

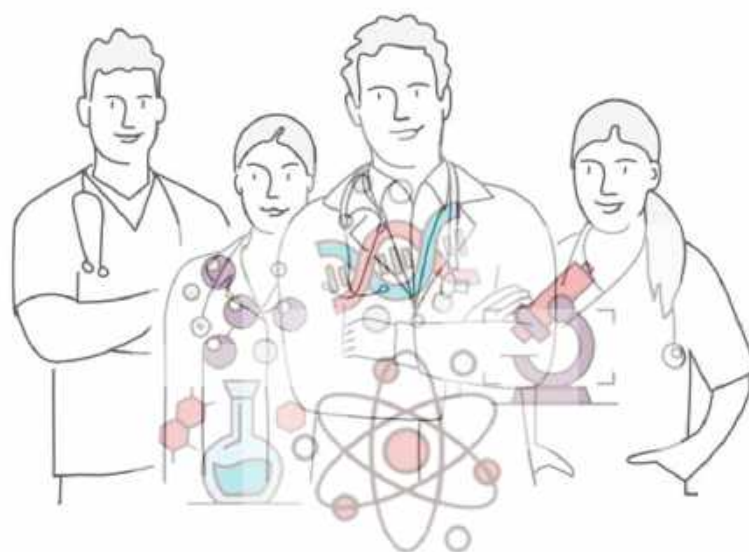
Vol. 7 No. 38

INFO-CHIR



Revue Haitienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie

Avril 2022



RECHERCHE MÉDICALE ET SOINS DE SANTÉ

" La porte de la vérité a deux clefs : l'une s'appelle l'étude, l'autre la souffrance.. "

Victor Hugo

SOMMAIRE

	Page
EDITORIAL	3
I- ARTICLES MEDICAUX	
1- Corps étrangers dans le cholédoque, à propos d'un cas. Louis-Franck Télémaque, MD and all	4
2- Profil épidémiologique du cancer cervical utérin : une étude rétrospective sur 5 ans à l'IHDO Jean Renaud Accilus, MD ; Emmanuel J. Siméus, MD	9
3- Caractéristiques socio démographiques et issue des patients traumatisés avec Focus Assessment with Sonography for Trauma (FAST) à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) de Janvier à Décembre 2016 Laura Marcel, MD and all	14
4- Sarcome utérin : À propos d'une observation chez patiente jeune en Haïti à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) en août 2021 Larry Morgane Massena and all	19
5- Endométriose digestive, à propos d'un cas. Eunice Dérivois, MD ; Patrick Jeudy, MD	25
II- DIAPORAMA Un Traumatisme de la face (ostéosynthèse par fil d'acier) Patrick Marc Jean Gilles, MD	30
III- Xtreme DIA Masse obstructive de duodénum Louis-Franck Télémaque, MD	31
IV- DOSSIERS	
1- Insuffisance rénale chronique chez les enfants Judith Exantus, MD	32
2- Politique nationale de Santé Scolaire Érold Joseph, MD	36

EDITORIAL

La sortie du 38^e numéro d'Info CHIR/RHCA survient à une période où le corps médical haïtien vient d'être frappé par des événements douloureux. En effet, un suspens intolérable a tenu en haleine le secteur des travailleurs de santé et la communauté en général par suite de l'enlèvement, sur leur lieu de travail de deux médecins, suivi de leur séquestration pendant plusieurs jours.

Une fois de plus, la corporation médicale jointe par de nombreuses associations professionnelles et plusieurs branches de la société a manifesté son exaspération à propos de ce climat d'insécurité qui sévit dans le pays et face auquel les autorités établies sont impuissantes... Ce drame qui aura duré près d'un mois a augmenté l'inquiétude des médecins qui ont choisi de rester dans leur pays, tout en faisant face à des conditions de vie qui se détériorent chaque jour. Fort heureusement, dans ce cas, les personnes victimes ont recouvré la liberté, au grand soulagement de leur famille, leurs amis et de tous ceux que la situation du pays révolte à juste titre... La mort tragique d'un autre médecin, survenue récemment, aura assombri l'horizon soulevant davantage le ras-le-bol de la communauté. Quo usque tandem ? Jusques à quand enfin ?

Malgré ces moments de grande frayeur et d'incertitude, le comité et les membres d'Info CHIR ont encadré les auteurs pour assurer la parution programmée de cette édition. Les travaux présentés sont un reflet des activités des équipes médicales dans les services de chirurgie de nos différentes institutions de soins. Les auteurs des diverses rubriques sont chaque jour au chevet des patients, leur dispensant des soins, tout en étant potentiellement la cible de certains individus mal intentionnés. De plus, à côté de leur fonction de soignants, ces médecins s'adonnent à la recherche et à l'écriture scientifique, contribuant ainsi au partage de connaissances et d'observations, mais surtout à la diffusion d'informations pertinentes sur la médecine haïtienne. À ce titre en effet, un contenu bien étoffé a été préparé pour combler les attentes des lecteurs. Au sommaire des articles médicaux figurent des études portant sur le cancer du col de l'utérus, l'évaluation par FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) des polytraumatisés reçus au service d'urgence de l'HUM, et d'autres abordant la prise en charge de pathologies plus ou moins courantes ou encore des questions de santé publique comme la « Politique Nationale de Santé Scolaire. »

Il n'est un secret pour personne que la recherche en médecine et l'écriture scientifique ne sont pas très développées chez nous. Elles sont l'apanage d'un petit groupe qui croit que le progrès va de pair avec la recherche. Cette problématique interpelle déjà certains secteurs qui se sont penchés sur la question. C'est aussi la mission que s'est donnée Info CHIR et qu'elle entend poursuivre même dans ces circonstances très difficiles.

Le Comité de rédaction et d'éditorial.

I. Articles médicaux

CORPS ÉTRANGERS DANS LE CHOLÉDOQUE, À PROPOS D'UN CAS.

¹ Louis-Franck TÉLÉMAQUE, MD, FICS, MSc ; ² Kathleen Buteau, MD ; ³ Sylvio Augustin, MD, FACS ; ⁴ Wilfine Dupont, MD ; ⁵ Ritza Germain, MD.

¹ Chirurgien général

² Spécialisée en imagerie Médicale

³ Chirurgien Général

⁴ Chirurgien Général

⁵ Interniste, Gastro Entérologue

Mr. X âgé de 70 ans, est référé pour un tableau clinique caractérisé par de la nausée, une intolérance à la graisse, des épisodes de vomissements post-prandiaux, un ictère franc des sclérotiques, des urines foncées et des selles décolorées.

Aux antécédents, il a souffert d'un accident au football et d'un autre de la route. Il n'est pas diabétique ni hypertendu. Il a présenté deux épisodes de fièvre et de frissons d'allure intermittente, attribués à une infection urinaire traitée par des antibiotiques.

La maladie actuelle a commencé par des vomissements post-prandiaux, remontant à quelques mois de la consultation, accompagnés d'ictère, de prurit, d'asthénie et de perte de poids.

A l'examen clinique, il présente une dyspnée d'effort, un ictère franc des sclérotiques et des signes de déshydratation légère. La palpation profonde de l'hypochondre droit ne provoque pas de douleur. Ses urines sont très foncées et ses selles décolorées.

On évoque le diagnostic probable de lithiase vésiculaire avec possibilité de migration lithiasique obstructive du cholédoque vs un processus expansif aux dépens de la tête du pancréas avec une cholestase extra hépatique.

La biologie objective une légère cytolysse (élévation 2 x N des transaminases), une cholestase biologique (élévation 7 x N des phosphatases alcalines et Gamma GT ; hyperbilirubinémie mixte). À l'hémogramme, on note une anémie légère à modérée et une hyperleucytose à PN. Il est à noter que l'amylase et la lipase ont des taux normaux. L'antigène carbohydre Ca 19-9 est élevé à 1.000 U/ml (N : 37 U/ml), ce qui est concevable dans le cadre de la maladie lithiasique [1].

L'imagerie obtenue, à l'échographie abdominale, précise le caractère lithiasique de la pathologie en découvrant des calculs dans la vésicule, un calcul dans un cholédoque dilaté (1,2 cm), de même que les canaux biliaires intra-hépatiques en amont. Le canal de Wirsung est fin. Le CT-scan confirme la lithiase vésiculaire, la dilatation des canaux biliaires extra et intra hépatiques et la non-dilatation du canal pancréatique. Aucune mention n'est faite d'une éventuelle occupation du bas cholédoque par un corps étranger. Le pancréas paraît normal. (Images 1 à 3)

A la lumière de ces résultats, le diagnostic demeure une cholélithiase obstructive du bas cholédoque, secondaire à une migration de calcul à partir d'une cholécystite lithiasique, et provoquant une cholestase extra hépatique, sans affection pancréatique.

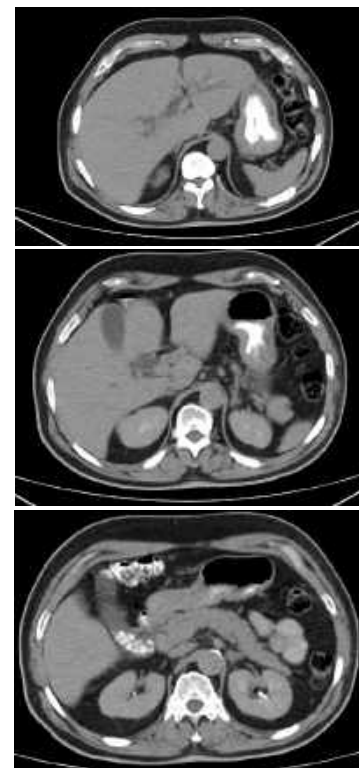


Image 1 et 2 : Dilatation des voies biliaires intra hépatiques et extra hépatiques. Images 3 : Lithiase de la vésicule biliaire et canal pancréatique fin.

Il est programmé, par laparotomie, une cholécystectomie, une exploration et une dilatation du bas cholédoque suivie de la mise en place d'un drain de Kehr. Il est gardé en mémoire, la présence du calcul cholédocien à enlever, la finesse étonnante du canal pancréatique en cas d'enclavement lithiasique de l'ampoule de Vater, et l'élévation du Ca 19-9.

A l'exploration de la région sous hépatique, par une laparotomie médiane, on découvrit une vésicule surdistendue, lithiasique, un positionnement anormal de l'artère hépatique longeant le flanc droit d'un canal biliaire principal très dilaté. L'intervention a consisté en une cholécystectomie rétrograde, une exploration du cholédoque par une cholédochotomie située entre l'abouchement du canal cystique et le bord supérieur du duodénum, une dilatation du bas cholédoque. De nombreux calculs noirâtres ont été retrouvés dans la vésicule dont un obstruait l'origine du canal cystique. (Image 4)



Image 4 : Lithiase vésiculaire

Dans le cholédoque, on évacua de la boue biliaire avec des concrétions calculeuses noirâtres de petit calibre. Le bas cholédoque était rétréci et ne permit pas une dilatation supérieure à 0.6 cm. Aucun épaissement particulier du pancréas ne fut noté. Un drain de Kehr (tube en T no 18) fut placé dans le cholédoque, en vue d'une cholangiographie. Au cours des six premiers jours du post-op, on observa une diminution progressive de la quantité de bile drainée par le tube en T, concomitante d'un dé jaunissement. Au 7^e jour, il fut procédé à la cholangio. Les résultats sont en faveur de la présence d'un corps étranger ovalaire, de faible densité situé au niveau du bas cholédoque. (Image 5)

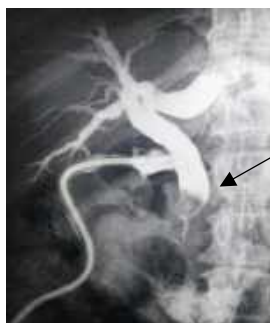


Image 5 : corps étranger du bas cholédoque

Après deux séances de perfusion du cholédoque au NaCl 0.9 %, espacées d'une semaine, il fut décidé de refaire une échographie, un scanner et une cholangio par le tube en T. Deux images de corps étrangers, de même type, ovalaires, de faible densité ont été découvertes, l'une à l'orifice d'abouchement

du canal biliaire principal gauche et l'autre au bas cholédoque. On objective aussi le passage de l'opacifiant dans un canal étroit trans pancréatique qui permet cependant son arrivée dans le duodénum. (Image 6) On évoque alors le diagnostic probable de lithiases cholestéroliques du cholédoque vs la présence de polypes [2, 3].

Entre temps, l'état général s'améliore avec la reprise d'une alimentation quasi normale.



Image 6 : présence de deux corps étrangers, à la naissance du canal hépatique et au bas du cholédoque.

Malgré le retour dans les limites de la normale de la fonction hépatique, une deuxième intervention voulait se justifier pour effectuer une ré-exploration du cholédoque en vue de tenter d'extraire et/ou de biopsier l'un ou l'autre des corps étrangers et de procéder à une plus large dilatation du bas cholédoque. En cas d'échec de l'extraction, une anastomose cholédoco jéjunale en Y de Roux pourrait être envisagée. Cependant, en per opératoire, l'abord du cholédoque a été très ardu, du fait des adhérences et de l'inflammation locale, risquant des lésions des organes et provoquant des saignements importants. Cette limitation excluait toute possibilité d'anastomose. Seulement l'endroit de la pénétration du tube en T a pu être dégagée pour réouvrir un canal cholédocien épaissi. Il fut décidé une exploration instrumentale aux pinces à calculs biliaires et un lavage trans cholédocien, en passant par le même orifice de cholédochotomie, qui permirent d'extraire encore de la boue biliaire et des mini calculs. Les dilateurs, jusqu'à 0.8 cm, ne rencontrèrent aucun d'obstacle de type calcul solide avant de pénétrer dans le duodénum. Aucun prélèvement de tissu (biopsie) n'a été possible. Un drain de Kehr No 18 fut remis. Le post-op fut sans particularité et on procéda à une 3^e cholangiographie par le tube en T. On objectiva encore la présence de deux images arrondies, de même nature, mais cette fois-ci, celle qui était à la naissance du canal hépatique avait migré jusqu'à la hauteur de l'abouchement du drain. L'autre était à la même place. Le bas cholédoque était perméable et permettait le passage aisé de l'opacifiant dans le duodénum. (Image 7)



Image 7 : présence de deux corps étrangers du cholédoque

Le post-op fut sans particularité notable. Le patient déjàunit complètement et il toléra une diète normale. Ses selles se recolorèrent normalement. A deux mois de sa 2^e intervention, il ne profère aucune plainte et sa biologie est dans les limites de la normale.

DISCUSSION

1- Diagnostic pré op : L'écho et le scanner révèlent des calculs dans la vésicule, une dilatation marquée des voies biliaires intra hépatiques et du cholédoque, mais ne s'accordent pas quant à la présence d'un calcul obstructif dans le bas cholédoque. Les auteurs se partagent la supériorité de l'écho vs scanner quant à la fréquence de découverte de calcul du bas cholédoque. Le scanner est dit rater plus souvent que l'écho la présence d'un calcul cholestérolique qui est de même densité que la bile [3, 4]. Alors, une question reste pendante, à savoir, est-ce que les calculs de la vésicule ont présenté la même densité à l'écho que celle du bas cholédoque ? Autrement dit, est-ce le calcul cholédocien, de par sa densité, qui rappelle ceux de la vésicule, ce qui serait en faveur d'une migration lithiasique ?

2- Intervention 1 :

- Les indications d'exploration de la voie biliaire principale (VBP) en cas de présence avérée de calculs et de ses complications (obstruction, ictère, colique biliaire et angiocholite) sont universellement reconnues et admises [4].
- Seuls les moyens diffèrent, dépendamment des disponibilités locales. Par l'orifice de la cholédochotomie, vers le haut et vers le bas, un lavage à forte pression avec une seringue de 60 cc montée sur un cathéter de Nélaton no 10 a permis

de déblayer la lumière du cholédoque de nombreux petits calculs noirs. Le passage des dilateurs, même limité à 0.6 cm, ne rencontra pas d'obstacle et permit d'injecter sous pression du liquide de lavage dans le duodénum. L'exploration du cholédoque semblait satisfaisante pour se compléter par la mise en place du drain de Kehr.

3- Diagnostic post op 1 :

- Cholangiographie 1 et échographie : présence d'une image de soustraction au niveau du cholédoque supra duodéal, hypodense, susceptible d'être un calcul cholestérolique, située au-dessus d'un défilé trans pancréatique. (Image 5)

Trois considérations :

- Ce calcul est relativement gros pour occuper toute la lumière du cholédoque ? Est-ce celui qui avait été vu lors de la sono ? S'il avait été présent au cours de l'exploration, comment aurait-il pu laisser passer la sonde de Nélaton de lavage et les dilateurs ? Est-ce qu'une consistance molle aurait pu lui permettre de se déformer ou d'être traversé par le matériel d'exploration sans se fracturer ? Est-ce qu'on peut mettre en doute les résultats de la sono et évoquer une migration des voies biliaires intra hépatiques vers le bas, après l'intervention. Alors, quelle aurait été la cause de l'ictère du patient ? Boue biliaire associée à la sténose distale ?
 - Pourquoi est-ce que le calcul s'arrête-t-il au-dessus du duodénum, à distance de l'ampoule de Vater ? En dessous de lui, on identifie donc un canal étroit de près de deux cm. Pourquoi le bas cholédoque trans pancréatique est-il rétréci ? Anomalie congénitale ? Cholangite segmentaire sténosante ? Compression extrinsèque par du tissu de pancréatite chronique ? Cette dernière hypothèse est écartée car les images de scanner de la tête pancréatique sont normales.
 - Le diagnostic différentiel avec un polype (cholestérolique ?) du cholédoque peut-il être évoqué [5, 6] ?
- A posteriori, les deux perfusions rapides du cholédoque, par le drain de Kehr, avec du NaCl n'avaient aucune chance de déloger le calcul avec la

sténose en aval. A la rigueur, elles seraient susceptibles même de provoquer une cholangite.

- c. Cholangiographie 2, échographie et scanner : La présence d'un 2^e calcul de même hypodensité, saisi à sa sortie du canal hépatique gauche, renforce l'hypothèse d'une migration lithiasique des canaux biliaires intra hépatiques, probablement du gauche. (Image 7) Auquel cas, les deux calculs cholédociens seraient de même origine d'autant plus qu'un calcul noir obstruait l'origine du canal cystique.

Trois considérations :

- Pourquoi le gauche ? À la cholangiographie, il apparaît de même calibre que le cholédoque. Présente-t-il un rétrécissement à son extrémité distale qui provoquerait une stase en rapport avec sa dilatation ? De plus, il apparaît curviligne et quasi horizontalisé. On pourrait même distinguer deux dilatations sphériques à la naissance du canal hépatique. (Image 8) Est-ce à dire qu'il existerait des conditions anatomiques de production de calcul au niveau de ce canal hépatique [7] ?



Image 8 : Anomalies du canal biliaire principal gauche.

- Les limitations de l'exploration des voies biliaires par l'imagerie disponible laissent désirer des examens tels : l'écho endoscopie, la cholangio pancréatographie par résonance magnétique et/ou la cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) qui sont recommandés en de telles circonstances [4].
- Le trajet anormal de l'artère hépatique (branche droite ?), les anomalies du canal biliaire principal gauche et le rétrécissement distal du cholédoque suggèrent fortement une pathologie d'origine congénitale, qui aurait pris quand même 70 ans avant de se manifester. Cependant, des lithiases secondai-

res, résiduelles et des calculs récidivants sont signalés dans la littérature [4].

4- Intervention 2 :

- a. Le cholédoque n'ayant pas pu être dégagé suffisamment pour être anastomosé à une anse montée, cela réduisait les possibilités d'une meilleure prévention en cas de re obstruction de la voie biliaire principale. Le lavage sous pression et l'exploration en haut et en bas avec des pinces à calculs de Desjardins ont permis d'évacuer encore de la bile contenant des micro-calculs noirâtres. Aucune lithiase cholestérolique de gros calibre n'a pu être extraite, ni un fragment prélevé pour biopsie. L'intervention fut complétée par le passage plus aisé de dilateurs jusqu'à 0.8 cm.
- b. Chez un patient qui déjàunit, qui est asymptomatique et qui tolère une diète quasi normale, cette re intervention était-elle justifiée sur la base de la présence des calculs résiduels ? Les résultats de ce geste, plutôt invasif, sans l'apport d'un cathéter de Fogarty biliaire, ni d'un panier d'extraction de calculs, ni d'un cholédocoscope étaient forcément limités [7]. Ils renforceraient l'indication de la sphinctérotomie endoscopique [7, 8].

5- Diagnostic post-op 2 :

Cholangiographie 3 et échographie : Ces examens ont retrouvé les deux images suggestives de calculs de faible densité. Si celle connue du bas cholédoque supra duodénal est toujours présente au même endroit, celle de la naissance du canal hépatique commun a migré plus bas et est retrouvée à la hauteur de la pénétration du tube en T dans le cholédoque. (Image 8)

Trois conclusions :

- Le caractère migratoire du corps étranger exclut la possibilité d'un polype cholestérolique.
- Définitivement, le canal hépatique gauche est suspect d'être le générateur de ces calculs. Peut-être même qu'il y en aurait d'autres.
- Sans une instrumentation appropriée, les gestes d'exploration de la VBP restent de résultats limités.

- 6- **Evolution** : À trois mois de la re intervention, le patient demeure asymptomatique et sa biologie est dans les limites de la normale. Cependant, nous craignons que toutes les conditions soient réunies pour que le processus de production des calculs dans le cholédoque se poursuive. Que faire s'il récidive ?

7- Que proposer ?

- a. Les calculs étant radio transparents (cholestéroliques) pourraient bénéficier d'un traitement de phytothérapie [9] ou d'une dissolution avec l'acide ursodésoxycholique [8].
Ce traitement pourrait être envisagé en Haïti.
- b. La fragmentation endoscopique des calculs par lithotritie mécanique intracorporelle ou par laser a été recommandée pour faciliter la dissolution et l'élimination des calculs résiduels après utilisation des méthodes standards [4]. Le patient devrait voyager pour bénéficier d'un tel traitement.
- c. La sphinctérotomie endoscopique est aussi une option [4]. Mais est-elle recommandable et même possible avec la sténose du cholédoque trans pancréatique ? Une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) serait fortement utile avant le geste chirurgical, pour éviter toute lésion de la glande pancréatique. Là encore, le patient devrait rechercher ailleurs la solution de ses problèmes éventuels.

REFERENCES

1. POST'U 2007 - Lyon » textes » Adénocarcinome du pancréas : Le dosage du Ca 19-9 a-t-il un intérêt ? » POST'U » Archives »
2. P.Karila-Cohen J.Teissier T.Petit S.Merran- Digestif DIG28 [Corrélations anatomo-radiologiques des calculs vésiculaires]
3. Corrélations chimio-anatomo-radiologiques des calculs biliaires en scanographie <http://onclepaul.fr/wp-content/uploads/2011/07/lbct1.pdf>
4. Christina C. Lindenmeyer MD, Lithase de la voie biliaire principale (cholécystite) et angiocholite Cleveland Clinic - Dernière révision totale sept. 2021
5. R. Vialle ^{a,*} S. Velasco, S. Milin, J.-P. Richer, V. Bricot, P.-M. Levillain, J.-P. Tasu, Imagerie des tumeurs bénignes des voies biliaires et de la vésicule - 12/12/08 [33-500-A-30] - Doi : 10.1016/S0246-0610(08)25895-0
6. S.El Rai, B.Scotto, D.Alison - DIG20 L'IRM des polypes du choledoque : à propos de 6 cas
7. Bertrand Napoléon, Sténoses d'origine indéterminée des voies biliaires de l'adulte, Accueil » POST'U 2017 - Paris »
8. **Raoul Poupon, Paris** Pathologie des voies biliaires : pour la pratique - Journal de Radiologie Volume 85, Issue 9, September 2004, Page 1497 - <https://albi-france.org/recherche/pathologie-des-voies-biliaires-pour-la-pratique/>
9. Aurélie Laroche, L'artichaut, fidèle allié du foie - Observatoire des aliments, 3 janvier 2018.

FERMAPLEX+
Fertonic

Indications:
Antianémique
Composition par 5ml:
Sulfate de Fer.....250mg

Antianémique
Fer et Vitamines B Complex

Distributeur 

UNIVERSITÉ D'ÉTAT D'HAÏTI

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE ET ÉCOLE DE BIOLOGIE MÉDICALE (FMP/EBM)

Année : 2018

No : 20

EXTRAIT DE LA THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

« PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU CANCER CERVICAL UTÉRIN : UNE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR 5 ANS A L'IHDO ¹, DE JANVIER 2012 A DÉCEMBRE 2016 »

Jean Renaud ACCILUS ^a, Emmanuel J. SIMÉUS ^b

^a Centre Médical Foi et Vie/Hôpital Saint Boniface, Cotes-de-Fer, Haïti

^b Centre Hospitalier René Dubos, Pontoise, France

RÉSUMÉ

Objectif : Etudier le profil épidémiologique des patientes atteintes du cancer du col de l'utérus à l'IHDO durant la période allant de janvier 2012 à décembre 2016.

Introduction : Le cancer du col utérin est le troisième cancer féminin à l'échelle mondiale, avec près de 500.000 nouveaux cas chaque année. Dans les pays sous-développés, il représente le deuxième cancer le plus commun. Haïti a l'incidence la plus élevée par rapport aux statistiques de la zone Amérique Latine et Caraïbes. Quel est le profil épidémiologique de ces patientes ? Qui sont-elles ? Pour répondre à ces questions et pallier le manque de données disponibles en Haïti, nous nous sommes donnés de réaliser cette étude.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de cinq (5) ans, soit de janvier 2012 à décembre 2016 à l'Institut Haïtien D'Oncologie (IHDO). Notre échantillon est constitué des cas répondant aux critères d'inclusion. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire structuré, fidèle aux objectifs de l'étude. Les logiciels Word et Excel 2007 ont été utilisés.

Résultat : La tranche d'âge « 60 ans et plus » est la plus représentée et compte 38 %. La majorité de ces patientes (26 %) ont eu cinq (5) à six (6) grossesses. La tranche d'âge pour le premier rapport sexuel entre « 15-19 ans » est la plus représentée (47,6 %). La majorité d'entre elles (31,30 %) est arrivée en consultation au stade tardif III B. Dix-neuf pour cent (19 %) seulement reviennent en rendez-vous. Quatre-vingts pour cent (80 %) de ces patientes sont perdues de vue après la première ou la deuxième visite.

Discussion : Avec les 374 cas retenus de cancer du col de l'utérus sur 880 cas de cancer, cette pathologie est en première position à l'IHDO (42,5 %). Ceci est contraire à une étude menée au Bénin dans laquelle le cancer du col est en 2^e position, après le cancer du sein. Il est même en 12^e position en France. La majorité (38 %) de nos patientes présentent la maladie après 60 ans, ce qui est similaire aux trouvailles de MAHCENE and all en Algérie. Nos patientes (36%) ont eu un (1) ou deux (2) partenaires sexuels, ce qui ne serait pas en faveur du risque « *multiple partenaire sexuel* ». Elles arrivent à un stade avancé de la maladie (31,3 %). Cette trouvaille est aussi corroborée par l'étude de MAHCENE and all. La tranche d'âge pour le premier rapport sexuel la plus représentée est « 15-19 » (47,6 %). Cela correspond au facteur de risque « rapport sexuel précoce ». Seulement 19 % des patientes reviennent en rendez-vous. Cela pourrait s'expliquer par la situation socio-économique précaire d'Haïti.

Conclusion : Le cancer du col de l'utérus constitue un problème préoccupant de santé publique en Haïti. Les patientes arrivent tardivement en consultation et n'ont pas les moyens de se faire soigner correctement. Un institut d'état de prise en charge du cancer du col, un centre de radiothérapie, un programme de dépistage massif, des campagnes de sensibilisation doivent être mis en place pour diminuer la prévalence et l'incidence de cette maladie. Par ailleurs, nous suggérons la réalisation d'autres études pour approfondir l'état actuel de la maladie en Haïti.

Mots clés : Cancer du col de l'utérus, profil épidémiologique, HPV, pap test, Néoplasie, FIGO, IHDO.

¹ IHDO: Institut haïtien d'oncologie

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est une tumeur maligne qui se développe au niveau du col de l'utérus. Il débute par des lésions précancéreuses asymptomatiques et s'accroît, en général, graduellement pendant un grand nombre d'années [1]. Les cancers du col utérin les plus fréquents sont les cancers épidermoïdes (70 %), alors que les adénocarcinomes représentent 18 % à 20 %. Cinq pour cent (5 %) sont des

carcinomes adéno squameux et 5 % des cancers du col utérin sont de type indéterminé [2].

Le cancer du col utérin est le troisième cancer féminin à l'échelle mondiale. Il totalise près de 500.000 nouveaux cas chaque année [3]. Aux Etats-Unis, le cancer du col est relativement rare avec une incidence annuelle de 12.170 cas en 2012 et la tendance est à la baisse [4 -5]. En France, avec près de 3 000 nouveaux cas estimés en 2008, le cancer du col utérin est la onzième cause de cancer chez la femme. Cependant, dans les pays sous-développés, il représente le deuxième cancer le plus commun et constitue dans de nombreux pays en développement le cancer le plus fréquent chez la femme et représente la première cause de mortalité chez la femme d'âge moyen. En Asie de l'Ouest, l'incidence est de 4,5/100.000 femmes et en Afrique de l'Est 34,5/100.000 femmes [6]. Selon le dernier rapport de l'OMS, Haïti a l'incidence la plus élevée par rapport aux statistiques régionales de la zone Amérique Latine et Caraïbes. Pour le cancer du col, le taux est de 93,2 pour 100.000 et le taux de mortalité est de 53 pour 100.000 » [7]. Au premier rang des cancers qui tuent, le cancer du col de l'utérus est celui qui cause le plus de décès de femmes en Haïti, deuxième cause de décès de femme dans le monde, ce fléau devrait être une urgence de santé publique en Haïti [8]. Quel est le profil épidémiologique des patientes atteintes du cancer du col de l'utérus en Haïti ?

Constatant le manque de données concernant le cancer du col en Haïti, l'absence de programme effectif de l'Etat Haïtien, nous nous sommes données de faire une étude rétrospective à l'IHDO, un centre de référence de prise en charge du cancer en Haïti, afin d'identifier le profil épidémiologique de ces patientes atteintes du cancer du col et de faire des recommandations appropriées pour diminuer l'incidence et la prévalence de cette maladie.

OBJECTIFS

- **Général** : Etudier le profil épidémiologique du cancer du col de l'utérus à l'IHDO de janvier 2012 à décembre 2016.

- **Spécifiques** :

- Déterminer la fréquence du cancer du col de l'utérus à l'IHDO ;
- Décrire la répartition du cancer du col de l'utérus à l'IHDO, selon l'âge du premier rapport sexuel ;
- Décrire la répartition du cancer du col de l'utérus à l'IHDO selon le stade de diagnostic ;
- Décrire la répartition du cancer du col de l'utérus à l'IHDO selon l'occupation ;
- Décrire le suivi après le diagnostic.

MATERIELS ET METHODES

Cadre de l'étude : IDHO a été utilisé comme institution de référence dans le cadre de notre étude. Il est situé à Delmas 85. Les services offerts sont : consultation oncologique, pap test, mammographie, prise en charge des cancers.

Type de l'étude : Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant sur une période de cinq (5) ans, soit de janvier 2012 à décembre 2017.

Population étudiée : Etaient éligibles dans notre étude, les femmes avec cancer du col de l'utérus comme impression clinique, quel que soit l'âge.

Echantillonnage : Notre échantillon concerne toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion au cours de la période allant janvier 2012 à décembre 2016.

Critère d'inclusion : Sont incluses dans notre étude les femmes ayant une biopsie positive pour cancer du col de l'utérus

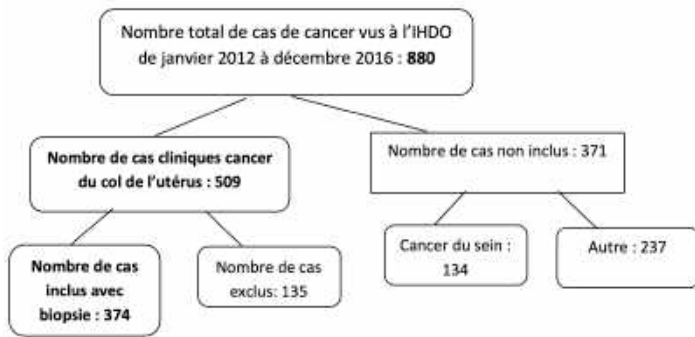
Critère d'exclusion : Sont exclues de notre étude, les femmes avec cancer du col de l'utérus comme impression clinique mais n'ayant pas de biopsie.

Critères de non-inclusion : Ne sont pas incluses dans notre étude les femmes avec autres types de cancer à l'IHDO.

Instrument de collecte : Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire structuré qui comprenait : l'âge, la condition matrimoniale, la profession, le Pap test antérieur, l'âge du premier rapport sexuel, l'âge de la première grossesse, le nombre de partenaire sexuel, le nombre de grossesse, le résultat histologique, le stade et l'évolution.

Saisie et analyse des données : La saisie et l'analyse statistique des données ont été faites à l'aide des logiciels word 2007 et excel 2007

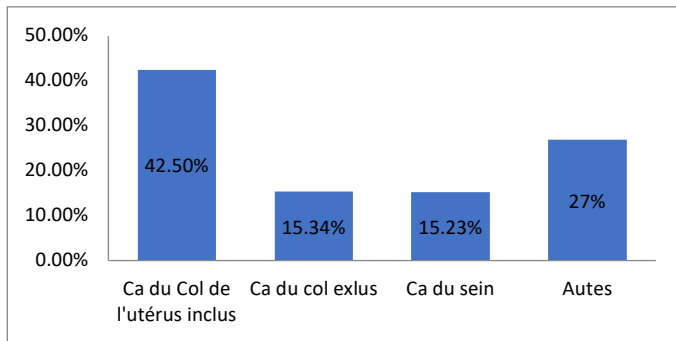
Diagramme de flux des patients de l'étude



RESULTATS

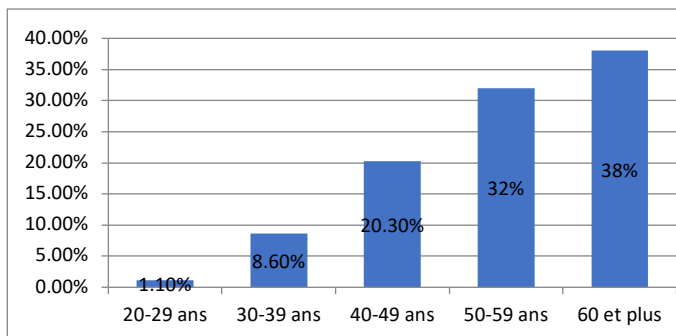
1- Le cancer du col de l'utérus diagnostiqué cliniquement représentait 57.8 % de tous les cancers pendant cette période, suivi du cancer du sein avec 15.23 %. Cependant, le nombre de cas inclus dans l'études représentait 42,5 %, soit 374 cas retenus selon les critères d'inclusion. (graphique 1)

Graphique 1 : Prévalence du cancer du col de l'utérus par rapport aux autres cancers à l'IHDO



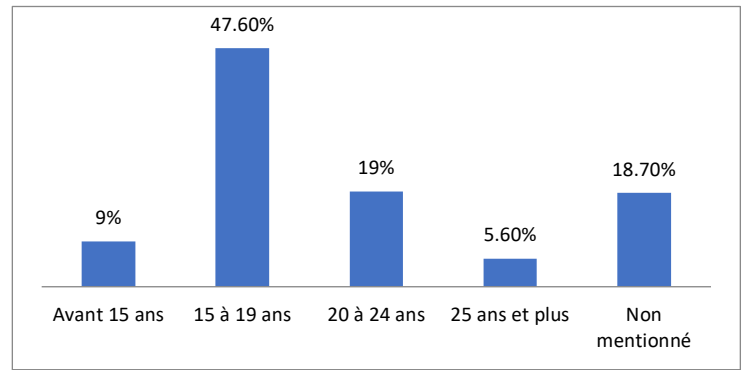
2- Les extrêmes d'âge étaient 25 et 112 ans avec une moyenne de 55.9 ans. La tranche d'âge la plus touchée était 60 ans et plus, et représentait 38 %. (graphique 2)

Graphique 2 : Répartition par tranche d'âge



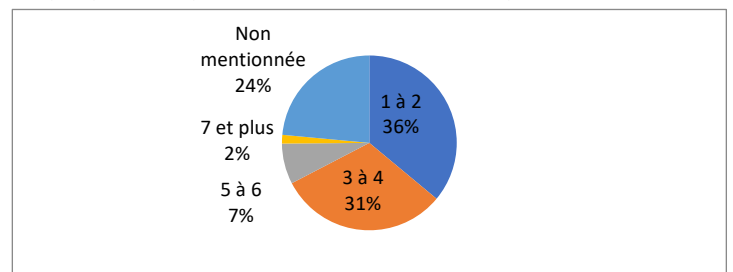
3- Il a été précisé que 47.6 % de notre population ont eu leur premier rapport sexuel entre 15 et 19 ans. (graphique 3)

Graphique 3 : Répartition selon l'âge du premier rapport sexuel



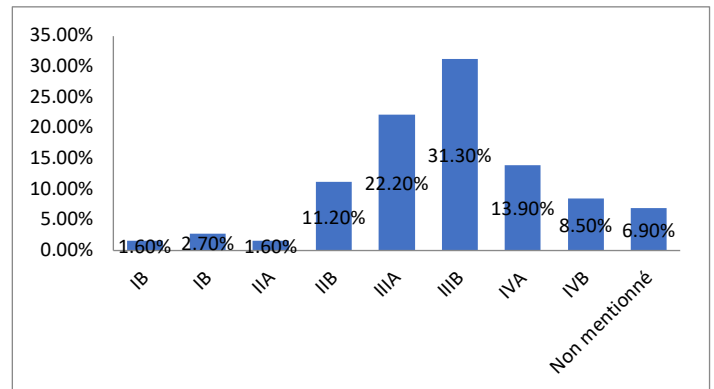
4- Trente-six pour cent (36 %) des patientes de notre étude ont eu un nombre de partenaires sexuels inférieur à trois (3), suivi de 31 % qui ont eu trois (3) ou quatre (4) partenaires. (graphique 4)

Graphique 4 : Répartition selon le nombre de partenaire sexuel



5- Le stade clinique a été déterminé selon la classification de FIGO. Il a été précisé que plus de trois quarts de notre population soit 82,9% sont diagnostiqués à un stade avancé, soit à partir du stade III. (graphique 5)

Graphique 5 : Répartition selon le stade la classification de FIGO lors du diagnostic



6- Seulement 19 % des patientes sont revenues en rendez-vous après le diagnostic histo pathologique, pour suivre le traitement.

DISCUSSION

De janvier 2012 à décembre 2016, on a pu recenser 880 cas cancer à l'IHDO, dont 509 cas cliniques de cancer du col de l'utérus et parmi lesquels 374 ont été retenus. Le cancer du col de l'utérus est en première position à l'IHDO, soit 42,5 %, suivi du cancer du sein à 15,23%. Contrairement à une étude qui a été menée au Bénin par Tonato Bagnan JA et al, où ils ont montré que le cancer du col de l'utérus est en 2^e position, après le cancer du sein [9]. En France, il représente le 12^e cancer féminin avec une incidence de 2.797 nouveaux cas en 5015 [10].

Trente-huit pour cent (38 %) de ces patientes étaient âgées de plus de 60 ans. Dans leur thèse sur l'aspect épidémiologique du cancer du col de l'utérus dans l'Est algérien publiée en 2016, MAHCENE Afaf et NOURI Imène ont également trouvé une augmentation de la prévalence du cancer du col de l'utérus après l'âge de 60 ans [11].

Une majorité de 36 % de nos patientes ont eu un (1) ou deux (2) partenaires sexuels ; 2 % seulement ont eu plus que sept (7) partenaires sexuels. Ce qui va encore à l'encontre du facteur de risque « multiple partenaire sexuel ». S'agit-il de contact sexuel en série ? D'autres études s'avèrent nécessaires pour apporter beaucoup plus de clarification.

Nous constatons dans notre série que la majorité des patientes arrivent en consultation à un stade avancé de la maladie, soit 31,3 % en stade III B et 22,5 % en stade III A. Pour MAHCENE Afaf et NOURI Imène, ils ont trouvé 28 % en II B et 13 % en stade IV [11]. Cela pourrait s'expliquer par le manque de campagne de sensibilisation sur la maladie, aussi que le manque de campagne de dépistage sur le territoire du pays.

La tranche d'âge pour le premier rapport sexuel la plus représentée est « 15-19 », soit 47,6 %. Cela correspond au facteur de risque « rapport sexuel précoce ». NAÏMA EL AARJI, dans son étude au Maroc en 2006 sur le cancer du col, a également trouvé 31,39 % avant l'âge de 15 ans et 36,62 % entre 16 et 20 ans [12]. Ces observations permettraient de suggérer que l'activité sexuelle précoce accroît significativement le risque du cancer du col.

Seulement 19 % des patientes reviennent en rendez-vous pour suivre le traitement oncologique. Cela pourrait s'expliquer par la situation socio-économique précaire dans laquelle vit la population haïtienne.

LIMITES

Notre étude trouve ses limites par rapport au suivi et à l'évolution des patientes. Environ 80 % des patientes de l'étude sont perdues de vue après la première ou la deuxième visite. Dans certains dossiers, il est mentionné : « patiente ne peut pas faire le traitement oncologique pour problème économique ». Certaines informations ne sont pas retrouvées dans les dossiers comme l'assurance santé.

CONCLUSION

Les carcinomes du col utérin sont la première cause de morbidité par cancer chez la femme à l'IHDO, ce qui constitue un problème de santé publique majeur. Ce cancer est associé, dans 99 % des cas à une infection par les papillomavirus humains. Cependant, l'infection par HPV seule n'est pas suffisante pour induire le phénomène de transformation. Il doit exister d'autres cofacteurs contribuant au processus.

L'étude que nous avons réalisée consiste à essayer de déterminer le profil épidémiologique des femmes atteintes de cette pathologie cancéreuse à l'IHDO. Les résultats obtenus rejoignent d'autres, rapportés par la littérature internationale et en même temps, présente quelques différences. Ces données permettent de montrer qu'une surveillance régulière par la réalisation de frottis cervico-vaginaux et la politique de vaccination doivent être

préconisées. Actuellement, dans le cas du cancer du col de l'utérus, des méthodes conventionnelles de traitements par radiothérapie, chimiothérapie ou chirurgie sont proposées. Cependant, elles sont d'une efficacité réduite à cause du stade tardif de diagnostic.

On peut dire que la majorité des cas de cancers du col de l'utérus pourraient être évités avec un frottis. De plus, la vaccination anti-HPV pour les jeunes filles pourra conduire à une diminution significative de l'incidence du cancer utérin dans notre pays.

RÉFÉRENCES

- 1- SAMAKE B. « Lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako ». Thèse soutenue publiquement le 02 Septembre 2010 pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine à l'université de Bamako, p16.
- 2- Division du cancer, Santé Canada, 2001. [En ligne] <http://www.phac.asp.gc.ca/publicat/ccsic-dccuac/pdf/cervical-f3.pdf>. Consulté le 15/03/2018

- 3- World Health Organization. WHO/ICO information center on human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. [En ligne] : <http://www.who.int/hpvcentre/statistics/en>. Accessible le 28 février 2012. Consulté le 21 mars 2018.
- 4- American cancer society. Cancer fact and figures. [En ligne] : <http://www.cancer.org/research/CancerFactsfigures/-2012>. Consulté le 21 mars 2018.
- 5- BELOTA, GROSCLAUDE P, BOSSARD N, JOUGLA E, BENHAMOU E, DELAFOSSE P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol santé publique* 2008; 56:159-75.
- 6- JEMAL A, BRAY F, CENTER MM, FERLAY J, WARD E, FORMAN D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011 Mar-Avr.61 (2):69-90
- 7- Le cancer un problème urgent de santé publique. Publié le 05/02/2015 dans le journal Haïti Libre. [En ligne] : <http://www.haitilibre.com/article-13116-haiti-sante-le-cancer-un-probleme-urgent-de-sante-publique.html>.
- 8- Consulté le 21/03/2018.
- 9- LESPERANCE O. Cancer du col de l'utérus, l'autre fléau en Haïti. Publié dans le Nouvelliste le 12-02-2016. Consulté le 21/03/ 2019.
- 10- TONATO JA. et al. Epidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital mère et enfant-Lagune et CUGO de Cotonou, Benin, 2013, 100 :141-6.
- 11- Institut national de cancer, " Les cancers de France", Edition 2015.
- 12- MAHCENE A., NOURI I. Etude épidémiologique du cancer du col de l'utérus dans l'Est algérien. Thèse soutenue pour le diplôme de Master en sciences de la nature et de la vie, Université des Frères Mentouri Constantine.
- 13- NAIMA EL AARJI, Les cancers du col utérin (A propos de 172 cas), THESE, soutenue pour le diplôme de Docteur en médecine, Université Hassan II, en 2006.

STOMAZOLE

Antisécrétoire gastrique

Indications:
Ulcères duodénaux et
gastrite ulcéreuse



Composition:
Chaque capsule à
enrobage entérique
contient 20mg
d'Oméprazole

Flacons de 100 capsules

Distributeur


CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES ET ISSUE DES PATIENTS TRAUMATISÉS AVEC FOCUS ASSESSMENT WITH SONOGRAPHY FOR TRAUMA (FAST), A L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE MIREBALAIS (HUM) DE JANVIER À DECEMBRE 2016.

L. Marcel ^{1,2}, C. Joseph ^{1,2}, M. F. Civil ²

¹Hopital Universitaire de Mirebalais

²Faculte de Médecine et de Pharmacie/ UEH

RESUME

Contexte : Les traumatismes représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité en Haïti. Ils constituent un véritable problème de santé publique et touchent majoritairement les jeunes. L'approche systématique de tout patient traumatisé vu aux urgences est capitale pour la détection de lésions potentiellement fatales. A cet effet, l'échographie, à travers le *Focus Assessment with Sonography in Trauma (FAST)* et l'Extended FAST (E-FAST) joue un rôle important. Cette étude, l'une des premières en Haïti à tenir compte des trouvailles échographiques, a pour but de décrire les caractéristiques socio démographiques ainsi que l'issue des patients traumatisés ayant bénéficié d'un FAST.

Méthode : Cette étude descriptive longitudinale rétrospective a été réalisée au service d'urgence de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM). Tous les patients traumatisés ayant bénéficié d'un FAST/E-FAST documenté de Janvier à Décembre 2016 et dont les trouvailles sont mentionnées dans le dossier papier ont été considérés dans l'étude. Ceux avec plaies pénétrantes, par projectile ou par arme blanche, ont été exclus de l'étude.

Résultats : Un total de 122 patients traumatisés a bénéficié d'un FAST/E-FAST. Soixante-dix-huit (63,93 %) étaient de sexe masculin et l'âge moyen observé était de 33,59 ans. 80 (65,57 %) d'entre eux venaient du département du Centre, zone de desserte de l'HUM. 5 (4.10%) cas de décès ont été enregistrés contre 65 cas (53,28 %) d'excit. 9 (7,3 %) ont eu un FAST/E-FAST positif dont 5 (54,54 %) avec hémopéritoine et ont été amenés directement en salle d'opération pour une laparotomie exploratrice.

Conclusion : Plus de la moitié des patients observés avec FAST/E-FAST positif ont bénéficié d'une intervention chirurgicale d'urgence. La majorité des patients traumatisés constitue une population relativement jeune. Les accidents de la voie publique représentent le type de mécanisme le plus souvent rencontré.

INTRODUCTION

Les traumatismes occupent la première place parmi les causes de mortalité à travers le monde et sont responsables de plus de 45 millions de cas d'invalidité, de 9 % de la mortalité à l'échelle mondiale chaque année [1]. Le nombre de décès dans le monde attribuable aux traumatismes en 2010 (5,1 millions de décès) est de loin plus élevé qu'il y a deux décennies [2]. Cette tendance s'explique principalement par une augmentation mondiale de 46 % des décès causés par les chutes et les collisions de véhicules à moteur [3, 4]. Les traumatismes affectent généralement le groupe d'âge de 15 à 44 ans [5-7]. Ils constituent aussi en Haïti un problème très préoccupant vu le nombre d'accidents rapporté par l'Organisation Stop Accidents [8].

Dans la majorité des cas, ces traumatismes ont pour origine la violence, les accidents de la circulation, les accidents de travail ou les catastrophes naturelles [3, 4]. L'évaluation optimale des patients polytraumatisés peut s'avérer difficile à cause de la présence de multiples lésions, de leur état de

conscience, d'un état de choc, des atteintes au niveau du système nerveux central, entre autres.

Les services d'urgence constituent la porte d'entrée pour les patients traumatisés, amenés à l'hôpital. En vue de leur évaluation rapide, l'imagerie, particulièrement l'échographie à travers l'examen FAST, joue un rôle déterminant dans la détection de lésions thoraciques et abdominales qui peuvent être potentiellement graves pour le patient. L'examen FAST est donc devenu un pilier important dans l'approche initiale du patient traumatisé, si bien qu'il a été ajouté aux étapes classiques de l'ATLS (Advanced Trauma Life Support) en 2004 [9, 4].

Le FAST est un examen échographique non invasif qui peut être effectué rapidement au chevet du patient. [7, 10 - 12] Jesper Weile et al le décrivent comme un examen abdominal et cardiaque ciblé conçu pour l'évaluation de la présence de liquide libre au niveau du péritoine et du péricarde. [9, 10] En 2004, Kirkpatrick et al ont présenté l'E FAST qui est une extension ajoutant des images thoraciques antérieures et dorso

latérales de la plèvre à l'examen FAST. L'E-FAST, fut donc ajouté au FAST de base à l'ATLS pour la détection du pneumothorax ou de l'hémithorax, s'étant révélé avoir une plus grande sensibilité dans la détection d'un pneumothorax que la radiographie du poumon (88 – 98.1 % vs 50 – 75,5 %) [13]. Cet examen est d'autant plus important que le pneumothorax grave est retrouvé dans la triade létale composée de la tamponnade cardiaque, du pneumothorax sous tension et de l'hémithorax massif dans les traumatismes thoraciques. Elle doit donc être rapidement reconnue et traitée immédiatement [14, 15].

En Haïti, il est généralement admis que les traumatismes augmentent la charge de morbidité et de mortalité, particulièrement ceux liés aux accidents de la voie publique. A travers une étude cohorte réalisée sur une période de six (6) mois, Rouhani et al [16] ont montré que 48 % des patients traumatisés vus aux urgences de l'HUM étaient venus à la suite des accidents de la route. Cependant, force est de constater que très peu de données sont disponibles sur les traumatismes en Haïti. Quant aux études faites autour de l'utilisation de l'échographie au lit du patient traumatisé aux urgences, elles sont quasi inexistantes.

La disponibilité des données sur les mécanismes et les différents types de traumatisme les plus courants qui arrivent aux urgences sur une période donnée, pourrait donner aux autorités un point de vue nouveau pour la mise en œuvre d'une politique adaptée dans la prévention et la protection de la population. D'où l'objectif de cette étude qui est de décrire les caractéristiques sociodémographiques, les trouvaillages échographiques (témoignant de la gravité des lésions), ainsi que l'issue des patients traumatisés arrivant au service des urgences de l'HUM.

METHODE

Il s'agit d'une étude longitudinale, descriptive, rétrospective, pour la période de janvier à décembre 2016, réalisée à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais, dans un département d'urgences pouvant accueillir plus d'un millier de patients par mois. A partir de l'EMR (Electronic Medical Record), tous les patients vus pour traumatisme durant la période de l'étude ont été sélectionnés. Parmi ces derniers, une liste de patients avec des diagnostics pour lesquels il serait le plus susceptibles d'avoir bénéficié d'un examen FAST/E-FAST a été tirée de l'EMR et les dossiers-papiers y relatifs ont été consultés. Un troisième tri est fait parmi tous ces dossiers-papiers pour retenir seulement ceux dans lesquels l'examineur avait mentionné les trouvaillages du FAST/E-FAST. Les critères

d'inclusion et d'exclusion sont appliqués à tous les patients vus aux urgences de l'HUM ayant des trouvaillages de l'examen FAST/E-FAST documentés dans leur dossier-papier pour trouver la population de l'étude.

Sont inclus tous les patients traumatisés, dont le traumatisme remonte à moins de 72h de la consultation, (accident de la voie publique, bastonnade, chute...), ayant bénéficié d'un FAST/E-FAST documenté dans leur dossier-papier aux urgences et dont les dossiers portent les données démographiques (âge, sexe, origine géographique).

Sont exclus tous les patients avec traumatisme remontant à plus de 72 h de la consultation. Sont également exclus ceux avec plaies pénétrantes thoraciques et abdominales (arme blanche, par projectile ou autre). Ce choix est justifié par le fait que les résultats du FAST influent très peu sur la prise de décision chez ces patients. En effet, en général, ce sont des patients avec fracture, traumatisme crânien, traumatisme médullaire, etc., qui sont référés vers l'HUM pour une meilleure prise en charge. Les patients avec plaies pénétrantes thoraciques bénéficient d'un drainage thoracique ou d'une thoracotomie suivant la gravité du cas en général. Ceux avec plaies pénétrantes abdominales bénéficient d'une laparotomie exploratrice dans la plupart des cas par la chirurgie.

Il faut noter que l'examen FAST est réalisé par des résidents avec une formation de base en échographie et qui sont supervisés toutefois par des médecins de service, dont certains sont détenteurs d'un certificat de spécialisation en échographie.

MATERIEL ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été recueillies par l'un des co-investigateurs, assisté d'un collaborateur, à partir des dossiers-papiers sélectionnés après des tris sur EMR du service d'Urgence de l'HUM. Puis, ces données ont été enregistrées sur un fichier Excel pour être traitées. Un code unique a été généré pour chaque dossier consulté à la discrétion du co-investigateur principal par souci de confidentialité. L'analyse des données a été faite avec le support logiciel Epi Info (version 7.2.2.2).

La première recherche sur EMR, sur les 13.245 patients vus aux urgences durant la période de l'étude, a permis d'identifier 4.033 patients vus pour traumatisme. Parmi ces derniers, 1.093 patients avaient un diagnostic indiquant qu'ils pourraient avoir bénéficié d'un examen FAST/E-FAST. Seulement 122 de ces 1.093 ont été retenus pour l'étude en tenant compte des critères d'inclusion. (Figure 1)

RESULTATS

Sur les 122 patients intéressés par l'étude, une forte prédominance masculine a été relevée, soit 78 hommes (64 %) pour 44 femmes (36%). La population de l'étude est relativement jeune avec un âge moyen calculé autour de 33 ans. La majorité des patients, soit 65 (57 %), sont originaires de la zone de desserte de l'hôpital. Cinq (5) cas (4.10 %) de décès ont été enregistrés contre 65 (53.28 %) cas d'exeat. Neuf (9) (7.3%) ont eu un FAST/EFAST positif dont cinq (5), (54.54 %) avec hémopéritoine ont été amenés directement en salle d'opération pour une laparotomie exploratrice. (Tableau 1)

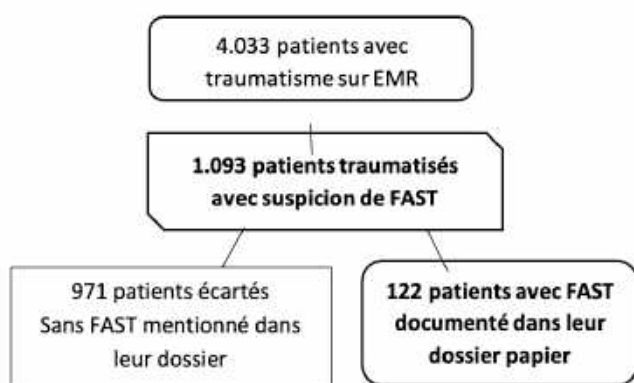


Tableau 1 : échantillonnage

	Non précisé	Parti contre avis	Décès	Transfert extra HUM	Transfert en salle d'hôpital	Transfert en SOP	Exeat	Total	%
FAST/EFAST positif	0	1	1	0	2	5	0	9	7%
FAST/EFAST négatif	9	5	4	3	13	14	65	113	93%

Tableau 2 : Résultats du FAST/EFAST en fonction de l'issue des traumatisés

Les accidents de la voie de la publique demeurent le type de mécanisme le plus rencontré soit 81% (99). (tableau 3). Seulement 28 % (34) des accidents sont considérés comme sévères bien que le diagnostic le plus rencontré reste les traumatismes crâniens (47.5%). (tableau 4). Cinquante-trois patients (53) (50%) triés orange (selon SATS : South African Triage Scale) ont eu un temps d'attente d'environ 30 minutes aux urgences. (tableau 5). La majorité des patients traumatisés sont de sexe masculin (78,64%). La majorité des patients est issue de la zone de desserte de l'hôpital avec 66% pour le département du Centre suivi du département de l'Ouest avec 20 %.

Caractéristiques	N	%	
Age	<16 ans	20	16%
	16 à 30 ans	41	34%
	31 à 45 ans	32	26%
	46 à 60 ans	13	11%
	>60 ans	16	13%
Sexe	Masculin	78	64%
	Feminin	44	36%
Provenance géographique	Centre	80	66%
	Ouest	25	20%
	Artibonite	16	13%
	Autre	1	1%
Mecanisme du traumatisme	Accident de la voie publique	99	81%
	Agression physique	7	6%
	Chute	11	9%
	Non précisé	5	4%
Gravité du mécanisme	Sévère*	34	28%
	Non sévère	85	70%
	Non précisé	3	2%

*collision frontale entre engin motorisé à grande vitesse, éjection d'un passager d'un véhicule, roll over, mort d'un autre passager dans la même collision, piéton projeté ou écrasé par un véhicule, chute de plus de 3m.

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques et mécanisme des traumatismes des patients

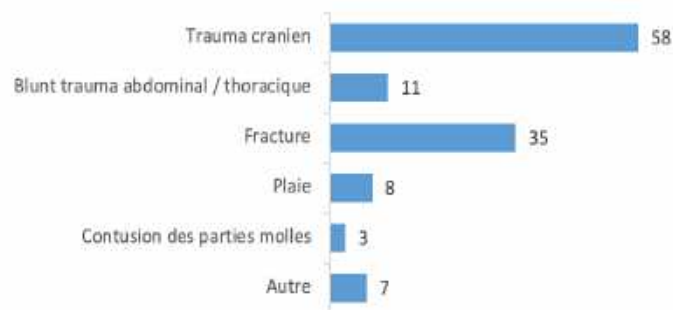


Tableau 4 : Diagnostic des patients traumatisés ayant bénéficié d'un FAST/EFAST

	Triage	1er quartile	Médiane	3ème quartile
Temps d'attente (en minutes)	Rouge	0	16	47
	Orange	0	30	100
	Jaune	34	60	120
	Vert	99	213	302
	Total	133	259	569
Durée de séjour (en heures)	Rouge	5	21	53
	Orange	7	21	46
	Jaune	9	24	45
	Vert	7	13	17
	Total	28	79	161

Sources: Archives de l'HUM et EMR

Tableau 5 : temps d'attente et durée de séjour aux urgences

DISCUSSION

Sur un total de 13.245 patients ayant visité le service des urgences de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais, durant l'année 2016, nous avons observé que 4.033 d'entre eux ont eu un diagnostic relatif à un traumatisme, soit plus de 300 patients en moyenne par mois. Ceci représente une fréquence de 30,44 %.

Un travail réalisé par Rouhani et al portant sur l'épidémiologie des patients traumatisés ayant visité l'Hôpital Universitaire de Mirebalais a fait état de 1.401 patients sur période de six mois, ce qui nous permet de constater que c'est un phénomène qui suit une courbe ascendante. Les traumatismes constituent donc une condition pathologique fréquente à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais [16].

En outre, sur les 4.033 patients traumatisés ayant visité le service des urgences de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais, seulement 122 d'entre eux ont bénéficié d'un examen FAST, alors que, pendant toute la période de l'étude, l'appareil à ultrason et des opérateurs qualifiés étaient disponibles 24 heures sur 24 heures dans leur service d'urgence. Ce chiffre peut être expliqué par la définition de l'indication même de l'examen FAST. Même si, depuis 2004, il fait partie des étapes systématiques de l'ATLS, dans la pratique, certains évaluateurs préfèrent se baser sur des paramètres tels que la clinique, le type ou la sévérité du mécanisme à la base du traumatisme. Toutefois, l'examen FAST ne devrait pas être omis chez le patient avec traumatisme abdominal fermé, car il permettrait d'améliorer leur pronostic [19, 20].

Dans cette étude, les jeunes constituent le groupe le plus touché par les traumatismes. Ce constat est aussi vrai dans plusieurs pays notamment au Brésil, où l'âge moyen est de 33 ans également [4, 7, 10, 17].

Par ailleurs, il existe une prédominance masculine dans la population de patients traumatisés ayant bénéficié d'un examen FAST, soit 69,93 %. Ce constat peut être expliqué par certaines caractéristiques socio-économiques, telles que la consommation d'alcool et le chômage qui affectent les hommes plus que les femmes en Haïti [18]. Ce résultat est en harmonie avec les 66% d'hommes observés par Rouhani et al en Juillet 2015 [16].

De plus, dans cette étude, les accidents de la voie publique occupent la première place avec plus de 80 %, suivi des chutes et des agressions/violences physiques. Vingt-huit pour cent (28 %) de ces mécanismes sont classés sévères. Ces résultats sont en harmonie avec l'étude de Rouhani et al, conduite à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais un an plus tôt, montrant également que les accidents de la voie représentent près de la moitié de ces patients, suivi des chutes qui compte pour plus de 20 %. D'après cette étude, plus de la moitié de ces patients sont sortis de l'hôpital [16]. Le taux des décès avoisine toutefois les 5 %, tandis que l'investigation conduite par Rouhani au sein du même Hôpital a trouvé 0,7 % [16]. Il est important de noter que ce taux de mortalité englobe tous les patients traumatisés, tandis que le nôtre concerne les patients avec un examen FAST.

Enfin, il faut noter qu'environ un (1) patient sur trois (3) visés pour traumatisme à l'HUM provient d'un autre département géographique que le Centre. Cela signifie que ces patients doivent parcourir des dizaines de kilomètres avec un trauma pour recevoir des soins de santé.

LIMITATIONS

La revue de littérature a été entravée par un manque de données sur le sujet notamment celles incluant l'examen FAST et l'issue de ces types de patients font défaut.

L'alternance dossier électronique et dossier papier ne s'avérant pas complémentaire est responsable d'information manquante et d'une charge de travail additionnel évitable.

La décision de réaliser l'examen FAST ou non reste à la discrétion du clinicien évaluateur. Aucun protocole n'a pas encore été établi à ce sujet.

Les habitudes, la profession, le mode de vie des individus de la population d'étude n'ont pas pu être étudiées vu que ces informations ne sont pas systématiquement enregistrées dans les dossiers.

RECOMMANDATIONS

L'ultrason, dans l'évaluation des patients traumatisés reçus aux services des urgences pourrait être utilisé à plus grande échelle

vu qu'il s'agit d'un examen rapide, facile et peu coûteux. Considérant l'augmentation du nombre de traumatismes, nous encourageons les autorités sanitaires à mettre en place des programmes de promotion de l'intégration de l'examen FAST/E-FAST dans l'approche du patient traumatisé. D'où la formulation des recommandations qui suivent.

Au Ministère de la Santé Publique et la Population :

- Equiper les services d'urgence du pays d'au moins un appareil d'ultrason ;
- Organiser des séances de formation à l'intention des médecins prestataires de soins aux urgences.
- Organiser des séances de promotion de la sécurité routière et de prévention d'accident de la voie publique.

Aux responsables de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais :

- Encourager les prestataires à remplir correctement les formes d'évaluation. Certaines informations comme la profession, les habitudes ainsi que le délai pour arriver à l'hôpital ne sont pas systématiquement enregistrés.

CONCLUSION

Plus de la moitié des patients observés avec FAST/EFAST positif ont bénéficié d'une intervention chirurgicale d'urgence. La majorité des patients traumatisés constitue une population relativement jeune. Les accidents de la voie publique représentent le type de mécanisme le plus souvent rencontré. Les Traumatismes crâniens demeurent le diagnostic le plus évoqué.

Etant l'une des premières réalisées sur le sujet en Haïti, la présente étude ouvre la voie à d'autres dans un domaine où beaucoup restent encore à explorer. A titre d'exemple, on peut citer la prévalence de l'utilisation de l'ultrason aux services d'urgences en Haïti pour les patients traumatisés, la relation entre la sévérité du mécanisme, les trouvaillages échographiques et l'issue des patients. L'utilisation systématique de l'ultrason dans l'évaluation du patient traumatisé présente de nombreux avantages et serait un apport important dans la réduction des coûts pour notre système de soins.

RÉFÉRENCES

- 1- WHO incidence mondiale du traumatisme, Chapitre 2 emergency setting - Samu 93 – EA 3409, hôpital Avicenne, 93009 Bobigny cedex, France Reçu et accepté le 19 septembre 2004
- 2- Williams SR, Perera P, Gharahbaghian L. The FAST and E-FAST in 2013: Trauma Ultrasonography. Overview, practical techniques, controverses, and new frontiers. *Crit Care Clin [Internet]*. 2014; 30

- (1):119–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2013.08.005>
- 3- Kumar S, Bansal VK, Muduly DK, Sharma P, Misra MC, Chumber S, et al. Accuracy of Focused Assessment with Sonography for Trauma (FAST) in Blunt Trauma Abdomen—A Prospective Study. *Indian J Surg*. 2015; 77 (December):393–7.
- 4- Timothy CF, Martin AC (2000) Abdominal trauma. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE (eds) *Trauma*, 4th edn. McGraw-Hill, USA, p 583
- 5- OLIVEIRA LGO, TAGLIARI D, BECKER MJ, ADAME T, CRUVINEL NETO J, SPENCER NETTO FAC. Basic ultrasound training assessment in the initial abdominal trauma screening. *Rev Col Bras Cir [Internet]*. 2018;45 (1):4–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912018000100160&lng=en&tlng=en
- 6- Organisation Stop Accidents 3 janvier 2022 <https://haiti24.net/stop-accident-revele-son-bilan-pour-lannee-2021-plus-5000-victimes-recenses/>
- 7- ATLS <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/atls>
- 8- Flato UAP, Guimarães HP, Lopes RD, Valiatti JL, Flato EMS, Lorenzato RG. Utilização do FAST-Estendido (EFAST- Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) em terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(3):291-9
- 9- Wongwaisayawan S, Suwannanon R, Prachanukool T, Sricharoen P, Saksobhavit N, Kaewlai R. Trauma ultrasound. *Ultrasound Med Biol*. 2015;41(10):2543-61
- 10- Ghafouri HB, Zare M, Bazrafshan A, Modirian E, Farahmand S, Abazarian N. Diagnostic accuracy of emergency- performed focused assessment with sonography for trauma (FAST) in blunt abdominal trauma. *Electronic Physician*. 2016;8(9):2950-3.
- 11- Weile J, Nielsen K, Primdahl SC, Frederiksen CA, Laursen CB, Sloth E, et al. Ultrasonography in trauma: a nation- wide cross-sectional investigation Background. *Crit Ultrasound J [Internet]*. 2017 [cited 2018 Feb 24]; 9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5479771/pdf/13089_2017_Article_71.pdf
- 12- Sauter TC, Hoess S, Lehmann B, Exadaktylos AK, Haider DG. Detection of pneumothoraces in patients with multiple blunt trauma: Use and limitations of eFAST. *Emerg Med J*. 2017; 34(9):568–72.
- 13- Ball CG, Kirkpatrick AW, Feliciano DV. The occult pneumothorax: what have we learned? *Can J Surg* 2009;52:E173–9
- 14- S. Rouhani, H.C. Eliacin, M.C. Edmond RHM. Traumatic Injuries at an Emergency Department in Central Haiti. *Ann Emerg Med [Internet]*. 2015 Jul 1 [cited 2018 Apr 3]; 66(1):79–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26014436>
- 15- Brasil Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores de Saúde. [Internet]. [acessado em 05 set 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>.
- 16- MSPP Connaitre les jeunes pour mieux les servir- Plan stratégique National – Sante Jeunes et Adolescents 2014 - 2017

Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement.

Remerciements :

Annie Sergine Pierre, Résidente en Médecine d'Urgence, HUM
 Ruben Dorné Lemec, Statisticien, HUM
 Staff des Archives de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais. (HUM)

Reference d'auteur : **Laura Marcel** / Emergency Physician
 Cell phone : +509 3943-7584 / +509 4292-5562

SARCOMES UTÉRIN : A PROPOS D'UNE OBSERVATION CHEZ PATIENTE JEUNE EN HAÏTI À L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE MIREBALAIS (HUM) EN AOUT 2021

Larry Morgane Massena, MD¹ *; Giovanni Alexandre Bordes, MD¹; Johny Rubin, MD¹ ; Dafnel Gédeus , MD¹; Maky Kenson Nazaire, MD¹ ; Ruth Delva , MD¹; Thomas C Randall, MD, MMSc² & Christophe Millien, MD, MMSc¹;

¹Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM)

²Professeur Associé, Division d'Oncologie Gynécologie, Massachusetts General Hospital

RÉSUMÉ

Le sarcome utérin est une tumeur maligne rare qui a généralement un comportement clinique agressif. Assez souvent difficile à diagnostiquer, il survient principalement chez les femmes en péri ménopause mais peut, dans de très rares cas, affecter les femmes plus jeunes. En Haïti, il n'y a jusqu'à date aucune étude faite sur le sarcome utérin. A l'Hôpital Universitaire de Mirebalais, un cas de sarcome utérin a été retrouvé chez une patiente de 19 ans. La patiente a bénéficié d'une hystérectomie et l'histopathologie a confirmé le diagnostic. L'évolution de la patiente est sans particularité trois mois après la chirurgie.

ABSTRACT

Uterine sarcoma is a rare malignant tumor that usually exhibits aggressive clinical behavior. Quite often difficult to diagnose, it occurs mainly in perimenopausal women but can, in very rare cases, affect younger women. In Haiti, to date there are no studies done on uterine sarcoma. At Mirebalais University Hospital, uterine sarcoma was found in a 19-year-old patient. The patient underwent a hysterectomy, and the histopathology confirmed the diagnosis. The patient is doing well three months after the surgery.

INTRODUCTION

Les sarcomes utérins sont des tumeurs malignes rares qui proviennent des muscles lisses et des éléments du tissu conjonctif. Ils représentent environ 1% de tous les cancers gynécologiques et environ 3 à 8 % de toutes les tumeurs utérines.¹ Les trois types les plus courants de sarcome sont : le léiomyosarcome, 40 % ; le carcinosarcome, 40 % ; et sarcome stromal de l'endomètre 10 à 15 %.¹

Dans les pays en voie de développement, la prévalence du sarcome stromal de l'endomètre est d'environ 2 femmes sur 1 million.² La maladie survient principalement chez les femmes en péri ménopause soit entre 45 et 50 ans. Son incidence chez les femmes plus jeunes est assez exceptionnelle.²

Le sarcome stromal de l'endomètre (SSE) est traditionnellement divisé en 2 sous-types : SSE de bas grade et SSE de haut grade,³ mais le système de classification 2014 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît les types de tumeurs suivants dans la catégorie « tumeurs stromales de l'endomètre et tumeurs apparentées » : « Nodule stromal de l'endomètre, Sarcome stromal de l'endomètre de bas grade , Sarcome stromal de l'endomètre de haut grade , Sarcome utérin indifférencié, Tumeur utérine ressemblant à une tumeur des cordons sexuels de l'ovaire ». ³ Une classification chirurgicale de FIGO pour le staging est établie, selon la 8^e édition de l'AJCC (American Joint Committee Cancer) dans le tableau ci-dessus :

Le diagnostic du sarcome utérin est cliniquement difficile. Les symptômes et signes cliniques sont très peu caractéristiques⁴. Habituellement, le sarcome provoque des saignements vaginaux anormaux, peut provoquer des douleurs abdominales ou pelviennes, ou se manifeste par une tumeur utérine à croissance rapide⁵. Il est le plus souvent diagnostiqué en postopératoire après un examen histopathologique.⁶

La rareté de cette pathologie dans la population, associée à sa clinique très peu spécifique et au fait que la prise en charge passe par l'hystérectomie font qu'elle est un défi pour tout praticien surtout lorsqu'il s'agit d'une femme encore jeune.

En Haïti, il n'existe aucune donnée de la littérature médicale qui traite du sarcome utérin de manière générale et encore moins chez les femmes jeunes. Toutefois, le 13/08/2021, au cours d'une laparotomie exploratrice réalisée chez une patiente de 19 ans pour suspicion de masse ovarienne, on a pu objectiver de préférence une masse utérine faisant penser à un sarcome utérin. L'impossibilité d'avoir une biopsie extemporanée a rendu très difficile la suite de l'intervention. Après beaucoup de considérations, il a été décidé de procéder à une hystérectomie totale et salpingectomie bilatérale. La pièce opératoire a été envoyée en histopathologie et quelques jours plus tard le diagnostic a été confirmé.

L'objectif de cet article est d'attirer l'attention sur un cas de sarcome stromal retrouvé à l'HUM ainsi que de comprendre les implications que la prise en charge peut avoir sur la fertilité de la patiente, et dans le système de santé haïtien.

Corpus uteri: Sarcoma TNM staging AJCC UICC 8th edition

Primary tumor (T)		
Leiomyosarcoma and endometrial stromal sarcoma		
T category	FIGO stage	T criteria
TX		Primary tumor cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumor
T1	I	Tumor limited to the uterus
T1a	IA	Tumor 5 cm or less in greatest dimension
T1b	IB	Tumor more than 5 cm
T2	II	Tumor extends beyond the uterus, within the pelvis
T2a	IIA	Tumor involves adnexa
T2b	IIB	Tumor involves other pelvic tissues
T3	III	Tumor infiltrates abdominal tissues
T3a	IIIA	One site
T3b	IIIB	More than one site
T4	IVA	Tumor invades bladder or rectum

Regional lymph nodes (N)		
All uterine sarcomas		
N category	FIGO stage	N criteria
NX		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
N0(+)		Isolated tumor cells in regional lymph node(s) no greater than 0.2 mm
N1	IIIC	Regional lymph node metastasis

Distant metastasis (M)		
All uterine sarcomas		
M category	FIGO stage	M criteria
M0		No distant metastasis
M1	IVB	Distant metastasis (excluding adnexa, pelvic, and abdominal tissues)

<https://www.uptodate.com/contents/staging-treatment-and-prognosis-of-endometrial-stromal-sarcoma-and-related-tumors-and-uterine-adenosarcoma>

DESCRIPTION DU CAS

Il s'agit d'une patiente âgée de 19 ans, G0, célibataire, scolarisée jusqu'en classe de philo, vivant avec ses parents dont elle dépend économiquement.

Elle a été suivie en clinique externe de gynécologie, puis admise pour masse pelvienne, et saignement utérin anormal. Une symptomatologie remontant à environ trois mois, et qui aurait débuté par un saignement vaginal abondant l'oblige à utiliser plus de cinq serviettes par jour. Elle s'est rendue chez un prestataire de soins où elle a été évaluée. Une échographie pelvienne réalisée a fait mention de masse pelvienne de nature à investiguer. En vue d'une prise en charge adéquate, ses parents l'ont accompagné à HUM.

Elle n'a pas d'antécédents personnels médicaux et traumatologiques particuliers. Cependant, dans ses antécédents hérédocollatéraux, une tante avec cancer du sein, et grande mère hypertendue ont été retrouvées. Pour ses antécédents OBGYN : ménarches à 13 ans, pucelle, cycle menstruel irrégulier,

durée huit (8) jours, et sa date des dernières règles remontait à fin juillet.

Elle n'a pas d'habitudes nocives. Elle était évaluée au stade 0 de l'OMS avec les signes vitaux suivants : TA = 111/60 mm de mercure FC : 101/ mn FR = 20/ mn T= 36°C Sao2= 98%.

Ses conjonctives palpébrales étaient rosées, bon état cardio pulmonaire, seins sans particularité, abdomen augmenté de volume, avec palpation d'une masse à contours irréguliers, de consistance peu ferme, peu mobile, arrivant à 2 travers de doigts en dessous de l'ombilic. Les Membres sont conformes anatomiquement.

Le toucher vaginal et l'examen au spéculum étaient non effectués (patiente pucelle). Le toucher rectal a été refusé par la patiente.

Une échographie pelvienne faite lors de l'évaluation indiquait un utérus à contours réguliers d'échostructure homogène, surplombé par une volumineuse masse mixte, cloisonnée, mal délimitée, ne prenant pas le doppler, mesurant 14 x 10 cm, située entre la vessie et l'utérus.

- Les examens para cliniques disponibles étaient les suivants :
- Hémogramme : Hémoglobine : 9.5 g/dl ; hématocrite : 29.4% ; Globules blancs : 4200/ml ; Plaquettes : 251 000/ ml ; Groupe sanguin : A+.
 - Bilan rénal : acide urique : 6.45 mg/dl ; créatinine : 0.83 mg/dl ; urée : 17.1 mg/dl.
 - Bilan hépatique : ASAT : 11 U/l ; bilirubine direct : 0.20 mg/dl ; bilirubine total : 0.32 mg/dl.
- HCG qualitatif sanguin : négatif
- Marqueurs tumoraux : Ca 19-9 : 8.4 U/mL ; Ca 125 : 27 U/mL ; CEA : 0.8 ng/ml ; AFP : 0.8 ng/ml.
- Elle a eu deux examens d'imagerie à HUM :
- Une échographie pelvienne sur système HUM (Figure 1. A, B, C, D) : qui indiquait une masse ovarienne kystique gauche.

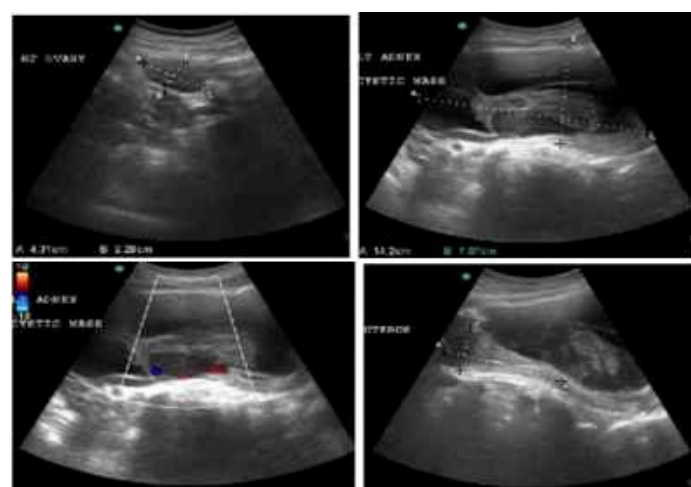
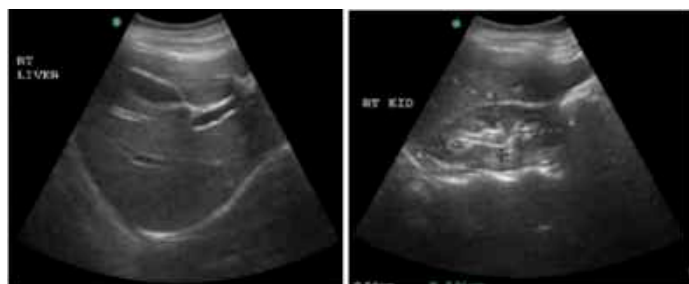


Figure 1. Sonographie pelvienne (A à D)

- A. Visualisation de l'ovaire droit mesurant 4.21cm x 2.29 cm sans particularité macroscopique.
- B. Masse kystique annexielle gauche de 14.2 cm x 7.07 cm avec des septa plus ou moins épais
- C. Doppler couleur au niveau de la masse
- D. Utérus à contours réguliers, d'échostructure homogène comprimé par la masse



Figures 2 : Échographie abdominale était sans particularité. (E, F)

- E. Foie normal avec contours et échostructure conservés.
- F. Rein de dimension normale, pas de dilatation.

- Un CT scan Abdomino-pelvien qui conclut à une tumeur mixte pelvienne d'origine ovarienne

L'impression clinique retenue était : Carcinome embryonnaire ovarien Probable chez une patiente nullipare.

Le plan de prise en charge consistait en une laparotomie exploratrice, et counseling avec la patiente et ses proches. La laparotomie exploratrice a été initiée par une incision médiane sous ombilicale. Une fois arrivé à l'intérieur de la cavité abdominale, on a visualisé une masse bilobée faisant corps avec l'utérus avec une marge de plus de cinq (5) cm, et en rapport avec la face postérieure de la vessie (Figure 3. A et B). Les 2 ovaires étaient sans particularité (Figure 3. C et D) –

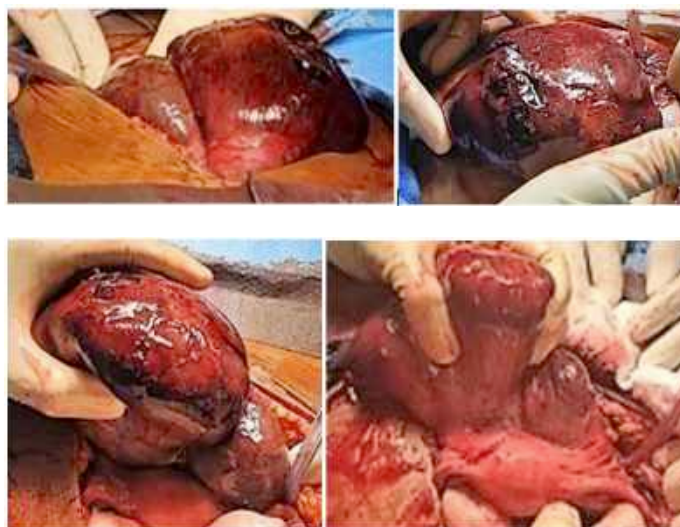


Figure 3 : Trouvailles per opératoire indiquant une masse au niveau de la face antérieure de l'utérus.

- A et B : Masse tumorale bilobée remontant le repli vésico-utérin, et foyers nécrotiques d'aspect friable.
- C et D : Masse tumorale insérée au corps utérin et en contact avec la vessie. Ovaires sans particularité.

La vessie a été remplie de 250 cc de NS pour une meilleure délimitation de la masse. Suivant les caractéristiques de la masse utérine, une suspicion de sarcome utérin a été évoquée par le chirurgien principal fellow en onco gynécologie, et l'évaluation des aires ganglionnaires pelviennes et para aortiques a été effectuée, et suivant le staging de sarcome utérin de FIGO, un stade IB a été retenu. Un avis oncogynécologique a été entamé via appel-vidéo et partage d'images auprès d'un spécialiste d'oncologie gynécologie de Massachusetts General Hôpital. Après analyse et débat, l'équipe a décidé de procéder à une hystérectomie et prélèvement ganglionnaire, vu la très grande possibilité de sarcome utérin évoquée au regard des trouvailles per opératoire. Un autre counseling a été fait avec la patiente et ses parents qui ont été amenés en salle pour un nouveau consentement édifié.

Alors la procédure chirurgicale pour le staging a été ainsi poursuivie :

Préhension de l'utérus –Identification des annexes– Double clampage, section, ligature des ligaments ronds au polysorb 0 – Double clampage, section, ligature des pédicules utéro-ovariens droit et gauche au polysorb 0 – Flap vésico-utérin – Double clampage, section, ligature des utérines au polysorb 0 – Double clampage, section, ligature des cardinaux au polysorb 0 – Double clampage, section, et réparation du cuff vaginal au polysorb 0– Hémostase vérifiée – Palpation des aires ganglionnaires pelviennes et para aortiques: sans présence de lymphadénopathies, et prélèvement effectué - Décompte des compresses, et des instruments- Grande péritonisation, et rapprochement des muscles grand droit au polysorb -0 –fasciorraphie au polysorb-0 –rapprochement de la graisse au polysorb-0 – fermeture de la peau en suture sus-cuticulaire au nylon 3-0 – Pansement – Fin de l'intervention

Puis la pièce a été envoyée en histopathologie (Figure 4. E et F).

Le diagnostic post op retenu : Tumeur maligne du corps de l'utérus : Sarcome utérin probable stade IB de FIGO

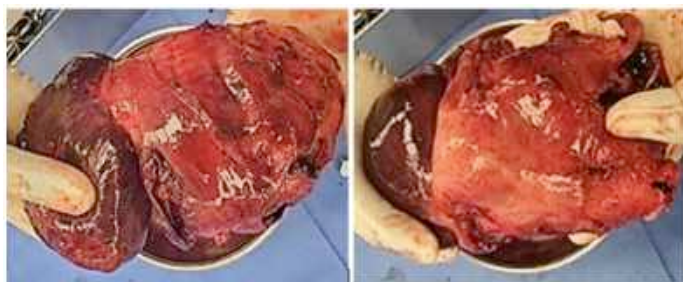


Fig 4 : E et F : Macroscopiquement, la pièce opératoire de l'utérus montrant une masse tumorale bilobée, sessile friable occupant toute la face antérieure de l'utérus, mais face postérieure libre.

En post opératoire, elle a eu une évolution favorable, et 5 jours plus tard, elle a reçu l'exéat avec un plan de suivi médical incluant examen clinique et paraclinique de contrôle. Réévaluée à J21 et à 4 mois post op, elle a présenté aucune particularité clinique défavorable.

Le résultat histo- pathologique a été reçu quelques semaines plus tard soit le 6 octobre 2021 confirmant le sarcome utérin avec le type histologique au stade IB et lors de l'analyse des lames par la pathologiste, les trouvailles ont permis d'aboutir au diagnostic suivant :

- Dysplasie légère du col utérin sur fond condylomateux ; Endocervicite chronique marquée non spécifique ; *Sarcome du stroma de l'endomètre de bas grade* ; Trompes sans lésion appréciable ; -Ganglions lymphatiques sans tumeur.

DISCUSSIONS

Concernant ce cas de sarcome utérin chez cette jeune patiente, le diagnostic était effectivement difficile à évoquer au préalable, on peut comprendre que plusieurs facteurs expliquent le défi diagnostique de cette pathologie tumorale rare:

a) L'âge

L'âge de la patiente, à savoir 19 ans, n'est pas identifié comme un facteur de risque dans la littérature, à moins que l'on ait considéré la race¹. Selon les données trouvées par Martinez et al dans les revues de cas, le SSE est inhabituel chez les jeunes femmes et dans un hôpital tertiaire local, 19 patientes ont été diagnostiquées avec SSE entre 2001 et 2012 avec un âge moyen de 42 ans. Parmi ces femmes, deux cas sont survenus chez des femmes dans la vingtaine et la plus jeune avait 20 ans.²

b) Aspect clinique

Dans l'évaluation clinique, les trouvailles consistaient essentiellement en un saignement utérin anormal, ce qui est le symptôme le plus courant¹, et la palpation d'une volumineuse masse peu ferme, peu mobile, à contours mal délimités arrivant presque à l'ombilic. Suivant Martinez et al, le sarcome est atypique chez les jeunes, et le diagnostic clinique est problématique. Le sarcome peut être confondu à d'autres pathologies bénignes prédominant à cet âge.²

De plus, la patiente se disait être pucelle, il y a eu une limite à l'évaluation clinique dans notre cas : pas de toucher vaginal possible ; donc impossible de savoir s'il n'y a pas eu de déviation du col ou comblement des culs de sac, ou encore de faire un toucher combiné au palper afin de mieux apprécier la masse⁴. De plus, vu le refus de la patiente, un toucher rectal n'a pas pu être fait.

c) Aspect para clinique

L'évaluation para clinique de cette patiente a consisté en une échographie abdomino-pelvienne⁷ qui a mis en évidence une volumineuse masse ovarienne kystique. Vu qu'elle est pucelle, une échographie endo-vaginale n'a pas pu être faite et cela aurait pu permettre d'individualiser les ovaires et du même coup écarter une pathologie ovarienne. La tomодensitométrie n'a pas pu faire mieux⁸, tout comme avec un autre cas de la littérature selon Lana Nseir & Al qui avait parlé d'une patiente de 22 ans ayant bénéficié de l'échographie, de la tomодensitométrie et de l'IRM sans résultats probants.³

Il est à noter aussi que selon Cunningham de nombreux sarcomes utérins ne sont diagnostiqués qu'après la chirurgie ou plusieurs jours plus tard lorsqu'un rapport de pathologie est

disponible. Par conséquent, les cas sans staging sont fréquents et un oncologue gynécologique doit être consulté le plus tôt possible. ¹ En plus il est important de développer la capacité de la pathologie avec la disponibilité de l'examen extemporané pour mieux gérer ces cas.

d) Aspect chirurgical

Etant donné que la suspicion de sarcome utérin a eu lieu au cours de l'intervention, l'approche chirurgicale a été un énorme dilemme car il fallait prendre en compte la fertilité de la patiente et aussi le pronostic le plus souvent sombre associé au sarcome utérin. ⁴ Dans ce contexte, on devait envisager l'hystérectomie totale plus annexectomie bilatérale sans confirmation de diagnostic histo-pathologique certain car la biopsie extemporanée n'était pas disponible. ⁹ Sachant que généralement les sarcomes sont œstrogènes dépendants et qu'il faudrait enlever les annexes durant la chirurgie, on était obligé de laisser les ovaires en place compte tenu du manque d'évidence certaine du sarcome et le désir de fertilité future de la patiente. De plus, on n'a pas la capacité de Cryo préservation pouvant permettre à la patiente de conserver ses ovules au laboratoire pour une éventuelle procréation médicale assistée dans le futur avec une mère porteuse est une raison de plus qui nous a porté à laisser les ovaires en place. La considération d'enlèvement ultérieure pourrait être évaluée en fonction de l'évolution clinique et le désir de fertilité de la patiente.

Déjà en per opératoire, la suspicion d'un tel cas rare devrait avoir l'expertise d'un gynécologue généraliste expérimenté, ou d'un fellow en onco gynéco, ou encore de l'onco gynéco en soit ¹, en fait pour ce cas, l'équipe avait cette opportunité d'avoir comme chirurgien principal : un fellow en onco gynéco à HUM, qui avait évoqué sans aucun doute et fait part aux assistants : cette possibilité de sarcome utérin devant la localisation et l'apparence macroscopique de cette masse et, d'après Martinez & al, le sarcome stromal de l'endomètre se présente comme une tumeur, charnue, polypoïde. ²

Cependant avec le spécialiste en onco-gynécologie de Massachussets, contacté durant l'intervention et se basant sur les rares études disponibles, et les considérations techniques liées à la position des masses occupant toute la face antérieure de l'utérus limitant toute possibilité de résection partielle, l'approche conservatrice a été mise de côté.

En effet dans la littérature, selon Ruying et al. le traitement conservateur pour le sarcome stromal de l'endomètre, n'a pas été beaucoup expérimenté cliniquement et est problé-

matique, car aucun essai randomisé n'est disponible pour offrir une base théorique fiable. ¹⁰

On peut comprendre donc que le manque de directives claires en cas de traitement conservateur et la possibilité de métastase ⁹, ont donc poussé l'équipe à adopter la solution la plus prudente pour la patiente à savoir : une hystérectomie abdominale totale avec salpingectomie bilatérale, tout cela en accord avec elle et ses proches. De plus, en vue du staging, les aires ganglionnaires pelviennes et para aortiques ont été palpées, et prélèvement fait, afin de mieux aborder le suivi post opératoire.

Effectivement, en post opératoire le résultat d'histopathologie a confirmé quelques semaines plus tard, le diagnostic de sarcome utérin avec le type histologique de sarcome stromal de l'endomètre de bas grade ¹¹, les ganglions prélevés étaient sans évidence de tumeur. Dans ce contexte, le plan de surveillance médical post op a été établi, sans chimiothérapie adjuvante, et radiothérapie conformément aux normes. ¹

L'absence des images des lames histopathologies, du résultat du scanner et la courte période de suivi représentent des limitations pour meilleure appréciation du cas.

CONCLUSION

Selon, notre observation, le sarcome utérin est une tumeur maligne extrêmement rare dans la population générale et exceptionnelle chez ce groupe d'âge de femmes.

Il reste et demeure un défi diagnostique et thérapeutique pour les gynécologues à l'échelle mondiale. Le cas de cette patiente retrouvée au mois d'Août a permis de retenir des informations capitales :

- Bien que les étiologies bénignes prédominent chez les jeunes, les pathologies malignes ne doivent pas être totalement écartées. Au cas où il y aurait suspicion de malignité, il faut penser à des diagnostics différentiels, en particulier une entité pathologique agressive telle que le sarcome utérin

- Un diagnostic précoce est essentiel car la survie de la patiente et la préservation de la fertilité sont directement liées à l'évolution de la tumeur. Il faut cependant garder en tête que le diagnostic est difficile à faire même par les méthodes d'imagerie dont nous disposons.

- La biopsie extemporanée est un élément essentiel pour les décisions au cours de l'intervention et elle devrait être disponible et effective dans toute structure tertiaire à vocation universitaire.

- Il est nécessaire de développer la sous spécialité oncologie gynécologique afin d'être mieux armé face à ces situations qui demandent cette expertise.

RÉFÉRENCES

1. Hoffman, B., Schorge, J., Bradshaw, K., Halvorson, L., Schaffer, J., & Corton, M: *Williams Gynecology, Fourth Edition (4th ed.)*. McGraw-Hill Education / Medical. 2020
2. Martinez, M. E. G., & Jacinto, E. K: *Endometrial Stromal Sarcoma in the Young*. *Journal of Clinical Gynecology and Obstetrics*, 2020 9(3), 73–77.
3. Nseir L, Mansour G, Makhoul J, Skaf L, Dahhan MZ, AlShehabi Z. *Low-Grade Endometrial Stromal Sarcoma in a 22-Year-Old Maiden Female: A Rare Case Report from Syria*. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. 2021 Jul 16;2021:5578686.
4. Bužinskienė D, Mikėnas S, Drąsutiėnė G, Mongirdas M. *Uterine sarcoma: a clinical case and a literature review*. *Acta Med Litu*. 2018;25(4):206-218. doi: 10.6001/actamedica.v25i4.3931. PMID: 31308826; PMCID: PMC6591694.
5. Hammad R, Hasan M, Nausheen S. *A Rare Uterine Malignancy: Endometrial Stromal Sarcoma* *J Med Case Rep Case Series* 2(1
6. Jassal CD, Patnaik BL, Divya A, Prasad S. *Low-grade endometrial stromal sarcoma in young age: a clinicopathological report*. *J Obstet Gynaecol India*. 2012 Feb;62(1):73-5. doi: 10.1007/s13224-012-0137-9. Epub 2012 Apr 12. PMID: 23372296; PMCID: PMC3366576.
7. Puliyaath G, Nair MK. *Endometrial stromal sarcoma: A review of the literature*. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2012 Jan;33(1):1-6. doi: 10.4103/0971-5851.96960. PMID: 22754201; PMCID: PMC3385272.
8. Benson C, Miah AB. *Uterine sarcoma - current perspectives*. *Int J Womens Health*. 2017 Aug 31;9:597-606. doi: 10.2147/IJWH.S117754. PMID: 28919822; PMCID: PMC5587218
9. Jain R, Batra S, Ahmad A, Elahi AA, Gupta M, Saith P. *Low grade endometrial stromal sarcoma: a case report*. *Iran J Med Sci*. 2015 Jan;40(1):81-4. PMID: 25648534; PMCID: PMC4300487.
10. Dong R, Mao H, Zhang P. *Conservative management of endometrial stromal sarcoma at stage III: A case report*. *Oncol Lett*. 2014 Sep;8(3):1234-1236. doi: 10.3892/ol.2014.2288. Epub 2014 Jun 26. PMID: 25120695; PMCID: PMC4114611
11. Zaloudek C. *Low-Grade Endometrial Stromal Tumors of the Uterus*. *Pathology Case Reviews*. 2011; 16(3):130-138.



ECG FACILE A UTILISER

- FIABLE
- PRECIS
- CONVIVIAL

CARDIOVIT AT-1 G2

www.hms.ht

+509.38.40.54.09 • +509.28.11.89.89 • #26, Bois-Patate, PAP, Haïti

ENDOMÉTRIOSE DIGESTIVE. À PROPOS D'UN CAS

¹André Patrick JEUDY. MD ; ²Jean Sony Virgile, MD ; ³Eunice DÉRIVOIS Mérésier, MD.

¹Chirurgien général ;

²Chirurgien général ;

³Chirurgien général et pédiatrique.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Les auteurs rapportent l'histoire d'une patiente de 36 ans, prise en charge à l'occasion d'un nouvel épisode d'un syndrome récidivant de dysfonctionnement digestif avec un tableau d'occlusion intestinale survenant au moment des règles, depuis quelques années. Elle présente également un nodule ombilical. Elle avait suivi un traitement hormonal qu'elle a arrêté de son plein gré. Compte tenu de la périodicité cataméniale de la symptomatologie, le diagnostic d'endométriose digestive est évoqué et devant la persistance du tableau d'occlusion, le traitement chirurgical est décidé. La patiente a bénéficié d'une résection iléocœcale emportant la lésion située au carrefour iléo-caeco-appendiculaire et de l'excision du nodule ombilical. Le diagnostic d'endométriose est confirmé sur les deux (2) spécimens. La discussion avec revue de la littérature fait le point sur l'endométriose digestive et ombilicale, sur les défis diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie qui doit être prise en charge par une équipe multidisciplinaire spécialisée.

Mots-clés : endométriose digestive, occlusion intestinale, nodule de Villar, cicatrice de chirurgie gynécologique.

ABSTRACT

The authors report the story of a 36-year-old female who was cared for during a new episode of a recurrent digestive dysfunction syndrome with a bowel obstruction that has been occurring at the time of menstruation for the past few years. She also has an umbilical nodule. She had undergone hormonal treatment which she voluntarily stopped. Since symptoms occur at the menstrual periods, the diagnosis of digestive endometriosis is evoked and given the persistence of the intestinal obstruction picture, surgical treatment is decided. The patient underwent ileo-caecal resection taking out the lesion located at the ileo-caeco-appendicular junction and excision of the umbilical nodule. The diagnosis of endometriosis is confirmed on both specimens. The discussion with review of the literature comments digestive and umbilical endometriosis, the diagnostic and therapeutic challenges of this disease that requires a multidisciplinary specialized team for its management.

Keywords : digestive endometriosis, intestinal obstruction, Villar's nodule, surgical gynaecologic scar.

INTRODUCTION

L'endométriose est une affection gynécologique chronique œstrogéno-dépendante qui est définie comme l'implantation de tissu utérin (glandes endométriales et stroma) en dehors de la cavité utérine [1]. Les localisations les plus fréquentes de ce tissu ectopique sont les ovaires, les trompes de Fallope, le ligament large, les ligaments utéro-sacrés, le tractus gastro-intestinal, le tractus urinaire et, plus rarement, le diaphragme, la plèvre, les poumons, le péricarde et le système nerveux central. Le recto sigmoïde est la plus fréquente des localisations digestives [2, 3] Le cas que nous présentons avait une lésion iléo-caeco-appendiculaire.

HISTOIRE DU CAS

Il s'agit d'une femme de 36 ans, reçue en consultation, le 15 octobre 2021, pour un tableau fait de douleurs abdominales à type de crampes, de vomissements, d'arrêt des matières et des gaz, tableau qui évoluait depuis environ 15 jours. En fait, c'est un syndrome de dysfonctionnement digestif survenant de façon périodique au moment des règles et spontanément

résolutive depuis environ 3 ans. Dans ses antécédents, on relève des ménarches autour de 9-10 ans, avec un cycle régulier et de la dysménorrhée pour laquelle elle prend des AINS. Les règles sont en général d'abondance moyenne à grande. Elle est nulligeste. Elle a été opérée de hernie ombilicale environ deux (2) ans auparavant. La date des dernières règles était le 1^{er} octobre 2021. Elle avait été placée sous pilules contraceptives pendant un (1) mois. Ce traitement avait entraîné un certain soulagement de ses symptômes, mais elle l'a arrêté de son plein gré, craignant pour ses chances de fertilité.

À l'examen physique, c'est une patiente amaigrie, mais dont l'état général est conservé. L'examen de l'abdomen montre une distension centrale, une cicatrice péri-ombilicale et des reptations d'anses très visibles. Les bruits hydro-aériques sont audibles sans stéthoscope. La palpation met en évidence un nodule ombilical d'environ un (1) cm de diamètre. L'abdomen est sensible à la palpation, le péristaltisme est très actif. Au TV, le col utérin est court, fermé, non douloureux à la mobilisation. Les cloisons vésico-vaginale et recto vaginale

sont sans particularités. Au TR, on trouve des selles dures, en scybales dans le rectum, on a la sensation d'une induration du Douglas qui pourrait faire penser à un nodule endométriosique. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Devant ce tableau occlusif récidivant avec les règles, le diagnostic d'endométriose digestive est évoqué. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) confirme le tableau d'occlusion du grêle avec des niveaux hydro-aériques plus larges que hauts au centre de l'abdomen et absence d'air dans l'aire rectale. Le scanner abdominal montre une vrille de torsion évoquant un volvulus du grêle. (Fig. 1 et 2)



Fig. 1 et 2 : occlusion intestinale haute

La patiente est réanimée et amenée au bloc opératoire après 15 jours d'évolution de cet épisode. Par une incision médiane à cheval sur l'ombilic, l'exploration montre des anses grêles très distendues par un volvulus massif autour d'un magma iléo-caeco-appendiculaire parsemé de petits nodules violets et de petits kystes clairs. (Fig. 3 et 4).

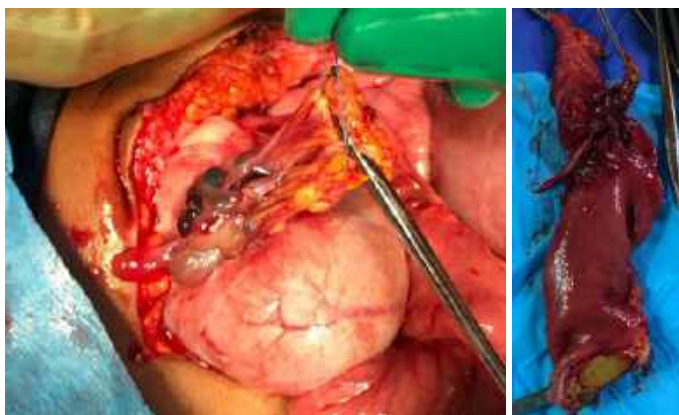


Fig. 3 : Aspect opératoire de la lésion : petits nodules violets au carrefour iléo-caeco-appendiculaire.

Fig. 4 : Pièce opératoire.

L'iléon terminal est dilaté en amont d'un segment sténotique. Le reste de l'exploration ne révèle rien de particulier.

Un effort de dissection se révélant non payant, on opte rapidement pour une résection iléo-caeco-appendiculaire, emportant la lésion. Le rétablissement de la continuité est assuré par une anastomose iléo-ascendante termino-terminale. L'intervention s'est terminée par un lavage soigneux de la cavité péritonéale et l'excision du nodule ombilical. L'évolution est satisfaisante. La patiente reprend du poids, elle est asymptomatique, avec un cycle régulier, sans douleur. L'examen anapath a confirmé le diagnostic d'endométriose. (voir rapport ci-dessous). Nous avons recommandé à la patiente un suivi avec son gynécologue pour reprendre le traitement hormonal et pour le suivi de son infertilité, mais elle semble avoir choisi de suivre un traitement naturel.

DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Étiopathogénie de l'endométriose

Selon la littérature, l'endométriose est une maladie multifactorielle qui atteint 6 à 10% de femmes dans leur période reproductive [2, 4, 5]. Elle résulte de l'action combinée de facteurs génétiques, environnementaux, hormonaux et immunologiques [2, 4]. Parmi les nombreuses théories qui s'affrontent pour expliquer la pathogénie de la maladie, la plus largement admise est celle de la menstruation rétrograde de Sampson selon laquelle l'endométriose serait due au reflux de cellules endométriales viables à travers les trompes vers le péritoine et les organes pelviens pendant les règles [6, 7]. Elle n'explique cependant pas les rares cas d'endométriose survenues après la ménopause et chez le sexe masculin [8]. La théorie de Meyer, quant à elle, fait provenir l'endométriose d'une métaplasie de l'épithélium coelomique sous l'effet de différents facteurs hormonaux, infectieux et toxiques [6, 7, 9]. Des restes embryologiques pourraient également être en cause [4]. Une autre hypothèse propose enfin que l'endométriose résulte d'une dissémination par voie lymphatique ou vasculaire de cellules endométriales vers des sites distants [6, 9]. Par ailleurs, les perturbateurs endocriniens ont été également incriminés dans la genèse de la maladie [2]. Aucune de ces propositions ne semble expliquer pleinement à elle seule l'ensemble des manifestations cliniques de l'endométriose. [6]

Pathologie de l'endométriose

Selon Nikolaos Machairiotis and all, l'implantation du tissu endométrial en dehors de la cavité utérine déclenche une cascade d'événements immunitaires et l'activation d'un processus inflammatoire entretenu par la sécrétion de cytokines et d'autres molécules de l'inflammation [7]. Le micro-environnement ainsi créé contribue au développement du tissu endométrial ectopique, en facilitant l'angiogenèse et en inter-

rompant le processus normal d'apoptose [7]. Cependant, en raison du processus inflammatoire intense, la majeure partie des nodules d'endométriose sont constitués de tissu musculaire et fibreux, le tissu endométriosique proprement dit ne représentant que 15-20 % du volume, ce qui explique les cas de non-efficacité du traitement hormonal sur ces nodules qui peuvent continuer à évoluer même après la ménopause [2, 7, 10]. Le degré d'infiltration des tissus par le processus inflammatoire détermine les trois types de lésions retrouvées dans l'endométriose : les lésions superficielles, péritonéales, les lésions kystiques de l'ovaire et les lésions profondes sous-péritonéales [2]. La neurogenèse et le développement de fibres nerveuses sont également stimulés dans ce processus, ce qui explique en partie le syndrome douloureux sévère et chronique de ces patientes avec des phénomènes d'hyperalgésie [7].

Diagnostic d'endométriose

L'endométriose peut rester totalement asymptomatique [11]. Certains cas sont découverts fortuitement au cours d'une intervention chirurgicale pour d'autres indications [8]. Bien que de rares cas aient été diagnostiqués chez la femme ménopausée, voire chez l'homme [8], c'est typiquement une pathologie œstrogéno-dépendante, rendant compte du fait que le tissu utérin ectopique se développe au cours du cycle et devient fonctionnel comme la muqueuse utérine au cours de la menstruation, générant douleurs et saignement [1- 4]. Les douleurs pelviennes chroniques, la dysménorrhée et l'infertilité sont parmi les manifestations les plus courantes de l'endométriose [1]. Les autres manifestations sont liées aux structures concernées par l'endométriose extra pelvienne : thorax, système nerveux, appareil digestif, etc. [11, 12, 13]. Quoique les techniques d'imagerie puissent aider à identifier les lésions, le diagnostic est basé essentiellement sur la clinique et la visualisation laparoscopique et doit être confirmé par l'histologie [6, 12].

Endométriose digestive

Les localisations d'endométriose en dehors de la sphère gynécologique sont rares ; cependant elles doivent être connues, car pouvant être à l'origine de tableaux cliniques atypiques et éventuellement de prise en charge erronée [10, 12]. Le tube digestif représente la localisation la plus fréquente de l'endométriose extra génitale, intéressant le rectosigmoïde et la région iléo-caecale dans la majorité des cas et plus rarement l'appendice et le grêle terminal [5, 10, 12]. Les différentes couches de la paroi digestive sont pro-

gressivement infiltrées par le tissu endométriosique et par le processus inflammatoire, déterminant les différents stades de la maladie [3, 12]. Cette infiltration se fait de l'extérieur vers l'intérieur et franchit rarement la muqueuse ; ce qui explique que le diagnostic ne peut être fait par l'endoscopie [12]. Le processus inflammatoire explique aussi la fragilité de la paroi digestive et des risques de fistule après exérèse incomplète [3, 13]. Les lésions digestives sont uniques dans 2/3 des cas et multifocales dans 1/3 des cas, des zones saines d'intestin normal séparant les zones atteintes sur plusieurs centimètres. [3]

L'endométriose digestive peut rester totalement asymptomatique [5, 6, 14]. La symptomatologie est très variable d'une patiente à une autre et dépend de la profondeur des lésions dans la paroi intestinale [3, 14]. Elle comprend de la diarrhée, des crampes abdominales pendant les règles, des rectorragies, de la constipation [6, 14]. Selon B. Borghese and al, le risque de développer un tableau d'occlusion intestinale aiguë sur endométriose serait exceptionnel [2]. Chez notre patiente, il y avait un magma inflammatoire émaillé de nodules violets, impliquant appendice, iléon terminal et caecum et une zone de sténose sur l'iléon terminal, participant vraisemblablement au processus occlusif.

Endométriome ombilical et endométriose pariétale sur cicatrice

Selon M. Nisolle and al, des dépôts de tissus endométriaux peuvent s'implanter sur des cicatrices opératoires après une intervention chirurgicale gynécologique ou obstétricale, notamment à utérus ouvert [9]. Les sites les plus fréquents de l'endométriose cicatricielle sont une cicatrice de Pfannenstiel, une cicatrice de césarienne, une cicatrice de laparoscopie, une cure de hernie ombilicale, une épisiotomie, une hystérectomie, les différents plans de la paroi abdominale pouvant être intéressés [15, 16]. Le mécanisme évoqué implique une greffe de cellules endométriales lors de l'intervention chirurgicale, favorisée par les œstrogènes produisant ainsi des endométriomes [15]. L'endométriose ombilicale connue sous le nom de *nodule de Villar* est une manifestation rare de l'endométriose extra génitale [15, 16]. Le diagnostic devrait être évoqué devant toute masse développée sur une cicatrice, notamment en présence de symptômes contemporains aux règles. Tariq Bourout et co préconisent le lavage copieux de la cavité abdominale après toute chirurgie pour endométriose en vue d'éviter la survenue de ces nodules, bien que l'efficacité de cette technique ne soit pas prouvée [15, 16]. Notre patiente avait un nodule ombilical sur une cicatrice de hémiorraphie.

Traitement médical de l'endométriose digestive

L'endométriose est une pathologie essentiellement gynécologique pour laquelle l'approche clinique et thérapeutique doit faire appel à une équipe pluridisciplinaire, notamment dans les situations de localisation extra génitale [3, 11, 14]. Ce n'est pas une maladie curable, sa prise en charge s'adresse principalement au traitement de la douleur et de l'infertilité [6, 11, 12]. Le traitement hormonal, pour les femmes qui le tolèrent et qui ne souhaitent pas préserver leur fertilité, en supprimant la fonction ovarienne, diminuant ainsi la fonctionnalité du tissu endométrial, permet une régression des symptômes douloureux ; la fertilité est souvent prise en charge par la fécondation in vitro [6, 11, 12]. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens font également partie du traitement médical [6, 7, 8, 10, 12]. Cependant, la taille des nodules-constitués en majeure partie de tissu musculaire et fibreux, comme on l'a dit plus haut, n'est que peu influencée par ce traitement, ce qui justifie le traitement chirurgical dans beaucoup de cas, notamment des lésions digestives symptomatiques [3, 5, 14].

Traitement chirurgical de l'endométriose digestive

Le traitement chirurgical des lésions d'endométriose est très délicat et requiert l'expertise d'équipes spécialisées [3, 5, 11]. Les indications chirurgicales doivent être orientées vers le soulagement de la douleur, l'amélioration des chances de fertilité et la correction de manifestations pathologiques telles qu'une occlusion intestinale [11, 14]. Les risques opératoires et postopératoires étant significatifs, l'abstention est préconisée devant des lésions asymptomatiques [3, 5, 14]. Dans le cas de notre patiente, le tableau d'occlusion intestinale était patent, justifiant le geste opératoire.

La chirurgie des lésions d'endométriose est régie par deux 2 grands principes qui doivent être respectés en vue d'apporter la meilleure cure possible en diminuant les récurrences et les complications. [3, 5, 14] Trop conservateur, il expose à des récurrences ; trop étendu, il expose à des complications, notamment les fistules digestives sur ces parois intestinales fragilisées et le syndrome LARS (Low anterior resection syndrome) [3]. Trois techniques chirurgicales sont préconisées : le *shaving*, l'exérèse discoïde et la résection segmentaire, avec chacune leurs avantages et leurs inconvénients [3, 6, 14].

a) Le *shaving* consiste à enlever le nodule d'endométriose sans ouvrir la lumière du tube digestif [3]. Si cette technique a l'avantage d'éviter la contamination de la cavité abdominale et de mettre la patiente à l'abri des

fistules, elle expose en revanche à la récurrence si l'exérèse est incomplète. Elle est recommandée pour les nodules de petite taille, peu profonds et pour des patientes ayant déjà des enfants et qui acceptent un traitement hormonal postopératoire [3].

- b) L'exérèse discoïde consiste à découper le nodule avec ouverture de la lumière digestive suivie de la réparation du tube par une suture transversale. Cette technique permet une exérèse plus complète des limites du nodule par rapport au *shaving*. Ses avantages par rapport à une résection segmentaire sont une meilleure conservation du rectum, surtout en cas de lésion bas-située du rectum (10 derniers cm). Cependant, elle comporte comme la résection segmentaire un risque appréciable de fistule digestive [3].
- c) La résection segmentaire utilisée dans le traitement chirurgical de plusieurs types de lésions (cancer, infection, etc.) consiste à enlever un segment de tube digestif avec des marges saines et rétablissement de la continuité [3]. L'avantage évident de cette technique est le caractère plus radical de l'exérèse qui permet d'enlever de volumineux nodules qui ne répondraient pas au *shaving* et à l'exérèse discoïde. Cependant, la morbidité immédiate et éloignée est plus élevée que dans les deux techniques précédentes : risque de fistule, syndrome du LARS, etc. [3]. Dans certains cas, une colostomie peut même s'avérer nécessaire, soit d'emblée, soit devant une complication postopératoire [3].

Le choix de la technique chirurgicale est lié à une bonne imagerie des lésions et au calcul de la meilleure balance bénéfique/risque qui doit être discutée avec la patiente [3].

Pour notre patiente, on avait d'abord essayé un *shaving*, mais devant la difficulté de la dissection, on a opté pour une résection segmentaire qui s'est révélée relativement aisée. On a pu passer largement en zone saine en pratiquant une résection iléocœcale avec anastomose iléo-ascendante avec des suites immédiates et à moyen terme favorables. Le recul est de cinq (5) mois et la patiente est jusque-là asymptomatique.



CONCLUSION

Cette intervention chirurgicale a été réalisée de façon sporadique par une équipe de chirurgiens généraux en raison du tableau d'occlusion intestinale et a été heureusement relativement aisée. Le diagnostic d'endométriose suspecté en préopératoire sur la base du caractère cataménial de la symptomatologie a été renforcé par l'inspection des lésions en per-opératoire et confirmé par l'examen anatomopathologi-

que. La pathologie doit être connue des autres spécialités, notamment des chirurgiens, des gastro-entérologues, des médecins généralistes, parce que la symptomatologie peut être trompeuse et conduire à des prises en charge erronées. La périodicité cataméniale des symptômes doit attirer l'attention et faire évoquer le diagnostic de parti pris. Les localisations digestives constituent le site le plus fréquent d'endométriose extra génitale et réclament en général, quand elles sont symptomatiques, une sanction chirurgicale. Les défis de la chirurgie doivent être connus : exérèse incomplète versus risques de fistules. Cependant, cette pathologie essentiellement gynécologique doit être prise en charge par des équipes multidisciplinaires spécialisées pour le traitement de l'endométriose en général, notamment en raison de la situation d'infertilité et pour l'endométriose digestive en particulier, surtout en cas de situations délicates comme une lésion rectale basse [14, 5, 3]. Nous reconnaissons que la présence d'un/e gynécologue dans la prise en charge de notre patiente aurait été très judicieuse. En per-opératoire, il/elle aurait aidé à mieux évaluer le problème de fertilité, en examinant l'utérus, les annexes, les culs-de-sac à la recherche d'autres implants, ce qui aurait permis une approche plus pertinente pour le traitement à instituer en postopératoire.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Saima Rafique¹, Alan H Decherney. *Medical Management of Endometriosis Clin Obstet Gynecol.* 2017 Sep;60(3):485-496.
- 2- B Borghese¹, P Santulli², L Marcellin³, C Chapron². *Definition, description, clinicopathological features, pathogenesis and natural history of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines.* DOI: 10.1016/j.gofs.2018.02.017.
- 3- *Chirurgie digestive de l'endométriose, Institut Franco Europeen Multidisciplinaire d'Endometriose* <https://www.institutendometriose.com> > - IFEM Endo Feb 18, 2021
- 4- Maria Arafah¹, Sameera Rashid², Mohammed Akhtar² *Endometriosis: Adv Anat Pathol; A Comprehensive Review.* 2021 Jan;28(1):30-43.
- 5- BrunoBorghese²CharlesChapron²BertrandDousset¹Localisations digestives de l'endométriose. *La Presse Médicale ELSEVIER* Volume 41, Issue 4, April 2012, Pages 358-366
- 6- Eleni S. Tsamantioti; Heba Mahdy. *Endometriosis. Continuing Education Activity. StatPearls [Internet].* Last Update: August 25, 2021.
- 7- Nikolaos Machairiotis,^{1,*} Sofia Vasilakaki,² and Nikolaos Thomakos³ *Inflammatory Mediators and Pain in Endometriosis: A Systematic Review Biomedicines.* 2021 Jan; 9(1): 54.
- 8- J. C. Rosa-e-Silva, B. R. Carvalho, H. de F. Barbosa, O. B. Poli-Neto, A. C. J. S. Rosa-e-Silva, F. J. Candido-dos-Reis *Endometriosis in postmenopausal women without previous hormonal therapy: report of three cases. Published online: 03 Jul 2009.* <https://doi.org/10.1080/13697130802490256>
- 9- Chad Hamilton, Michael Stany, W Thoma Gregory, Elise C Kohn, *Gynecology pp 1689-1690 in Schwartz/s Principles of surgery, 10th ed, 2015*
- 10- M. Nisolle^{a,*} , F. Pasleau^b, J.-M. Foidart^a *L'endométriose extragénitale - 11/06/14* Doi : 10.1016/j.jgyn.2006.12.010.^a Service de gynécologie-obstétrique, université de Liège, CHU, hôpital de la Citadelle.
- 11- Société française de médecine d'urgence, (SFMU) *ENDOMÉTRIOSE : APPROCHE DIAGNOSTIQUE GRADUÉE ET PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE ET INDIVIDUALISÉE (RECOMMANDATIONS HAS)* ; 17 janvier 2018
- 12- Parveen Parasar, PhD, MVSc,^{1,2} Pinar Ozcan, MD,² and Kathryn L. Terry, ScD^{3,4,*} *Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management Curr Obstet Gynecol Rep.* 2017 Mar; 6(1): 34–41. Published online 2017 Jan 27. doi: 10.1007/s13669-017-0187-1
- 13- Élodie Bonin. *Complications liées aux stomies de décharge dans le traitement chirurgical de l'endométriose digestive. Médecine humaine et pathologie.* 2018. (dumas-01760531)
- 14- Dimitra Charatsi,¹ Ourania Koukoura, ,¹ Irontianta Gkorezi Ntavela,¹ Foteini Chintziou,¹ Georgia Gkorila,¹ Manthos Tsagkoulis,¹ Themistoklis Mikos,² George Pistofidis,³ Jiannis Hajioannou,⁴ and Alexandros Daponte¹ *Gastrointestinal and Urinary Tract Endometriosis: A Review on the Commonest Locations of Extrapelvic Endometriosis. Adv Med.* 2018; 2018: 3461209.
- 15- Tarik Bouhout, Badr Serji, Ebo Usman, Benounes El Amri, Imad Bouhout, Meddi Soufi, Mohammed Bouziane, Tijani El harroudi – *L'endométriose d'ela paroi abdominale, a propos d'un cas. Maroc- Received 14 septembre 2016 Accepted 17 octobre 2016 Publie 03 septembre 2018*
- 16- Omar Sow,^{1,&} William Valentin,² Diouf Cheikh,³ Barboza Denis,⁴ Faye Samba Thiapato,³ Diallo Ibrahima,³ et Gueye Serigne Modou Kane^{2 n} *Endométriose ombilicale: à propos d'un cas et revue de la littérature Pan Afr Med J.* 2018; 29: 22. Published online 2018 janv. 11. French. DOI : 10.11604/pamj.2018.29.22.14520
- 17- Seli E, Berkkanoglu M, Arici 3A. *Pathogenesis of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am.* 2003 Mar;30(1):41–61. [PubMed] [Google Scholar].



II. Images

Diaporama



DIAPORAMA : TRAUMATISME DE LA FACE (OSTÉOSYNTHÈSE)

par Patrick Marc Jean Gilles, MD

ORL-CMF

Mme Y., âgée d'une trentaine d'années, a été vue pour un traumatisme de la face, suite à une chute du haut d'un camion de transport.

Elle est arrivée aux urgences dans un état stable (TA : 13/8, FR : 80 et une saturation en oxygène à 97 %). Consciente et bien orientée, elle effectua son bilan radiologique pré opératoire. Le scanner de la face montra une fracture de Lefort de type 3 gauche, comminutive, avec une perte de substance du tiers median du plancher de l'orbite gauche (Figure 1). Son bilan ophtalmologique était dans les limites de la normale.



Fig. 1 : fracture de Lefort de type 3 à gauche

En per opératoire, on découvrit une plaie en flap de l'hémi face gauche, avec une fracture comminutive de tout le maxillaire droit (Figure 2).

La stabilisation des fragments à été faite avec du fil d'acier, et la reconstruction du plancher de l'orbite avec un greffon cartilagineux de conque homolatérale (Figure 3).

Les suites opératoires ont été simples et le résultat à six (6) mois (Figure 4) montre une petite rétraction de la lèvre supérieure gauche en raison d'une cicatrice chéloïdienne.

Cependant, la patiente n'a pas souhaité entamer un nouveau processus de traitement, stipulant être satisfaite de son évolution.

Il est à retenir que le traitement de ces fractures n'a été faite qu'avec du fil d'acier (au lieu de mini plaques et vis) en ce qui à trait à l'ostéosynthèse. Du point de vue financier, cela revient nettement moins cher pour la prise en charge de certains types de fractures de la face, particulièrement le tiers moyen.



Fig.2: flap de l'hémi face gauche



Fig.3: ostéosynthèse par fil d'acier



Fig. 4 : résultat à six (6) mois.

Xtreme dia

X TREME DIA : MASSE OBSTRUCTIVE DU DUODÉNUM

Louis-Franck Télémaque, MD

¹ Louis-Franck TELEMAQUE, MD, FICS, MSc ; Jack Guy Lafontant, MD ; Robert Blanchard, MD ; ⁴ Kathleen Buteau, MD.

¹ Chirurgien général ;

² Médecine Interne, Spécialiste en Endoscopie Digestive

³ Spécialiste en Endoscopie Digestive

⁴ Spécialiste en imagerie médicale

Mme X., âgée de 59 ans, est référée par son médecin traitant, en urgence, pour un syndrome dominé par une altération marquée de l'état général, des vomissements post-prandiaux précoces, un amaigrissement marqué et un ictère progressif. Le diagnostic de processus expansif cancéreux de la tête pancréatique avec compression extrinsèque du duodénum est évoqué.

Les examens d'imagerie tels que l'ultrasonographie, l'endoscopie digestive haute, le scanner et la série barytée gastro duodénale sont en faveur d'une masse obstructive de la lumière duodénale provoquant un syndrome de cholestase extra hépatique et une occlusion intestinale haute. Quatre biopsies ont été réalisées.



Fig. 1 Endoscopie digestive haute : masse végétante de D 1, obstructive. (Courtoisie clinique d'endoscopie Lafontant-Blanchard)

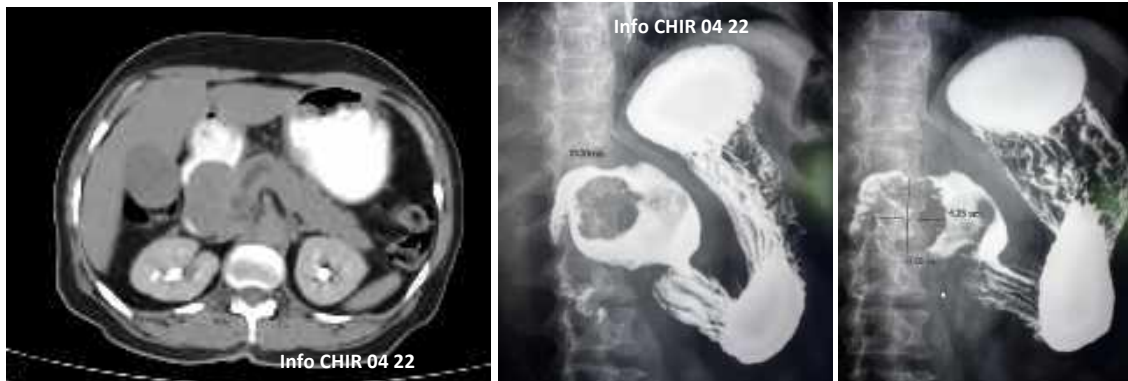


Fig. 2 : Scan et série barytée gastro duodénale : obstruction quasi complète du duodénum par une masse (Courtoisie de Radiolab)

Cette masse pourrait être d'origine oddienne vs pancréato céphalique.

Quelle serait votre prise en charge ?

LECTURES SUGGÉRÉES

- 1- Épidémiologie des cancers des voies biliaires Epidemiology of biliary duct cancers Samia Hamza¹, Jean-Marc Phelip², Côme Lepage¹
http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/45921/Cancero_dig_2012_1_22_25.pdf
- 2- Cancer des voies biliaires (Dernière mise à jour le 16/12/2019)
<https://www.snfqa.org/content/8-cancer-des-voies-biliaires>

III. Dossiers

LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE ET L'ENFANT HAÏTIEN

Judith EXANTUS, MD.

Néphrologue pédiatre,

Professeure d'Université et Maître en Pédagogie médicale : mesure et évaluation

A- Mise en contexte

La maladie rénale chronique (MRC) a des effets dévastateurs sur le bien-être physique et mental des enfants et sur leur scolarisation. Elle a également un impact considérable sur la vie de l'adulte qu'ils deviendront et sur leurs familles ¹.

Les écrits concernant la MRC en pédiatrie sont en nette croissance ces dernières années ². Il est aussi pertinent de souligner que la notion de maladie rénale dans l'enfance est associée à un risque de plus de 3,19 fois de Maladie Rénale Chronique Terminale ³. La prévalence de la MRC chez l'enfant haïtien reste une grande inconnue ; toutefois la MRC constitue un grand défi pour le système de santé haïtien en dépit de son absence dans les débats publics.

B- Définition

La maladie rénale chronique se définit par la « *persistance de marqueurs d'atteinte rénale tels des anomalies structurelles, histologiques, urinaires (hématurie, protéinurie) et/ou des anomalies de la fonction rénale pendant plus de trois mois* » ⁴.

Le débit de la filtration glomérulaire et l'importance de la protéinurie permettent de classer la sévérité de la MRC ⁵. (Annexe HAS).

C- Épidémiologie

Il est difficile, malgré les grandes avancées dans son diagnostic, de chiffrer la prévalence et l'incidence de la MRC, vu la paucité ou même l'absence de symptômes au début. En effet, la plupart des registres considèrent les stades avancés, soit stade 3-4 et/ou le stade de maladie rénale chronique terminale ⁶⁻⁹.

Toutefois, la prévalence a augmenté, vu que la survie et le traitement ont, de leur côté, connu une nette amélioration ¹⁰. Pour les registres tenant compte du besoin en épuration extra rénale, l'incidence médiane est d'environ 9 enfants par million d'enfants pour les stades 3-5 et la prévalence est d'environ 65 par million d'enfants ^{6,8,11}.

Globalement, la prévalence et l'incidence de la MRC sont plus élevées chez les garçons que chez les filles. Ceci s'explique par

la fréquence plus élevée des anomalies congénitales des reins et du tractus urinaire chez le garçon ⁸. Il est prouvé également que la race influence l'épidémiologie de la MRC. L'incidence de la MRC est 2 à 3 fois plus élevée chez les enfants noirs que chez les enfants caucasiens peu importe leur sexe ¹².

La prévalence des glomérulonéphrites chroniques varie aussi selon les pays ; par exemple elle tourne autour de 30-60% en Asie du sud-est, en Amérique latine et dans les Caraïbes ¹³⁻¹⁷. La réalité est toute autre dans les pays du Sud, vu qu'il y a un déficit de données publiées et, également, vu que l'accès à l'épuration extra rénale (EER) est inadéquat ou inexistant ⁸. Par conséquent les enfants atteints de MRCT paient de leur vie. ^{6,18-19}

D- Étiologie

Chez l'enfant, les causes les plus fréquentes de la MRC sont : a) en priorité, les malformations des voies urinaires (CAKUT) et les anomalies structurelles des reins (50-60%) ; b) les maladies héréditaires (10-20%) ; c) les maladies glomérulaires (5-15 %) dont le syndrome néphrotique cortico résistant. Il est à noter, toutefois, que les CAKUT prédominent chez les jeunes enfants, tandis que les glomérulonéphrites constituent la cause principale chez ceux de plus de 12 ans ⁸.

Toutefois, dans les pays du Sud comme Haïti, il y a une inversion des causes de la MRC ^{8,16-18}. En effet, les maladies glomérulaires occupent encore la première place et sont représentées principalement par le syndrome néphrotique cortico résistant. Un autre point essentiel à retenir, selon les études, est que les causes diffèrent aussi selon la race. La cause principale des maladies glomérulaires, la glomérulosclérose focale et segmentaire (GSFS), est trois fois plus fréquente chez les noirs que chez les blancs (19 vs 6%) et surtout chez les adolescents noirs ²⁰.

Pour rappel, l'étude histopathologique de la carotte rénale est primordiale. Il y a de plus, au fil des ans, de grandes avancées dans l'identification des gènes mutants sous-tendant les lésions rénales et donc la corticorésistance.

E- Evolution

Le principal risque de la MRC, indépendamment de sa cause, est la progression vers l'insuffisance rénale chronique terminale

(IRCT). La maladie rénale initiale, entre autres, influence cette progression ; en effet cette dernière est plus rapide pour les maladies glomérulaires ^{5, 21-24}. La MRC est classée ⁴ en cinq stades décrits dans le tableau 1.

Stade	DFG (ml/min/1,73m ²)	Interprétation
1	> 90	Normal ou élevé
2	60 - 89	Légèrement abaisse
3a	45 - 59	Légèrement à modérément abaissé
3b	30 - 44	Modérément à sévèrement abaissé
4	15 - 29	Sévèrement abaissé
5	< 15	Insuffisance rénale terminale

Le pronostic est sous l'influence de certains facteurs de risque additionnels, tels l'hypertension artérielle, la protéinurie, l'obésité, le surpoids et la sévérité de l'atteinte rénale ⁶. La MRC a un impact considérable chez les enfants surtout dans les pays à faible revenu dans lesquels l'EER n'existe pas ou est suboptimale. Les enfants avec la MRC paient de leur vie les conséquences de cela ^{6, 18}.

F- La réalité de l'enfant haïtien avec MRC

Les maladies non transmissibles touchent l'enfant haïtien et elles sont aussi représentées par les maladies rénales chroniques. Avec la pandémie de la COVID-19 et la crise sociopolitique et sécuritaire, nous avons constaté malheureusement un suivi irrégulier des patients diagnostiqués de MRC. Toutefois, le nombre de nouveaux patients à arriver au stade terminal est croissant pendant ces derniers mois. Le diagnostic de MRC est tardif dans la majorité des cas et l'acceptation de la maladie est difficile et déroutante pour les enfants et leurs familles.

1- Moyens de diagnostic en Haïti

L'estimation de la fonction rénale se fait encore en Haïti avec la méthode colorimétrique de Jaffé pouvant être influencée par l'ictère. La méthode enzymatique pour le dosage de la créatinine est disponible dans un seul laboratoire.

L'examen des urines est incontournable dans le suivi d'un patient avec MRC et également celui d'autres maladies chro-

niques telles les cardiopathies, le diabète. Il peut révéler une protéinurie qu'il faudra quantifier avec un ratio protéinurie /créatinurie sur un échantillon d'urines ou une protéinurie de 24 heures. Ces deux examens sont disponibles chez nous.

L'électrophorèse des protéines sériques est simple et se fait en Haïti ; elle permet de dépister et/ou de suivre l'évolution de certaines maladies rénales.

Sur le plan de l'imagerie, ces dernières années, l'échographie des voies urinaires est devenue plus accessible en termes de disponibilité. En revanche, deux points essentiels à relever sont le coût pour les familles et la fiabilité des résultats (image/interprétation). La composante Doppler nous informe sur la vascularisation du rein, mais elle fait souvent défaut. La cystographie rétrograde per mictionnelle et l'urographie intraveineuse sont disponibles, mais leur prix est souvent inabordable pour la moitié de la population vivant sous le seuil de pauvreté ²⁵. D'autres examens plus poussés, tels l'angiographie rénale et la scintigraphie ne se font pas ici. La biopsie rénale n'est pas systématique, même face à une indication absolue, par manque de compétences en histopathologie rénale ; la carotte rénale prélevée est envoyée à nos partenaires internationaux (Italie - Etats Unis).

2- Défis

Les faiblesses du système de santé haïtien et la vulnérabilité physique et socioéconomique de la population haïtienne expliquent les grands défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé, nos petits patients et leurs familles. Tout service d'accueil d'enfant malade doit pouvoir contrôler sa tension artérielle avec un brassard adapté à son bras. Nous pouvons énumérer les principaux obstacles : Accessibilité géographique ; carence de compétences ; non-disponibilité de matériels dans les services d'hospitalisation, tels tensiomètre avec brassard adaptés ; coût de la prise en charge et du diagnostic ; déni de la maladie et recours à la médecine traditionnelle ; croissance non suivie des enfants et ainsi diagnostic trop tardif ; grossesses non suivies ; mise en cause des voisins dans la genèse de la maladie ; délinquance dans le traitement secondaire à plusieurs facteurs.

De plus, nous ne pouvons ignorer l'impact de l'environnement sur la santé des reins (métaux lourds par exemple), la malbouffe, la sédentarité et l'impact du stress.

Recommandations

La MRC peut rester longtemps silencieuse. Toutefois, nous pouvons offrir aux enfants une prise en charge optimale, malgré les obstacles identifiés. L'objectif premier est de ralentir l'évolu-

tion vers les stades 4 et 5. En ce mois du rein 2022, il est impératif de rappeler le thème de la campagne du World Kidney Day « *Kidney Health for all : Bridge the knowledge gap to better kidney care.* »

Nous devons miser sur la formation de jeunes pédiatres en néphrologie et d'infirmier(ère)s spécialisé(e)s et autres professionnels de la santé, sur la disponibilité et l'accessibilité des examens paracliniques et des médicaments. Nous devons aussi nous impliquer et imposer le développement d'actions nationales et des initiatives de façon à réduire le fardeau des MRC.



A tous les professionnels de la santé, nous vous rappelons ces recommandations :

- 1- Le dépistage de la MRC doit être proposé dans les populations à risque : enfants nés avec un poids de naissance < 2,5 kg, antécédent de malformation rénale ou des voies urinaires en pré- ou post-natal, antécédent familial de MRC, infections urinaires à répétition, antécédent personnel de néphrectomie partielle ou totale ; antécédent d'épisode d'insuffisance rénale aiguë, d'HTA, de cardiopathie congénitale, de maladie de système, de traitement prolongé par médicaments néphrotoxiques ; antécédent de traitement de cancer ou d'obésité.
- 2- En dehors de ces circonstances, une cassure de la courbe de croissance, une HTA, une asthénie, un syndrome polyuro-polydipsique doivent faire évoquer une MRC.

Conclusion

La MRC est peu présente dans les débats publics à travers le monde contrairement au cancer, à la pandémie COVID-19. Elle met en défi le système de santé haïtien, d'abord pour le développement de la prévention primaire, la promotion d'une meilleure alimentation et la promotion de la pratique d'activités physiques. Aussi pour l'organisation de la prévention secondaire des complications précoces et

tardives. Enfin, pour l'organisation d'un système de soins centré sur les besoins des malades intégrant aussi les soins palliatifs.

La prise en charge du patient doit être globale en tenant compte de son niveau économique et social et dans le respect de sa culture, de son environnement affectif et de ses croyances. Les spécificités pédiatriques à prendre en compte sont le développement psychomoteur du jeune enfant, la scolarité, la famille, ainsi que le développement psychoaffectif de l'enfant quel que soit son âge. Une prise en charge multidisciplinaire doit être coordonnée par le néphrologue pédiatre.

RÉFÉRENCES

- 1- Becherucci F, Roperto R M, Materassi M et Romagnani P *Clinical Kidney Journal*. 2016 ;9(4) : 583–591. doi: 10.1093/ckj/sfw047
- 2- He G, Li C, Zhong X, Wang F, Wang H, Shi Y, Gan L and Ding J. Risk Factors for Progression of Chronic Kidney Disease With Glomerular Etiology in Hospitalized Children. *Front. Pediatr.* 2021; 9:752717. doi: 10.3389/fped.2021.752717
- 3- Calderon-Margalit R, Golan E, Twig G, Leiba A, Tzur D, Afek A, et al. History of childhood kidney disease and risk of adult end-stage renal disease. *N Engl J Med*. 2018; 378:428–38. 10.1056/NEJMoa1700993
- 4- kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Inter Suppl.* 2013;3: 1-150.
- 5- https://www.has-sante.fr/jcms/c_2889689/fr/maladie-renale-chronique-mrc-de-l-enfant
- 6- Warady BA, Chadha V. Chronic kidney disease in children: the global perspective. *Pediatr Nephrol.* 2007; 22:1999–2009.
- 7- Becherucci F, Roperto R M, Materassi M et Romagnani P *Clinical Kidney Journal*. 2016 ; 9(4) : 583–591 doi: 10.1093/ckj/sfw047)
- 8- Harambat J, van Stralen KJ, Kim JJ, Tizard EJ. Epidemiology of chronic kidney disease in children. *Pediatr Nephrol.* 2012; 27:363–73. 10.1007/s00467-011-1939-1.
- 9- Ardissino G, Daccò V, Testa S, Bonaudo R, Claris-Appiani A, Taioli E, et al. Epidemiology of chronic renal failure in children: data from the ItalKid project. *Pediatrics.*2003;111: e382–7. 10.1542/peds.111.4. e382
- 10- Baum M. Overview of chronic kidney disease in children. *Curr Opin Pediatr.* 2010; 22: 158–160.
- 11- Wong CJ, Moxey-Mims M, Jerry-Fluker J et al. CKiD (CKD in children) perspective cohort study: a review of current findings. *Am J Kidney Dis.* 2012; 60: 1002–1011.
- 12- NAPRTCS: 2008 Annual Report. Rockville, MD: EMMES, 2008.
- 13- Vachvanichsanong P, Dissaneewate P, McNeil E Childhood chronic kidney disease in a developing country. *Pediatr Nephrol.* 2008; 23:1143–1147.
- 14- Huong NT, Long TD, Bouissou F, Liem NT, Truong DM, Nga do K, et al. Chronic kidney disease in children: the National Paediatric Hospital experience in Hanoi, Vietnam. *Nephrology (Carlton)* 2009; 14:722–727.
- 15- Ali el-TM, Abdelraheem MB, Mohamed RM, Hassan EG, Watson AR Chronic renal failure in Sudanese children: aetiology and outcomes. *Pediatr Nephrol.* 2009; 24:349–353).
- 16- Miller ME, Williams JA. Chronic renal failure in Jamaican children—an update (2001–2006). *West Indian Med J.* 2009; 58:231–234.
- 17- Bhimma R, Adhikari M, Asharam K, Connolly C. The spectrum of chronic kidney disease (stages 2–5) in KwaZulu- Natal, South Africa. *Pediatr Nephrol.* 2008; 23:1841–1846 25.
- 18- Exantus J, Desrosiers F, Ternier A, Métayer A, Abel G, Buteau J, -H: The Need for Dialysis in Haiti: Dream or Reality. *Blood Purif* 2015; 39:145-150. doi: 10.1159/000368979.

- 18- Moosa MR, Kidd M. *The dangers of rationing dialysis treatment: the dilemma facing a developing country.* *Kidney Int* 2006; 70: 1107–1114)
- 20- North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study (NAPRTCS) (2008) 2008 Annual report. The EMMES Corporation, Rockville, MD
- 21- Warady BA, Abraham AG, Schwartz GJ, Wong CS, Muñoz A, Betoko A, et al. *Predictors of rapid progression of glomerular and nonglomerular kidney disease in children and adolescents: the chronic kidney disease in children (CKiD) cohort.* *Am J Kidney Dis.* (2015) 65:878–88. 10.1053/j.ajkd.2015.01.008.
- 22- Staples AO, Greenbaum LA, Smith JM, Gipson DS, Filler G, Warady BA, et al. *Association between clinical risk factors and progression of chronic kidney disease in children.* *Clin J Am Soc Nephrol.* (2010) 5:2172–9. 10.2215/CJN.07851109.
- 23- Litwin M. *Risk factors for renal failure in children with non-glomerular nephropathies.* *Pediatr Nephrol.* (2004) 19:178–86. 10.1007/s00467-003-1329-4 ;
- 24- Furth SL, Pierce C, Hui WF, White CA, Wong CS, Schaefer F, et al. *Estimating time to ESRD in children with CKD.* *Am J Kidney Dis.* (2018) 71:783–92; HAS).
- 25- <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/rapport%20preliminaire%20emmus%20VI.pdf>
- 26- <https://www.worldkidneyday.org/2022-campaign/2022-wkd-theme/>

COMITES DE LA RHCA / Info CHIR

COMITE DE REDACTION ET D'EDITORIAL

Jean Robert Antoine (directeur du CRE/RHCA)

Jean-Marie Georges (membre du CRE/RHCA)

Denise Fabien (membre du CRE/RHCA)

Jean Alouidor (éditeur)

Eunice Dérivois (directrice du comité de lecture)

Louis-Franck Télémaque (coordonnateur)

COMITE DE LECTURE

Eunice Dérivois (directrice)

Sylvio Augustin (directeur adjoint)

Frédéric Barau Dejean (membre)

Patrick Dupont (membre)

Claude Paultre (membre)

Jean Marie Georges (membre)

Claudine Jolicoeur (membre)

Djenane Jose (membre)

Carine Cléophat (membre)

Christophe Millien (membre)

Georges Beauvoir (membre)

Lucile Riche (membre).

Brunel Delonay (membre)

COMPRENDRE LA SANTÉ AUTREMENT POUR APPRÉHENDER LA SANTÉ SCOLAIRE,

Une approche interdisciplinaire

Erold Joseph, MD, pneumologue, expert en « promotion de la santé »

«L'on ne choisit pas sa mission ; c'est elle qui nous choisit.» Dr Gary Schwartz

Cet article est le premier d'une série d'articles visant à faire comprendre aux lecteurs d'Info CHIR, la santé scolaire ainsi que la « Politique Nationale de Santé Scolaire » du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle qui est en cours de validation »

A) POURQUOI UNE DIRECTION DE SANTÉ SCOLAIRE AU SEIN D'UN MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ?

La santé et l'éducation constituent une réaction réversible.

a) L'éducation améliore la santé.

L'éducation est un élément majeur de la santé des individus et des populations. [1, 2] Elle exerce sur cette dernière une influence à la fois directe et indirecte. L'influence directe se concrétise via les connaissances acquises en matière de santé, ce qui facilite la préservation de cette dernière. L'influence indirecte consiste en la promotion économique et sociale imputable à l'éducation, ce qui entraîne une amélioration de la santé via ce qu'on appelle désormais les déterminants de la santé qui traduit le fait que les inégalités sociales (et économiques) se répercutent inmanquablement sur le niveau de santé des individus et des populations. Autrement dit, plus votre statut socioéconomique s'élève, plus votre santé s'améliore, et vice-versa. Ce parallélisme étroit a été baptisé « gradient social de santé ». Ces concepts de la santé publique moderne ont été vulgarisés grâce, notamment aux travaux de recherche initiés en 1820 par le chirurgien français Louis-René Villermé et poursuivis, affinisés, beaucoup plus tard par d'autres, notamment Richard Wilkinson et Michael Marmot. [3]

b) La santé améliore l'éducation.

Une bonne santé (nutrition incluse) des écoliers, des universitaires et des enseignants est un élément important pour les résultats de l'enseignement et pour la qualité de l'éducation. En effet, les problèmes de santé, la faim, la mauvaise alimentation entravent souvent l'assiduité scolaire, voire entraînent le décrochage.

Par ailleurs, ce sont les acteurs éducatifs qui connaissent les structures et le fonctionnement du milieu éducatif et scolaire. Les actions sanitaires dans les écoles doivent être

planifiées par eux mais en concertation avec le Ministère de la Santé Publique. C'est justement le rôle de la Direction Santé Scolaire du Ministère de l'Éducation Nationale de faire le lien entre ces deux secteurs, ces deux Ministères. [1, 2]

B) QU'EST-CE QUE LA SANTÉ ?

Les définitions de la santé se sont succédé à travers l'histoire. Il y a d'abord la vision fonctionnelle, la plus commune : la santé serait l'absence de maladie. L'on est en santé quand on n'est pas malade, quand la machine organique fonctionne adéquatement. Mais, comment savoir que cette dernière marche bien, quand un grand nombre de maladies sont silencieuses, surtout à leur début? Il y aurait ainsi deux pôles : le normal et le pathologique. Quelle est la frontière entre les deux? Il s'agit d'une question abondamment débattue par le médecin philosophe Georges Canguilhem. [4, 5] Où se situer alors ? Comme le fait remarquer Emmanuel Kant, « l'on peut se sentir bien portant...mais, l'on ne peut jamais savoir que l'on est bien portant ». [6] Pour le savoir, il faut effectuer des examens paracliniques? Pourquoi le faire quand on n'a aucun symptôme ou signe? A quel rythme? Qui doit-on cibler du point de vue populationnel? Dépistage systématique ou chez les groupes dits à risque ? A quel coût et pour quel résultat diagnostique ou thérapeutique? Par ailleurs, il existe également des malades imaginaires. Molière en savait long.

En 1946, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a rejeté, dans sa charte fondatrice, cette définition fonctionnelle, à première vue objective, au profit d'une vision perceptuelle, totalement subjective: « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas en une simple absence de maladie ou d'infirmité. ». La santé est donc assimilée au bonheur. Mais, on peut être malade et pourtant heureux, dépendant du sens accordé à sa maladie et à l'existence en général. Cette définition utopique entrainera plus tard, en 1981, une décision irréaliste, celle de rendre la santé accessible à toute la planète en l'an 2000.

Il existe toutefois une troisième vision dite adaptative, plus réaliste, proposée en 1960 par l'agronome et écologiste, René Dubos. Cette définition met l'accent sur l'équilibre entre l'homme et son environnement : « la santé est un état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances permettant à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu ou le hasard ou le choix l'ont placé ». [7]

Elle serait la résultante d'un équilibre dynamique, toujours précaire, entre l'homme et son environnement vu au sens large.

En réalité, La santé, tout comme la vie, l'amour, le bonheur, la mort, à savoir les choses les plus fondamentales de l'existence, sont les plus difficiles à définir, à mettre en mots, en concepts, en théories. Elles sont essentiellement faites pour être vécues.

La santé est donc à la fois objective et subjective. Il s'agit d'un « état d'équilibre dynamique à la fois externe et interne ». Le mot « externe » fait référence au fonctionnement harmonieux de l'organisme. Le mot « interne » traduit la réalité intérieure (dimension psychologique et...spirituelle). En effet, la réalité perçue par les cinq sens, est interprétée par le cerveau, par le mental, d'où les pensées et les émotions lesquelles engendrent le bien-être ou le mal-être, par le biais de la production des neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine, adrénaline, cortisol...). L'esprit et le corps constituent donc un couple en perpétuelle interaction.

LES DÉTERMINANTS DE NOTRE SANTÉ

Dans l'imaginaire collectif, quand on parle de santé, l'on a tendance à se référer aux hôpitaux, aux médicaments, aux médecins, infirmières, auxiliaires, techniciens de laboratoire. etc. Or, tout ceci ne constitue que le « système de soin » communément appelé « médecine ». Cette « représentation sociale » de la santé s'avère fautive. Il faut enlever ces verres déformants, autrement dit changer de lunettes, c'est-à-dire de paradigme, afin de mieux appréhender la santé dans toute son immensité.

Elle dépend, en fait, d'une pluralité de facteurs appelés « déterminants de la santé » et réunis en quatre (4) grands groupes (voir Figure 1) :



Fig. 1 : Les déterminants de la santé (tiré de Dever G.E.A)

- 1) Les comportements et habitudes de vie (en bas, en mauve)
- 2) L'environnement physique, psychologique, social, culturel, professionnel (à gauche et en bleu)
- 3) La biologie qui fait référence à l'âge, l'immunité, la génétique. etc. (en haut et en jaune)
- 4) La médecine ou « système de soin » ou « organisation des services de santé » ou « système de santé ». Elle apparaît à droite et en vert. [7, 8]

C) DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET BUDGET

Le budget alloué aux différents déterminants l'est-il en fonction de leur contribution réelle à la santé ?

La figure 2, ci-dessous, vise à mettre en corrélation, chaque groupe de déterminants avec le budget qui lui est assigné dans le système de santé.

Elle montre (colonne à gauche) l'importance, chiffrée en pourcentage, de chacun des quatre (4) groupes de déterminants dans la construction de la santé aux États-Unis. De haut en bas, on voit chaque groupe avec une coloration spécifique. Le groupe des « comportements et habitudes de vie » appelé ici « style de vie » est coloré en jaune.

En face, dans la colonne de droite, l'on voit le pourcentage correspondant du budget-santé alloué à chaque groupe de déterminants, lequel conserve la même coloration.

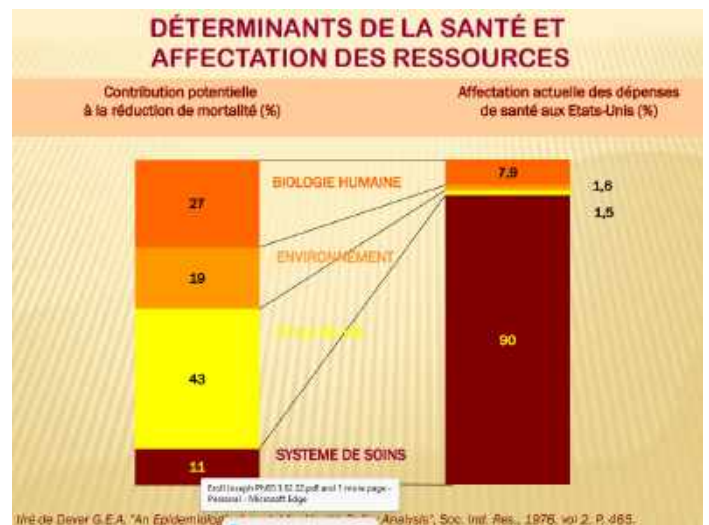


Fig. 2 : Déterminants de la santé et affectation des ressources

Il en ressort que la section des comportements et habitudes de vie (en jaune), dont la contribution à la santé était estimée à l'époque (années 1990) à 43%, ne recevaient néanmoins qu'1,6% du budget (ligne horizontale jaune extrêmement mince). Cependant, le système de soins (importance estimée seulement à 11%) détenait la quasi-totalité des fonds, soit 90% du budget. La biologie, très liée au système de soins, bien que contribuant seulement à 27% accaparait 7,6 % du financement, soit environ 5 fois plus que la catégorie des Habitudes de vie (style de vie).

Donc, un total de 97,6 % du budget de la santé aux États-Unis sont attribués au système biomédical donc, à la médecine. La situation est quasiment identique à travers le monde, avec toutefois, une différence de taille, à savoir que ce système est totalement inefficace et inefficent notamment dans les pays en développement dépourvus des moyens technologiques et financiers adéquats. [7, 8]

De nombreuses études ultérieures réalisées par des sociologues, anthropologues, psychologues, économistes et autres ont démontré que même les comportements et habitudes de vie sont, en fait, « surdéterminés » par l'environnement social et économique lequel inclut les différents milieux de vie des gens. Autrement dit, la mauvaise santé, épouse de la pauvreté, est une prison sûre, fortement gardée, dont les seules et uniques clés s'avèrent l'équité et la justice sociale. [3, 9, 10]

D) DEUX VISIONS ANTAGONIQUES

Depuis le XIX^{ème} siècle, deux grands paradigmes s'affrontent dans le domaine de la santé : d'un côté la vision biomédicale et de l'autre, la vision bio sociale ou holistique. Pour les tenants de la première, prendre en charge la santé d'une population consiste uniquement à diagnostiquer et à traiter les maladies, à prévenir ces dernières chez les individus exposés ou dits à risque. Cette pensée biomécanique est lourde du poids des grandes découvertes scientifiques et médicales du XIX^{ème} au XX^{ème} siècle. Nous faisons allusion essentiellement à la pasteurisation, la découverte du stéthoscope, des microbes, des antibiotiques, la vaccination, la chirurgie cardiaque, les neurosciences, la neurochirurgie etc. Elle s'est incrustée profondément dans l'inconscient collectif à la manière d'une suggestion hypnotique, effaçant les autres aspects du tableau. Elle considère l'être humain comme une simple machine biologique dont seul le médecin (le mécanicien) peut prévenir ou réparer les pannes. Ces pannes auraient une cause unique qu'il convient de découvrir, afin de rendre à la machine humaine sa fonctionnalité. Ce système de pensée encore dominant auxquels appartiennent de grands inventeurs comme Pasteur, Laennec, Virchow a trouvé dans le Dr Lewis Thomas son meilleur porte-parole.

En face, la vision bio sociale, dite holistique, tout en accordant au volet thérapeutique, toute son importance, met l'accent sur les différentes dimensions de l'être humain, et sur son environnement au sens large. Dès 1854, lors de l'épidémie de choléra qui décima la population de Londres, John Snow effectua une analyse statistique et populationnelle rigoureuse des cas de mortalité et de morbidité. Il a alors conclu que cette

maladie était liée à la contamination de la pompe à eau de Broad Street par les matières fécales entreposées dans le voisinage et qui étaient aussi régulièrement jetées dans le fleuve « la Tamise ». Il démontra, de la sorte, le rôle important de l'environnement dans le déterminisme des maladies. Épidémiologiste avant la lettre, avant Thomas Mc Keown, il a ainsi mis à mal la « théorie des miasmes », véritable dogme médical qui expliquait des pathologies, notamment la peste et le choléra, par l'inhalation de mauvaises odeurs appelées « miasmes » à l'époque. Filippo Pacini, médecin anatomo-pathologiste italien, établit, durant la même année 1854, la relation entre la maladie et le germe appelé alors « corpuscule de Pacini » qu'il avait mis en évidence plus d'une décennie auparavant. Malheureusement, le corps médical n'admettait

pas encore la théorie microbienne. Il faudra attendre Louis Pasteur en 1883, le découvreur des microbes, puis Robert Koch, pour confirmer la découverte de Pacini. [11]

Toutefois, la paternité du nouveau paradigme doit être imputée au gouvernement canadien de Pierre Trudeau, et plus précisément à son « Ministre de la Santé et du Bien-être social » de l'époque : l'avocat Marc Lalonde. Un document révolutionnaire publié en 1974 par son équipe scientifique, et intitulé « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens », soutient que, malgré l'emphase mise sur le système des soins et les résultats considérables obtenus dans ce domaine, la demande thérapeutique devenait de plus en forte, alors que la médecine organisée s'avère très dispendieuse même dans un pays aussi riche que le Canada. [12] La meilleure formule, selon ce rapport, consiste à agir prioritairement en amont, sur ce qu'il a appelé les « déterminants de la santé » afin de ne pas tomber malade. D'où la décision d'accorder désormais, une attention soutenue à tous les facteurs qui influencent la santé, en fonction de leur importance : une sorte de « prévention dite primaire ». [13, 14] La pensée bio sociale a influencé considérablement les différentes réunions et déclarations subséquentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme la « Réunion d'Alma Ata » en 1978 sur les soins de santé primaires, [15] la « Stratégie Mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 » en 1981, [16] et enfin, la « Charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé » [17] qui est une adoption officielle de cette vision sanitaire holistique. Et pourtant, en dépit de l'évidence, des faits, des belles déclarations, des nombreuses rencontres internationales subséquentes, le paradigme biomédical reste et demeure encore la pensée dominante dans le monde, et même au Canada, son pays d'origine. [18]

E) EN GUISE DE CONCLUSION

La principale explication de cette contradiction entre la théorie et la praxis résiderait dans ce que le psychosociologue américain

Léon Festinger a dénommé, en 1957 « dissonance cognitive ». Il s'agit d'un processus mental inconscient consistant à bloquer l'entrée dans le cerveau de toute information qui s'avère en contradiction avec une cognition ou croyance dominante, ceci dans le but de préserver une certaine cohérence et de diminuer ainsi, la tension psychologique qui en résulterait. [19] Ce blocage peut être partiel ou total et revêtir différentes formes, allant du déni au refus systématique de certaines sources ou catégories d'informations. Le déni est d'autant plus fort que l'information entre en conflit avec des intérêts personnels ou de groupe. L'un des meilleurs moyens de nier une vérité dérangeante, c'est de l'accepter publiquement, mais de ne point en tenir compte dans la vie de tous les jours: c'est la forme suprême de dissonance cognitive.

Il existe à cela néanmoins d'autres causes politiques. La vision biomédicale fait du médecin le dieu de la santé. Elle gravite autour de l'individu, autour des soins, des grandes technologies de laboratoire, de l'industrie pharmaceutique et aussi, du profit. Elle est donc en conformité avec le néolibéralisme dominant.

Le paradigme bio social ou holistique, cependant, ramène le médecin à son statut d'être humain ne maîtrisant point les multiples facteurs de cet équilibre fragile dénommé santé. Il privilégie le collectif et prône une collaboration harmonieuse, complémentaire, entre les différents secteurs de la société, porteurs des multiples déterminants de la santé. Cette synergie interdisciplinaire dans la réflexion et l'action se nomme « intersectorialité ».

Cette vision de la santé considère l'équité et la justice sociale comme les leviers d'action essentiels pour élever le niveau global de santé d'une population. Elle fait écho à la déclaration du grand économiste indien et prix Nobel, Amartya Sen. La santé publique, l'éducation, l'économie, la politique sont des sciences morales requérant un haut niveau d'éthique. [20]

Dr Érold Joseph

Phone : (509)37776581

Courriels : eroldjoseph2002@yahoo.fr et

eroldjoseph2002@gmail.com

NB : Le Dr Érold Joseph, originaire d'Haïti, est pneumologue, expert en promotion de la santé et en santé scolaire. Il est à

l'origine de la création, en 2005, sous le Ministre de l'Éducation, Pierre Buteau, de l'Unité Santé, Nutrition et Éducation qu'il dirige depuis lors et qui est devenue l'actuelle Direction de Santé Scolaire. Il est l'auteur de nombreux articles et conférences, tant à l'échelon national qu'international, sur la santé, l'éducation, les inégalités sociales, la mort, et la philosophie vue en tant que manière de vivre. [21] Il travaille à la validation de la Politique Nationale de Santé Scolaire et à la finalisation de ses trois premiers ouvrages : l'un sur la santé (quasiment terminé) l'autre sur la mort, le troisième sur « l'éducation à la vie » dans le milieu scolaire.

RÉFÉRENCES

1. MENFP/Direction Santé Scolaire, *Cadre de référence de la santé scolaire*, 2005. 2012
2. UNESCO, *Santé et nutrition en milieu scolaire, études thématiques, Forum mondial sur l'éducation*, 2001
3. Michael Marmot, *Status syndrome*, Bloomsbury, 2015
4. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, 1966
5. Georges Canguilhem, *La santé, concept vulgaire et question philosophique*, Pin- Balma, Sables, 1990
6. Bernard Vandewalle, *Kant : santé et critique*, L'Harmattan, 2001
7. René Dubos, *Mirage de la santé*, Éditions Denoel, 1961
8. Daisaku Ikeda, René Simard, Guy Bourgeault, *Pour un nouvel art de vivre*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2011
9. Raynald Pineault et Carole Daveluy, *La planification de la santé : concept, méthodes, stratégies*, JFD éditions, 1997
10. Marie-Thérèse Lacourse, *Sociologie de la santé*, Éditions de la Chenelière, Montréal, Québec, 1998
11. Raymond Massé, *Culture et santé publique*, Gaetan Morin éditeur, Montréal, Paris, 1995
12. Martine Bantuelle et René Demeulemeester, *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*, Éditions INPES, 2008
13. Aquilino Morelle et Didier Tabuteau, *La santé publique*, PUF, 2015
14. Marc Lalonde, *Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, 1974
15. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaire*, 1978
16. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*
17. Organisation Mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa 1986
18. Katherine Frolich et al, *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal, Canada 2008
19. Adam Wagstaff, *Pauvreté et inégalités sociales dans le secteur de la santé*, Bulletin Organisation Mondiale de la Santé, 2002
20. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) , *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986
21. Vaidis D. et Halimi-Falkowicz S. *La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle*, Revue électronique de psychologie sociale, 2007
22. Amartya Sen, *L'économie est une science morale*, Fnac, 2004
23. Pierre Hadot, « *La philosophie comme manière de vivre* », éditions Albin Michel, 2001



ANTI FLATULENT	VITAMINES		VITAMINES	VITAMINES	VITAMINES	?
ALUFLAT GOUTTES PEDIATRIQUES Siméthicone 40mg / mL Suspension à base de Sorbitol	POLYVIT Vitamine A - D - E VITAMINE C - B1 - B2 - B6 NACN	BEVITAL FORTE Supplément polyvitaminé en B-Complexe, C, Acides Aminés & Oligoéléments	FERMAPLEX - FERTONIC Antioxydant Multivitamines avec Fer	C-PLUS Gouttes Vitamine C	C-PLUS Sirap Vitamine C 500 mg / 5mL	POTASSOL
FLUIDIFIANT - EXPECTORANT						
FLUIDIBRON Chlorhydrate de Bromhexine 4mg/5cc	FLUSEPTIM Dibutylseptyl / Bronch...	TUSSEX Sirap Expectorant	FLAMOXEN Suspension	N/5 GOUTTES Gouttes Nasales Normale Saline	OTICINE Gouttes pour Ode Externe 103,54mg de sulfacetate d'aluminium à 0,70% équivalent à 0,11% d'oxyde d'aluminium	BENVER

Edité par Dr Jean ALOUDOR

DÉPOT LEGAL Info CHIR - RHCA : 19 - 08 - 594
CODE ISBN du No 30 Info CHIR : 978 - 99970 - 975 - 2 - 1