



## RAPPORT DU XV<sup>ème</sup> CONGRES DES 28-29 OCTOBRE 2021

**S'est déroulé sous le THEME GENERAL :**

**Prise en charge des traumatismes en milieu chirurgical.**

Après ouverture solennelle de ce congrès par les autorités compétentes, plusieurs sujets groupés dans différentes sessions ont été abordés durant les deux journées.

**Au cours de la première journée du congrès, quatre sessions ont été développées :**

- ✓ **La première session a traité des généralités sur plaidoirie résidanat COSECSA, traumatismes Covid 19, Gestion d'un AMB**
  - Une présentation faite par le Président de l'ABUC sur la nécessité et l'intérêt de former nos futurs chirurgiens dans l'espace COSECSA. Le Burundi reste le pays le moins nanti en effectif de chirurgiens et en nombre de résidents en formation dans cet espace.
  - Quant à la PEC des blessés pendant la pandémie a COVID 19 ? La traumatologie étant toujours une urgence, il faut des mesures de protection tant pour le patient que pour le personnel soignant. Ces mesures font recours aux équipements de protections individuelles (API) et collectifs. Elles s'imposent tout le long de procédure de PEC depuis la phase de ramassage jusqu'à la PEC en hospitalisation en passant par le bloc. Il faut réduire forcément le temps d'hospitalisation.
  - Comment gérer un afflux massif des blessés dans un hôpital donné? Reconnaître qu'aucune institution ne pourrait arriver à gérer sans faille un afflux massif sans préparatifs préalables, le concept du plan de gestion des catastrophes, sa vulgarisation auprès du personnel de l'hôpital et la place d'un bon triage chirurgical, tels sont les éléments importants de réussite de la gestion de ces blessés.
  - Quel est l'apport de la ceinture de sécurité dans la réduction de la mortalité liée aux AVP ? Et quelle en est sa face dangereuse (le revers de la médaille). Nous avons suivi deux revues de la littérature sur le sujet. Nous retenons donc que la ceinture de sécurité réduit indiscutablement la mortalité liée aux AVP même si le syndrome de la ceinture de sécurité semble être une réalité. L'élément important étant donc la vitesse de circulation. Cette dernière déterminant ainsi la gravité et la multiplicité des lésions selon différents mécanismes. Les polytraumatismes par AVP restent fréquents et malheureusement très mortels.
- ✓ **Pour la session de traumatismes abdominaux, 8 présentations ont été faites.**



## ASSOCIATION BURUNDAISE DE CHIRURGIE (ABUC) XV<sup>ème</sup> CONGRES

- Nous avons compris que ces traumatismes peuvent être fermés ou ouverts. Ils posent deux principaux problèmes à gérer : d'une part l'hémorragie par fracture d'organes pleins le plus souvent et, d'autre part la perforation d'organes creux. Beaucoup d'étiologies sont possibles avec bilan lésionnel varié, souvent selon le trajet de l'agent vulnérant dans les plaies abdominales. Les contusions sont les plus fréquentes en dehors de guerre. Et les lésions thoraciques sont fréquemment associées. L'état hémodynamique du malade dicte la conduite à tenir. Le traitement conservateur est à encourager tant que possible. Toutefois, tout patient instable hémodynamiquement doit être opéré pour exploration, bilan lésionnel et gestes appropriés selon les principes de LAPEC (**mieux avec durée d'opération de moins d'une heure**). Nous avons pu suivre une présentation bien illustrée des lésions viscérales traumatiques les plus fréquentes. Le constant est que le taux de mortalité reste très élevé. Les états de choc en sont responsables avec défaillance multi-viscérale par hypo-perfusion et leur gestion reste un problème particulièrement aux urgences par manque de protocole appropriée (y compris l'usage des vaso-constricteurs).
- Une attention a été apportée également aux conséquences d'une rhabdomyolyse qu'elle soit d'origine traumatique ou non. Certains électrolytes, la myoglobine passant dans la circulation générale avec risque d'insuffisance rénale aigue (IRA) par toxicité liée à la myoglobine. Le diagnostic est clinique et biologique. Le traitement doit être précoce tout en évitant le RL, préférer le NaCl et l'hémodiafiltration des protéines, la conventionnelle épurant moins la myoglobine tels sont moyens efficaces de PEC. Attention à une hyperhydratation. La prévention de l'IRA vaut plus que tout.
- ✓ **Pour la 3eme session concernant le traumatisme uro-génital**, 4 sujets ont attiré notre attention.

Habituellement, la fracture du pénis arrive souvent pendant un rapport sexuel vigoureux, le présentateur a rapporté une situation inhabituelle. Attention, ça peut arriver même pendant le sommeil, il suffit d'être en érection !! Son diagnostic précoce et son traitement chirurgical correct restent seuls gage du succès thérapeutique. Une circoncision n'est pas toujours facile, surtout si elle est réalisée dans des conditions extrahospitalières. Quelques complications (tragédies) ont été rapportées et présentées dans ce congrès. Parmi les blessures rapportées, les majeures sont l'amputation du gland, la section de l'urètre, les hémorragies et les déhiscences de suture. Une péritonite d'origine urinaire est classique après les traumatismes de la vessie.

✓ **Pour la session sur les traumatismes thoraciques**, 6 exposés ont été faits. Les présentateurs sont revenus sur les différents mécanismes physiopathologiques des ruptures diaphragmatiques, les astuces de diagnostic et de traitement, les étiologies rares comme plaies pénétrantes thoraciques par lance ainsi que les



## ASSOCIATION BURUNDAISE DE CHIRURGIE (ABUC) XV<sup>ème</sup> CONGRES

difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans ces situations (il ne faut pas ARRACHER la lance, de risque d'aggraver les lésions). Les ruptures traumatiques du diaphragme sont rares mais graves par les lésions associées (abdominales et thoraciques). Elles surviennent dans un traumatisme à haute énergie portant sur le thorax ou l'abdomen et leur traitement est exclusivement chirurgical. Les traumatismes thoraciques mettent en jeu le pronostic vital. Ils se caractérisent par la multiplicité des tableaux cliniques et causent des problèmes thérapeutiques. Dans les ruptures diaphragmatiques, la coupole gauche est fréquemment touchée. Les lésions thoraciques pouvant être isolées ou associées à des lésions abdominales. Le plus souvent le drainage thoracique suffit comme traitement. Mais certains cas exigent une laparotomie pour voie d'abord surtout pour les lésions diaphragmatiques.

**La deuxième journée a été occupée par les sessions d'orthopédie-traumatologie, de neurochirurgie et des communications libres.**

- ✓ **La session d'orthopédie-traumatologie a connu 13 sujets répartis en 2 discussions.**

**La 1<sup>ère</sup> partie a traité des lésions du membre supérieur:**

- Les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont des fractures de plus en plus fréquentes, elles sont l'apanage du sujet âgé ostéoporotique particulièrement de sexe féminin mais aussi du sujet jeune (essentiellement le type articulaire). Le diagnostic ne pose pas de problème. Une fois l'indication retenue (sur l'analyse des critères radiologiques). Une prise en charge rapide, une stabilisation adéquate et une mobilisation précoce (des J1PO, littérature) permettent d'obtenir de bons résultats radiologiques et fonctionnels. La rééducation fonctionnelle est indispensable dans le volet thérapeutique de ces fractures.
- Les fractures de la palette humérale sont difficiles à traiter en raison de la complexité anatomique de la région du coude. La stabilité et la reconstruction anatomique de la fracture sont essentielles pour permettre une mobilité précoce. La raideur du coude en est la complication la plus fréquente. Est-ce que cette entité pathologique est abordée de la même manière chez l'enfant et chez l'adulte ? Chez l'enfant, les facteurs associés à la survenue des complications après traitement sont : fractures articulaires, fractures très déplacées classées stades III et IV, traitement chirurgical à foyer ouvert, retard de consultation de plus de 24 heures, retard de prise en charge au BO de plus de 48heures.



## ASSOCIATION BURUNDAISE DE CHIRURGIE (ABUC) XV<sup>ème</sup> CONGRES

- La fracture de la diaphyse humérale, quant à elle, est une pathologie fréquente surtout dans la population masculine physiquement active et le traitement orthopédique au moyen de la réduction et contention par attelle en U modifiée est une méthode à efficacité indiscutable vue les résultats anatomiques et fonctionnels en 30 jours sur la consolidation, la mobilité des articulations sus et sous-jacentes.
- L'instabilité antérieure aiguë et chronique de l'épaule reste une entité complexe qui pose peu de problèmes diagnostiques (Rx standard) sauf dans les cas d'épaules douloureuses par épisode d'instabilité méconnu (intérêt +++ de l'arthro-scanner). La survenue d'un épisode de luxation traumatique de l'épaule expose à la récurrence. La butée coracoïdienne de LATARJET, triple verrouillage de la patte, reste une technique fiable dans le traitement de l'instabilité antérieure de l'épaule avec de bons résultats fonctionnels selon le score objectif de Walch-Duplay et un taux de satisfaction subjective très important chez les patients opérés. Sa principale difficulté réside dans le bon positionnement de la butée coracoïdienne souvent gêné par l'exposition réduite qu'offre l'abord delto-pectoral et le manque d'ancillaire approprié (difficultés techniques). La position de la butée coracoïdienne a un effet direct sur la stabilité et les douleurs de l'épaule en post opératoire. Attention à l'arthrose post-opératoire, suivi essentiel sur 2 à 3 ans au moins.

### ***La deuxième partie a parlé du membre inférieur et des lambeaux de couverture.***

L'enclouage fémoral rétrograde demeure un moyen thérapeutique qui peut être utilisé tant chez les personnes âgées que chez les sujets jeunes avec des résultats fonctionnels satisfaisants à moyen terme dans le traitement des fractures du fémur dans les pays à ressources limitées. Il est très simple à mettre sans amplificateur de brillance ni table orthopédique.

Les fractures du massif trochantérien sont très fréquentes. La vis-plaque type DHS a prouvé sa supériorité dans le traitement de ce type de fractures, notamment par la mise en charge précoce et par les résultats fonctionnels satisfaisants qui s'observent.

Les fractures fermées de la diaphyse tibiale sont traitées avec Clou Sign par voie antérograde ou rétrograde depuis un moment au Burundi avec de bons résultats fonctionnels. Celles ouvertes exigent qu'on attende la cicatrisation pour une ostéosynthèse interne.

L'arthroplastie totale de la hanche est de plus en plus pratiquée au Burundi mais elle est toujours limitée sur la ville de Bujumbura. Elle peut être améliorée par la formation de chirurgiens orthopédistes et la disponibilité de plateaux techniques adaptés.

Le lambeau frontal pédiculé a prouvé ses bons résultats esthétiques chez quatre des cinq malades opérés pour couverture des pertes de substance frontale peu importe la cause surtout chez la population oubliée de la société (les Albinos) → Nécessité d'une chirurgie plastique



## ASSOCIATION BURUNDAISE DE CHIRURGIE (ABUC) XV<sup>ème</sup> CONGRES

Un quoi de neuf sur la Prothèse Totale du Genou et arthroscopies (rapport de formation faite à Nairobi). L'arthroplastie du genou peut commencer à tout moment à Bujumbura.

### ✓ **Session de Neurochirurgie avec 3 présentations**

L'HED est souvent une complication d'un traumatisme crânien, de bon pronostic si le diagnostic et la prise en charge sont précoces.

La déformation du crâne, l'œdème autour de l'embarrure, la plaie du cuir chevelu et les troubles de la conscience sont les signes les plus retrouvés à l'admission chez les malades présentant une fracture-embarrure du crane (FEC). La FEC reste une urgence neurochirurgicale courante. La cause la plus fréquente dans notre contexte est l'AVP. Les mesures de prévention et l'amélioration des moyens diagnostiques et thérapeutiques sont très importantes pour réduire la fréquence et la morbi-mortalité.

Dans les traumatismes cranio-encéphaliques, le bilan radiologique repose essentiellement sur la TDM qui a l'avantage d'être de réalisation rapide en urgence mais aussi ses performances indiscutables dans la mise en évidence des différents types de lésions élémentaires cranio-encéphaliques et surtout ceux qui menacent le pronostic vital. Nous avons suivi l'expérience du service d'imagerie de Kira Hospital. Devant un trauma crânien avec indication d'imagerie (voir l'algorithme et l'afficher aux urgences), la Rx standard n'a pas de place, demander une TDM sans injection.

### ✓ **Enfin, quelques communications libres viennent de nous occuper avec :**

- **ISO** : reste une complication majeure en milieu chirurgical compromettant l'acte chirurgical. Une étude a été réalisée à l'HMK. L'âge, le diabète, la chirurgie urgente, la classification Altemeier, la classification ASA, la durée opératoire influencent la survenue de l'ISO.
- **La chirurgie des fentes labio-palatines** : une série de 175 cas opérés par Smile Train Kibuye a été présentée. L'épidémiologie et les différents types d'opérations pour les fentes labiales (Fisher, Millard, Rose-Thompson) et palatines (rétroposition V-Y, plastie en Z doublement opposée, palatoplastie), ainsi que les recommandations concernant le moment des opérations (3 mois pour les fentes labiales et 10 mois pour les fentes palatines) sont à retenir. Il est important de contrôler le post-opératoire. Des illustrations des enfants opérés (images avant et images après) avec bons résultats esthétiques.
- **La sténose trachéale** : Deux cas de sténose trachéale ont été présentés. L'un était due à un traumatisme cervical par accident de la voie publique, avec fracture de la trachée, l'autre était consécutive à une intubation prolongée. La dyspnée inspiratoire doit faire penser à la sténose trachéale. La prise en charge a consisté, pour les deux cas, en une résection de la



## ASSOCIATION BURUNDAISE DE CHIRURGIE (ABUC) XV<sup>ème</sup> CONGRES

portion sténosée avec anastomose termino-terminale avec bons résultats.  
Attention à la longueur du segment sténosée

- **L'épispadias** : Malformation congénitale urologique rare. Son Dc est facile. Le traitement consiste en une urétroplastie selon la technique de Cantwel modifiée par Young, avec de bons résultats fonctionnels. Notez qu'il existe bien d'autres techniques mais celle adoptée est la bonne. Il y a risque de fistule, de diverticules ou des infections. Le moment de la chirurgie dépend que l'épispadias est associé ou non de l'incontinence. De telle malformation contre-indique la circoncision. Il peut s'associer à une extrophie vésicale (souvent difficile à gérer)
- **Le phéochromocytome** : Il s'agit d'une tumeur développée aux dépens de la médullosurrénale sécrétant des catécholamines (adrénaline, noradrénaline ou dopamine). Il se manifeste par une HTA rebelle aux anti-HTA et le traitement chirurgical donne de bons résultats. Attention à la possibilité de multiple localisation qui n'est pas dans le cadre de métastases.
- **Le rhabdomyosarcome embryonnaire para-testiculaire chez l'enfant (RMSEPT)** : Les raisons de cette transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse restent à être élucidées. La prise en charge est multidisciplinaire combinant la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Il est important de rappeler que la chirurgie n'est jamais curative seule, comme c'est le cas par ailleurs pour la presque totalité des tumeurs malignes. Le dosage des marqueurs tels que l'alpha-foeto-proteines et le Beta-HCG est important pour le suivi thérapeutique.

**Une présentation sur l'aperçu général du Denk Pharma a été suivie.**

**Chaque session était suivie par des échanges, commentaires et discussions très riches.**

Pour terminer, au nom de tout le comité d'organisation, je tiens à remercier sincèrement les différents intervenants, tous les Orateurs, présentateurs comme modérateurs, ceux qui ont apporté leur soutien financier et moral, comme MSV, Denk Pharma. La liste n'est pas exhaustive. Tout cela ayant permis la faisabilité et la réussite des présents congrès.

**Nous vous disons SINCEREMENT ET INFINEMENT MERCI.**

**Vive notre association ABUC  
Vive la Recherche  
Vive l'enseignement**

**Rapporteur du 15<sup>ème</sup> congrès  
Dr Jean Claude Mbonicura**