



Université Claude Bernard
Lyon I



Hôpitaux de Lyon

RAPPORT DE MISSION
O.R.L.
DES
HOSPICES CIVILS DE LYON

Kaboul, 30 avril au 12 Mai 2006

Dr Céruse Philippe



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

Introduction	1
Introduction	3
Les patients	4
Fonctionnement des différents secteurs	5
La consultation	5
Secteur hospitalisation	6
Le bloc opératoire	7
La prise en charge de l'urgence ORL	9
Le plateau technique	10
Imagerie	10
Anatomopathologie	10
Bactériologie	10
Biologie	10
Anesthésie réanimation :	10
Divers	11
Les techniques chirurgicales	11
La CCF et la cancérologie	11
Otologie	12
Exploration fonctionnelles/vertige	12
Nez et Sinus	12
L'anesthésie	13
Les conditions d'hygiène, d'asepsie et de stérilisation des instruments	14
La formation, les connaissances des médecins du service	16
Les de seniors,	16
Les juniors	16
L'accès aux connaissances.	17
Conclusion	17
Propositions	18
Pour le matériel	18
Formation en CCF.	18
Du point de vue universitaire :	18
AGENDA DE MISSION	20
Remerciements	23

Introduction

Dans le cadre du partenariat entre les Hospices Civils de Lyon et le CHU de Mâiwand, nous avons été mandaté pour débiter une collaboration avec le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale (CCF). C'est la première mission médicale dans ce CHU, en effet les autres missions ont toutes eut lieu dans le CHU d'Ali Abad.

L'objectif principal de cette mission est de réaliser un état des lieux de l'ORL et la CCF dans cet hôpital, les objectifs secondaires sont la réalisation de cours, la participation aux décisions thérapeutiques et aux interventions.

Cet état des lieux a consisté à évaluer les points qui nous ont semblé importants pour la prise en charge des patients :

- Données épidémiologiques sur le nombre de patients pris en charge, leur pathologie, leur parcours de soin.

- Fonctionnement de la consultation, du service d'hospitalisation, des blocs opératoires, la prise en charge de l'urgence ORL.

- Le plateau technique de l'hôpital pour ce qui concerne la prise en charge du patient d'ORL.

- Les techniques chirurgicales qui sont mis en œuvre en routine et les points à améliorer, la possibilité d'introduire des techniques récentes.

 - Les techniques d'anesthésie générale

 - Les conditions d'hygiène, d'asepsie et de stérilisation des instruments

- La formation, les connaissances des médecins du service, leur accès aux connaissances, les réunions et formation médicale continue.

Les patients

Deux modes d'admission des patients

Le plus courant (en théorie) est l'admission via la consultation, tous les matins les patients se pressent à la porte des consultations pour pouvoir voir un médecin. En cas de nécessité d'hospitalisation, urgente ou non, le patient se voit remettre un laissez passer d'un administratif pour aller voir le (a) cadre du service. Si possibilité d'un lit le patient sera hospitalisé le jour même, que se soit pour une intervention réglée ou non, le patient peut donc attendre plusieurs jours en vue de se faire opérer. Il ne semble pas y avoir de programmation à moyen ou long terme.

L'autre moyen qui est plus ou moins officiel mais probablement aussi important voire plus, est l'admission d'un patient vu en privé par les médecins du service et qui muni d'une lettre (permet d'éviter la queue à la porte) doit aussi transiter par la consultation pour avoir le laissez passer.

Il y a un troisième mode d'admission mais qui semble plus anecdotique, c'est la mutation d'un autre hôpital.

Les pathologies présent en charge à la consultation sont des plus courante, bouchons de cérumen, pharyngite, angines, otite aiguës, chroniques, épistaxis etc. La pathologie plus lourde en hospitalisation est là aussi assez classique avec beaucoup d'infections : cellulites cervicales, tumeurs cervico-faciales bénignes (infectieuses, avec une énorme incidence de tuberculose cervicale) ou malignes, otites chroniques, amygdalites chroniques, déviation de cloison nasale.

On est surpris par le nombre important de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et des sinus que l'on a vu en quelques jours, le recrutement par la porte dépasse celui de nombreux centres en France (5 nouveaux patients en trois jours) et manifestement ce chiffre pourrais être revu à la hausse, en effet comme ces tumeurs ne peuvent pas être pris en charges à Kaboul, les patients ne sont pas orientés à l'hôpital, ils iront soit au Pakistan si ils ont les moyens financier, sinon ils rentreront chez eux ! Cas manifestement le plus fréquent. Les otites chroniques semblent avoir un incidence également très élevée diagnostiquées à des stades avancés (Paralysie faciales, fistulisation a la peau, complications intra crâniennes).

Fonctionnement des différents secteurs

La consultation

Elle assure 80 à 100 consultations par jour

Les patients se présentent en général spontanément à la consultation qui est au sein du « service d'urgence » qui est en fait un grand hall de consultation. Ils sont parfois adressés par un autre service ou un autre hôpital de Kaboul jamais par des correspondants ORL qui ne sont pas du service. Ils sont « sont accueillis » à l'entrée de l'hôpital ou ils sont admis en fonction de leur arrivé au hall de consultation, ils se dirigent le plus souvent à la porte de la consultation adaptée à leur pathologie. D'après les médecins, c'est le « concierge » de l'entrée qui fait le trie mais j'en doute vue la cohue, il a déjà du mal à ne pas se laisser déborder par la foule. Puis les patients attendent de pouvoir être admis dans la pièce de consultation en général grouillante de monde, patient, famille etc. Dans cette pièce de petite taille compte tenu de la foule, ils seront examinés au niveau de quatre « stands » de consultation non séparés (une table par stand avec une chaise a chaque extrémité pour les médecins qui voit le patient assis en face de lui), derrière un paravent sont réalisés les petits gestes : tamponnement, lavage d'oreille, sutures. La famille et autres curieux y assistent.

L'interne possède son propre éclairage (une lampe frontale à pile), un otoscope de pédiatre, un abaisse langue métallique qui va servir pour toute la consultation (il trempe entre chaque patient dans une solution antiseptique !!!)

Il n'y a pas de microscope otologique, pas de quoi faire une laryngoscopie indirecte, quant les patients ont une dysphonie.

L'ensemble se déroule dans un chahut incroyable avec une foule compacte. Il faut avoir des nerfs d'acier pour ne pas craquer au bout d'une heure.

Il n'y a pas de dossier de consultation.

En cas indication d'hospitalisation urgente ou non, le patient doit se faire délivrer un « laisser passer » par un administratif qui se trouve dans un coin de la même salle, avec lequel il pourra franchir les portes de l'hôpital pour aller dans le secteur d'hospitalisation le gardera ou non en fonction des places vacantes.

Pour les patients qui sont vus en consultation privée par les médecins du service, la consultation n'est pas obligatoire, ils se présentent directement à l'administratif responsable de la délivrance du « laisser passer ».

Propositions

La consultation d'ORL pourrait se trouver dans une pièce plus grande avec des box de consultation séparés, utiliser des abaisses langues à usage unique, posséder de quoi faire une otoscopie correcte (microscope, aspiration), des laryngoscopies indirectes (miroirs laryngés stérilisables).

Il faudrait également une pièce isolée du bruit avec un audiomètre.

Prévoir l'introduction de dossiers de consultation.

Mettre la salle d'attente et le bureau de l'administratif à part.

Une cote part de 5 afghanis pourrait être demandé aux consultants pour arriver à avoir du matériel régulièrement

Secteur hospitalisation

50 à 60 admissions par semaine. Les admissions se font au fur et à mesure des patients qui arrivent de la consultation, quand le service est plein on demande au patient de repasser (il est difficile de se faire préciser quand est ce que le patient reviendra).

Soixante lits d'hospitalisation sur 2 étages répartis en 30 lits d'hommes et 30 lits de femmes. Il y a une salle commune par secteur de 15 lits environs et le reste des chambres à 4 lits.

Un(e) surveillant(e) par secteur, 7 infirmières pour les deux secteurs. Il existe une salle de pansements/d'examen qui sert également de vestiaire et une salle de repos.

Le service est pris à 8h jusqu'à 14h, au-delà, c'est un(e) infirmier(e) par secteur qui fait le reste de la journée et de la nuit.

Dans l'ensemble le service est propre. Mais on est frappé par l'existence de bassines au pied de chaque lit qui servent de poubelle, les patients jettent directement les compresses, pansements et autres produits souillés (sécrétion, sang etc.) directement dedans, il n'y a pas de poche de recueil, les bassines sont sales++.

Les patients qui nous sont présentés sont comme dans tout service en post opératoire, en attente d'une chirurgie ou en bilan. Ils sont tous en vêtements civils, et pas lavés. Un des patient présente une cellulite cervicale d'origine dentaire drainée ouverte, la cicatrice est à

l'air sans pansement elle coule directement sur les vêtements du patient qui est en contact avec ses voisins de chambre !!!!

La durée d'hospitalisation est probablement plus élevée qu'en occident, deux facteurs principaux à ça : les patients semblent venir de loin (d'autres provinces) et l'absence de programmation des interventions fait que certains patients vont attendre plusieurs jours avant de pouvoir passer au bloc.

Il existe un dossier patient qui est représenté par des feuilles de papier agrafées, ils sont archivés après sortie du patient, nous n'avons pas vue de relevé de température.

Nous avons rencontré les surveillant(e)s, il existe une demande forte de formation, soit pour des actes techniques soit pour la gestion du service et des équipes.

Propositions

Organiser une mission avec un cadre IDE pour évaluer et former les équipes, réorganisation du système d'hospitalisation.

Le bloc opératoire

Il existe 3 « salles » avec fauteuils qui sont dédiées aux amygdalectomies, une salle avec table opératoire pour les autres interventions sous AL et un seul bloc opératoire équipé pour les interventions sous AG.

Les locaux comme le reste de l'hôpital sont anciens mais propres avec un jour de ménage par semaine.

Il y a 4 journées opératoires par semaine de 8h jusqu'à la fin des programmes en général début d'après midi.

Le programme opératoire est finalisé la veille au soir par le médecin de garde.

Les salles d'amygdalectomies et de locales sont équipées chacune d'une source de lumière froide avec un casque pour lumière frontale (souillé de sang). Pas d'aspiration, pas de bistouri électrique.

La salle d'AG est équipée d'un scialytique fixe et d'un autre mobile, d'un microscope opératoire qui fonctionne mais d'une puissance optique insuffisante pour la chirurgie otologique fine.

Il existe un bistouri électrique qui fait monopolaire et bipolaire. Il est totalement obsolète, le monopolaire est insuffisant avec une plaque « bricolée » qui pourrait être dangereuse pour le

patient (le contact se fait par une compresse humidifiée posée autour de la plaque en contact avec le patient). La bipolaire fonctionne encore mais elle est tenue par un ruban adhésif au cordon électrique.

L'aspiration est d'une puissance insuffisante pour permettre à une intervention un peu sanglante d'être réalisé dans de bonnes conditions de sécurité.

Il n'y a aucun matériel d'endoscopie digne de ce nom.

Les instruments de microchirurgie otologique sont usés, incomplets, toutes les boites sont à refaire de même que les moteurs des fraises et la pièce à main. Le microscope n'a pas d'optique latérale, ce qui pose un problème pour l'enseignement, il est de faible grossissement.

La salle de lavage des mains (photo 1) est des plus sommaire avec quelques éviers (sales) pour se laver, des savons crasseux, des brosses multi utilisées, qui trempent dans une « soupe » infâme d'un probable antiseptique. On ne se lave pas les mains avec un antiseptique. Les instruments chirurgicaux sont lavés dans ces mêmes éviers.

Comme dans le service les compresses et autres pansements souillés sont directement mis dans une bassine mal lavée, sans poche de recueil, avec les aiguilles usagées et autres ampoules en verre, le personnel vide ces bassines sans gants.

Les patients entrent au bloc non lavé, pieds nus (sales) en civil avec une blouse de bloc par-dessus les vêtements. Les femmes portent bijoux, vernis à ongles etc.



Photo N°1 : la salle de lavage des mains.

Propositions

Revoir le système de programmation des interventions et d'organisation du bloc

Apprendre à faire laver les patients avant le bloc, ne pas les faire rentrer avec les vêtements civils, enlever bijoux vernis etc.

Revoir les procédures de lavage des mains (intérêt des solutions hyro-alcooliques) du recueil des produits souillés et contondants.

Lavage des casques frontaux et des sources de lumière froide.

Indispensable si l'on veut développer la CCF et l'otologie : il faut un bistouri électrique, un microscope opératoire et une aspiration correcte

La prise en charge de l'urgence ORL

Nous n'avons pas pu nous rendre compte par nous même de l'organisation.

Il y aurait 2 internes de garde, le début se fait vers 14h après que tout le monde soit parti en privé, internes compris. Un premier recours senior est possible il est de garde sur place, en cas de besoin il y a possibilité d'un second recours du chef de service ou de l'adjoint. Il y a possibilité de réaliser des gestes sous AG.

Nous n'avons pas pu savoir comment se faisait la prise en charge des corps étrangers digestifs ou respiratoires, il n'y a en effet aucun matériel d'endoscopie et personne n'est formé aux techniques d'endoscopies.

Le plateau technique

Imagerie

Seules les radios simples peuvent être obtenues (blondeau, schuller, thorax) pas de TDM disponible, les patients qui ont les moyens peuvent obtenir un scanner dans le privé, ils sont souvent de mauvaise qualité, avec une interprétation sommaire, les ORL ne sont pas formés à la lecture de ces images ils sont obligés de faire confiance aux radiologues qui manifestement sont également mal ou pas formés à l'imagerie de la tête et du cou. Il n'est pas possible d'avoir de cytoponction guidée sous échographie par manque de radiologues formés et de cytologistes.

Les échographies sont réalisables.

Anatomopathologie

Les anapaths ne sont pas performants notamment dans l'analyse des adénopathies en effet il ne semble pas possible de différencier les lymphadénites chroniques non spécifiques des tuberculoses par exemples.

Pas de cytologistes

Bactériologie

Il n'est pas possible d'avoir des cultures de BK, les traitements se font à l'aveugle.

Biologie

Les examens biologiques de bases peuvent être obtenus sans difficulté

Anesthésie réanimation :

Néant

Divers

Pas d'alimentation parentérale possible, l'alimentation entérale est préparée sur place a base de lait, œufs, miel etc.

Les consommables doivent êtres dans la majorité des cas achetés par les patients avant les interventions

Les techniques chirurgicales

Tableau 1 : Les différentes interventions réalisées ces derniers 3 mois :

Interventions	Nombre
Amygdalectomie	782
Septoplastie	88
Méatotomie	3
Myringoplastie	2
Turbinectomie	17
Rhinoplastie	16
Microaspiration	5
Adénoïdectomie	7
Oesophagoscopie	2
Laryngoscopie	11
Polypes sinusiers	6
Kyste du Tractus	4
Mastoïdectomie	12
Cervicotomie	6
Divers	30
Total	990

La CCF et la cancérologie

Très limitée voir inexistante, Raisons invoquées : pas d'oncologie, pas de radiothérapie. Une fois fait le diagnostic de cancer (le plus souvent sur la clinique), les patients les plus riches se font traiter à l'étranger, le plus souvent au Pakistan, les autres rentrent à la maison.

Les interventions se limitent donc à des actes diagnostics : laryngoscopie directe sous AL sans biopsie. Le reste de l'endoscopie ORL est inexistante faute de matériel et de connaissances.

Pour les tumeurs de parotide, seules les petites tumeurs superficielles sont traitées par énucléation.

De façon générale la chirurgie cervicale est inexistante faute de connaissance, de moyens diagnostics et thérapeutiques. Même les cervicotomies exploratrices ne sont pas réalisées car elles ne débouchent que rarement sur un diagnostic et sur un traitement.

Alors qu'il existe un énorme besoin en cancérologie, en trois jours j'ai pu rencontrer 5 patients ayant un cancer des VADS, tous étaient curables avec des moyens conventionnels pour l'occident.

Otologie

Une seule technique chirurgicale est connue et mise en œuvre pour le traitement des otites chronique : la mastoïdectomie radicale. Toutes les autres techniques de chirurgie fonctionnelle ne sont pas réalisées, faute de connaissances et de moyens. Quelques tympanoplasties de types I seraient réalisées.

Nous n'avons eu connaissance de mise en place d'aérateur trans tympanique pour les otites séreuse (OSM). C'est le traitement de base de ces otites qui font le lit des otites chronique.

Exploration fonctionnelles/vertige

Néant faute de matériel et de connaissance pratiques

Nez et Sinus

Les techniques se limitent à la septoplastie, aux polypectomie, à la méatotomie inférieure et au Caldwell-Luc. Les autres techniques ne sont pas connues, le matériel de chirurgie endoscopique sinusienne n'existe pas.

L'amygdalectomie est l'intervention la plus fréquemment réalisée, elle se fait sous AL en quelques minutes au décolleur et au serre nœud, la ligature du pôle inférieur de l'amygdale se fait avec un fil de couturière en coton qui est passé au « stérilisateur »!! Technique rapide efficace, douloureuse, et sanglante. Pas d'hémostase !

Propositions

Toute la CCF et la cancérologie sont à reprendre du début, de la théorie à la pratique. Sous forme de cours théoriques, de vidéo opératoires, de démonstrations opératoire et d'apport de matériel : Bistouri, aspiration, endoscopie

D'ici à deux ans il devrait y avoir la possibilité de faire de la radiothérapie et donc de pouvoir traiter la majorité des cancers des VADS sur place.

Refaire le point sur la prise en charge des otites chroniques, des surdités que se soit en diagnostic, dépistage traitement. Il faut pour cela outre des cours, du matériel : microscope opératoire, boites d'instruments, exploration fonctionnelle à commencer par audiomètre et tympanométrie.

L'anesthésie

Prise en charge par un technicien (équivalent IADE). L'AG se fait à la Kétamine et pavulon le monitoring se fait uniquement par un saturomètre, la TA est prise régulièrement par un brassard manuel quant on le demande.

Ils ne savent pas faire des AG en respiration spontanée pour de l'endoscopie, ne connaissent pas les sonde d'intubation fine pour les laryngoscopie. Il n'y a pas de monitoring cardiaque per op.

Il existe une « salle de réveil » qui est en fait une salle un peu plus tranquille que les salles communes avec un infirmier qui surveille les patients d'un peu plus près. Sortie de la salle de réveil le lendemain ou le surlendemain selon l'état des patients.

Bien sur pas de réanimation

Proposition

On pourrait organiser une mission d'anesthésie dans la spécialité.

Matériel : sondes d'intubation type MLT, Montandon, Guedel, moniteurs cardiovasculaires.

Les conditions d'hygiène, d'asepsie et de stérilisation des instruments

Les salles opératoires sont en général propres, le personnel est en vêtement de bloc, avec changement de chaussures, port du masque.

Les gants à usage unique ne le sont pas toujours, ils sont lavés et réutilisés pour certaines interventions. Parfois entre chaque amygdalectomie, le chirurgien ne change pas ses gants il les lave simplement avec un antiseptiques.

En règle générale l'asepsie est succincte, les fautes fréquentes.

Comme nous l'avons noté plus haut, les patients rentrent avec leur tenue de ville et les pieds nus sales, ils ne sont pas douchés avant.

Nous ne reviendrons pas sur le lavage des mains.

Les miroirs frontaux sont couverts de sang, jamais lavés, les bassines sont pleines d'amygdales de sang et de papier hygiénique sans poche de recueil.

Pour les instruments d'amygdalectomie, les instruments sont vaguement frottés à la main sous le robinet par l'IBODE, qui ne porte pas de gants quant il prend les instruments souillés, ils sont directement plongés quelques minutes dans un « stérilisateur » d'eau bouillante (photo 2) avec *les seringues montées à usage unique qui resserviront plusieurs fois* ainsi que les tuyaux d'aspiration.

Les instruments de CCF et d'otologie passent à l'autoclave ou au poupinel, il en existe plusieurs qui sont neufs. Mais il n'existe pas de boites dans lesquelles sont mis les instruments pour être passés à l'autoclave, pas plus que d'emballage plastic adapté.

Le microscope opératoire n'est pas recouvert d'une housse ou d'un jersey au cours des interventions. Il est « stérilisé » par des vapeurs de ? produit que nous n'utilisons plus.

Photo N°2 : le stérilisateur.



Propositions

Renforcer les notions d'hygiène élémentaire (lavage des mains, asepsie, lavage des instruments, ne pas réutiliser les gants etc.), mettre en place une stérilisation des instruments systématique. Possibilité d'avoir des instruments à usage unique et des seringues pour les amygdalectomies.

Instaurer un lavage systématique des patients avant le bloc, les débarrasser des objets personnels, des bijoux et des sous-vêtements, faire une pré-asepsie.

De plus la réutilisation des seringues et des aiguilles doit être abandonnée quelque soit le geste, les risques de transmission du VIH devraient être de plus en plus importants avec l'augmentation croissante de la prostitution liée à la présence d'étrangers à Kaboul et probablement l'utilisation de drogues injectables. Sans compter sur les hépatites.

On peut imaginer que les patients arrivent avec un peu plus de consommables pour leurs interventions.

La formation, les connaissances des médecins du service

Les seniors,

Le Staff est composé de 7 seniors, 5 sont enseignants à la faculté donc équivalents de PU-PH et 2 équivalents de PH. La possibilité de devenir enseignant se fait sur dossier, il faut ne jamais avoir redoublé et avoir toujours eut au cours des ses études 80% ou plus du maximum des points. Il n'y a pas besoin d'avoir fait de la recherche et/ou d'avoir des publications. Parmi les enseignants un seul a été formé à l'étranger (ex URSS) avec un titre de PhD. Titre qui ne pas faire l'unanimité (le travail nécessaire est plus symbolique qu'autre chose ! dicit le Pr. Salehi). Le Pr. Salehi est allé comme observateur en inde (4 mois) et en Iran (1 mois) avec un de ses collaborateur, les autres seniors n'ont qu'une formation locale. Il n'y a jamais eu d'aide étrangère pour l'ORL.

La formation pratique chirurgicale provient de ce qui a été enseigné et retenu il y à 30 ans avant que les seniors de cette époque ne partent à l'étranger. Seul le senior le plus âgé de l'équipe a connu cette époque c'est « la mémoire vivante du service ».

Les juniors

Les internes sont actuellement au nombre de 22. La spécialité nécessite d'abord un cursus de médecine générale de 7 ans, puis ils doivent passer un examen qui ressemble à un concours puisque le nombre de places est limité pour pouvoir accéder à la formation de spécialiste qui va durer 5 ans. Pendant ces années il existe une formation théorique avant tout conférence hebdomadaire sur un sujet précis, et une formation pratique qui est fonction de leur année d'internat : 1 année consultation, secondes année : amygdalectomie adénoïdectomie, troisième année : septoplastie etc. En fin de cursus passage d'un examen qui si il est réussi donne lieu à un diplôme sinon ce sera un certificat. Nous ne sommes pas arrivé à savoir le nombre de semestre qu'ils devaient passer en ORL.

Ils assurent la consultation de « base », prennent les observations des patients et les présentent aux seniors en vue d'une hospitalisation et/ou d'une intervention.

Sous le couvert d'un senior, ils réalisent différentes interventions.

D'après le Pr. Saléhi, nombre des ces futurs praticiens sont destinés à exercer dans les provinces ou les spécialistes sont très rares. 200 ORL à Kaboul versus 2 dans chaque une des 5 zones médicales.

Aucun des membres du staff ne parle le français. Seul le Pr. Saléhi maîtrise l'anglais tant parlé que écrit, certains membres du staff le comprennent mais le parle moins bien. Tous sont motivés pour un séjour en France, les internes serraient intéressés par une formation de FFI mais aucun ne parle le français.

L'accès aux connaissances

Il existe dans le département un colloque par semaine, les internes font le point sur un sujet.

Il n'y a pas d'abonnement à des revues internationales, accès Internet uniquement pour les revues gratuites, il y en a à ma connaissance que très peu et modérément intéressantes. Les livres semblent rares. Pas de revue locale ou nationale d'ORL.

Il n'y a pas de relation avec les autres services d'ORL des autres hôpitaux, aucunes réunions annuelles, aucun rapport avec le service de pédiatrie mitoyen.

Pas de société savante et pas de congrès nationaux en effet les distances sont longues en Afghanistan, il est difficile d'organiser des déplacements et des hébergements.

Conclusion

Nous avons rencontré une équipe motivée, dynamique, désireuse de progresser, capable de se remettre en question et qui plus est sympathique. Toutes les conditions nous semblent réunies pour qu'une collaboration puisse être instaurée et porter ses fruits.

Nous avons trouvé un niveau technique médiocre et un niveau de connaissances faible dans la spécialité, nous avons beaucoup à apporter.

Propositions

Pour le matériel

Un audiomètre/tympanométrie qui nécessiterais une mission d'une semaine pour formation des seniors.

Un système de coagulation bi et monopolaire. Une aspiration efficace. Un microscope opératoire. Une boîte de chirurgie otologique.

De quoi faire une panendoscopie et de la laryngoscopie en suspension.

Des miroirs laryngés avec le système de chauffage.

Formation en CCF

En terme de santé publique des moyens doivent être mis en œuvre pour développer la prise en charge de la cancérologie cervico-faciale en effet l'incidence de ces cancers est manifestement élevée. Il faut également développer la prise en charge des autres tumeurs cervicales : parotide, thyroïde, sous maxillaire, aucune n'est prise en charge correctement et les patients sont pléthores.

Du point de vue chirurgical cela ne peut être rendue possible que par l'achat d'un matériel qui n'est pas très onéreux (bistouri électrique, pompes à vide performante) et une formation chirurgicale qui doit pouvoir être rapide compte tenu de la volonté de l'équipe et du chef de service.

Il faut également améliorer la qualité des AG et leur apprendre l'AG en spontanée pour les endoscopies.

Du point de vue universitaire :

Abonnement a une revue internationale ou aide avec les revues que nous possédons (VPN)

Aider à l'organisation d'une société savante d'ORL afghane qui pourrait avoir une revue nationale. Elle pourrait organiser un colloque annuel pour les ORL de Kaboul ou des autres districts, favoriser les réunions d'ORL des différents services, faire participer les pédiatres, en

effet la diminution des otites chronique ne peut passer que par la formation des ORL, des pédiatres et des généralistes qui dépistent les otites séreuses qui font le lit des otites chroniques.

Pour cela on peut imaginer deux missions annuelles de 15 jours avec des cours théoriques et des démonstrations opératoires, en associant un anesthésiste de notre spécialité et un cadre infirmier pour le service et/ou le bloc.

Quatre membres du staff sont décidés à venir à Lyon en observateurs, nous sommes prêts à les accueillir.

Il est pour l'instant prématuré d'envisager la venue de FFI, d'une part aucun ne parle le français, d'autre part les postes d'interne en ORL sont toujours pris à Lyon, il nous semble difficile de pouvoir bloquer un poste.

AGENDA DE MISSION

30/04/06

Arrivée à Kaboul, installation dans la Guest House et rencontre avec les membres de la cellule santé.

01/05/06

Rencontre avec le directeur de l'hôpital Maïwand le Pr. M.Gul KOHDAMANI, qui nous présente son établissement qui comporte 350 lits.

Les différentes spécialités sont la Dermatologie, l'ORL, la Médecine Interne pédiatrique, la Chirurgie abdominale, thoracique, générale, la Chirurgie pédiatrique, la Chirurgie plastique.

Le plateau technique de Radiologie se limite à un appareil de radiographie standard et un échographe.

Puis nous rencontrons le chef de service d'ORL le Pr. Saléhi qui nous amène visiter son département et nous présenter les membres de son staff et nous exposer ses besoins.

Le Pr. Salehi nous rappelle que le service a été beaucoup plus important il y a 20 ans en terme d'activité, il y avait une prise en charge de toute la CCF et la cancérologie ce qui n'est plus le cas actuellement. Même remarque en ce qui concerne l'otologie. La majorité de la discussion se fait en anglais.

Le 2/05/06

La matinée débute par des consultations (tumeurs laryngé, otites chroniques, adénopathies cervicales, rhinoplastie), se poursuit par la visite des blocs opératoires et se finie par une discussion sur les techniques et indication des différentes techniques chirurgicales en ORL et CCF.

Le 3/05/06

Matinée bloc opératoire, nous réalisons un Caldwell-Luc. Puis nous allons visiter l'Université Médicale de Kaboul et nous assistons à un cours magistral d'ORL.

Le 4/05/06

Nous faisons des consultations de patients ayant des cancers du larynx du sinus maxillaire, des otites chroniques. Réalisation d'endoscopie au bloc opératoire sans anesthésie avec du matériel qui date d'il y a 30 ans et qui n'a pas été utilisé depuis.

Le 5/05/06

WE, visite de la vallée du Panjschir.

Le 06/05/06

Début par une consultation, puis visite des consultations et pour finir nous allons à l'Université Médicale de Kaboul pour assister à une remise de diplôme de fin d'étude.

Le 7/05/06

Début par des consultations puis on fait une conférence sur les techniques de tympanoplasties avec diapositives et vidéo de techniques opératoire. C'est l'occasion de discussions constructives sur cette chirurgie de l'oreille qu'ils maîtrisent mal faute de connaissance, de matériel et d'anesthésie générale. Ils ne connaissent qu'un type de tympanoplastie (radical mastoïdectomie) sans jamais d'ossiculoplastie, le versant fonctionnel est inconnu. Je leur laisse trois copies des vidéos qui ont été réalisées dans le service.

Le 8/05/05

Début par des consultations puis conférences sur la parotidectomie et conduite à tenir devant une tuméfaction cervicale.

Le 9/05/06

Début par une consultation, puis on réalise une parotidectomie totale chez une jeune femme présentant une tumeur de parotide gauche depuis 12 ans qui évoque un volumineux adénome pléiomorphe. L'intervention s'est déroulée on ne peut mieux compte tenu des conditions. Petite parésie faciale en post opératoire. Puis nous réalisons une tympanoplastie en technique ouverte là aussi ça se passe bien.

Le 10/05/06

Début par une consultation avec notamment un jeune patient qui présente manifestement un fibrome naso pharyngien.

Réunion avec l'ensemble des surveillantes et surveillants bloc et service. Ils souhaiteraient une mission avec de infirmier ou cadre français, les besoins exprimés sont floues. Prise en charge des pansements, des patients, organisation du service, le rôle d'une cadre ?

Visite a nos confrères de l'ISAF (Médecin colonel Faucomprè et coll) la visite de l'hôpital de campagne est instructive, nous avons abordé les possibilités de transport de fret a priori c'est quelque chose de possible. De plus non seulement ils sont d'accord pour prendre en charge de la pathologie « civile » mais en plus cela leur semble indispensable pour pouvoir assurer leur mission correctement. Ils en peuvent malheureusement pas sortir du camp mais ils accueillent volontiers les patients qui se présentent, cela doit pouvoir se faire par téléphone. Ils nous donnent une partie des instruments de chirurgie qu'ils ont récupérés après le départ des médecins Danois. Ces instruments seront donnés au département d'ORL.

Le 11/05/06

Visite de fin de mission au chef de service et au directeur de l'hôpital, nous exposons avec le Dr Ph. Bonhoure les points faibles essentiellement l'asepsie et la réutilisation des produits à usage unique. Nous expliquons comment nous pensons axer la coopération future.

Compte rendu oral de fin de mission chez M. l'Ambassadeur en compagnie du Dr Ph. Bonhoure. Nous exposons le déroulement de notre mission et les perspectives de coopération.

Remerciements

Un grand merci au Dr Philippe Bonhoure coordonnateur de la cellule santé à l'ambassade pour son aide, son accueil et ses connaissances de l'Afghanistan qu'il a su me faire partager.

Un grand merci également au Dr Hussein Zada pour ses traductions complexes et sa disponibilité tout au long de mon séjour

Je tenais à remercier le Dr D Jacques qui a pensé à moi pour cette mission, qu'il soit assuré de ma reconnaissance.

Rapport de mission validé par l'ambassade de France en Afghanistan le 3 juillet 2006

Les constats et propositions appartiennent à l'auteur



Dr Philippe Bonhoure
Chef de la Cellule Santé