

ABSTRACTS DU 3^{ème} CONGRES NATIONAL DE CHIRURGIE PLASTIQUE DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO, KINSHASA 31 AOÛT-1^{er} SEPTEMBRE 2015

- Résumé du 3^{ème} Congrès National de Chirurgie Plastique de la République Démocratique du Congo

Professeur Anatole KIBADI KAPAY

Président de la Société de Chirurgie Plastique de la RDC et Président du Comité Organisateur

Il s'est tenu à l'Hôtel Memling à Kinshasa en République Démocratique du Congo (RDC), du lundi 31 août au mardi 1^{er} septembre 2015, le 3^{ème} Congrès National de Chirurgie Plastique. Ce congrès a été organisé par l'Unité de Chirurgie Plastique Reconstructive et Esthétique, Chirurgie des Brûlures, de la Main et des Nerfs Périphériques des Cliniques Universitaires de Kinshasa (Faculté de Médecine, Université de Kinshasa) et la Société de Chirurgie Plastique Reconstructive Esthétique de la République Démocratique du Congo (SO.CPRE-CD).

Le thème du Congrès a été: « Chirurgie plastique d'ici et Chirurgie plastique d'ailleurs, en 2015. Des sujets divers de Chirurgie Esthétique, chirurgie reconstructive, Chirurgie des Brûlures, Chirurgie de la Main et des Nerfs Périphériques ont été abordés.

De nombreux conférenciers et participants (environ 300) venus d'Europe, d'Afrique et des provinces de la RDC ont rehaussé de leur présence, ces assises. Après les cérémonies officielles par les autorités présentes à l'ouverture du congrès (à savoir le Directeur adjoint du Cabinet de son Excellence le Ministre de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, le Président National de l'Ordre des Médecins, le Recteur de l'Université de Kinshasa, et le Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa)), 36 présentations orales sur les 37 prévues (97%) ont eu lieu. Ce congrès qui a connu un grand succès, a permis non seulement de partager les différentes expériences entre acteurs du nord et du sud, mais aussi de faire connaître au grand public, la nature de diverses interventions de Chirurgie Plastique Reconstructive et Esthétique, Chirurgie des Brûlures, Chirurgie de la Main et des Nerfs Périphériques qui se réalisent avec succès en République Démocratique par les congolais. Un accent particulier a été mis sur la formation future en chirurgie de la main à la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa.

En marge du congrès, une formation en anesthésie locorégionale pour la chirurgie de la main a été organisée le 2 Septembre 2015 au Département d'Anesthésie-Réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) en collaboration entre le CHU-Grenoble (France).

SESSION DE « CHIRURGIE ESTHETIQUE

- Plasties mammaires : notre expérience »

Breast Plasties: our experient Our experience on Mammoplasties

P. MEREDITH (Chirurgie plastique & Chirurgie de la main, Nyon, Suisse)

Abstract

L'auteur commence par présenter ce que la femme désire : une silhouette équilibrée, une bonne symétrie, peu ou pas de ptose, des cicatrices discrètes, des seins sensibles ; des glandes fonctionnelles, et un aspect naturel des seins. Ensuite il décrit les différents pièges qui empêchent d'obtenir des meilleurs tout en présentant les moyens pour les éviter ; après avoir brièvement décrit les différentes techniques opératoires des symétries et augmentation mammaire ; des ptoses et pseudo-ptose, de réduction mammaire et d'augmentation mammaire sans ou avec ptose. Enfin, la cicatrisation et les complications pour cette chirurgie des plasties mammaires sont aussi décrites.

Mots-clés : plasties mammaires ; techniques ; pièges ; complications

- Evitons chez les femmes les cicatrices visibles dans la chirurgie mammaire; notre expérience en République Démocratique du Congo

Our experience on breast surgery without visible scars in Dr Congo.

D. LEBUGHE, AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

Les seins ont toujours été considérés comme un signe de féminité, qui a été glorifiée dans l'art, la littérature, le mode et beaucoup encore dans la musique congolaise. Les auteurs illustrent les principales incisions qu'ils utilisent dans la chirurgie mammaire entraînant des cicatrices invisibles. Ce sont des cicatrices situées dans l'aréole, dans les sillons axillaire et sous mammaire. Les seins sont des organes très précieux et très sensibles, il faut beaucoup d'attention et des soins quand on les opère.

Mots-clés

Chirurgie mammaire – Cicatrices – Expérience – République Démocratique du Congo

- Chirurgie esthétique en Côte-d'Ivoire, notre expérience

Our experience on Plastic surgery in Ivory Coast

H. ASSE (Institut de Chirurgie Reconstructive, Abidjan, Côte-d'Ivoire)

Abstract

L'auteur présente quelques repères dans la pratique de la chirurgie esthétique en Côte-d'Ivoire. L'apparition des premiers chirurgiens esthéticiens ivoiriens remonte des années 1885. Actuellement chez la femme ivoirienne, l'on note un intérêt croissant (télévision, classe moyenne) de la chirurgie esthétique, un phénomène urbain récent. La chirurgie du sein et de l'abdomen est la plus intéressée à cause des pathologies acquises, des grossesses, d'un allaitement naturel prolongé, des habitudes culturelles. L'auteur conclut que la chirurgie esthétique est en plein essor en Côte-d'Ivoire, les indications sont aux frontières de la chirurgie réparatrice. Il faudra bien étudier la nécessité et le bénéfice pour le malade et non pour le chirurgien, bien planifier les procédures et de ne pas sous-estimer les avantages de la médecine esthétique.

Mots-clés

Chirurgie esthétique – Expérience – Côte-d'Ivoire

- Hymenoplastie, Nymphoplastie de réduction et Réparation de béance vulvaire : Notre expérience dans les plasties vulvaires

Our experience on vulvar plasties: hymenoplasty, reduction nymphoplasty and repair of vulvar gaping.

D. BILONDA, K. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

La plastie vulvaire regroupe un ensemble de techniques chirurgicales ayant pour but de reconstruire la vulve. Les gestes les plus fréquents réalisés dans l'Unité de Chirurgie Plastique des Cliniques universitaires de Kinshasa en République Démocratique du Congo sont : Hymenoplastie (reconstruction de l'hymen), Nymphoplastie de réduction (réduction du volume des petites lèvres), Réparation vulvaire (des cicatrices et déchirures périnéales).

Mots-clés

Hymenoplastie – Nymphoplastie - Réparation de béance vulvaire – Expérience - République Démocratique du Congo

- Réflexions sur le rajeunissement du visage

Thoughts on facial rejuvenation.

P. MEREDITH (Chirurgie plastique & Chirurgie de la main, Nyon, Suisse)

Abstract

Le vieillissement du visage et la sénescence sont inévitables. Elle est tributaire du patrimoine génétique et du mode de vie de l'individu. Le vieillissement devient visible si l'on vit assez longtemps. A partir des cas cliniques, l'auteur a montré les moyens pour rajeunir un visage (non chirurgicaux et chirurgicaux). Les moyens non chirurgicaux pour rajeunir un visage comprennent : les cosmétiques

(coiffure, maquillage), les topiques (oxygénation topique, thermiques), intradermiques (endermologie, comblement), et les produits sous cutanés (comblement de la graisse: liposculpture selon Coleman, AcHyal). En revanche, les moyens chirurgicaux ciblent les parties suivantes : le derme (mécanique, chimique, thermique), la peau et le tissu sous cutané (chirurgie endoscopique: front, centrofacial, chirurgie ouverte: les liftings et blépharoplasties), le squelette (chirurgie endoscopique: abrasage déformation osseuse ; chirurgie ouverte: ostéotomies, greffes, implants). L'auteur conclut que le vieillissement de la peau s'exprime moins sur une peau épaisse ; pour la peau noire, il faut privilégier le rajeunissement non chirurgical. Si l'on choisit la chirurgie, il faut bien connaître l'anatomie, faire une excellente hémostase, pas de tension aux cicatrices, ne pas faire de chirurgie centro faciale élective. Il faut faire des contrôles cliniques et photographiques à 1 an.

Mots-clés : Rajeunissement du visage – Moyens – Expérience - Réflexions – Suisse

- Chirurgie reconstructive et esthétique des traumatismes graves et complexes de la face ; notre expérience en République Démocratique du Congo

Reconstructive and aesthetic surgery of severe and complex traumas of the face; our experience ment in the Democratic Republic of the Congo

C. CIZEMBA, AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

Les traumatismes maxillo-faciaux sont fréquents dans le cadre de la traumatologie en République Démocratique du Congo, en général et dans la Ville-province de Kinshasa, en particulier. Les auteurs présentent un cas clinique de traumatisme grave et complexe de la face de la voie publique survenu à Kinshasa. Après les mesures de réanimation qui sont sur la première ligne, les auteurs donnent les différentes modalités de réparation avec des résultats très satisfaisants du point de vue fonctionnel et esthétique. Ces lésions faciales sont fonction de la nature et de l'intensité du traumatisme, et les conséquences du traumatisme sont liées aux particularités anatomiques de cette région.

Mots-clés

Traumatisme facial grave – Réparation – Esthétique - République Démocratique du Congo

- Les limites de la lipoaspiration

Limits of the liposuction

P. MEREDITH (Chirurgie plastique & Chirurgie de la main, Nyon, Suisse)

Abstract

Le but de la lipoaspiration est d'enlever la graisse sous cutanée, avec cicatrices minimales et discrètes. Le principe est de diminuer le contenu sans altérer le contenant. Après avoir fait l'historique de la lipoaspiration, l'auteur décrit le déterminant qui est la peau et non la technologie ainsi que ses limites. Les différences d'après la région anatomique, la technique et l'approche opératoire ont été également présentées. L'auteur a insisté sur une bonne sélection des patients d'après leur qualité de peau, le type «d'énergie» n'influençant pas le résultat, avoir du doigté et se former, et ne pas négliger la compression post opératoire. L'auteur conclut que les patients à peau noire sont d'excellents candidats.

Mots-clés

Lipoaspiration – Limites – Expérience - Suisse

SESSION DE « CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE »

- Chirurgie réparatrice des lèvres chez les femmes victimes des morsures humaines de femmes (« phénomène mbanda o lapa ngai »)

Repair surgery of the lips in women victims of human bites

J. LESSENCE, AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

Le « phénomène mbanda o lapa ngai » (phénomène « que ceci sert de leçon à ma rivale ») entraîne des lésions variables chez la victime. Les auteurs qui pratiquent de telles agressions physiques pour servir des leçons à leur rivale se recrutent dans les deux sexes, mais plus observés dans le sexe féminin. Les morsures humaines peuvent être responsables de la transmission de certaines maladies telles que l'actinomyose, la syphilis, la tuberculose, l'herpès, l'hépatite B et C, et le VIH. Les choix techniques dépendent de nombreux paramètres (simplicité, rapidité, qualité du résultat et de cicatrices...). Les indications opératoires tiennent compte des dimensions, du siège, de l'âge des patients, des circonstances étiologiques. Les auteurs ont donné leur expérience dans cette chirurgie réparatrice des lèvres chez les femmes victimes des morsures humaines de femmes (« phénomène mbanda o lapa ngai »). Les résultats fonctionnels et esthétiques sont très satisfaisants.

Mots-clés

Morsures humaines de femmes – Pertes de substances labiales – Chirurgie réparatrice - « phénomène mbanda o lapa ngai » - République Démocratique du Congo

- La reconstruction des membres. L'expérience du CHU de Grenoble

Limb reconstruction surgery: the experience of the CHU of Grenoble

F. MOUTET, D. CORCELLA, A. FORLI, A. SEMERE, B. CHEDAL-BORNU, M. BOUYER (Unité de Chirurgie Plastique, de la Main et des Brûlés, CHU-Grenoble, France)

Abstract

La décision thérapeutique n'est pas aussi simple, l'aspect extérieur ne préjuge pas de la complexité de la réalisation technique. Pour le membre supérieur, quand les conditions sont « favorables », préférer une réimplantation. En cas d'un délabrement « irréparable », c'est plutôt une amputation. Les conditions de la reconstruction sont les suivantes : la qualité des éléments et des moyens techniques disponibles (microscope, ARE, pharmacopée, la qualité du terrain, la qualité de l'équipe, l'expérience et le bon sens). Les auteurs décrivent les grands concepts de la reconstruction : la banque, la membrane induite et la couverture. Plusieurs possibilités existent dans la couverture : fermeture directe, greffe de peau, lambeaux locaux, lambeaux à distance. L'objectif pour le membre supérieur est la pince (prises) et pour le membre inférieur, c'est plutôt l'appui (marche). Les auteurs ont développé très succinctement la hiérarchisation des priorités et des actes chirurgicaux ; pour le membre supérieur et main, reconstruire le pouce en priorité (opposition, sensibilité +++ , longueur +/-), hiérarchiser les doigts (il doit être parfait ou ne pas être), utiliser le concept du doigt banque (tous tissus utilisables). Pour le membre inférieur, préserver l'égalité de longueur, penser à l'avenir sensitif et trophique, un objectif: la marche. Ils concluent que pour le membre supérieur, réimplantation toujours (si conditions acceptables) et reconstruction (si réimplantation impossible) ; pour le membre inférieur, réimplantation (jamais), reconstruction (si fonction marche envisageable).

Mots-clés

Reconstruction des membres - Expérience - CHU de Grenoble – France

- Chirurgie de reconstruction osseuse des membres : notre expérience dans la technique de Papineau

Our experience on Papineau's technique in the reconstruction surgery of limb bones.

M. PANDA (Service de Traumatologie-Orthopédie, CUK, RD Congo)

Abstract

La reconstruction des pertes de substances osseuses est confrontée en Afrique en général et en République Démocratique du Congo aux réalités locales : le sous-équipement, le peu de matériels adaptés, l'absence de banque à os...L'auteur partage sa longue et riche expérience par des cas cliniques dans la réparation des pertes de substances osseuses infectés et non infectées avec la technique de Papineau. Des nombreux patients avec ostéomyélites chroniques ont été traités avec succès par cette technique de Papineau (excision osseuse, greffe osseuse, couverture cutanée).

Mots-clés

Pertes des substances osseuses – Ostéomyélites chroniques - Reconstruction osseuse des membres - Technique de Papineau – Expérience - République Démocratique du Congo

- Chirurgie réparatrice des larges escarres de décubitus des blessés médullaires et verticalisation de patients (notre expérience en RD Congo)

Experience on Repair surgery of large bedsores on patients with medullary trauma and verticalisation of patients in DR Congo.

K. KABEYA, AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

L'escarre est une plaie par compression des tissus mous entre deux plans durs (l'os et le support). Les escarres chez le patient neurologique sont fréquentes pour trois raisons ci-après :- Absence de motricité qui augmente les pressions d'appui et leur durée- Absence de douleur par déficit de sensibilité - Aggravation de ces phénomènes par des contractures dans le cadre d'un handicap spastique. Les auteurs proposent leur protocole opératoire : excision de l'escarre (excision carcinologique), couverture par lambeau de la perte de substance cutanée suivie d'une verticalisation du patient. Les principaux lambeaux utilisés dans l'Unité de Chirurgie plastique, des Cliniques universitaires de Kinshasa sont: musculo-cutanés du muscle grand fessier pour l'escarre sacrée, d'ischio-jambiers pour l'escarre ischiatique, du tenseur de fascialata pour l'escarre trochantérienne. La Chirurgie des escarres est devenue courante dans l'Unité de Chirurgie Plastique des CUK, elle intéresse la ceinture pelvienne dans un contexte de prise en charge pluridisciplinaire. Les résultats préliminaires sont excellents et encourageants avec verticalisation des patients.

Mots-clés

Larges escarres de décubitus - Blessés médullaires - Chirurgie réparatrice - Verticalisation de patients – Expérience - République Démocratique du Congo

- Chirurgie réparatrice des gonarthroses avancées : notre expérience locale

Our local experience on repair surgery of gonarthrosis

B. MOKASSA (Service des Urgences, CUK, RD Congo)

Abstract

Les gonarthroses avancées sont actuellement éligibles pour des prothèses des genoux. L'auteur présente et illustre sa longue et riche expérience locale dans le traitement de ces gonarthroses avancées par des ostéotomies de correction et immobilisation (ostéotaxis, et ou ostéosynthèse). Il est donc possible de traiter ces gonarthroses avancées dans nos conditions de travail.

Mots-clés

Gonarthroses avancées – Traitement chirurgical – Ostéotomies de corrections – Expérience locale - République Démocratique du Congo

- Malformation artério-veineuse complexe du gros orteil: chirurgie réparatrice ou amputation? (République Démocratique du Congo)

Complex arteriovenous malformation of the big toe: repair surgery or amputation? (Democratic republic of Congo)

S. BINGIDIMI, AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

Les malformations vasculaires peuvent être capillaires, veineuses, lymphatiques ou artérioveineuses (AV). Elles ne disparaissent pas avec l'âge. Les malformations AV se présentent souvent comme une tache colorée à la naissance qui commence à grossir dès l'enfance et à l'adolescence avec une pulsation qui peut être perceptible au toucher (thrill). Ce sont les malformations AV qui sont les plus graves. Localisées ou diffuses, elles nécessitent toujours un avis spécialisé. Les auteurs ont présenté un cas clinique de chirurgie réparatrice d'une malformation AV complexe du gros orteil avec un résultat satisfaisant du point de vue fonctionnel et esthétique.

Mots-clés

Malformation artério-veineuse - Gros orteil - Chirurgie réparatrice – Résultats fonctionnel et esthétique
- République Démocratique du Congo

- Bilan à 1 an du Centre de chirurgie de la main et des paralysies de Douala

Year one assessment of the center for hand surgery and paralyses in Douala.

H. TIEMDJIO (SOS Main, Douala, Cameroun)

Abstract

La grande majorité de la population et du corps médical Camerounais ignorent l'existence de la chirurgie de la main. Les pathologies de la main sont prises en charge par tout le monde: de l'aide-soignant au chirurgien orthopédiste, sans oublier les guérisseurs traditionnels. Après trois années d'activités dans les différentes structures sanitaires de la ville de Douala, plusieurs campagnes d'informations auprès du personnel médical et paramédical, plusieurs émissions radiophoniques à destinée de la population ont été organisées. La chirurgie de la main est restée toujours inconnue au Cameroun. Au total 202 patients ont consulté pendant la période étudiée, pour des pathologies de la main, du membre supérieur et des nerfs périphériques dont 52,5% du sexe masculin et l'âge moyen est 28,61 ans [3j - 92 ans]. La main et le poignet prédominaient avec 106 cas soit 52,5% suivis des paralysies obstétricales du plexus brachial et séquelles 17,3%. Les autres parties comprenaient le reste du membre supérieur 16,8%, la spasticité 7,9% et les nerfs 5,5%.

Mots-clés

Centre de chirurgie de la main – Douala – Bilan des activités – Cameroun

- Anesthésie dans la Chirurgie de Reconstruction des Membres au CHU de Grenoble

Anaesthesia in limb reconstructive surgery in CHU of Grenoble

Y. PICHOT (Pôle Anesthésie-Réanimation, CHU-Grenoble, France)

Abstract

Des 2004 à juin 2014, 510 lambeaux pédiculés et 78 lambeaux libres ont été réalisés dans l'Unité de Chirurgie de la Main et des Brûlés du CHU-Grenoble en France. L'auteur présente les impératifs de l'anesthésie dans la Chirurgie de Reconstruction des Membres : respect au mieux la microcirculation ; lutte contre hypothermie (circuit fermé, réchauffement des perfusions, couverture chauffante à air pulsé) ; optimisation de l'oxygénation tissulaire (débit cardiaque (débit régional), pression de perfusion (PAM > 65 mmHg et volémie efficace), contenu artériel en oxygène (SaO₂ /Hémoglobine), limitation du remplissage vasculaire, l'utilisation de vasopresseurs pour limiter l'œdème interstitiel du lambeau) ; anesthésie rapidement réversible, la sympthoplégie régionale. Fort de leur expérience au CHU-Grenoble, l'auteur recommande en pratique dans l'anesthésie en chirurgie de reconstruction des membres : une programmation en début de journée, un monitoring hémodynamique adapté, une

optimisation de l'oxygénation tissulaire, une normothermie et un apport hydroélectrique par des cristaalloïdes contrôlés, une anesthésie rapidement réversible, une analgésie multimodale (ALR) et une surveillance du lambeau par une équipe paramédicale formée.

Mots-clés

Chirurgie de Reconstruction des Membres - Anesthésie - CHU de Grenoble

SESSION DE « CHIRURGIE DE LA MAIN »

- Variations anatomiques susceptibles de comprimer le nerf médian au poignet : résultats d'une dissection anatomique de 18 corps

Anatomical variants of median nerve compression in the wrist : results of an anatomical dissection of 18 bodies

K. MUAMBA¹, D. DESAULNIER S², M. TAKECH², AK. KIBADI¹. (1. Département de Chirurgie, Université de Kinshasa, DR Congo, Laboratoire d'Anatomie, Université de Laval, Canada)

Abstract

La compression du nerf médian au poignet est à l'origine du syndrome du canal carpien. Il est le plus fréquent des neuropathies périphériques d'origine compressive. Des variations anatomiques à l'origine de cette affection restent fragmentaires. Dans une approche transversale, dix corps (15 hommes) ont été disséqués à l'Université Laval, Faculté de Médecine, Département de chirurgie, Laboratoire d'anatomie en 2013. La dissection concernait toute la loge des fléchisseurs. Les résultats qui concernent uniquement le poignet ont montré des variations vasculaires, nerveuses, et musculo-tendineuses. Pour les variations vasculaires, il s'agissait de l'artère médiane persistante (AMP) type palmaire: 7 cas soit 19,4%, bilatérale sur 2 corps et unilatérale sur 3. Pour les variations nerveuses, NM bifide dans 4 avant-bras (11,1%), division haute du NM, au-dessus du canal carpien dans 1 cas (2,8%), et l'accompagnement par l'AMP. Pour les variations musculo-tendineuses, Muscle *palmaris profundus* dans un cas (2,8%), et absence de long palmaire sur ce corps.

Mots-clés

Variations anatomiques – Nerf médian – Compression – Poignet – Dissection anatomique

- L'ostéosynthèse en chirurgie de la main : indications et modalités thérapeutiques

Osteosynthesis in hand surgery : therapeutic indications and methods

F. MOUTET, B. CHEDAL-BORNU, M. BOUYER, A. SEMERE, A. FORLI, D. CORCELLA (Unité de Chirurgie Plastique, de la Main et des Brûlés, CHU-Grenoble, France)

Abstract

A travers des cas cliniques illustrés, les auteurs présentent le pourquoi d'une ostéosynthèse en chirurgie de la main, la philosophie (une hantise: la raideur, une obsession: la mobilisation, un moyen: la mobilisation active), le corollaire (montage stable), le contexte (27 os, 18 articulations, 43 insertions tendineuses, Chaînes articulaires), les règles, le diagnostic iconographique et des techniques (la plus légère, la plus lourde, et la plus opportuniste). L'ostéosynthèse doit être : miniaturisée (vissage +/- 2mm pour les métacarpiens, vissage +/- 1,5mm pour les phalanges), précise (montage anatomique), stable sans être forcément rigide et méticuleuse.

Mots-clés

Ostéosynthèse - Chirurgie de la Main - Indications - Modalités thérapeutiques

- Problématique de la prise en charge chirurgicale spécialisée des paralysies obstétricales du plexus brachial au Cameroun

Specialized surgical management of obstetrical paralyses of the brachial plexus in Cameroon

H. TIEMDJO (SOS Main, Douala, Cameroun)

Abstract

L'objectif de la présente étude a été d'analyser les facteurs limitant la chirurgie nerveuse des paralysies obstétricales du plexus brachial au Cameroun et de proposer des solutions. Il s'agissait d'une étude documentaire allant de Janvier 2011 à Décembre 2012. Tous les cas de nouveau-né âgé de 6 mois au plus suivi jusqu'à l'âge de 7 mois minimum ont été colligés. Au total: 5 indications de chirurgie nerveuse du plexus sur les 17 patients suivis (dont 3 filles / 2 garçons), et le côté droit était 4 fois plus atteint. Les lésions concernaient C5C6 (4 patients) et C5C6C7 (1 patient). La prise en charge chirurgicale spécialisée précoce des paralysies obstétricales du plexus brachial au Cameroun est inexistante et mérite d'être développée. Pour cela nous pensons qu'il faut : Sensibiliser tous les intervenants, obstétriciens, sages-femmes, kinésithérapeutes chirurgiens, pédiatres ; Introduire un cours sur les paralysies obstétricales du plexus brachial au Cameroun dans les programmes d'enseignements et créer une association des parents des enfants atteints de paralysies obstétricales du plexus brachial au Cameroun.

Mots-clés

- Paralysies obstétricales du plexus brachial - Prise en charge chirurgicale spécialisée - Problématique - Cameroun

- Chirurgie de la main en Côte-d'Ivoire, notre expérience

Our experience on hand surgery in Ivory Coast

H. ASSE (Institut de Chirurgie Reconstructive, Abidjan, Côte-d'Ivoire)

Abstract

Ce travail présente les pionniers de la chirurgie de la main en Côte-d'Ivoire, les pathologies rencontrées, les modalités de la prise en charge, les procédures et les difficultés observées ainsi que les solutions et les perspectives. Quant aux modalités de prise en charge, l'on observe soit, l'absence totale de prise en charge initiale, la prise en charge initiale incorrecte, la prise en charge initiale adéquate ou la prise en charge tardive. Quant aux perspectives, il faudra une accélération et intensification de la formation en chirurgie et rééducation de la main, un développement et extension d'un réseau d'urgence main et la formation des chirurgiens généralistes et des médecins d'entreprise.

Mots-clés

Chirurgie de la Main – Historique – Actualités – Expérience – Côte-d'Ivoire

- Le traitement chirurgical de la main rhumatoïde en 2015

Surgical treatment of the rheumatoid hand in 2015

F. MOUTET, D. CORCELLA, A. FORLI, A. SEMERE, B. CHEDAL-BORNU, M. BOUYER (Unité de Chirurgie Plastique, de la Main et des Brûlés, CHU-Grenoble, France)

Abstract

Il existe des nombreuses classifications (diagnostiques, pronostiques, fonctionnelles) de la main rhumatoïde. Le diagnostic est clinique (polyarthropathies, panus, etc.), biologique (VS, CRP, Hb, Waaler-Rose, test au latex), iconographique (Rx poignets et mains, géodes, érosions, pincements articulaires, IRM). Le traitement médical est symptomatique et de fond. La stratégie chirurgicale doit être hiérarchisée, intégrée, globale, encadrée. La chronologie chirurgicale peut être la suivante. Quand les surfaces articulaires sont acceptables : poignet dorsal (synovectomie, Restauration Prono-Supination (Darrach) ; MP (Rééquilibrage parties molles doigts longs, Arthrodèse MP du pouce) ; IPP (Correction col de cygne). Quand il existe des destructions articulaires: deux questions se posent : Arthrodèse ou Prothèse?

Mots-clés

Main rhumatoïde – diagnostic clinique et paraclinique- Prise en charge - Chirurgie

- Chirurgie réparatrice de volumineux éléphantiasis ; notre expérience en République Démocratique du Congo

Repair surgery of bulky elephantiasis in The DR Congo.

T. MAFUTA, AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

L'éléphantiasis est une augmentation du volume d'un membre ou d'une partie du corps causée par un œdème dû à un épanchement de la lymphe en dehors du système lymphatique. Il entraîne des déformations monstrueuses avec impact considérable sur l'état psychique. Les auteurs illustrent par des cas cliniques leur protocole thérapeutique dans l'Unité de Chirurgie plastique des Cliniques universitaires de Kinshasa en République Démocratique du Congo : - Opérations plastiques par excision du tissu infiltré et de l'aponévrose sous-jacente - Résection étendue variable partielle ou totale (lymphagiectionomie) - Couverture par la peau du membre ou par des greffes (si de mauvaise qualité).

Mots-clés

Volumineux éléphantiasis - Chirurgie réparatrice – Expérience - République Démocratique du Congo

- La Main du Sportif. Quelques aspects

Aspects of the hand of a sport person

F. MOUTET, D. CORCELLA, A. FORLI, A. SEMERE, B. CHEDAL-BORNU, M. BOUYER (Unité de Chirurgie Plastique, de la Main et des Brûlés, CHU-Grenoble, France)

Abstract

La liste des affections chirurgicales liées à la main du sportif est longue et non exhaustive. Les auteurs abordent les diverses approches, le contexte : Main aiguë vs Main chronique ; lésions quasi spécifiques (Jersey Finger, Ruptures de poulies) ; lésions aspécifiques mais contexte (entorses, luxations, fractures (lésions liées à la fonction. Plusieurs paramètres doivent être mis en compte dans les affections chirurgicales liées à la main du sportif : le sportif (amateur, compétiteur ou professionnel), l'entourage (entraîneur, équipe ou argent). Les auteurs insistent que pour l'adulte jeune, tenir compte de l'avenir professionnel et sportif, et du risque arthrosique majeur.

Mots-clés

Sport – Pratique – Pathologies chirurgicales – Main

- Pied diabétique et Chirurgie Plastique Reconstructive: notre expérience

Diabetic foot and Reconstructive Plastic surgery: our experience.

S. BINGIDIMI, AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

Le diabète entraîne des lésions vasculaires et neurologiques aux extrémités de membres. Cette microangiopathie et neuropathie entraînent des lésions de nécroses aux pieds (pied diabétique). Les auteurs illustrent par des cas cliniques des pieds diabétiques traités par des procédés de chirurgie réparatrice : parage chirurgical, cicatrisation dirigée, greffes cutanées, lambeaux. La détersion des tissus nécrotiques est obtenue grâce à des soins locaux à la solution KIBADI (association aqueuse –chloramine – métronidazole-furandoïne). La chirurgie réparatrice conservatrice pour certains cas de pied diabétique reste possible dans l'Unité de Chirurgie plastique des Cliniques universitaires de Kinshasa en République Démocratique du Congo, sous certaines réserves et limites. La prise en charge reste multidisciplinaire.

Mots-clés

Pied diabétique - Chirurgie réparatrice – Expérience – République Démocratique du Congo

- L'Appareillage en Chirurgie de la Main

Equipment for hand surgery

F. MOUTET, D. CORCELLA, A. FORLI, A. SEMERE, B. CHEDAL-BORNU, M. Bouyer (Unité de Chirurgie Plastique, de la Main et des Brûlés, CHU-Grenoble, France)

Abstract

Il existe une philosophie (la hantise: la raideur, l'obsession: la mobilisation, le moyen: la mobilisation active). Les prérequis pour un appareillage en Chirurgie de la Main sont : un local, du matériel, des matériaux, des compétences. Les auteurs présentent très succinctement les grands principes : l'appareillage (adapté, adaptatif, convivial), le respect (des arches, des plis), la protection (des saillies osseuses, des trajets nerveux), la conservation (de l'obliquité des métacarpien, des ouvertures commissurales), la mobilisation active immédiate (kinésithérapeute, appareillage, auto-rééducation. Les différents types d'appareillage du plus simple au plus complexe ainsi que leurs indications ont été également présentés.

Mots-clés

Chirurgie de la Main – Appareillage - Rééducation

- Chirurgie réparatrice de lésions anciennes des tendons fléchisseurs (Zone 2) par greffe en deux temps: notre expérience

Our experience on repair surgery of old lesions of the flexor tendons (Zone 2) using 2-steps Graft

AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

Les lésions des tendons fléchisseurs en Zone 2 intéressent les lésions des fléchisseurs dans la zone des poulies de A1 à A4. Concernant les lésions anciennes, à l'Unité de Chirurgie plastique des Cliniques universitaires de Kinshasa, les indications de techniques opératoires sont pour la greffe en un temps : « bon » tissus souples, mobilité articulaire complète. La greffe en deux temps se pratique en cas d'un tissu « cicatriciel »: adhérences importantes, « articulaire »: limitation des amplitudes articulaires passives, « nerf »: lésions des nerfs collatéraux, pulpe insensible, multitissulaire ou plurifocal. L'auteur a montré un cas clinique des lésions anciennes des quatre doigts longs de la main droite en Zone 2 réparées en un temps pour le II^{ème} et le III^{ème} doigt, et en deux temps pour le IV^{ème} et le V^{ème} doigt. La greffe en deux temps est réalisée avec une tubulure de perfusion versus tige de Hunter. La greffe tendineuse fait appel au tendon de *Palmaris longus*. Les résultats sont excellents du point de vue fonctionnel et cosmétique.

Mots-clés

Lésions anciennes des tendons fléchisseurs - Zone 2 - Greffe en deux temps – Tubulure de perfusion versus Tige de Hunter.

SESSION DE « CHIRURGIE DES BRULURES »

- Prise en charge de brûlures graves en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Severe burns management in the reanimation unit at the Kinshasa university Hospital, Drcongo.

M. KILEMBE, D. MUNLEMVO, JJ KALONGO (Département d'Anesthésie-Réanimation, CUK, RD Congo)

Abstract

La brûlure est la destruction partielle ou totale du revêtement cutané et parfois des structures sous-jacentes par un agent thermique, électrique ou chimique. Les brûlures constituent, par leur fréquence et surtout leur coût, un important problème de santé publique. Dans une étude documentaire réalisée en réanimation des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) sur une période de 3 ans (Juin 2012- Juin 2015), nous avons colligé un total de 15 malades brûlés graves sur 665 admissions en réanimation, soit une fréquence de 0,022%. La prise en charge a été similaire à celle décrite dans la littérature. Concernant la gestion de la douleur, une faible utilisation des morphiniques, soit une analgésie multimodale (80 %) des cas et la morphine/titration (20 %) a été observée. Les patients n'ont souvent

aucune forme de sécurité sociale et sont référés tardivement aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. Ces patients sont admis parfois avec des atteintes des voies aériennes supérieures et/ ou pulmonaires nécessitant une ventilation mécanique, la mortalité reste élevée attribuable à plusieurs facteurs notamment l'étendue de la surface brûlée (grand brûlé), les troubles hémodynamiques et respiratoires et la surinfection (sepsis).

Mots-clés : Brûlures graves - Prise en charge - Réanimation – Expérience - Cliniques Universitaires de Kinshasa - République Démocratique du Congo

- Prise en charge des Brûlures graves au CHU de Grenoble

Management of severe Burns in CHU of Grenoble

F. MOUTET, Y. PICHOT, D. CORCELLA, A. FORLI, A. SEMERE, B. CHEDAL-BORNU, M. BOUYER (Unité de Chirurgie Plastique, de la Main et des Brûlés, CHU-Grenoble, France)

Abstract

Les auteurs présentent l'épidémiologie des brûlures en 2011 en France : 150 à 200.000 brûlures / an, 5% brûlures graves, 2/3 hommes, 1/3 enfants < 4ans (58% des brûlures graves), 9.000 hospitalisations, 41% en CTB (219 décès dont 50% > 65ans), DMS 7,5 jours. Les différentes modalités d'une décision de transfert sont discutées : Qui (Brûlé grave, en fonction des compétences disponibles), Quand (rapidement, mais après bilan, équipement et pansement, remplissage), Comment, Accueil et transfert DCA Grenoble (1 à 14 / an DCA, 0 à 6 / an Transferts CTB. Les critères de gravité (circonstances, profondeur, étendue, localisation, terrain) ainsi que les questions qui restent d'actualité (Qui transférer? Qui pose l'indication? Quel équipement? La douleur? L'enfant? Les auteurs décrivent enfin les modalités de prise en charge : à l'arrivée, l'accueil, l'équipement, le remplissage, la prise en charge de la douleur, le premier pansement, la couverture (excision, greffe, lambeau...)

Mots-clés

Brûlures graves – Prise en charge – CHU Grenoble - France

- Traitement d'une contracture post-brûlure par fixation externe

Treatment of a post-burn contracture using external fixation.

B. IMOSO, Z. ANGUNGA BAMBULA, J. DIEBO KE. BETTERDENROFF (Hôpital IME-Kimpese, RD Congo)

Abstract

Les auteurs présentent le traitement d'une contracture post-brûlure par fixation externe chez un patient de 16 ans en provenance de la République du Congo-Brazzaville traité à l'Hôpital IME-Kimpese. Les séquelles de brûlure datent du bas âge ayant abouti à une rétraction cicatricielle avec contracture du genou droit, hypotrophie du membre et raccourcissement. Les gestes chirurgicaux ont consisté à l'excision de la fibrose cicatricielle, ouverture de la contracture, une distraction avec le fixateur externe. A la fin de la distraction, le fixateur externe a été extrait. Une greffe cutanée à peau mince a été ensuite réalisée et le patient a commencé la Kinésithérapie. Dans le suivi, il est prévu la poursuite de la kinésithérapie en ambulatoire et la prescription d'une orthèse ou une chaussure orthopédique.

Mots-clés : Contracture post-brûlure - Traitement - Fixation externe - République Démocratique du Congo

- Le traitement des séquelles de brûlure en Côte-d'Ivoire

Treatment of sequelae of burn in Ivory Coast

H. ASSE (Institut de Chirurgie Reconstructive, Abidjan, Côte-d'Ivoire)

Abstract

La prise en charge des brûlés en Côte-d'Ivoire se fait dans toutes les structures disposant d'un service de chirurgie générale, dans le service des grands brûlés, mais il n'existe pas encore des directives nationales de prise en charge et de traitement des séquelles. Le centre des grands brûlés ne dispose pas d'équipe chirurgicale. Ceci a pour conséquences une cicatrisation spontanée longue et fastidieuse, des

placards cicatriciels étendus et hypertrophiques, des brides rétractiles multiples, des cicatrices dépigmentées (risque de dégénérescence), une nécessité de correction en plusieurs temps, un coût de la réparation élevée. Les causes de ces séquelles en Côte-d'Ivoire sont : absence ou retard de la prise en charge chirurgicale des brûlures profondes ou des brûlures des bords libres (paupière, lèvre, narine...), des soins infirmiers inadéquats, l'absence de physiothérapie, l'absence de correction des attitudes et positions vicieuses, la tendance naturelle à développer des cicatrices hypertrophiques ou chéloïdiennes chez mélanoderme. L'auteur conclut que la prise en charge des brûlés récents est mal codifiée et mal planifiée sur le plan national, les séquelles résultent de la méconnaissance ou le non application correcte des procédures. La prise en charge des séquelles nécessite une judicieuse planification. Elle fait appel à la fois de techniques simples de plastie locale et des techniques plus élaborées. La meilleure attitude reste cependant, la prévention de la brûlure et des invalidités liées à ces brûlures.

Mots-clés

Brûlures – Séquelles – Prise en charge – Côte-d'Ivoire

- Les séquelles de brûlures de la main sont encore fréquentes dans les pays à ressources limitées

Sequelae of burns of the hand are still frequent in resource- limited countries

M. NTUMBA, AK. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

L'objectif de la présente étude est de présenter le traitement chirurgical des séquelles post brûlures de la main. Dans une approche documentaire, trente-deux patients (âge moyen 8 ans, extrême 2 et 57 ans) ont été colligés, entre le 1^{er} décembre 2010 et le 1^{er} mai 2014 aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. L'accident était prépondérant (72 %). Le mécanisme de la brûlure était le plus souvent thermique par flammes (51 %) ou par liquide chaud (34%). Les contractions et brides sont les lésions le plus observées (84 %). La rétraction dorsale globale « main en griffe » a été observée chez 40 % de patients traités, associée à des cicatrices hypertrophiques et chéloïdiennes dans 84 % de cas. Des excision-greffes ont été réalisées dans 43 %, des lambeaux locaux (avancement, rotation, transposition) dans 43 % et des lambeaux à distance (inguinal et hypogastrique) dans 6 % de cas. A la sortie de l'hôpital, 84 % de « bons » résultats ont été observés. Le suivi a été de 18 mois.

La présente étude illustre la faisabilité du traitement des séquelles de brûlures de la main dans un pays africain subsaharien à ressources limitées, à l'exemple de la RDC. Mais les défis à surmonter dans ce pays sont nombreux : la faible accessibilité aux techniques actuelles de la chirurgie plastique, la prise en charge initiale inadéquate des brûlures, et le manque de toute forme de sécurité sociale ou de prise en charge communautaire.

Mots-clés

Séquelles de brûlures – Main - Chirurgie - Résultats préliminaires - Défis - République Démocratique du Congo

- Aspects cliniques et approche thérapeutique des séquelles d'ulcère de Buruli en Côte-d'Ivoire

Clinical aspects and therapeutic approach of sequelae of ulcer of Buruli in Ivory Coast

H. ASSE (Institut de Chirurgie Reconstructive, Abidjan, Côte-d'Ivoire)

Abstract

L'auteur décrit de façon très détaillée la définition d'ulcère de Buruli, la physiologie, la physiopathologie, les facteurs favorisants, l'épidémiologie, les tableaux cliniques. Par des cas cliniques illustratifs, il a ensuite présenté des cas cliniques d'ulcère de Buruli. Le traitement comprend la prévention (diagnostic précoce, le traitement antibiotique et chirurgical), la rééducation précoce et la prévention des invalidités et incapacités. Le traitement curatif comprend la physiothérapie préopératoire, la chirurgie réparatrice et la rééducation post opératoire. Les techniques chirurgicales concernent le temps cutané, le temps musculo-tendineux, le temps vasculo-nerveux, le temps osteo-articulaire, la couverture cutanée. Il a conclu que l'ulcère de Buruli en Côte-d'Ivoire provoque des séquelles graves, la prévention et le programme de prise en charge existent, mais la priorité reste la formation du personnel soignant.

Mots-clés : Ulcère de Buruli – Prise en charge – Traitement chirurgical – Côte-d'Ivoire

- Chirurgie des nécroses cutanées et tendineuses post-réparation d'une rupture du tendon d'Achille ; notre expérience en RD Congo

Surgery of cutaneous and tendinous necrosis occurring after the repair of an Achilles' tendon rupture : experience in the DR Congo.

M. KANE, K. KIBADI (Unité de Chirurgie Plastique & de la Main, CUK, RD Congo)

Abstract

La rupture du tendon d'Achille survient souvent à la suite d'un traumatisme du sport, dans la majorité des cas. Il siège le plus souvent à distance de l'insertion sur le calcaneum (4 à 6 cm). Les avantages du traitement chirurgical sont : vision directe de la qualité de la suture, tension adéquate, peu de ruptures itératives. La complication redoutée de la chirurgie est la nécrose cutanée puis surinfection et nécrose du tendon. Les auteurs ont montré des cas cliniques des nécroses cutanées et tendineuses post-réparation, d'une rupture du tendon d'Achille reçues pour traitement à l'Unité de Chirurgie plastique des Cliniques universitaires de Kinshasa. Après la détersion des tissus nécrotiques à la solution KIBADI (association aqueuse - chloramine - métronidazole-furandole), une plastie tendineuse a été réalisée suivie, d'une couverture cutanée par une greffe cutanée ou des lambeaux locaux.

Mots-clés

Rupture du tendon d'Achille – Chirurgie primaire – Nécrose tendineuse et cutanée – Réparation – Plastie tendineuse et cutanée

- Allergo-anesthésie au CHU-Grenoble ; notre expérience

Our experience on allegro-anesthesia at CHU-Grenoble.

Abstract

L. NKASHAMA (Pôle Anesthésie-Réanimation, CHU-Grenoble, France)

L'auteur présente sa riche expérience des visites pré-anesthésies et la prise en charge des patients en allergo-anesthésie au Centre Hospitalo-Universitaire de Grenoble. Il a ensuite énuméré de façon détaillée et approfondie, les étiologies des différentes allergies vues en consultations pré-anesthésiques. Il a ensuite décrit les mécanismes de survenue et cela en fonction des différents agents allergogènes. En fin les moyens de les dépister, de les prévenir et de prendre en charge les patients ont été également présentés.

Mots-clés : Allergologie - Anesthésie – Expérience – CHU Grenoble