



ASSOCIATION

MULTI AIDE REUNION

RAPPORT DE MISSION CHIRURGICALE AMAR

DU 16 AU 24 NOVEMBRE 2013

AMBATOLAMPY - MADAGASCAR



INTRODUCTION

Moins de 6 mois après la dernière mission de juin 2013, nous avons décidé de repartir à Madagascar pour effectuer une troisième mission chirurgicale des fentes labio palatines à l'Hôpital d' Ambatolampy.

Cette mission a eu lieu du samedi 16/11/2013 au dimanche 24/11/2013. La disponibilité du personnel local, et également de l'équipe de Tana explique le choix de cette période pour cette mission. Mais c'est avant tout le contexte politique et l'arrivée des élections présidentielles tant attendues et délicates qui a dicté le choix de cette période. Notons également que le mois de décembre est souvent affecté par des pluies torrentielles.

Depuis mars 2009, Madagascar connaît une situation politique plus qu'instable. Le changement de régime de mars 2009 a entraîné la prise du pouvoir par une Autorité de Transition. La crise socio politique et économique qui perdure depuis cette période a perturbé le cours de la vie politique, sociale et économique du pays.

En 2011, un gouvernement de transition est mis en place mais la fragilité de cette transition est palpable. De nouvelles élections sans cesse repoussées auront finalement lieu en octobre 2013.

De ces 5 années de crise et d'instabilité résultent une dégradation de la situation des droits humains, ainsi que les droits aux soins de santé, à l'éducation et à la justice gravement affectés par la réduction des financements extérieurs et les restrictions budgétaires des ressources de l'Etat.

Quelques chiffres:

- Plus de 1 million d'enfants sont en déperdition scolaire en 2011
- Moins de 3000 médecins pour une population estimée à 21 millions d'habitants
- 56,5% de la population vit dans une situation de pauvreté extrême
- Madagascar fait partie des 20 pays dont le taux de prévalence de la malnutrition chronique est supérieur à 45%
- En 2010, seulement 44,9% des gens ont accès à l'eau potable
- Madagascar est passé du 149ème rang d'indice de pauvreté sur 162 pays en 2010 au 151ème rang sur 179 pays en 2011

Et pour finir, les catastrophes naturelles qui affectent le pays chaque année n'arrangent pas la situation (cyclones, sécheresse, invasions acridiennes)

C'est donc dans ce contexte que cette troisième mission s'est organisée. Le calme apparent à la suite du premier tour électoral et le second tour prévu pour le 20 décembre, nous avons estimé que nous pouvions partir en toute sécurité.

INTERVENANTS DE LA MISSION DE NOVEMBRE 2013

Equipe provenant du CHU d'Antananarivo

- **Dr RAMAROSANDRATANA Jean louis** - Chirurgie infantile - CHU Antananarivo
- **Pr HUNALD Francis** – Chirurgie infantile – CHU Antananarivo
- **Dr Dolly** – Médecin anesthésiste spécialisée en pédiatrie - CHU de Majenga
- **Dr RAKOTOMAVO Falihery** – Médecin anesthésiste-réanimateur aux urgences – CHU Antananarivo

Equipe provenant de La Réunion (mission effectuée sur congés Kouchner):

- **M. ZARYAH Hassan** – IADE – CHU SUD REUNION
- **Melle DA SILVA MACHADO Sonia** – IBODE - CHU SUD REUNION
- **M. Le Gallo Glenn** – IADE- CHU SUD REUNION
- **Melle Savalle Mathilde** – Interne ORL- CHU de Rouen

ORGANISATION DE LA MISSION

a. Matériel

Sur le plan chirurgical (Melle DA SILVA Sonia):

- élaboration de 4 plateaux d'instruments chirurgicaux en prêt par le CHU SUD REUNION
- Commande à la pharmacie du CHU Saint Pierre pour le matériel nécessaire à la chirurgie (champs opératoires, tuyau d'aspiration, lames de bistouris, fils de chirurgie, blouses stériles pour les chirurgiens...) en tenant compte du matériel laissé sur place en juin 2013
- Echanges d'informations importantes avec les chirurgiens malgaches concernant les fils utilisés, les instruments de chirurgie indispensables, les habitudes de chacun.

Sur le plan anesthésique (M ZARYAH Hassan) :

- Listing du matériel afin de mener au mieux une anesthésie générale (nécessaire de perfusion, de ventilation, d'aspiration, drogues d'anesthésie, médicaments analgésiques et antalgiques IV/per-os/intra-rectal, drogues de réanimations, drogues d'urgences)
- L'agent anesthésique volatile sera acheté sur place car c'est de l'Halotane (disponible qu'à Madagascar)
- Les stupéfiants tels que le Fentanyl (morphinique puissant) seront achetés sur place pour des questions de formalités douanières
- Oxymètre de pouls transportable (seul élément paraclinique permettant d'assurer la surveillance anesthésique durant la mission) et stéthoscope pédiatrique
- Listing élaboré sur un poids théorique des patients allant de 8 à 15 kg (matériel spécifique de pédiatrie)

b. Logistique

En termes de logistique, ce matériel représentera un fret pesant plus de 200 kilos conditionnés en valises rigides et cartons numérotés et listés.

Acheminement du matériel par avion lors du voyage de l'équipe de La Réunion. Le surpoids a été négocié avec la compagnie Air Austral.

A l'arrivée à Antananarivo, un mini bus d'Ambatolampy nous réceptionne, charge le matériel. Nous récupérons les 4 intervenants malgaches au CHU de Tana et prenons la route pour Ambatolampy à 3h de là.

c. Economique

Les commandes sont effectuées à la pharmacie du CHU Sud Réunion 3 semaines avant le départ.

L'équipe sera logée à Ambatolampy à l'hôtel le « Rendez-vous des pêcheurs » à 5 min de l'hôpital a pied, tous les frais liés à l'hôtellerie (couchage et repas du matin, midi et soir) seront pris intégralement en charge par l'AMAR. Nous mangeons le midi à la cafétéria de l'hôpital.

Tous les frais liés à l'achat de médicaments à la pharmacie de l'hôpital d'Ambatolampy (agents anesthésiques halogénés, morphiniques, antibiotiques et antalgiques per-os postopératoires, Oxygène) sont également financés intégralement par l'AMAR.

d. Sur place

L'annonce de la mission se fera par ondes radio une semaine avant l'arrivée de la mission, Mme Pépée diffuse aussi l'information.

Une liste sera élaborée par Mme Pepee.

Avant notre arrivée, il y a déjà une vingtaine de personnes inscrites.

Comme en 2012, la télévision nationale émet une information concernant le déroulement de la mission.

LES OBJECTIFS DE LA MISSION

- **GESTION DES PATIENTS ET FAMILLE :**

- Assurer l'accueil des familles
- assurer la distribution de repas pour les opérés et 1 accompagnant la veille au soir de l'intervention et les 2 jours qui suivent (assurer une nutrition correcte afin de potentialiser au mieux la prise en charge globale du patient pour un meilleur résultat chirurgical : cicatrisation, lutte contre l'infection)

- **LOGISTIQUE :**

Mettre en place rapidement le matériel nécessaire pour commencer dès le lendemain matin (la connaissance du lieu aidant à s'organiser plus rapidement)

- **ORGANISATION ET PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS :**

- organiser au mieux les journées opératoires afin de pouvoir opérer plus de patients que précédemment
- être efficaces lors des visites post op du soir et du matin (petite valise de soin)
- prise en charge de la douleur par la mise en place d'un protocole du bloc locorégional supra zygomatique bilatéral ou du bloc infra orbitaire bilatéral
- revoir les patients de 2012 et de juin 2013

Et de manger globale:

- Opérer des enfants et adultes atteints de fente labio-palatines en coopération avec les chirurgiens et anesthésistes malgaches dans les conditions optimales,
- Partage des savoirs et expériences,
- Professionnalisme, sécurité et organisation,
- Formation du personnel sur place concernant les spécificités chirurgicales et anesthésiques de cette chirurgie,
- Une visite préopératoire chirurgicale et anesthésique pour tous les patients (mise en place dès notre arrivée permettant de programmer les premières interventions),
- Evaluation des priorités liées à l'âge, au poids, à l'état général,
- Les patients à reprendre feront partis des priorités.

DEROULEMENT DE LA MISSION

Nous sommes confrontés à des problèmes de volumes au départ et ce malgré de nombreuses négociations en amont avec la compagnie nous obligeant à laisser plus de la moitié des cartons à Gillot et sans certitude de la date d'arrivée du reste. Grâce aux listings nous sélectionnons les cartons prioritaires, le matériel laissé à Ambatolampy devrait compléter les manques. Dès notre arrivée le samedi 16h, nous sommes accueillis par Docteur RAKOTOSON (médecin chef de l'hôpital d'Ambatolampy).

Un grand local attenant à la salle d'opération est mis à notre disposition. Nous y stockerons le matériel de chirurgie et d'anesthésie. Pendant ce temps, l'équipe médico-chirurgicale commence les consultations. Ils en feront 10 cet après midi. Nous apprenons que l'information de notre arrivée n'a été diffusée que tardivement, expliquant le peu de gens présents.

Nous arrivons à compléter le matériel manquant grâce au stock laissé sur place, et pourront donc commencer dès le dimanche matin avec 5 enfants.

Le reste des cartons arrivera le lundi après midi, et tout rentre des lors dans l'ordre.

Ne reste plus qu'à faire passer l'info que la mission a commencé. Et pour cela Mme Pépée relance les appels téléphoniques, nous envoyons le mari de la directrice quadriller un périmètre de 50 kms 2 jours de suite. Ces efforts portent leurs fruits car les gens arrivent au fur et à mesure, certains avec le véhicule mis à notre disposition, d'autres à pied de très loin parfois.

a. Bilan des interventions

26 opérations ont été réalisées sur 6 journées

- 12 fentes labiales
- 10 fentes palatines
- 3 fentes labio-palatines
- 1 opérations concernant une ectopie testiculaire

Il y a 1 reprise de la mission précédente pour fistule palatine

Âge des opérés : de 3 mois et demi à 22 ans

Proportion fille/garçon : 11 filles /15 garçons.

Nous avons revu et opéré du second temps (FP) 4 enfants des 2 précédentes missions

4 enfants atteints de FLP ont été opérés de leurs fentes labiales, nous espérons les revoir sur la prochaine mission pour la fermeture de la fente palatine.

b. Détails des opérés de la mission :

Dimanche 17/11/13

H 7 mois	FL (FP associée)
H 12 mois	FL bilat (FP associée)
H 12 ans	FL
H 16 ans	FL bilat
H 22ans	reprise FP (FLP 93')

Lundi 18/11/13

F 11 mois	FP
F 22 mois	FP (FL sept 12 amar)
H 28 mois	reprise FP(FLsept12amar FP juin13)
H 13 ans	ectopie testiculaire
F 16 ans	FL

Mardi 19/11/13

H 15 ans	FLP
H 9ans	FLP

Mercredi 20/11/13

F 10 mois	FL
F 2 ans	FL (FP associée)
H 4 ans	FLP
H 9 mois	FL

Jedi 21/11/13

F 23 mois	FP (FL juin 13 amar)
F 2 ans	FP (FL sept 12 amar)
H 14 mois	FP (FL juin 13 amar)
F 22 ans	FP

Vendredi 22/11/13

H 3 mois et demi	FL (FP associee)
F 15 ans	FP
F 13 mois	FL
H 13 mois	FL
H 14 ans	FL
H 5 ans	FL

CONCLUSION

Points positifs de cette année :

- Présence du Dr Dolly qui avait participé à la première mission, et Dr Faliery à la seconde. Nous connaissons leur compétences et leur efficacité.
- Choix d'un IADE supplémentaire permettant une alternance entre le bloc et la prise en charge des traitements post op.
- Présence de Mathilde, investie dans cette mission, riches échanges avec les chir malgaches.
- Le choix du mois de novembre offre les températures plus clémentes, les enfants ne sont pas encombrés, l'attente des familles est plus agréable.
- Pratique du bloc suprazygomatique bilatéral ou de l'infraorbiculaire bilatéral ayant procurés une analgésie per et post-opératoire de grande qualité,
- Possibilité d'acheter du matériel sur place (Halothane, O2, antibiotiques per-os),
- Matériel de chirurgie et d'anesthésie stockés dans le même local juste à côté du bloc
- Prise en charge des repas pour les opérés et 1 accompagnant la veille et les 2 jours suivants avec la cantine attenante à l'hôpital,
- Retour de 6 enfants pour le deuxième temps opératoire
- Tous les patients ont passé une nuit à l'hôpital pour les FL et deux nuits pour les FP, bon suivi des patients et antibioprophylaxie automatique pour les FP.
- Utilisation d'un arceau malléable permettant une parfaite installation

Difficultés rencontrées

- Gros problème dans l'acheminement du matériel, Air Austral n'affrète que des ATR de capacité réduite ce qui nous a conduit à laisser la moitié des cartons. Nous y avons perdu du temps et la mission aura pu être annulée.
- Le programme s'est établi au jour le jour, la diffusion de l'info ayant été réalisée trop tard. Pourquoi ? Contexte actuel ? Implication inadéquate de l'Hôpital de Ambatolampy ?
- Nous apprenons sur place que le mois de novembre correspond au repiquage dans les rizières nombreuses dans la région, ceci explique-t-il le manque de candidats ? C'est en tous cas une période de travail intense pour les malgaches.
- Nombreuses pannes de courant, palliées par des lampes frontales.

A prévoir pour la prochaine mission

- Résoudre le souci de l'acheminement du matériel soit en l'envoyant en deux fois mais besoin d'une personne sur place soit en voyageant avec une autre compagnie
- douche pré op pour tous (présence de sanitaires adéquats)
- acheminer des vêtements pour bébé et enfants.

Par rapport à 2012 et pour finir

En augmentant les effectifs nous avons été plus à l'aise à mener à bien cette troisième mission. La charge de travail et d'investissement a bien été répartie. La connaissance du terrain facilite la mise en route et nous permet de travailler en sécurité.

Les problèmes d'acheminement rencontrés au début ont eu une issue favorable mais auraient aussi pu compromettre la réalisation de la mission. Cela ne doit plus arriver à l'avenir

La collaboration avec les chirurgiens du CHU de Tana est à nouveau un succès, de même qu'avec les anesthésistes que nous connaissions déjà

Au cours de chaque mission nous prenons conscience de la place centrale d'une personne ressource, ici Madame Pépée, sans qui nous ne pourrions rien faire.

Nous avons projeté de refaire une mission en novembre et nous y sommes parvenus, les objectifs sont atteints.

Au vue du nombre de personnes déjà opérées, 108 au total au cours des missions d'août 2011, septembre 2012, juin 2013 et novembre 2013, nous pensons que nous devrions laisser passer du temps avant de reprogrammer une prochaine mission.

Annexe 1 : Journée type

Sur le plan anesthésique

- La check liste d'ouverture de salle d'anesthésie est effectuée rigoureusement tous les matins par l'IADE
- Le matériel d'anesthésie et de réanimation est répertorié tous les matins afin de gérer le stock
- La salle est préchauffée grâce à un système de climatisation réversible
- Le premier patient de la journée est accueilli en salle d'opération dès 7h du matin
- Il est dévêtu au préalable par la maman, enroulé dans un drap chaud puis enroulé à nouveau dans une couverture de survie afin de lutter contre la perte calorique (maintien de l'homéothermie)
- Sur le plan pratique :
 - Induction d'anesthésie inhalée chez les enfants de moins de 10 ans
 - Induction d'anesthésie intraveineuse chez les enfants de plus de 10 ans et pour les adultes
- Consultation d'anesthésie : les patients sont vus la veille de leur intervention, et ils bénéficient ainsi des consignes pré- opératoires (jeune pré- opératoire, lutte contre le risque de prendre froid...)
- programmation des interventions :
 - fentes labiales : dès l'âge de 2 mois
 - fentes palatines : à partir de l'âge de deux ans
 - enfants hypotrophes recusés d'emblée
- Protocole d'anesthésie :
 - Check liste OK, aspiration gros calibre fonctionnelle à la tête
 - Monitoring à l'aide d'un oxymètre de pouls portable indiquant la saturation en oxygène et la fréquence cardiaque (tensiomètre manuel pour les grands enfants et adultes)
 - Pré-oxygénation rigoureuse
 - Induction inhalée à l'agent anesthésique volatile Halothane de 3 à 4% en circuit ouvert
 - Pose de la voie veineuse périphérique quand le patient est au stade 3 de guédel, B66 pour les enfants de moins de 4 ans et Glucosé 1% pour les enfants de plus de 4 ans
 - Co-induction au Propofol à 3 mg/kg
 - Suppléance ventilatoire dès l'apparition de la détresse respiratoire
 - Laryngoscopie douce et atraumatique, appréciation du grade de Cormack, IOT sonde préformée orale à ballonnet, auscultation symétrique de la ventilation, fixation rigoureuse car non accès à la tête, occlusion bialpébrale
 - Pose d'un stéthoscope précordial
 - Réglage de l'AAH entre 1 et 1,5%
 - Injection du morphinique Fentanyl à 5 µg/kg

- Installation du patient avec les chirurgiens (billot sous les épaules et fixation de la tête en position neutre)
- En plus, un bloc suprazygomatique bilatéral avec injection de naropéine 0,2% pour un volume de 0,2 ml/kg est assurée afin d'assurer l'épargne morphinique per-opératoire et une meilleure analgésie postopératoire.
- Préparation des antalgiques et antibiotiques per-opératoires :
 - paracétamol 7,5mg/kg pour les enfants de moins de 6 mois et 10 kg
 - Paracétamol 20 mg/kg pour les enfants de plus de 10 kg
 - Profénid IV 1 mg/kg pour les enfants de plus de 10kg
 - Augmentin 30mg/kg pour les patients bénéficiant d'une chirurgie pour fente palatine
- Préparation des antalgiques et antibiotiques postopératoires:
 - Paracétamol suppositoire (Dafalgan®) pour les patients jusqu'à 12 ans
 - Paracétamol per-os (Dafalgan® gélules) pour les patients de plus de 12 ans et les adultes
 - Anti-inflammatoire suppositoire (Nifluril®) pour les enfants jusqu'à 10 ans
 - Anti-inflammatoire per-os (ibuprophène®) pour les patients de plus de 10 ans et les adultes
 - Antibiotiques per-os (amoxicilline®) pour une durée de 7 jours sur prescription du chirurgien
- Réveil du patient : sur table d'intervention avec extubation patient parfaitement réveillé ayant retrouvé ses réflexes de toux et de déglutition

SSPI : une salle est réservée à cet effet, la surveillance est débutée par les anesthésistes, ensuite, c'est l'IADE de l'hôpital d'Ambatolampy qui assure la suite de la surveillance post-opératoire et assure le retour en chambre (le pôle mère enfant accueille pour l'occasion les enfants et leurs mamans)

Visite post- opératoire (en fin de journée vers 19h après la dernière chirurgie): les patients sont vus à la suite de leur intervention par les anesthésistes et les chirurgiens, ils bénéficient des consignes post- opératoires (type d'alimentation, protection des cicatrices, éléments proscrits pour la bonne cicatrisation). Ils sont revus le lendemain de leur intervention et ils peuvent rentrer chez eux avec les médicaments antalgiques et antibiotiques pour le domicile (procédure intégralement prise en charge par l'AMAR)

Sur le plan chirurgical

- Ouverture de la salle avant 7h (propreté, éclairage, température)
- Le matériel de chirurgie est répertorié tous les matins afin de gérer le stock
- Préparation du matériel de chirurgie
- Accueil de l'enfant, déshabillage, installation sur la table d'opération, couverture chauffante
- Perfusion et Induction, bloc (voir anesthésie)
- Billot sous les omoplates pour obtenir une hyper extension, et installation dans le rond de tête
- Nettoyage du visage au sérum physiologique, séchage

- Marquage par les chirurgiens au crayon dermographique
- Lavage simple des mains, friction à la solution hydro alcoolique, habillage stérile et gantage.
- Préparation de la table d'instrumentation
- Badigeon à la Bétadine ophtalmique 5%
- Mise en place du champ troué, du tuyau d'aspiration
- Infiltration du palais et de la lèvre supérieure à la xylocaïne adrénalinée (diminution du saignement et analgésie per et post op)
- Mise en place du packing
- Mise en place de l'écarteur de Dot

*****Intervention proprement dite selon la technique opératoire appropriée*****

Dans un premier temps (celui qui nous concerne), le but est d'obtenir l'étanchéité buccale par lambeau de rotation de la muqueuse palatine et plastie de fermeture labiale.

Le deuxième temps concerne l'adaptation à la croissance (greffe d'os palatin, lambeau de comblement, orthodontie, esthétique, orthophonie...)difficilement réalisable dans le cadre de l'humanitaire.

- Contrôle d'une hémostase parfaite, retrait du packing
- A la fin de l'intervention, nettoyage du site opératoire, application de vaseline sur la lèvre (protection)
- Réveil (voir anesthésie) et transfert en salle de réveil
- Evacuation des lames et aiguilles dans container jaune
- Evacuation des déchets (sacs jaunes pour le contaminé et bleu pour les papiers), pas de tri !
- Transfert des instruments dans le local de stérilisation après vérification de l'intégrité de la boîte
- Décontamination dans bac de trempage (pendant 20min – 1 sachet d' Alkazyme pour 5l d'eau)
- Reconditionnement du plateau avec le listing, mise sous sachet
- autoclave 45 min
- Entre deux chirurgies, les surfaces et le sol sont nettoyés à la javel

La journée s'achève vers 19h30. L'équipe anesthésique et chirurgicale effectue la visite des patients opérés, afin de leur administrer leur traitement post- opératoire. Les fentes labiales restent 1 nuit et les fentes palatine 2 nuits

Annexe 2

Matériel chirurgical nécessaire pour une chirurgie de fente labio-palatine

- Boîte de FP (voir composition)
- 1 lame 11
- 1 lame 15
- 2 paquets de compresses
- 1 unidose 20ml de bétadine ophtalmique 5%
- 1 seringue 20ml + 1 aiguille orange et bleue
- ½ flacon de xylocaïne adré
- 1 trousse d'urgence (composée d'un champ de table et d'un champ troué)
- 1 tuyau d'aspiration + canule fine
- 1 surgicel
- Sérum physio
- Fils les plus utilisés : Prolène 4/0, vicryl 5/0 +++, fil à peau 5/0
- Matériel d'extraction dentaire (daviers)
- 1 pince à coaguler bipolaire (inutilisable car incompatible avec le générateur), nous nous en sommes passé.

Composition type d'une boîte d'instruments pour chirurgie de fente labio-palatine

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - manche de bistouri n°3 et n°5 | - 1 porte aiguille long – 1 moyen |
| - pince à disséquer Adson à griffes x2 | - Décolleurs droits et courbesx6 |
| - pince à disséquer de Backey fine x1 | - Ruginesx2 |
| - écarteur de farabeuf x2 | - Pince lerich x2 + halstead x2 |
| - écarteurs de gillis x2 | - Pince kocher x2 |
| - écarteur de Dot + lames x3 + abaisse langue | - Pince languette à badigeon |
| - ciseau de mayo | - 1 pince à griffe |
| - ciseau à disséquer de metzzenbaum x2 | - Cupules x3 |
| - ciseau de joseph pointu (indispensable)x2 | |

Annexe 3 : Compte rendu opératoire

CRO type d'une Chéïloraphie primaire

Indication:

Fente labiale congénitale, opérée dès que l'âge et le poids permettent une anesthésie générale

Opérateurs:

Pr HUNALD, Dr RAMAROSANDRATANA, Interne M. Savalle

Déroulement de l'intervention:

Patient installé en décubitus dorsal,

Intubation oro-trachéale par l'équipe d'anesthésie, bloc supra-zygomatique bilatéral à la naropéine,

Dessins cutanés au stylo dermographe selon la technique choisie: selon Millard lors des fentes labio-narinales complètes ou selon Delaire lors des fentes labiales incomplètes,

Désinfection du champ opératoire à la bétadine ophtalmique,

Mise en place d'un packing oropharyngé,

Installation du champ stérile,

Infiltration à la xylocaïne adrénalinée 1%

Incision en regard du tracé cutanéomuqueux à la lame froide n°15, résection des 2 triangles médian en excès, Hémostase par pression bidigitale et pince de Halstadt,

Incision d'un refend vestibulaire de chaque côté si nécessaire,

Dissection du m. orbiculaire de la lèvre supérieure à la lame n°11,

Rugination du maxillaire et du cartilage alaire sur ses 2 faces jusqu'au dôme du nez,

Reconstruction du seuil narinaire par un point de rapprochement sur le m.nasalis au prolène 3-0 puis des points muqueux au vicryl résorbable.

Reconstruction du vestibule au vicryl 4-0 par traction avancement de la lèvre homolatérale,

1 fil repaire de traction est mis en place sur la jonction lèvre rouge/lèvre humide,

Suture de la muqueuse buccale,

Suture du m. orbiculaire au prolène 3-0,

Suture cutanée au filapeau 5-0 ou corolène 6-01 en commençant par la jonction lèvre blanche/lèvre rouge,

Si besoin: 1 ou 2 points transfixiants dans le sillon narinaire au filapeau 3-0 pour ourler le cartilage alaire

Ablation du packing,

Application de vaseline sur les cicatrices

CAT post-opératoire:

Antibioprophylaxie pendant 48h

Pas de succion pendant 5 jours

RAD dès J1

+/- port du conformateur narinaire du coté homolatéral à la fente la nuit pendant 1 mois

CRO type des staphylovéloraphie

Indication:

Enfant présentant une fente vélo palatine congénitale, opéré a partir de 18mois

Opérateurs:

Pr HUNALD, Pr RAMAROSANDRATANA, Interne M. Savalle

Déroulement de l'intervention:

Patient installé en décubitus dorsal et hyperextension cervicale, intubation oro-trachéale par l'équipe d'anesthésie, bloc suprazygomatique bilatéral par les anesthésistes,

Mise en place de l'écarteur de Boyle-Davis maintenu en suspension par l'arceau, packing oropharyngé, désinfection du champ opératoire à la bétadine ophtalmologique, installation du champ stérile,

Infiltration à la xylocaine adrénalinée 1%

Incision à la lame n°15 sur le bord de la fente vélo palatine (jonction muqueuse nasale et muqueuse buccale),

Résection d'un petit triangle muqueux sur la face interne des 2 héli-luettes, dissection des muscles vélaire aux ciseaux de Joseph,

Le palais est ruginé sur ses 2 faces afin d'individualiser les muqueuse nasales et buccales, dissection des pédicules palatins,

Tentative de fermeture directe, si difficultés: incision du vomer à la lame froide, confection d'un ou 2 lambeaux vomériens a charnière supérieure, suture au vicryl 5-0,

Suture musculaire par 3 points séparés au prolène 3-0,



Tentative de fermeture directe de la muqueuse buccale, si impossible: décharges palatines latérales, si insuffisant, incision rétroalvéolaire et dissection complète du lambeau muqueux à pédicule postérieur selon la technique du push back, suture au vicryl 4-0,

Mise en place de surgicel entre la lambeau et le palais,

1 point transfixiant en cadre au milieu du voile au vicryl 3-0,

Réamarrage lâche des lambeau palatins par 2 ou 3 points interdentaires au vicryl 3-0,

CAT post opératoire:

Antibiothérapie curative pendant 7 jours + bains de bouche + antalgiques

Reprise de l'alimentation à J1

Surveillance hospitalière minimum 48h

Annexe 3 : Patients novembre 2013



Gilbert 12 ans



Princia 2 ans





Mathieu 3 mois et demi





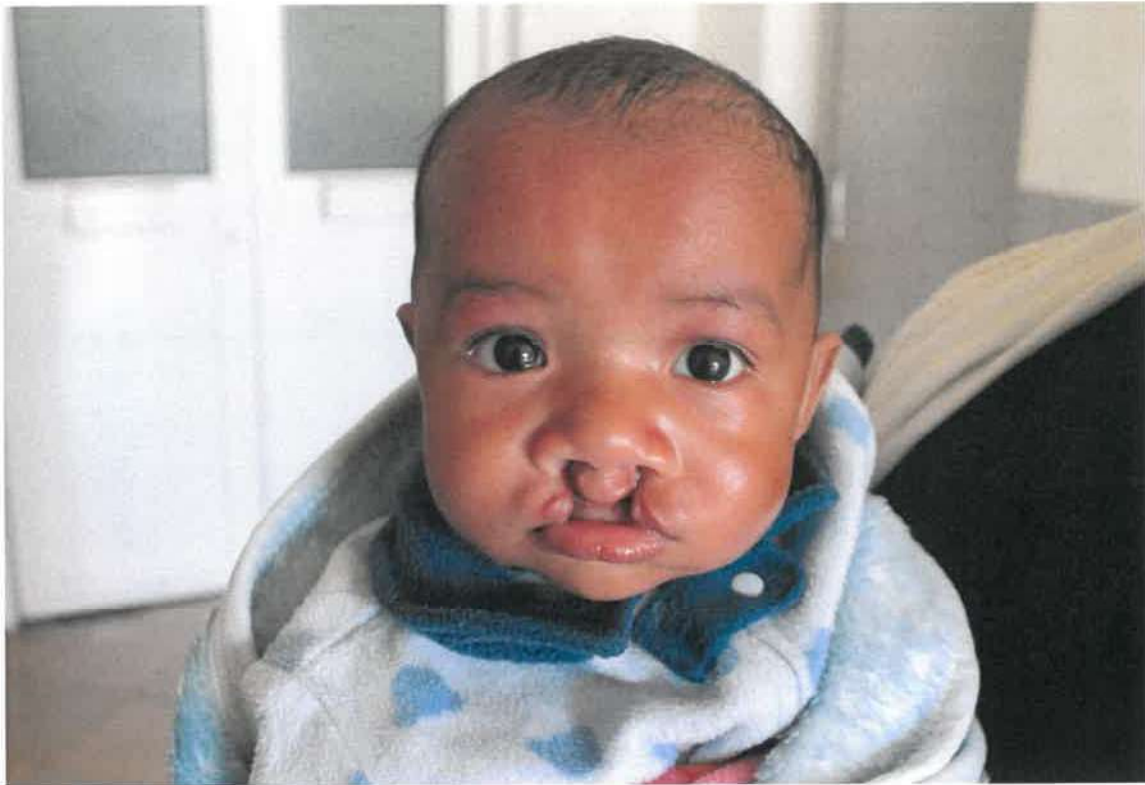
Jean Baptiste 14 ans



Annexe 4 : résultats probants

Tojo opérée en juin 2013, résultats à 6 mois





Johanna opérée en juin 2013, résultat à 6 mois



13 Juin