hyperspécialisation", la Chirurgie Pédiatrique est une Chirurgie Générale appliquée à l'enfant, tout comme d'ailleurs la Pédiatrie l'est à la Médecine Générale, avec ses exigences et ses particularités. Comme la Chirurgie Générale, elle est ainsi appropriée à nos contrées bien que sous équipées. Son expansion serait un garant de l'amélioration de la prise en charge des "enfants chirurgicaux" ce qui diminuera très certainement la mortalité infantile liée à certaines pathologies chirurgicales de l'enfant mal connues par des praticiens locaux. Cette ambition corrobore les idéaux de l'OMS dont l'objectif final est de réduire la morbidité et la mortalité comme le témoigne Lecamus.(8)

Lors du septième congrès international des techniques hospitalières en 1961 en France, la question de la place idéale des services d'enfants avait été mise à l'ordre du jour.

MM. les Pr LELONG et JEUNE avaient apporté la réponse des écoles Parisienne et Lyonnaise; elle était nette: on condamnait la création de services d'enfants intégrés dans les hôpitaux d'adultes, on préconisait la création d'hôpitaux réservés aux enfants selon Arousseau(1).

La vulgarisation d'une telle spécialité demande un effort de la part des enseignants qui doivent multiplier le programme de cours à dispenser à la faculté de Médecine ou aux UFR Médecine(Unité de Formation et de

Recherche) sur les pathologies chirurgicales de l'enfant, et former les spécialistes. Les communications d'articles dans les congrès, les séminaires, les tables rondes avec d'autres spécialistes sont autant de moyens de faciliter le dépistage de certaines pathologies mal connues par les omnipraticiens. L'organisation des sociétés savantes nationales découlant de cette formation, pourra ainsi permettre de multiplier la tenue des congrès ou des séminaires de Chirurgie Pédiatrique à travers tout le continent.

Les leçons tirées de ces différentes analyses nous conduit à suggérer la création **d'un Hôpital d'enfants** dans lequel différents spécialistes s'occupant de l'enfant pourront exercer. Il est toutefois impérieux d'abord de regrouper la Chirurgie Pédiatrique dans le département Mère-Enfant comme cela se fait à la faculté de Médecine d'Abidjan.

Actuellement, les services de Chirurgie Pédiatrique intégrés dans les hôpitaux d'adultes doivent pouvoir bénéficier de moyens pour leur fonctionnement. Le mode de recrutement des malades doit être basé sur la collaboration interdisciplinaire et la formation continue du personnel médical et paramédical. Force est de croire que les formations sanitaires périphériques jouent un rôle prépondérant dans le recrutement des enfants malades. Mais l'acheminement des malades, les nouveaux-nés en particulier, doit se faire par un agent de santé dans les conditions optimales (à défaut d'un transport médicalisé) pouvant améliorer les conditions de survie.

Par ailleurs, l'efficacité de structures d'assistance sociale demeure un impératif pour alléger le coût de prise en charge qui souvent est un frein à une thérapeutique adéquate.

CONCLUSION

Le bon fonctionnement d'un service hospitalier dépend sans doute du savoir faire et d'une bonne organisation. En effet, même s'il n'existe pas de modèle statique ou international d'organisation d'un service de Chirurgie Pédiatrique, il est permis d'espérer travailler dans un service répondant aux exigences et normes habituelles. Toutes les organisations ou fonctionnement d'unité étant en général tributaires des réalités locales et de l'aptitude d'imagination des personnes impliquées.

Le niveau d'avancement économique de nos Etats est aussi un facteur déterminant pour assurer l'équipement et la maintenance des structures hospitalières. Somme toute, il est toujours opportun de connaître les principes sur lesquels on pourra se baser pour assurer le bon fonctionnement d'un service : l'adaptation des équipements à l'environnement, le perfectionnement du personnel et les facteurs psychosociaux ont un impact déterminant comme le signale Person. (13)

C'est une chance pour nous d'avoir pu bénéficier d'une telle formation dans la spécialité de Chirurgie Pédiatrique, plaise à Dieu que nous puissions en tirer profit pour le bonheur des petits malades et de leurs familles.

“Fasse le ciel que chacun exerce le
métier qu'il connaît”

Aristophane

450-386 av. J.C

Les Guêpes

BIBLIOGRAPHIE

1. ALROUSSEAU P. , CHEVERRY R.

L'hôpital d'enfants et la maternité

Masson Tome II 1969

2. CATHERINE B.

La prise en charge dans les établissements autres que CHU

Revue hospitalière de France - N° 2 Mars-Avril 1993

3. DOUMBOUYA N.

Réflexions sur une série de 192 malformations congénitales
enregistrées au CHU Donka . Aspects statistiques.

Thèse : 1992 Conakry-Guinée

4. GLORION B.

La compétence : exigence justifiée, obligation morale,
responsabilité collective.

Bulletin de l'Ordre des Médecins, N°2 février 1995

5. HELOURY Y. , PLATNER V. , GENIER F. , MOUSSU P. , LE NEEL JC.

Organisation des Urgences Chirurgicales Pédiatriques au CHU de
Nantes.

Chirurgie 119 (3) : 143-51 ; 1993-94

6. KEITA A.

Le traitement chirurgical des becs-de-lièvre (BDL) et division
palatine (DP): a propos de 18 observations colligées dans le
service de Chirurgie Infantile néonatale en 32 mois de mai 1980 à
décembre 1982 au CHU de Cocody .

Thèse Médecine Abidjan 14 mars 1983

18. ROUX C., da SILVA-ANOMA., AGUEHOUNDE C., DENOULET D., AGRE A.

Notre expérience sur les affections néoplasiques opérées dans le service de Chirurgie Infantile et néonatale d'Abidjan (CHU de Cocody).6ème journées médicales d'Abidjan : 13-18 janvier 1986.

19. TORELLA D.

Malformations ano-rectales: contribution à l'étude clinique et thérapeutique. A propos de 89 cas colligés au CHU de Cocody de janvier à mai 1990.

Thèse Médecine Abidjan 1990.

Michel Eyquem de Montaigne

1533-1592 Essai du lecteur

RESUME

A travers cette étude, nous retraçons notre expérience après une formation de spécialisation en Chirurgie Pédiatrique. Elle a duré 4 ans, et s'est déroulée successivement dans le service de Chirurgie Pédiatrique et de Neurochirurgie au C.H.U. de Yopougon (Abidjan-Côte d'Ivoire), dans le service de Chirurgie Générale à l'hôpital d'enfants au Red Cross Hospital(Cape Town-Afrique du Sud) et dans le service de Chirurgie Infantile et Orthopédique à l'hôpital d'enfants au C.H. Ibn Rochd(Casablanca-Maroc).

L'analyse de cette formation fait le bilan des connaissances acquises et, conduit à suggérer la proposition d'un modèle d'organisation de service de Chirurgie Pédiatrique conforme aux réalités de nos contrées où le sous équipement et le manque de maintenance relèvent du quotidien.

Les perspectives pour cette spécialité encore récente dans nos pays sont envisagées, tout en insistant sur la nécessité de la création d'un **hôpital d'enfants** qui parait la solution idéale pour une meilleure prise en charge des enfants malades.

Il est aussi primordial de considérer la Chirurgie Pédiatrique dans un département Mère-Enfants.

“Le présent serait plein de tous les avènements
si le passé n'y projetait déjà une histoire”

André GIDE

Les nourritures terrestres livre 1 er