

IMPLANTATION D'UNE UNITE DE CHIRURGIE ABDOMINALE LAPAROSCOPIQUE AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA (CUK)

Rapport d'une première mission de formation des techniques spécialisées de chirurgie, d'anesthésie et de nursing spécifiques à la chirurgie laparoscopique, et démarrage du programme de chirurgie laparoscopique aux CUK

Séjour du 8 au 18 décembre 2009 d'une équipe multidisciplinaire du CHU de Liège, Université de Liège, Belgique, au sein des CUK, Université de Kinshasa, RDC



Table des matières

Remerciements	p3
Site Internet	p4
Abréviations	p5
Introduction	p6
Le séjour du Dr Bertier Nsadi au sein du service de Chirurgie Abdominale et Transplantation du CHU de Liège, Université de Liège, Belgique	p8
Projet WBI 2009 : séjour de deux internes des CUK au sein du CHU de Liège	p11
Le matériel médical	p12
La mission du 8 au 18 décembre : formation pratique	p15
La mission du 8 au 18 décembre : les conférences et la formation théorique	p19
Les espoirs du futur du programme	p21
Les problèmes	p22
L'année 2010	p25

Remerciements

Vous trouverez ci-joint le rapport du premier séjour d'une équipe du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK). Durant ce séjour, l'action concertée des équipes Congolaises et Belges a permis le démarrage du programme de chirurgie laparoscopique du service de chirurgie abdominale des CUK.

Ce projet d'implantation de la chirurgie laparoscopique aux CUK n'aurait pas été possible sans le stage de formation de 2 ans du Dr Nsadi au sein du service de chirurgie abdominale du CHU Sart Tilman, séjour qu'une bourse de la coopération technique belge (CTB) a permis.

Nous devons également remercier **Wallonie-Bruxelles International** (WBI) et la **Région Wallonne**. Ce projet a été choisi et financé à hauteur de 100.000 euros sur 3 ans (2008-2010). Cet argent public a été et sera bien dépensé, dans un projet que nous pensons durable. Une grosse partie de ce support a été utilisé pour acquérir le matériel nécessaire au démarrage du programme de laparoscopie (1 colonne et 2 boîtes d'instruments). Ce support a également permis les séjours des docteurs Mukaba, interne en chirurgie, et Mukuna, interne en anesthésie, au sein du CHU de Liège, afin de les familiariser avec les exigences médicales particulières de la laparoscopie. Nous remercions également les membres de WBI à Kinshasa pour leur aide et leur patience.

Nous devons également remercier les facultés de médecine de nos deux institutions universitaires, respectivement l'Université de Kinshasa et l'Université de Liège, qui ont soutenu ce projet et autorisé ces différents séjours. Les CUK ont réhabilité les salles d'opération nécessaires à cette activité. Le CHU de Liège a accepté le séjour du Dr Nsadi en son sein. Le Centre de Recherches du Département de Chirurgie (CREDEC) de l'Université de Liège a autorisé la présence et les recherches du Dr Nsadi. Le CHU de Liège a autorisé le détachement de deux médecins spécialistes pour une durée de 10 jours en RDC. Le CHU de Liège a également fait don de matériel médical (lits de soins intensifs, 2 respirateurs, 1 colonne de laparoscopie). Qu'il en soit remercié. Le CHR de la Citadelle (Dr Léon Lhoest, service d'anesthésie réanimation) a fait don d'un respirateur qui a été transféré avec succès aux CUK. Cette contribution a été et est importante car elle a permis les anesthésies générales aux CUK.

Nos partenaires de l'industrie pharmaceutique belge ont été également d'une importante contribution financière et/ou matérielle. Citons Roche, Stöpler (Storz), Air Liquide, Johnson&Johnson, Covidien, et Abbot, Zeneca et Philips.

Enfin, et surtout, nous voudrions remercier nos familles qui ont accepté que nous consacrons près de 2 semaines à ce séjour. Nous savons que sans leur support, cela n'aurait pas été possible.

Dr Olivier Detry

Chirurgie Abdominale, CHU Sart Tilman, Liège

Dr Abdour Kaba

Anesthésie - Réanimation, CHU Sart Tilman, Liège

Madame Joelle Vanderheyden

Infirmière de salle d'opération

Dr Bertier Nsadi

Chirurgie Abdominale, CUK, Kinshasa

Site Internet

www.laparoscopyincongo.org

Laparoscopy in Congo

Home News & Events Our Doctors Contact Us



- About laparoscopy
- About programme
- Procedures
- About Congo
- Gallery
- Surgery in Liège
- Publications
- Contacts
- Links

Introduction



The laparoscopic programme at the University Hospital in Kinshasa is going to start in December, due to the effort of Dr Berthier Nsadi Fwene, Prof. Olivier Detry, Dr Abdour Kaba and Dr Papino Xavier Mukaba. Dr Nsadi Fwene has just come back after his 2-year long stay at the Abdominal, Endocrine and Transplantational Surgery Department at the University of Liège, Belgium, directed by Prof. Michel Meurisse. During his stay at the Central University Hospital in Liège, Dr Nsadi Fwene had a chance to learn laparoscopic surgery, taking part in a wide variety of procedures, concerning abdominal surgery. His stay there gave him the opportunity to assist very skilled and experienced surgeons and to operate on his own. He was also working there in the Experimental Surgery Department on a liver perfusion problem during laparoscopic and open surgical procedures. Thanks to the help of many fundators, his Department was provided with laparoscopic equipment. For all this time he was preparing the programme of popularization of minimally invasive procedures among doctors, nurses and patients in Congo, which resulted in organisation of Laparoscopic Days in December. [more ...](#)

History of laparoscopy



The idea of minimal access surgery dates from the earliest days of medicine. It took, however, many years for modern endoscopy to start. Phillip Bozzini, obstetrician from Frankfurt, is considered one of the fathers of laparoscopy. In 1805 he started using a tube for examination of urethra and vagina in his patients. In 1897 Nitze and Reinecke from Berlin, together with Lelter from Vienna, produced the first usable cystoscope. In 1902 Kelling reported the first laparoscopy with the use of cystoscope in a living dog. Eight years later, Jacobaeus from Stockholm performed the first laparoscopy in human. In next years, Kalk, the founder of the German School of Laparoscopy, developed many instruments dedicated to minimally invasive surgery and popularized diagnostic laparoscopy. Rapid development of laparoscopic surgery in recent years was mainly due to gynecologists. One of them, Kurt Semm from Germany, performed the first laparoscopic appendectomy. It happened 4 years earlier than, considered nowadays a gold, or even 'platinum standard' - laparoscopic cholecystectomy, done by Mouret in Lyon (1987). [more...](#)


Laparoscopic days



Laparoscopic Days

9-18 December 2009
Kinshasa,
Democratic Republic of Congo

Laparoscopic Days is the cycle of lectures devoted to the theory of videosurgery and practical demonstration of laparoscopic procedures performed in Kinshasa by Belgian experts with congolese surgeons and anesthesiologists, which will take place between 9 and 18 of December 2009. [see the programme...](#)



Abréviations

CUK, Cliniques Universitaires de Kinshasa

CHU, Centre Hospitalier Universitaire de Liège

RDC, République Démocratique du Congo

CREDEC, Centre de Recherches en Chirurgie, Université de Liège

UNIKIN, Université de Kinshasa

1. Introduction

La chirurgie abdominale laparoscopique dans les pays développés

Dans les années 1980 et 1990, la laparoscopie a révolutionné la chirurgie abdominale dans les pays développés. Cette nouvelle façon d'aborder l'opéré abdominal, favorisée par le progrès technologique, permet de réaliser des interventions chirurgicales par de petits orifices. A cotés d'avantages esthétiques, il est à ce jour acquis de façon certaine que la laparoscopie présente des avantages importants sur l'abord chirurgical classique. L'absence de grande incision cutanée et l'absence de traction sur les muscles abdominaux diminuent les douleurs postopératoires. L'absence de large incision de la cavité péritonéale permet la réduction voire la disparition de l'iléus postopératoire. Les complications pariétales (abcès de paroi, éventration et/ou éviscération postopératoire) sont beaucoup moins fréquentes en laparoscopie. Le traumatisme péritonéal induit par l'agression chirurgicale étant moindre, les complications adhérencielles post opératoires sont également réduites. Il a été également démontré que la laparoscopie permet de diminuer les modifications immunitaires postopératoires induites par la chirurgie. In fine, la laparoscopie a nettement diminué la durée d'hospitalisation permettant même la réalisation de certaines interventions en hospitalisation de jour.

En quelques années, la laparoscopie est donc devenue le traitement « standard » de certaines interventions chirurgicales abdominales, comme la cholécystectomie, l'appendicectomie ou la cure de hernie. Avec l'expérience, des interventions plus complexes, comme les résection intestinales ou coliques, la chirurgie de l'obésité ou la splénectomie sont maintenant régulièrement réalisées par laparoscopie. Dans le futur proche, il est même probable que les interventions chirurgicales les plus complexes, comme la résection de l'œsophage, du rectum ou d'une partie du foie, soient régulièrement réalisées en laparoscopie.

La chirurgie abdominale laparoscopique dans les pays en voie de développement

Par contre la chirurgie laparoscopique n'a pas connu un succès comparable dans les pays en voie de développement, même dans les régions accessibles, et ce pour plusieurs raisons. La laparoscopie nécessite une anesthésie générale en ventilation contrôlée qui n'est pas toujours possible, par manque de respirateurs et d'appareils de surveillance de l'anesthésie et de la période postopératoire. Elle nécessite également l'acquisition d'un matériel onéreux de récolte et de transmission de l'intervention (la colonne de laparoscopie, comprenant un écran, une source de lumière froide, une caméra digitale, et un insufflateur de CO₂) et des instruments chirurgicaux spécifiques. Ce matériel nécessite un entretien spécifique et précautionneux. Il nécessite également la disponibilité continue de CO₂ et d'électricité. Ce matériel a une durée de vie limitée nécessitant un renouvellement à intervalles réguliers. Enfin, la formation de l'équipe responsable de ces patients en période périopératoire, ne peut se faire à distance ou sur période courte. En particulier, les principes chirurgicaux étant fondamentalement différents de ceux de la chirurgie « ouverte », la formation du chirurgien nécessite de nombreux mois de travail pratique. La formation « one-shot » de quelques jours dans un centre hautement spécialisé, ou un séjour de quelques jours d'une équipe européenne apportant le matériel sans formation chirurgicale avancée en laparoscopie, ne suffit pas.

Cependant la laparoscopie présente des avantages indéniables pour les pays en voie de développement. La réduction des complications postopératoires et de la durée d'hospitalisation permet une réduction des coûts liés à l'hospitalisation et aux médications. Particulièrement, la réduction des infections de paroi pourrait être un des avantages majeurs de la laparoscopie dans ces pays. Les patients d'origine Africaine développant plus d'adhérences péritonéales post-opératoires, il peut être postulé que la laparoscopie présentera également là un avantage sur la laparotomie. Enfin, l'utilisation de la laparoscopie diminue les contacts sanguins entre le patient et l'équipe soignante, diminuant le risque de transmission d'infection par voie sanguine.

Nous espérons également une conséquence à plus long terme de l'introduction de cette chirurgie moderne dans les pays en voie de développement, car elle pourrait permettre de limiter la fuite des cerveaux médicaux. En effet, de nombreux chirurgiens des pays en voie de développement venant compléter leur formation chirurgicale dans les pays développés, ils y apprennent les techniques chirurgicales modernes, comme la laparoscopie, mais ils sont tentés de ne pas retourner dans leur pays d'origine en raison de l'absence de moyens financiers, pour une part, mais également par l'absence de moyens techniques. De cette façon, les médecins formés rapporteront ces connaissances

La chirurgie abdominale laparoscopique appliquée à la RDC

Il nous est difficile de faire le point sur la situation actuelle de la chirurgie laparoscopique en RDC. Il est cependant certain que la laparoscopie n'est pas pratiquée de manière régulière. Il n'existe d'ailleurs pas d'importateur du matériel médical spécifique en raison de l'absence de demande. Des journées d'enseignement de la laparoscopie ont eu lieu début des années 2000. Cependant, en l'absence de chirurgien abdominal formé de manière complète et pratique, et en l'absence de disponibilité du matériel spécifique, les interventions abdominales complexes laparoscopiques ne sont pas réalisées en RDC à l'heure actuelle. Tout au plus, des laparoscopies exploratrices et des ligatures de trompes sont pratiquées de façon irrégulière çà et là dans les zones urbaines, à Kinshasa et à Lubumbashi.

La chirurgie abdominale laparoscopique appliquée au cas particulier du service de chirurgie abdominale des CUK, RDC

Les CUK, hôpital universitaire de l'Université de Kinshasa (UNIKIN), dont la faculté de médecine est la plus importante du pays, est situé sur le plateau universitaire (anciennement Lovanium). Les bâtiments datant des années 50 n'ont pas été entretenus. L'équipement médical est inexistant ou vétuste. Cependant, malgré ces conditions difficiles, nous avons assisté à des interventions chirurgicales lourdes (ex : chirurgie de fistule recto-vaginale, gastrectomie, neurochirurgie, ORL) réalisées avec grande maîtrise tant chez l'enfant que chez l'adulte. La chirurgie abdominale par laparoscopie n'y avait jamais été réalisée avant notre séjour. Il est cependant clair que les CUK sont une institution dont le fonctionnement est menacé à court ou moyen terme si une rénovation en profondeur des bâtiments n'est pas entreprise. De même un minimum d'équipement médical et paramédical est nécessaire pour une amélioration des soins aux patients et de l'enseignement aux futurs médecins congolais.

2. Le séjour du Dr Bertier Nsadi au sein du service de Chirurgie Abdominale et Transplantation du CHU de Liège, Université de Liège, Belgique

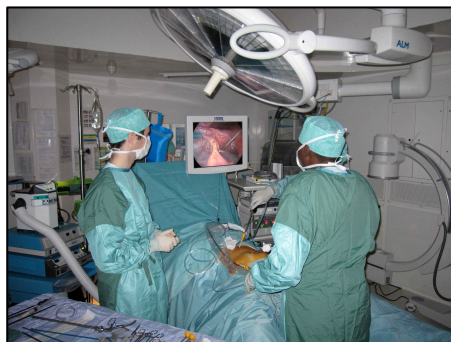
Le Dr Berthier Nsadi, chirurgien dans le service de chirurgie abdominale des CUK, a séjourné 2 ans (septembre 2007-Septembre 2009) dans le service de chirurgie abdominale du CHU de Liège grâce à une bourse de la coopération technique belge (CTB). Il y a fait preuve d'une excellente connaissance médicale et chirurgicale, d'un savoir faire remarquable et d'une ardeur au travail étonnante. En quelques mois il a comblé le fossé technologique séparant nos deux médecines, et exerçait des responsabilités comparables à celle d'un assistant de chirurgie en toute fin de formation. Il a rapidement appris la laparoscopie tant par son travail clinique mais également par des heures passées sur simulateur et au laboratoire de chirurgie expérimentale.

Durant ce séjour, le Dr Nsadi a participé à un grand nombre de cours formations théoriques et pratiques, principalement orientés vers la chirurgie laparoscopique. Cliniquement il a participé à toute l'activité du service de chirurgie abdominale et transplantation, prenant plus que sa part de gardes et d'obligations de week-end.

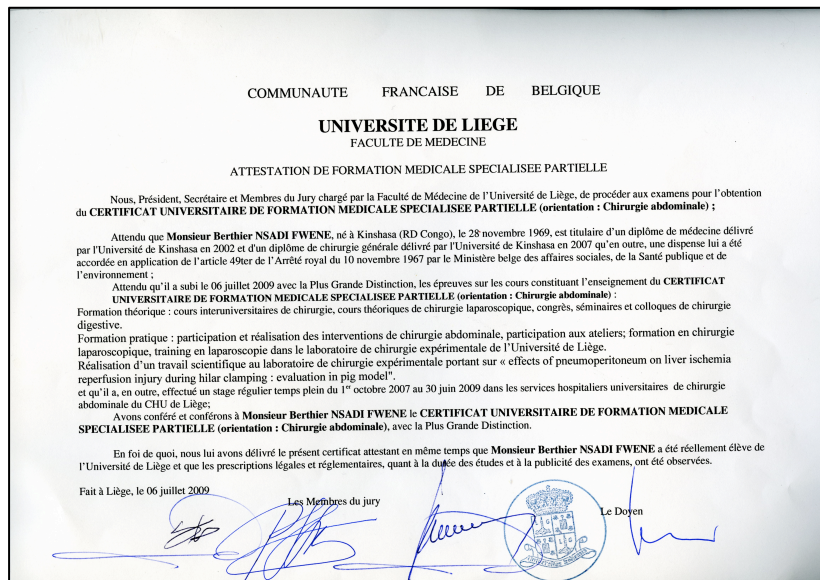
Il a également perfectionné sa pratique de la laparoscopie par des heures de simulation sur « pelvi-trainer », ainsi que sur le gros animal au sein du Centre de Recherches du Département de Chirurgie (CREDEC) de l'Université de Liège (Pr JO Defraigne).



Lors de la fin de son séjour, le Dr Nsadi était capable de « voler en solo », à savoir de réaliser seul les interventions chirurgicales laparoscopiques de base telle que la cholécystectomie.



Il a également participé activement au programme de recherche du service de chirurgie abdominale, permettant la publication d'abstracts et d'articles. Il a obtenu lors de son séjour le Certificat Universitaire de Formation Médicale Spécialisée Partielle en Chirurgie Abdominale, décerné par l'Université de Liège le 6 juillet 2009, avec la Plus Grande Distinction.



La conception du projet WBI

Durant son séjour en Belgique, le Dr Nsadi a répondu à un appel à projet de WBI (Région Wallonne). Ce projet de 3 ans, qui peut être trouvé en annexe 1, vise à permettre l'implantation d'une activité de chirurgie abdominale laparoscopique aux CUK. Ce projet est original car il s'inscrit dans la durée. Il repose tout d'abord sur la formation spécialisée acquise par le Dr Nsadi lors de séjour au CHU de Liège et financé par la CTB, pour permettre le transfert de cet enseignement aux CUK grâce à l'acquisition du matériel spécifique nécessaire (colonne de laparoscopie – année 2008 et deux boîtes d'instruments – année 2009), le séjour d'un anesthésiste CUK et d'un assistant CUK au CHU de Liège (2009), deux séjours d'une équipe du CHU de Liège aux CUK (séjour de démarrage 2009 – séjour de consolidation 2010) et un séjour 2010 de consolidation du Dr Nsadi au CHU de Liège.

L'intérêt du projet pour la RDC

Ce projet a été conçu par un chirurgien des CUK, selon les besoins locaux, avec l'aide et l'expérience de l'équipe liégeoise. Il répond à un besoin de la médecine congolaise, comme en témoigne un forum organisé à Bruxelles en octobre 2008 par THSELA, une ASBL belgo-congolaise visant à l'amélioration des soins de santé en RDC

(recommandation 5, page 10 du rapport en annexe 2). L'intérêt de ce projet pour les partenaires RDC et les autorités de la RDC est réel, comme en témoigne la visite de l'ambassadeur de la RDC en Belgique au CHU de Liège le 8 septembre 2009.



3. Projet WBI 2009 : séjour de deux internes des CUK au sein du CHU de Liège

Le séjour du Dr Patrick Mukuna au sein du service d'anesthésie - réanimation du CHU de Liège pendant presque deux mois (octobre et novembre 2009) lui a permis de se familiariser avec les spécificités de l'anesthésie-réanimation en chirurgie laparoscopique. Lors de ce séjour le Dr Mukuna a également consolidé ses connaissances théoriques et pratiques en anesthésie générale et loco-régionale. Ce séjour pourrait être le premier maillon d'une chaîne d'échange et de formation entre les départements d'anesthésie-réanimation du CHU de Liège et des CUK.



Dr Patrick Mukuna



Dr Papino Mukaba

Le séjour du Dr Papino Mukaba, interne en chirurgie aux CUK, au sein du Service de Chirurgie abdominale du CHU de Liège du 13 août au 30 octobre 2009, a permis sa familiarisation avec la laparoscopie. Dans cette technique chirurgicale spécifique, l'assistant chirurgien a un rôle clé car c'est lui qui tient la caméra opératoire permettant de visualiser la zone opératoire. Lors de ce séjour, le Dr Mukaba a acquis les bases nécessaires à ce travail, tant au laboratoire qu'en salle d'opération. Cet apprentissage des bases lui a permis d'aider efficacement le Dr Nsadi lors des interventions réalisées pendant ce premier séjour aux CUK. Il forme avec le Dr Nsadi une équipe complémentaire et nécessaire à la continuation de la laparoscopie aux CUK. Nous espérons qu'il continuera à se former dans cette voie et aidera la pérennité de ce programme CUK ou aura la possibilité de le développer dans une autre institution congolaise.

4. Le matériel médical

La chirurgie abdominale par laparoscopie nécessite un matériel spécifique et onéreux, constitué d'une colonne laparoscopique et d'instruments chirurgicaux. Ce matériel n'est pas disponible ni importé en Afrique Centrale à ce jour. Nous devons choisir le matériel représentant le meilleur rapport coût/solidité + efficacité. Nous devons également choisir un matériel qui serait probablement un jour importé de manière officielle en Afrique Centrale.

Notre choix s'est porté vers du matériel de la firme Storz, que nous avons acquis auprès de son distributeur belge. Ce matériel nous a semblé le plus solide. Les prix obtenus lors de cette acquisition sont très significativement inférieurs à ceux proposés habituellement en Belgique. Enfin Storz est représenté par un distributeur pour l'Afrique du Nord et l'Afrique du Sud, il est probable que si la laparoscopie se développe en RDC, ce matériel pourrait également être officiellement distribué dans ce pays. La colonne de laparoscopie (année 2008 du projet WBI) et la grande majorité du matériel chirurgical (année 2009 du projet WBI) a été acquis auprès de cette société. Ce matériel a été envoyé aux CUK grâce à WBI. La durée de vie de ce matériel dans les conditions locales n'est pas connue, et constitue en soi une donnée qui sera intéressante à évaluer et à rapporter, vu l'absence d'informations disponibles sur le sujet.





Malgré une réhabilitation d'une salle d'opération réalisée par nos partenaires des CUK, le minimum de matériel nécessaire à la réalisation d'anesthésie générale (respirateur – monitorings) dans des conditions acceptables de sécurité, manque cruellement dans les hôpitaux de la RDC, et particulièrement aux CUK. Nous avons prospecté dans les deux principaux hôpitaux liégeois, le CHU de Liège et le CHR de la Citadelle, afin de déterminer si ces institutions disposaient de matériel fonctionnel mais déclassé car d'ancienne génération, et qui pourrait être utilisé aux CUK. Ainsi, nous avons pu récolter comme matériel lourd, 1 colonne de laparoscopie, 3 respirateurs, 2 monitorings, ainsi que 18 lits de soins intensifs. Un de ces respirateurs a été envoyé par avion aux CUK pour pouvoir débiter le programme.



Lors de cet envoi, nous avons été confrontés à des tracasseries douanières rédhitoires, ainsi qu'à une taxation inacceptable pour du matériel médical déclassé mais fonctionnel, gracieusement offert à la RDC pour un projet de coopération bilatérale. Le reste du matériel est à ce jour toujours entreposé en Belgique en attente d'une solution quand à son transport et son dédouanement. La résolution de ce problème est cruciale pour l'avenir de toute coopération médicale avec la RDC. Nous sommes convaincus que nombre de matériel médical déclassé utilisable en RDC est disponible dans les hôpitaux belges, mais il est primordial qu'un canal d'acheminement soit créé. Il est possible que le matériel entreposé à Liège doive être envoyé dans un autre pays si une solution n'est pas trouvée.



5. La mission du 8 au 18 décembre : formation pratique

Dans le cadre du plan du projet WBI, le programme de chirurgie laparoscopique aux CUK devait débuter en 2009, lors d'un séjour d'une équipe belge comprenant un chirurgien, un anesthésiste et une infirmière de salle d'opération aux CUK afin d'aider à régler les possibles problèmes. Cette équipe était constituée de Mme Joëlle Vanderheyden, infirmière, du Dr Kaba, anesthésiste et du Dr Detry, chirurgien.



Nous sommes arrivés à Kinshasa dans la soirée du 8 décembre 2009, et nous avons été accueillis dès l'aéroport par un représentant de WBI Kinshasa, qui a facilité l'arrivée et la récupération des bagages. Le Dr Nsadi nous a ensuite conduit à notre logement, le « guest house » de l'Université de Kinshasa, logement idéalement situé à quelques centaines de mètres de l'hôpital, ce qui n'est pas négligeable dans cette ville où la circulation automobile est problématique.

Dès le lendemain, nous avons débuté l'installation du matériel aux CUK. Cet hôpital est visiblement dans un état de délabrement et de sous-équipement avancé. Cependant, l'accueil reçu, et la collaboration de tous les intervenants congolais, voir l'enthousiasme rencontré, nous persuadent que notre visite était importante pour les CUK, et pourrait servir à redynamiser l'institution. Comme prévu par le projet WBI, une salle d'opération dédiée à cette activité laparoscopique avait été entièrement rénovée.



Nous avons rencontré des problèmes de source de CO₂, les détendeurs des bonbonnes de CO₂ n'étant pas compatible avec le système de remplissage de RDC. Au niveau des respirateurs, le système qui a été envoyé a également demandé une adaptation, mais cet appareil est maintenant purement fonctionnel aux CUK.

Lors de notre séjour nous avons pu entraîner l'équipe CUK aux techniques chirurgicales, anesthésiques, et surtout paramédicales spécifiques à la laparoscopie. Les infirmières des CUK ont été particulièrement préparées au démontage, au nettoyage et à la stérilisation des instruments chirurgicaux laparoscopiques, élément clé pour espérer que ce matériel puisse être fonctionnel de nombreuses années. Les différents éléments de la colonne laparoscopique, ainsi que leur fonctionnement, ont été longuement expliqués. Nous avons également participé à de nombreuses séances d'enseignement théorique dont le résumé est présenté en annexe 3.



Durant le séjour, 11 interventions chirurgicales laparoscopiques (10 patients) ont été réalisées par l'équipe CUK. Le team chirurgical, guidé par le Dr Nsadi, n'a eu besoin de quasi aucune aide, grâce à l'expérience acquise lors du long séjour au CHU de Liège du Dr Nsadi, chirurgien, et du plus cours séjour du Dr Mukaba, assistant chirurgien. Ces interventions ont été suivies par une large audience faite de chirurgiens et d'assistants ou d'étudiants des CUK, témoignant l'intérêt des intervenants CUK pour cette activité nouvelle maintenant disponible dans leur institution. Nous sommes persuadés que cette activité de chirurgie laparoscopique pourra continuer aux CUK, à condition d'être aidée tant de l'intérieur des CUK que de l'extérieur.





6. La mission du 8 au 18 décembre : les conférences et la formation théorique

Une partie importante de notre séjour était constitué de conférences et de cours expliquant l'intérêt et les indications de la laparoscopie. Les présentations « Powerpoint » de ces réunions sont proposées en annexe 3. Ce programme a compris :

- « Présentation du projet d'une unité de chirurgie laparoscopique aux CUK », le 9 décembre 2009 de 15 à 17 heures en la salle de conférence de Wallonie Bruxelles Internationale – Kinshasa

- « Approche laparoscopique en chirurgie abdominale », Pr O Detry, Dr B Nsadi
« Modifications physiopathologiques induites par le pneumopéritoine au CO2 », Dr A Kaba, le 11 décembre 2009 de 14h30 à 17 heures, en l'amphithéâtre du Centre de Formation et d'Appui Sanitaire (CEFA), Kinshasa

- « Nursing au cours de la laparoscopie ; préparation, instrumentation, et gestion du matériel »
« Rôle, tâches et responsabilités de l'infirmières en salle d'opération », Mme Joëlle Vanderheyden, le 14 décembre 2009 de 15 à 17 heures, en l'amphithéâtre du CEFA, Kinshasa

- « Approche laparoscopique en chirurgie abdominale », Pr O Detry
« Modifications physiopathologiques induites par le pneumopéritoine au CO2 », Dr A Kaba, le 16 décembre 2009, de 16 à 18 heures, en la salle de réunion du département de chirurgie, CUK

- « Etat de l'art en chirurgie abdominale et laparoscopique », Pr O Detry, le 17 décembre 2009 de 15 à 17 heures, en l'amphithéâtre du CEFA, Kinshasa.

Ces réunions ont connu un franc succès. L'audience était à chaque fois nombreuse et intéressée, constituée principalement de professionnels de la santé (étudiants, internes, spécialistes, infirmiers), mais également de journalistes, voire du grand public. Lors des discussions suivant les exposés, le public témoignait d'un intérêt pour cette nouvelle technique chirurgicale dont la place dans les soins de santé de RDC n'a pas été démentie.



7. Les espoirs du futur du programme

Ce séjour termine donc l'année 2009 du projet d'implantation d'une unité de laparoscopie aux CUK par le démarrage clinique de ce programme avec la réalisation des premières interventions chirurgicales réalisées par l'équipe Congolaise après résolution de petits problèmes techniques inhérents à ce genre de technologie transposée à un pays en voie de développement. Onze interventions ont été réalisées par le Dr Nsadi, mais plus que le nombre, la possibilité de leur réalisation aux CUK, ainsi que l'enseignement des méthodes d'entretien et de stérilisation du matériel en RDC, constituent le réel succès de ce séjour.

Nous sommes persuadés que l'équipe des CUK est apte à continuer ce programme de chirurgie laparoscopique malgré les conditions médicales difficiles inhérentes au délabrement hospitalier de la RDC. Dès à présent, des interventions sont programmées pour les semaines suivant ce séjour. Nous espérons que l'enthousiasme de tous les intervenants CUK continuera à aider le Dr Nsadi après notre départ.

Il est cependant important de noter que ce programme ne pourra se pérenniser que si le Dr Nsadi peut démontrer que la laparoscopie est financièrement viable en RDC, par une étude comparative des techniques ouvertes et laparoscopiques. L'hypothèse de départ est que la laparoscopie permet la réduction significative de l'administration de médicaments par voie intraveineuse et/ou orale (antibiotiques, antalgiques), la diminution des complications infectieuses internes et pariétales (abcès de paroi), ainsi que la durée d'hospitalisation. Les économies réalisées dans ces postes doivent permettre de couvrir en totalité le surcoût financier imposé par la laparoscopie, à savoir le consommable chirurgical, le coût d'amortissement du matériel chirurgical (colonne et instruments chirurgicaux), et le coût de l'anesthésie générale moderne telle que réalisée lors de la laparoscopie.

Une étude scientifique prospective des résultats médicaux des interventions, en terme de complications, et durée d'hospitalisation, devra être réalisé par le Dr Nsadi, constituant peut-être à un travail doctoral original. Les indications de cette technique chirurgicale dans un pays en voie de développement tel que la RDC devront également être étudiées.

8. Les problèmes

La situation des hôpitaux en RDC et les CUK

Les hôpitaux de RDC et les CUK sont laissés à l'abandon par les autorités politiques. Aucun investissement ne semble y avoir été réalisé depuis des décennies. Les salles d'opération de CUK manquent du matériel d'anesthésie et de monitoring nécessaire à assurer une sécurité minimum. De même la salle de réveil n'est pas équipée de matériel de monitoring, et les soins intensifs manquent également d'équipement minimum. Il est clair aussi que la fourniture en électricité et en eau manque de stabilité. Enfin, les CUK ne dispose pas d'un CT scanner, appareillage radiologique qui est un minimum si l'on veut proposer une médecine de qualité en 2010. Malgré ces conditions pour le moins difficiles, nous avons pu assister à des interventions chirurgicales lourdes, telles que des gastrectomies, des colectomies ou de la neurochirurgie intracrânienne.

Matériel chirurgical

La chirurgie abdominale laparoscopique nécessite un appareillage spécifique constitué de la colonne et des instruments chirurgicaux. Leur durée de vie dans un pays en voie de développement tel que la RDC n'est pas connue, et il est important que l'équipe des CUK arrive à budgétiser le remplacement de ce matériel à terme, par l'addition de ce coût de remplacement dans le financement des interventions. De plus s'il apparaît dans cette expérience préliminaire que la laparoscopie est financièrement viable et médicalement intéressante pour les patients des CUK, et donc de RDC, ce matériel devra être disponible et importé en RDC par les sociétés fabriquant ce matériel. Il nous semble également possible de trouver du matériel d'occasion, principalement les colonnes, de génération un peu plus ancienne mais fonctionnelle, dans certains hôpitaux de Belgique.

Stérilisation du matériel chirurgical

Le matériel chirurgical laparoscopique est plus fragile que le matériel de chirurgie classique. Il est également plus difficile à stériliser. La qualité de la stérilisation aux CUK et dans les pays en voie de développement, doit être contrôlée afin de s'assurer de l'absence de risque pour les patients, et de la longévité du matériel laparoscopique. Aux CUK, le matériel apporté est stérilisé à l'autoclave ce qui devrait assurer cette sécurité et longévité. L'autoclave n'est cependant pas disponible dans tous les hôpitaux de Kinshasa, et celui des CUK pourrait un jour ne plus fonctionner.

Formation Chirurgicale

Une unité de laparoscopie est actuellement fonctionnelle aux CUK. Cependant, au vu de la population de cette ville (8.000.000 d'habitants), cette unité n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan du besoin médical. Il serait important de former un autre chirurgien, ainsi qu'un assistant, pour pouvoir développer cette activité aux CUK et surtout l'enseigner à d'autres chirurgiens définitifs ou en formation, afin qu'ils puissent à leur tour la développer dans d'autres hôpitaux.

La laparoscopie dans d'autres hôpitaux de Kinshasa

Il apparaît aussi suite à notre séjour aux CUK que d'autres hôpitaux réalisent des laparoscopies mais dans des conditions de sécurité (formation des médecins, stérilisation du matériel, anesthésie) qui ne semblent pas idéales. Nous avons suggéré que le Dr Nsadi essaie de réunir les médecins réalisant ces interventions pour standardiser les procédures, les méthodes de stérilisation, ainsi que l'approvisionnement en matériel chirurgical.

Prix pour le patient

La laparoscopie ne peut être viable dans un pays en voie de développement comme la RDC que si elle ne provoque pas un surcoût pour le patient par rapport à une intervention chirurgicale par voie classique. Nous sommes persuadé que cela est possible. Par exemple, une résection de la vésicule biliaire, appelée dans le jargon médical une cholécystectomie, lorsqu'elle est réalisée par voie ouverte, nécessite aux CUK une intervention sous anesthésie générale, des perfusions intraveineuses pendant plusieurs jours, une antibiothérapie de 5 jours, et une hospitalisation de 2 semaines. Par laparoscopie, les cholécystectomies que nous avons réalisées aux CUK, n'ont demandé que 3 heures de perfusion postopératoire, pas d'antibiotiques, et une hospitalisation de 24 heures. Il s'agit là d'une réduction drastique des coûts des soins médicaux post opératoires qui à notre avis, devrait permettre de compenser les coûts liés au remplacement régulier du matériel.

L'anesthésie

Malgré le manque de matériel des CUK, celles-ci représentent la seule école d'anesthésie pour la RDC, et même pour toute l'Afrique centrale. Or il n'y pas de chirurgie abdominale (laparoscopique ou classique) sans anesthésie de qualité qui minimise les risques pour le patient. Lors de notre séjour aux CUK, il nous est apparu important d'aider cette école d'anesthésie de RDC, tant en essayant de leur procurer un matériel adéquat que de les aider dans leur formation théorique.

Formation des infirmières et des techniciens

La formation du personnel infirmier et des techniciens responsables du matériel chirurgical et d'anesthésie nécessite clairement une mise à jour. La laparoscopie a permis une amélioration des soins aux patients, tant durant leur intervention, que leur réveil et leur hospitalisation. De même il nous apparaît important de participer à la formation de techniciens qui seront responsables de l'entretien du matériel afin d'en améliorer la durée de fonctionnement.

Transfert de matériel de Belgique

Durant cette année 2009, malgré l'aide importante de WBI, nous avons rencontré de réelles difficultés d'acheminement du matériel médical lourd (>15kg) en RDC. Ce matériel doit passer par la douane où il est victime d'un réel racket de la part des autorités douanières. Il nous semble inadmissible de taxer du matériel médical (neuf ou d'occasion) donné à la RDC pour des raisons humanitaires, et que les autorités de RDC

ne savent pas fournir à leur population. Ce problème est un obstacle majeur à tout espoir de collaboration future à plus large échelle.

Intérêt et motivation pour le CHU de Liège

Il nous semble que ce projet entre dans le cadre des missions universitaires du CHU de Liège. Il nous semble également que ce projet participe à la visibilité de notre institution tant en Belgique qu'à l'étranger. Nous espérons qu'il s'agit là d'une première pierre d'un projet plus vaste d'aide aux CUK de la part du CHU de Liège mais également de la part d'autres institutions hospitalières universitaires ou non universitaires, tant les besoins sont importants. Il appartient cependant aux autorités des CUK de proposer d'autres axes de collaboration, selon leurs besoins propres à définir, et aux autorités du CHU de Liège de se positionner sur l'intérêt d'un tel projet pour notre institution.

Il apparaît que les confrères CUK que nous avons rencontrés sont demandeurs de poursuivre cette collaboration entre le CHU et les CUK, tant pour le projet de chirurgie abdominale que pour l'anesthésie ou la gastroentérologie. Cependant cette collaboration, si on veut lui permettre d'être durable, doit s'accompagner d'un intérêt (scientifique ou autre) pour le personnel du CHU, et d'un appui de nos autorités hospitalières. Dans ce cadre nous regrettons que les autorités du service de nursing de notre CHU n'aient pas considéré que cette mission soit suffisamment importante pour y envoyer un de leurs agents. En effet Madame Vandereyden, infirmière du bloc opératoire du CHU, et dont la présence était plus que nécessaire lors de cette mission où elle a assuré la formation des infirmières des CUK tant au fonctionnement de la colonne qu'au fonctionnement, à l'entretien et à la stérilisation des instruments chirurgicaux, a du utiliser des jours de congé afin de se rendre disponible.

10. L'année 2010

Le projet 2008-2010 tel que proposé et accepté par WBI comprenait en 2010 le retour du Dr Nsadi pour une période de 4 semaines, ainsi que un second séjour de 2 semaines d'une équipe CHU aux CUK.

Au vu de l'expérience de notre premier séjour de 2009, nous désirons proposer de transformer ce séjour de 2 semaines en 2 séjours d'une semaine réparti sur l'année 2010. Ces deux missions pourraient comprendre un chirurgien (CHU ou non CHU), un anesthésiste, et une troisième personne qui pourrait être alternativement un technicien, un spécialiste en stérilisation et une infirmière de salle d'opération.

Nous comptons également demander la possibilité d'acquérir un matériel de monitoring ainsi que d'envoyer via la valise diplomatique 15 kg de matériel par mois.

Au vu des besoins et des résultats de ce premier séjour, nous espérons pouvoir prolonger cette expérience par un prolongement du projet WBI pour les années 2011-2013, voire d'en augmenter l'importance par un projet PIC.