

La chirurgie cardio-thoracique et vasculaire en RD Congo : premier bilan et perspectives d'avenir

Cardiovascular surgery: local experience in Democratic Republic of Congo

Nzomvuama A⁽¹⁾⁽²⁾, Nsiala MJ⁽³⁾⁽⁴⁾

1 Service de Chirurgie Thoracique, département de Chirurgie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, RD Congo

2 Service de Chirurgie Cardiaque, Pôle Cardio-Thoracique, CHU Amiens, France

3 Département d'Anesthésie et réanimation, Cliniques Universitaires de Kinshasa, R D Congo

4 Clinique Chirurgicale Caron, 111 rue Caron 91200 Athis-Mons (France)

Introduction

En novembre 2012, le premier congrès de l'AFMED-Unikin (Association des Amis et Anciens Étudiants de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa) avait été, entre autres sujets, l'occasion de nous interroger sur la faisabilité de la chirurgie cardiaque dans notre pays. Notre communication orale avait conclu que non seulement la chirurgie cardiaque est possible en République Démocratique du Congo, mais qu'elle est utile et nécessaire : possible parce que nous en avons acquis compétence et expérience et que nous sommes déterminés à contribuer à son développement dans notre pays. Utile et nécessaire, parce que la chirurgie cardiaque constitue une réponse à de réels problèmes de santé publique [1].

Dans un pays comme le nôtre avec plus de 70 000 000 d'habitants, plus de 20 000 enfants naissent chaque année avec une malformation cardiaque. Une majeure partie décède à plus ou moins brève échéance, faute de soins appropriés. Pour les adultes, se rajoutent aux malades porteurs de cardiopathies congénitales non opérées, les cardiopathies acquises dans un contexte de changements de mode de vie qui favorisent l'émergence de nombreux facteurs de risque cardiovasculaire (surpoids, sédentarité, diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie).

En effet, comme pour tous les pays de l'hémisphère sud, l'épidémiologie de notre pays connaît un tournant marqué par l'émergence des maladies non transmissibles, dont principalement les maladies cardio-vasculaires [2].

Pour les adultes comme pour les enfants, le traitement chirurgical est possible et réalisable sur place, au Congo. Il est légitime que pour un pays comme le nôtre qu'au moins un projet de centre de chirurgie cardiaque, si pas plus, puisse se développer.

Nous voulons développer la chirurgie cardiaque dans notre pays pour :

1. répondre aux problèmes de santé publique que constituent aujourd'hui les pathologies cardio-vasculaires ;
2. élargir l'accès aux soins au plus grand nombre, particulièrement aux plus démunis qui n'auront jamais les moyens de se faire

- opérer à l'étranger ;
3. opérer les malades dans leur propre pays, près de leur famille et leur éviter l'expatriation dans des pays dont parfois ils ne parlent même pas la langue ;
 4. améliorer la qualité et l'espérance de vie de ces patients ;
 5. créer un cadre de formation sur place pour les équipes congolaises et un centre de recherche sur les pathologies cardio-vasculaires.

Bilan

Le projet vise la prise en charge des patients souffrant de pathologies tant cardiaques, thoraciques que vasculaires. Ce projet a l'avantage d'apporter déjà la preuve de son intérêt et de sa faisabilité comme le montre le tableau I qui résume l'ensemble de notre activité depuis novembre 2012.

Au total, 28 patients ont pu être opérés au cours des missions que nous avons conduites. Dans ce groupe, 16 patients (57%) avaient moins de 18 ans. La persistance du canal artériel a été la pathologie dominante (40,7%) de notre activité. Nos missions se sont limitées aux opérations ne nécessitant pas le recours à la circulation extracorporelle.

Difficultés

Nos difficultés tiennent essentiellement à la logistique :

1. Toutes les missions organisées sont jusque-là entièrement à nos frais, ce qui limite notre capacité à faire davantage
2. Le dénuement des structures hospitalières
3. La pauvreté des patients : plus qu'un obstacle, cette situation est une motivation à persévérer pour ces patients qui n'auront jamais les moyens de s'expatrier pour les mêmes soins que nous pouvons leur apporter sur place.

Perspectives

Notre objectif est la chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle aussi appelée chirurgie

à cœur ouvert.

Le besoin de ce type de chirurgie existe, mais nous ne disposons pas de données statistiques exhaustives. Les données instantanées recueillies auprès de 9 cardiologues (8 de Kinshasa et une du Kivu) en date du 9 et 10 septembre 2015 pour avoir une photographie des patients immédiatement en attente de chirurgie cardiaque font ressortir les résultats ci-dessous :

- 207 patients sont en attente de chirurgie cardiaque dont 92 enfants pour des cardiopathies congénitales, soit 44%
- Les valvulopathies sont les maladies les plus dominantes, d'abord mitrales et aortiques ensuite.

Cette photographie sous-estime les besoins réels. Elle ne reflète pas la réalité sur la ville de Kinshasa et encore moins sur tout le pays pour plusieurs raisons :

- La grande majorité de malades ne sont pas diagnostiqués
- Même diagnostiqués, beaucoup de malades décèdent faute de soins, d'autres arrêtent le suivi cardiologique faute de trouver une possibilité chirurgicale. Une infime partie de patients (ceux qui en ont les moyens) se font opérer à l'étranger

À titre d'exemple, un des cardiologues interviewé estime que 1 voire 2 patients par semaine consultent pour une cardiopathie d'indication chirurgicale.

La pathologie coronaire reste encore une *terra incognita*. Aucun diagnostic de certitude ne peut être posé sur place, faute de coronarographie, examen non réalisable au pays à ce jour.

Références

1. Nzomvuama A. La chirurgie cardiaque à cœur ouvert. Est-ce possible en R D Congo. Communication au 1^{er} congrès de l'AFMED-Unikin. Kinshasa, novembre 2012.
2. Dalal S, Beunza JJ, Volmink J, Adebamowo C, Bajunirwe F, Njelekela M *et al.* Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: what we know now, *International Journal of Epidemiology* 2011; **40**: 885-901.

Tableau I : récapitulatif de notre activité de chirurgie cardio-thoracique et vasculaire de novembre 2012 à avril 2015

Période	Patients	Diagnostic	Traitement chirurgical
Novembre 2012	H, 14 ans	Poumon détruit sur corps étranger intrabronchique	Pneumonectomie
	H, 45 ans	Bronchectasie	Bilobectomie (complément de pneumonectomie)
Novembre 2013	F, 3 ans	Persistance du canal artériel	Triple Ligature
	F, 5 ans	Persistance du canal artériel	Ligature et section
	F, 16 ans	Persistance du canal artériel	Triple Ligature
Février 2014	H, 46 ans	Fistule bronchique	Fermeture
	H, 40 ans	Ischémie subaiguë de membre inférieur	Thrombo-embolctomie
Mai 2014	F, 11 mois	Persistance du canal artériel	Ligature et section
	H, 3 ans	Persistance du canal artériel	Double ligature
	F, 4 ans	Persistance du canal artériel	Ligature et section
	H, 6 ans	Persistance du canal artériel	Double ligature
Février 2015	F, 15 mois	Persistance du canal artériel	Double ligature
	H, 27 ans	Rupture hémicoupole diaphragmatique gauche	Fermeture
Avril 2015	F, 8 mois	Persistance du canal artériel	Triple Ligature
	H, 3 ans	Empyème et pachypleurite	Drainage et décortication pleurale
	F, 14 ans	Empyème et pachypleurite	Drainage et décortication pleurale
	F, 19 ans	Empyème et pachypleurite	Drainage et décortication pleurale
	F, 39 ans	Mal de Pott T9-T10 et abcès	Mise à plat drainage et greffe costale
	H, 49 ans	Adénocarcinome thyroïdien étendu au médiastin	Exérèse partielle
	H, 70 ans	Aspergillome pulmonaire et pachypleurite	Mise à plat drainage, décortication pleurale
	H, 47 ans	Adénocarcinome lobe pulmonaire inférieure gauche	Lobectomie et curage ganglionnaire
	F, 50 ans	Péricardite constrictive	Péricardectomie
	H, 25 ans	Péricardite constrictive	Péricardectomie