



Anesth Weekly

Anesthésie

Anesth Weekly

Nr 378 - 13 mai 2015

Global surgery 2030

5 messages clés

Aujourd'hui, pas de physiologie, de technique ou de génétique, mais une réflexion sur la situation de l'accès à la chirurgie et à l'anesthésie dans le monde.

En janvier 2014, Le Lancet, devant le constat d'un accroissement rapide du fossé entre 'pays riches' et 'pays à moyen ou bas revenu' [PMBR] en termes d'accès aisé et peu coûteux aux facilités chirurgicales et anesthésiques, a pris l'initiative d'établir une commission multidisciplinaire internationale appelée 'Global Surgery' chargée d'étudier cette situation en termes de connaissance, de politique et d'actions concrètes à mettre en route. Pour rappel, il y a deux mois au congrès de l'ADARPEF à Lille, Eugène Zoumenou (Bénin) a rappelé, par exemple, que les pays de la zone francophone subsaharienne disposent, en tout et pour tout, de 1,5 anesthésiste par million d'habitants, soit 150 fois moins que la wallonie (2,24 par 10.000—cfr A.W. 375) !! En sus, ces anesthésistes n'ont pas de compétence particulière pour l'anesthésie pédiatrique. Le Lancet vient de publier le rapport de cette commission.

1

Actuellement, cinq (5) milliards d'hommes n'ont pas accès à des soins chirurgicaux et anesthésiques à des prix abordables. Seuls 10 % des populations des PMBR bénéficient de ces soins

2

143 millions d'interventions chirurgicales supplémentaires annuelles seraient nécessaires pour éviter décès et handicaps fonctionnels. Sur les 313 millions d'interventions qui ont lieu chaque année sur la planète, seules 6 % sont réalisées dans les PMBR. (voir carte ci-dessous) En plus, du fait de ces bas volumes d'activité, la mortalité et la morbidité liées aux opérations sont très hautes

3

plus de 80 millions de personnes se ruinent chaque année pour pouvoir accéder aux soins opératoires.

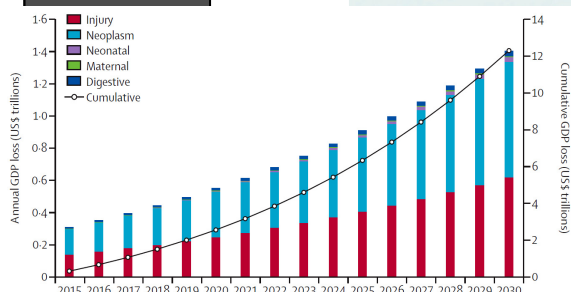
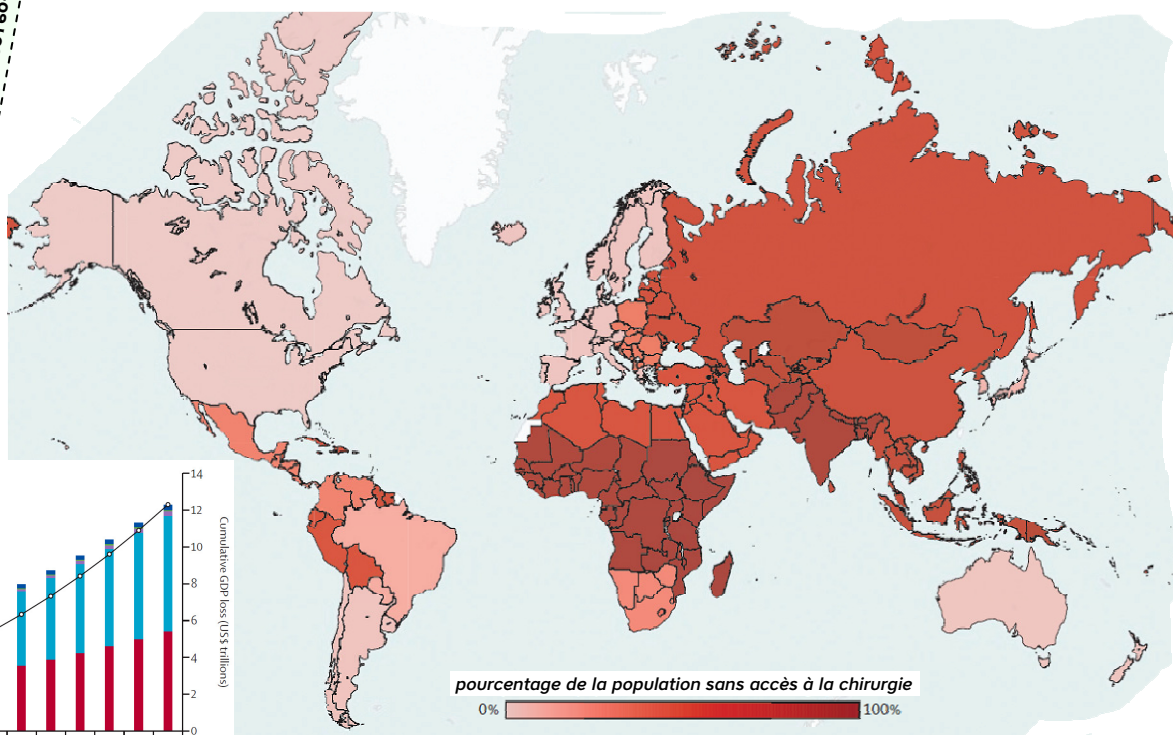
4

un investissement non-excessif pourrait sauver un grand nombre de vies dans les PMBR et surtout engendrer une croissance économique. En effet, le nonaccès aux soins coûte énormément à ces pays en termes de perte de productivité (cfr tableau en bas à gauche). En investissant pour atteindre le niveau des PMBR qui sont les meilleurs en termes d'offre chirurgicale, on pourrait espérer que 2/3 des PMBR atteignent 5.000 opérations par 100.000 habitants par an.

5

l'anesthésie et la chirurgie doivent être intégrées au centre des stratégies de soins dans ces pays. C'est un prérequis si on veut atteindre de bons résultats dans la prise en charge des cancers, des traumatismes, des maladies cardiovasculaires, des infections et pouvoir ainsi améliorer le niveau des soins pour les mamans, les nouveaux-nés et les enfants.

WWW.THELANCET.COM
PUBLISHED ONLINE APRIL 27, 2015
HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/S1040-6736(15)60160-X



TRAMADOL

CONTRAMAL

TRADONAL

TRADONAL EG

TRADONAL SANDOZ

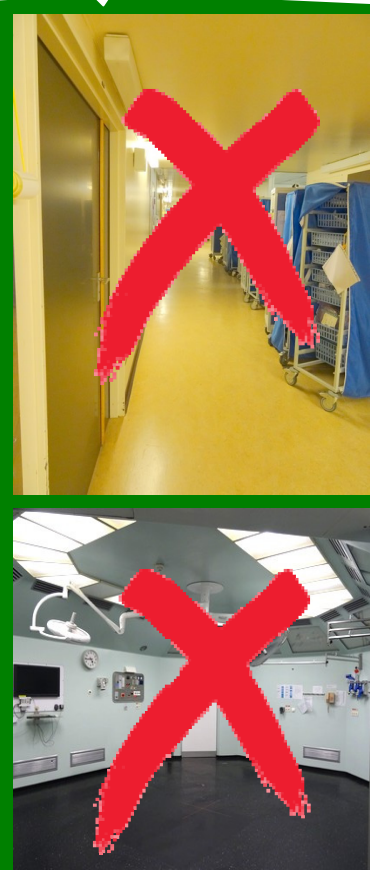
2,5

MG

5 MG
DOLZAM

Nouvelles salles

Dans A.W._362, le 5 novembre dernier, on vous annonçait le début des travaux de rénovation des salles 5 à 10 (chirurgie viscérale). Pile sept mois plus tard, au jour dit, les nouvelles salles ont été ouvertes. Il y a quelques appareillages H.D. qui ne seront là qu'en fin de mois, mais pour le reste, tout est là. Dès l'entrée dans le grand couloir, on est frappé par la luminosité. Les salles ont perdu leur forme octogonale ce qui fait gagner pas mal d'espace. La technologie est omniprésente pour la gestion des lumières notamment, de la ventilation, des systèmes d'information, etc .. Chapeau aux différentes équipes qui ont conçu et mené ce projet et à tous les utilisateurs qui ont, pendant les travaux, supporté les ajustements nécessaires !



RECTIFICATIF

En page 2 du numéro 376 d'AnesthWeekly du 08 avril dernier, on a abordé la problématique de l'imprécision du dosage des substances délivrées au moyen d'une pipette.

Dans le texte, je notais qu'en Belgique, les pipettes pour le tramadol délivraient en principe 2,5 mg par goutte (ce qui correspond à 40 gouttes pour un millilitre de produit).

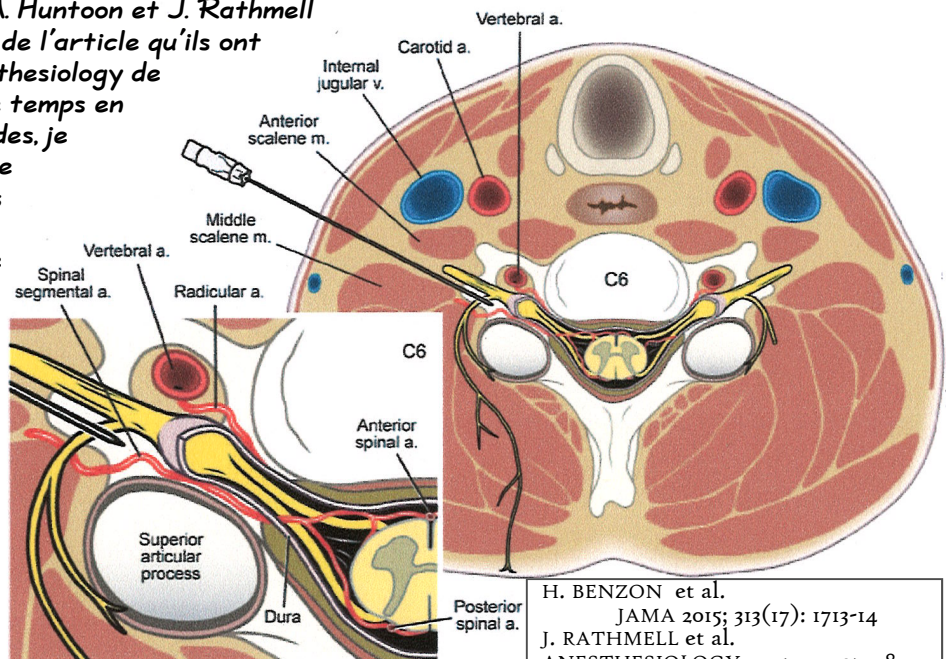
Bernard le Polain, expert en la matière et algologue averti, m'a très justement fait remarquer qu'en Belgique, les choses n'étaient pas toujours standardisées et qu'un des fabricant de tramadol avait opté pour des pipettes plus larges délivrant seulement 20 gouttes par millilitre. La concentration du produit restant la même (100 mg par ml) on obtient des gouttes correspondant à 5 mg, soit le double des autres !!

Merci à Bernard pour sa vigilance.

Improving the Safety of Epidural Steroid Injections

LE COIN DU CLINICIEN

Dans le JAMA de ce 5 mai, H.T. Benzon, M. Huntoon et J. Rathmell résument dans un "ViewPoint", l'essentiel de l'article qu'ils ont publié avec 20 autres collègues, dans Anesthesiology de mai 2015. Si vous réalisez, ne fût-ce que de temps en temps des injections périurales de stéroïdes, je vous recommande vivement la lecture de ce 'special article' qui rapportent les opinions de consensus en cette matière. La U.S. F.D.A. Safety Use Initiative s'est entourée d'un groupe d'experts multidisciplinaire et de représentants de 13 sociétés de spécialistes impliqués. Cela donne un rapport très didactique analysant les accidents possibles et les mécanismes pathologiques possibles de ces complications. Dix-sept considérations sont passées en revue avec une optique d'amélioration de la sécurité: quelles voies choisir: transforaminale ou interlaminaire, quel produit: avec ou sans microparticules, quels sont les pièges anatomiques, quel type d'imagerie. Les complications graves sont heureusement très rares mais chacun sait que les grandes études réalisées n'ont pas nécessairement abouti à une évidence 'claire et nette' de ces injections. Pourtant, le nombre d'actes réalisés, aux USA notamment, a augmenté au cours de la dernière décennie.



H. BENZON et al.
JAMA 2015; 313(17): 1713-14
J. RATHMELL et al.
ANESTHESIOLOGY 2015; 122: 974-84

EN 2011, 2.300.000 INJECTIONS PÉRIDURALES ONT ÉTÉ RÉALISÉES RIEN QUE CHEZ LES PATIENTS 'MEDICARE' AUX USA, SOIT 4.800 POUR 100.000 (EN 2000, 2.100 PAR 100.000)

JEAN-JACQUES HAXHE



Jean-Jacques Haxhe est décédé ce 3 mai à l'âge de 84 ans. Spécialisé en chirurgien vasculaire, il travailla principalement au laboratoire de chirurgie expérimentale. En 1965, il rejoint la commission facultaire de programmation des futures Cliniques saint Luc. Il en devient le directeur en 1968. A partir de cet instant, il s'investit totalement dans cette mission qui accoucha d'un superbe hôpital, au service des patients. Visionnaire, il n'en était pas moins un manager très respecté, prompt à la réaction pour aider toute équipe porteuse d'un bon projet. Tous ceux qui l'ont côtoyé et/ou travaillé avec lui 'C'était un vrai chef !' En-dehors de la coordination de l'hôpital, JJH était un expert en hygiène hospitalière. A côté de tout cela, JJH a laissé un bel héritage historique: deux forts volumes consacrés à l'histoire de Saint Luc et de ses médecins. Mais il ne s'est pas arrêté là et a rassemblé dans un site très riche une masse de données sur la faculté et sur tous les professeurs qui s'y sont succédé. Sur ce site, vous trouvez également le fichier PDF des 2 livres ci-contre. Chapeau à lui pour tout cet héritage.



[HTTP://WWW.MD.UCL.AC.BE/HISTOIRE](http://www.md.ucl.ac.be/histoire)