

## Points de vue sur la chirurgie cœlioscopique dans le Tiers-monde

G.B. CADIÈRE (Bruxelles)  
H. FERNANDEZ (Clamart)

### POUR

Une des difficultés de la chirurgie dans les pays du Tiers-monde, particulièrement en chirurgie abdominale, réside dans les soins post-opératoires : l'organisation de l'ensemble des structures hospitalières est extrêmement difficile à gérer : les salles d'hospitalisation sont en général vétustes, la formation du personnel infirmier est souvent insuffisante, les produits pharmaceutiques manquent et l'alimentation du malade est le plus souvent assurée par sa famille qui l'entoure avec des ustensiles et produits culinaires. Dans ce contexte il est difficile de garantir une hygiène correcte des plaies. Il s'ensuit une fréquence élevée d'infections de plaies, immobilisant le malade, surpeuplant les ailes d'hospitalisation et absorbant inutilement les faibles moyens disponibles tels que les pansements.

En chirurgie cœlioscopique l'absence de large incision réduit spectaculairement le risque d'infection. Elle autorise une mobilisation immédiate, réduit la durée d'hospitalisation et permet aux patients de retrouver rapidement leur environnement quotidien. Les salles d'hospitalisation se libèrent plus rapidement par le départ précoce du patient, de sa famille et de la logistique nécessaire à la préparation des repas. Là où aucune couverture sociale ne permet l'arrêt du travail, la réintégration rapide du patient et de sa famille dans les activités du village réduit les perturbations dans l'organisation de celui-ci.

D'autre part, dans un contexte extrêmement pauvre en moyens diagnostiques, excluant le plus souvent l'imagerie sophistiquée telle que scanner ou échographie, la laparoscopie peut être également un outil diagnostique de certitude.

A première vue pourtant, le sentiment du chirurgien « occidental » de dépendre d'une chaîne technique peut paraître un inconvénient insurmontable dans ces pays. Le désavantage théorique de cette dépendance de haute technologie est, à bien y regarder, beaucoup moins handicapant que l'on ne pourrait le croire.

Sur le plan de l'instrumentation, les trocarts métalliques et les instruments non jetables posent peu le problème de coût et d'entretien.

Les procédés d'hémostase et d'agrafage mécanique peuvent, au prix d'un peu de dextérité, être remplacés par de simples ligatures ou sutures manuelles intracorporelles.

L'image nécessite un écran de télévision et éventuellement un magnétoscope que l'on trouve partout dans le Tiers-monde et qui peuvent donc, en cas de panne, être remplacés aisément. Restent l'insufflateur de CO<sub>2</sub> (qui dans certains cas peut être remplacé par l'injection manuelle d'air ou par un suspenseur de paroi) et la caméra, maillons les plus sensibles de la chaîne, dont il faudra particulièrement prendre soin.

Le chirurgien n'aura donc plus qu'à « couvrir » ce matériel regroupé dans une pièce de l'hôpital de manière à prévenir toute détérioration ou vol. Ceci est beaucoup plus simple que de s'occuper de la gestion d'une aile d'hospitalisation, de la surveillance des soins infirmiers ou de l'économat.

Quelques champs d'application de la cœlioscopie paraissent particulièrement propices à la pratique dans le tiers-monde :

– *la chirurgie fonctionnelle de l'estomac* : la maladie ulcéreuse et le reflux gastro-oesophagien restent difficilement contrôlables dans les régions du tiers-monde par une médication chère et d'usage prolongé, parfois à vie, sous contrôle endoscopique. Celle-ci peut être avantageusement remplacée, à moindre frais, par un traitement chirurgical définitif, d'autant que dans ce type de chirurgie (manchonnage du fundus, vagotomie) l'acte opératoire en soi est bénin puisqu'il n'implique ni exérèse ni ouverture de la lumière digestive. La difficulté et la lourdeur de l'intervention par voie classique résultent d'un accès difficile, « en boîte aux lettres », de la région hiatale qui nécessite un délabrement pariétal important et une traction appuyée sur le rebord sous-costal. Cet inconvénient disparaît dans l'abord cœlioscopique.

– la chirurgie liée à des agents infectieux : kyste hydatidique, guidage coelioscopique du drainage d'abcès profonds.

– la chirurgie des urgences abdominales : l'apport diagnostique et thérapeutique de la coelioscopie sont conjugués.

En cas d'abdomen traumatique, l'examen de la cavité coeliale permet de dresser un bilan des dégâts viscéraux, un « second look » peut même être aisément réalisé en présence d'une évolution clinique défavorable.

En cas de péritonite, la laparoscopie permet de déterminer ou de confirmer le diagnostic d'en préciser la localisation.

En fonction du type de lésion et de l'expérience du chirurgien, le traitement de pathologie pourra être réalisé par laparoscopie, comme c'est souvent le cas pour l'appendicite, la grossesse extra-utérine ou l'ulcère perforé par exemple. Si tel n'est pas le cas, les informations laparoscopiques permettent d'optimiser l'incision qui sera réalisée à minima, et en regard de la pathologie, évitant les grandes laparotomies exploratrices.

L'introduction de la laparoscopie dans le tiers-monde implique néanmoins deux types de problèmes : d'une part ceux liés à l'acquisition du matériel d'imagerie et d'autre part ceux de l'enseignement de la technique.

Outre les mécanismes classiques d'aide à la coopération on peut s'attendre à ce que des firmes commerciales investissent dans des pays promis à des marchés en proche développement. Le perfectionnement continu du matériel rend disponible quantité d'appareils de la génération précédente dont la simplicité peut être avantageuse dans ces régions. Certaines firmes d'imagerie ont déjà choisi d'asseoir leur image en donnant ce type de matériel à des projets à long terme dans le tiers-monde ou en prêtant leur logistique pour des missions ponctuelles (Algérie-Vietnam-Roumanie).

Un des moyens les plus efficaces d'enseignement est le jumelage entre des services européens rompus à la laparoscopie et des services dans le Tiers-monde dont la nature universitaire garantit une structure et des intentions d'enseignement. Ce jumelage basé au départ sur le contact d'homme à homme, garantie de motivation et de rapports d'égalité, doit être soutenu par les services de coopération (financement, facilités administratives au niveau des ambassades), les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les firmes commerciales. Actuellement, l'enseignement implique à la fois la visite de l'élève dans le service de l'enseignant et sa réciproque. D'une part, un certain nombre de bourses doit être délivré pour des visites de moyen terme (quelques mois à 1 an) dans des centres européens de chirurgie coelioscopique. Ces bourses

ne sont pas nécessairement à la charge des pays européens mais peuvent être également obtenues auprès d'organismes internationaux par les pays en voie de développement eux-mêmes. Quelques cours spécifiques à la coelioscopie dans le Tiers-monde sont en voie d'organisation, notamment pour 1996 en collaboration avec le Professeur Marescaux de l'IRCAD à Strasbourg. D'autre part des démonstrations opératoires doivent être réalisées sur place. Après avoir regroupé les malades, les interventions sont réalisées le matin et suivies de discussions sur les techniques l'après-midi.

Mais l'avenir est probablement dans l'enseignement à distance retransmis par les autoroutes électroniques de l'information. Il ne s'agit donc plus des transferts de l'enseignant ou de l'enseigné, difficiles, longs et coûteux, mais du transfert de l'information elle-même. Les chirurgiens qui ont suivi une formation par des cours en Europe ou par télématique chez eux, peuvent, après avoir vu une technique donnée, la réaliser avec plus de sécurité dans leur bloc opératoire, grâce à une connexion télématique permettant l'assistance active, à distance, de l'expert. Ceci est d'autant plus facilement réalisable que les chirurgiens concernés sont déjà compétents en chirurgie classique, ce qui leur permet de remédier à d'éventuels problèmes laparoscopiques par une conversion en laparotomie.

Une cellule plus particulièrement chargée des problèmes concernant l'enseignement à l'étranger et les missions humanitaires va être créée au sein de la Société Française de Chirurgie Endoscopique (SFCE) qui pourrait envisager :

- de recenser les actions menées à l'étranger de façon à les coordonner utilement et à faciliter la tâche des enseignants en leur donnant des renseignements utiles sur le pays et ses responsables,
- de recenser les centres de stage où peuvent être accueillis des chirurgiens désireux de se perfectionner en coelio-chirurgie,
- d'établir une relation avec les industries médicales et pharmaceutiques qui pourraient aider au financement des séjours ou proposer du matériel de seconde main,
- de recueillir les dons éventuels en matériel ou en espèces destinés à des actions humanitaires,
- de mettre sur pied un enseignement pratique pour le personnel infirmier portant en particulier sur l'utilisation et l'entretien du matériel,
- de travailler à la mise en place d'un réseau d'enseignement à distance.

G.B. CADIÈRE

**PLUS RÉSERVÉ**

La coelioscopie envahit le monde entier. Quelles que soient les sources d'information médicale, il apparaît illusoire de ne pas mentionner son utilisation dans la prise en charge des pathologies gynécologiques. De cette façon, la coelioscopie a pénétré les pays en voie de développement avant même que l'organisation sanitaire n'ait pu préparer sa venue.

Qu'observe-t-on? Un décalage énorme dans l'équipement des structures hospitalières. D'un côté, un hôpital, ou plus fréquemment des structures privées, ont pu investir et s'équiper et, parallèlement, la quasi-totalité des maternités et des services de gynécologie sont sous-équipés, tant en matériel qu'en médicaments. Ceci a souvent pour conséquence une mortalité maternelle élevée (200 à 1000 pour 100 000 naissances); aussi bien en Afrique, en Asie qu'en Amérique du Sud, due le plus souvent à l'impossibilité de pratiquer une césarienne à temps par manque de structure d'accouchement équipée de bloc opératoire.

On est donc loin de l'utilisation sophistiquée de la coelioscopie pour la prise en charge immédiate et rapide d'une pathologie dont on a fait le diagnostic à l'aide d'examen biologiques ou échographiques, dont la réalisation est le plus souvent impossible dans la majorité des structures de soins. Cependant la coelioscopie envahissante est là et les médecins des pays en voie de développement ne peuvent être tenus à l'écart d'un mouvement de cette ampleur. Il faut donc réfléchir à la maîtrise du phénomène. L'acquisition du matériel dont le coût, et surtout l'entretien, imposent un investissement important, doit être rationnelle et ne pas risquer de majorer le sous-équipement endémique des autres structures de soins.

En clair, un seul centre par région doit pouvoir bénéficier de cet équipement. Il doit avoir pour rôle, outre la prise en charge des pathologies fréquentes comme la grossesse extra-utérine, les infections pelviennes et les pathologies annexielles, d'assurer la formation *in situ* des chirurgiens. Des accords inter-universitaires peuvent encadrer cet enseignement afin d'actualiser les connaissances. Il ne faut cependant pas oublier que les pathologies gynécologiques des patients des pays en voie de développement, sont souvent les plus difficiles à traiter par des équipes expertes en raison du caractère multi-adhérentiel des petits bassins. Il faudra donc ne pas « brûler » les étapes de la formation et ne savoir garder que le rôle diagnostic de la coelioscopie avant de « s'aventurer » dans la thérapeutique.

Enfin une réflexion sur la prise en charge économique de la pathologie gynécologique doit restituer sa place à la chirurgie par voie vaginale quasiment ignorée dans les pays en voie de développement alors qu'elle est souvent la plus sûre, la plus rapide, la moins coûteuse, et celle qui évite le plus le problème des cicatrices dont la prise en charge des complications absorbe une grande partie des moyens disponibles.

Gardons-nous donc de favoriser telle ou telle technique pour au contraire développer l'acquisition de l'ensemble des techniques chirurgicales gynécologiques gardant à l'esprit l'aspect financier des équipements des structures hospitalières pour améliorer le coût efficacité de nos procédures.

H. FERNANDEZ

*Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte de Trivaux, 92141 CLAMART Cedex.*

## ANNALES DE CHIRURGIE

Rédaction : 31, bd de Latour-Maubourg, 75007 PARIS

Tél. : (1) 40 62 64 00 – Télécopie : (1) 45 55 69 20

Administration – Abonnements – Publicité : 15, rue Saint-Benoît, 75278 PARIS Cedex 06

Tél. : (1) 45 48 42 60 – Télécopie : (1) 45 44 81 55

### ABONNEMENTS

(10 numéros par an)

FRANCE : 1 210 F – Étudiant : 605 F

ÉTRANGER : 1 670 FF – Étudiant : 835 FF

Les abonnements sont payables au comptant et ne sont mis en service qu'après réception du règlement.

Les chèques bancaires en provenance de l'étranger devront être adressés au compte n° 11854-50 CIC, 7, rue Armand Molsant, 75015 PARIS Cedex (France).  
Checks drawn on banks in countries other than France should be made payable to account number 11854-50 CIC, 7, rue Armand Molsant, 75015 PARIS Cedex (France).