

MISSION HUMANITAIRE
DE BOROMO DU 6 AU 21 FEVRIER 2006

Lundi 6 février

Transport aérien avec Air France sans aucun problème, arrivée à 21h00 à l'aéroport de Ouagadougou. Le général Louguet et Zida le chauffeur nous attendent.

Attente des bagages et du matériel médical.

Madame Louguet, femme du général et radiologue au CHU de Ouagadougou, nous reçoit chez elle pour un dîner d'accueil.

Nous goûtons déjà les plats locaux comme le tô.

Première nuit au Mess, camps de militaire. Chambres avec confort plus que sommaire.

Mardi 7 février

Matin : après un petit déjeuner avec la famille Louguet, visite de la maternité du CHU de ouaga. Les locaux sont vastes mais vétustes, il semble y avoir beaucoup de personnel mais les conditions de travail sont précaires/

Linda CES de gynéco en 3^{ème} année nous fait visiter les lieux.

Le plus choquant pour nous sont les soins intensifs de la mater qui se résument à une pièce plutôt sale avec 6 lits. Les patientes sont allongées sur des lits sans draps, certaines perfusions sont à même le lit ou le sol. Dans la salle il y a des accompagnants par terre au milieu des lits.

Les accompagnants sont nécessaires puisqu'il n'y a pas d'agent de service et le personnel paramédical ne s'occupe pas des soins de nursing des patientes.

La mater de ouaga fait a peu près 5000 accouchements par an avec 30% de césariennes (plus que dans les pays développés).

Nous visitons le service de cardiologie et là, le paradoxe, le matériel et les locaux sont neufs mais le personnel n'est pas formé pour leur utilisation.

Marc interne de cardiologie propose de faire venir en mission des infirmiers français volontaires sur de courte période afin de former le personnel paramédical. Cette proposition les intéresse.

Visite du service de radiologie, récemment équipé de son nouveau scanner (4 barrettes), les locaux sont neufs.

Après midi : 14 h déjeuner chez Dr Louguet, toujours très accueillante.

16h : départ pour Boromo en 4/4, 3h de route avec Zida le chauffeur.

De multiples campements sont visibles de la route, les gens nous font des signes de la main...

Nous nous arrêtons à Sabou sur les conseils du Dr Louguet pour voir les crocodiles, sacrés au Burkina. Nous ne sommes pas déçus...

18h30 : arrivée au CMA de Boromo, accueil par Marcel, qui s'occupe de la maintenance et qui nous emmène à l'hôtel, s'occupe de nous acheter de l'eau minérale....

Chambre sommaire mais confortable, l'eau n'est pas au rendez vous tous les jours mais c'est pas grave nous nous y étions préparés. Le personnel de l'hôtel est très charmant, il fait tout pour nous rendre le séjour agréable.

Mercredi 8 février

Matin : accueil par les 3 médecins du CMA. Florence, Ouattara et Pierre sont médecins généralistes. Florence se destine à la médecine nucléaire, Ouattara à la chirurgie et pierre à la médecine. Après leur thèse ils sont obligés d'effectuer 3 ans dans un CMA puis de présenter un concours et un entretien. En fonction de tout ça on leur attribue ou pas une bourse pour la spécialisation.

Visite des locaux : l'hôpital est composé de plusieurs bâtiments,

- La maternité : la salle d'accouchement se résume à une table en dur et 2 tables mobiles. Les femmes pour accoucher apportent leur pagne qui sert de drap, de serviettes...

Le personnel est composé d'une sage femme et d'une accoucheuse (moins qualifiée et qui gère les accouchements eutociques.

Il y a 1 salle de pré travail avec 2 lits et 1 monitoring pour toute la salle.

Les grossesses pathologiques et les suites de couches se résument à 2 pièces communicantes avec environ 12 lits.

Il y a une couveuse pour la prise en charge des bb de moins de 1300g.

Toutes les patientes sont accompagnées. Comme à Ouaga, pas de drap et ce sont les accompagnantes qui s'occupent du nursing et du nettoyage des locaux. Les pagnes servent de draps, de serviettes et de vêtement pour la mère et le bébé.

La salle de consultation est plutôt bien équipée, mais exigu et le pire c'est qu'on y rentre comme dans un moulin...

- Le bloc opératoire : nous sommes plutôt agréablement surpris. Il existe 2 salles, dont une grande et climatisée, bien équipée. Une salle de stérilisation avec 2 autoclaves. Le personnel infirmier opère la majorité des urgences : hernie étranglée, appendicite...
- Le service de radiologie : c'est un manipulateur radio qui effectue les examens et les interprète. Il est formidable et surprenant, entre 2 examens il se connecte sur pubmed et adapte les nouveautés avec son matos disponible et sa pratique quotidienne. Exemple : l'hystérosalpingographie dans le bilan des stérilités obstructives. Malgré la bonne volonté, l'échographe est en panne (manque de sonde) et notre manip radio se sert d'un petit échographe portable pour les écho cardio, les écho obstétricales....
- Le service de pédiatrie, le plus récent construit grâce à l'aide de L'AMCTM et autour de l'enfant...
- Le laboratoire d'analyse biologique avec un technicien qui effectue tous les prélèvements et les analyse.

Un médecin allemand vivant à et depuis 2 ans, coordonne avec le Burkina le projet Delimal avec pour objet paludisme et grossesse : impact sur la grossesse, MAP, RCIU...but réactualiser les chiffres avec un nombre de patientes incluses depuis juin 2004 > 2000. Les prélèvements s'effectuent au CMA et dans les 28 dispensaires. La poursuite de cette étude demande au médecin allemand des contrôles réguliers de ces dispensaires, on comprend la nécessité d'être sur place...

Après midi :

Après la sieste... nécessaire avec une température de plus de 35°...

Consultation pour une dizaine de patientes référées des CSPS. Motifs des consultations : infertilité, douleurs pelviennes chroniques... une patiente présente un utérus poly fibromateux avec un volumineux fibrome sous sereux entraînant une symptomatologie urinaire++ on pose une indication opératoire de myomectomie par laparotomie pour le vendredi.

Jeudi 09 février

Arrivée à 8h30 en salle d'accouchement où une primigeste d'une vingtaine d'années est en travail depuis plus de 24h. En fait la sage femme nous explique que c'est une grossesse gémellaire et qu'elle a accouché du J1 la veille à 15h dans un dispensaire à 50 Km, qu'elle a été transféré le matin, qu'il y a une rétention du J2, la PDE n'est pas rompue et il n'y a plus de contractions utérines...

Nous faisons un enregistrement cardio fœtal sur ½ h qui est normal, nous rompons la PDE, liquide clair. Et perf de synto à fond, on se donne 2h (elle a 20 ans, est primi et on est en Afrique...).

Pas de modification cervicale malgré le synto avec une stagnation de la dilatation, on décide donc de passer la patiente en salle de césarienne pour rétention sur J2 18h après l'accouchement du J1. L'enregistrement cardiofoetal est toujours normal.

C'est ma première césar au BF, hors de mes repères habituels, avec la peur de me piquer ou de piquer ma chef (on a aucun bilan...aucune sérologie...). L'extraction se passe bien et bébé va super bien... Je pense que ces petits burkinabés sont très résistants, l'histoire nous le montrera par la suite...

Nous assistons ensuite à un accouchement par une sage femme, aucune manœuvre obstétricale....

On décide ensuite de ranger le matériel que nous avons apporté (qui n'avait pas bougé depuis notre arrivée..), le répartissant entre bloc opératoire, bloc accouchement, salle de consultation, laboratoire....

Les infirmiers de bloc nous font part surtout de leur manque en produits de nettoyage.

15h : environ une quinzaine de patientes nous attendent à la consultation.

Nous programmons au bloc une myomectomie ou hystérectomie par laparotomie à une patiente de 35-40 ans ayant un gros fibrome sous sereux pédiculé, un kyste de l'ovaire de plus de 10 cm chez une jeune adolescente.

Les autres consultantes sont d'un niveau socio-économique plus élevé et consulte pour des problèmes de fertilité.

La plus part du temps, ces femmes ont déjà eu des enfants, leur mari aussi avec les coépouses et le problème est souvent du à des rapports insuffisants, voire inexistant... (Soit à cause du mari, trop de coépouses... soit du au manque de désir de leur part).

Certaines semblent repartir de la consultation déçue malgré les informations données.

Vendredi 10 février

Staff : l'infirmier rapporte les problèmes rencontrés la veille et dans la nuit.

Nous réalisons une myomectomie par laparotomie. Les infirmiers anesth gèrent de manière rapide et efficace les locorégionales, le matériel n'est pas récent mais très satisfaisant. Tout se passe très bien.

L'après midi, je vois en consultation une patiente G14P13 (3 DCD) pour HTA à terme (22O/100)

La patiente est asymptomatique, à part quelques oedèmes des membres inférieurs, pas de protéinurie. Cette patiente n'a aucun antécédent connu. L'écho estime le bébé à 1800g, oligoamnios, l'enregistrement cardiaque fœtal est normal. Après hospitalisation et traitement par antihypertenseurs, nous décidons devant l'absence de symptôme et notre absence le WE de déclencher l'accouchement le lundi matin.

Le reste de la visite se poursuit et pendant ce temps là, Géraldine voit un cancer du col utérin évolué traînant depuis plus d'un an avec des antiseptiques locaux et des hémostatiques.

La patiente sera prise en charge à Bobo ou à Ouaga car ce sont les seuls centres où la chimiothérapie est disponible. Il n'y a pas de radiothérapie au Burkina. Géraldine voit aussi un siège sur utérus cicatriciel avec bassin étroit...

Heureusement la patiente a bien été informé des risques par les équipes précédentes et s'est présentée spontanément à la consultation anténatale pour la programmation de sa césarienne.

Arrivée de Sandie qui a en projet la fabrication au Burkina, de draps pour le CMA. Elle doit démarcher les fabriques de coton et les ateliers de tissage, rares voire inexistants au Burkina. Des problèmes supplémentaires de type intendance, gestion de ces draps au CMA sont venus se surajouter à ces difficultés.

Samedi 11 février

Nous sommes invités chez le général Louguet dans la maison de son village natal à Oury.

Cette journée en notre honneur restera inoubliable...

Plus d'une centaine de villageois ont été invité, nous offrant des danses traditionnelles avec les masques, méchoui...

Visite du village avec ses artisans d'art : masques, forge, menuiseries...

Pour moi le plus choquant restera la visite de l'atelier de forge où la hauteur maximale est de 1 mètre 30, la température très élevée et où des enfants parfois très jeunes travaillent... notre guide m'explique que nos valeurs sont différentes des leurs et que chez eux si tu ne nais pas riche le seul moyen de s'en sortir est d'apprendre son métier très jeune... dur dur.

Dimanche 12 février

Direction le camps de Kaicedra pour voir les éléphants sauvages. Par chance ils sont là..

Sensations indescriptibles...

Lundi 13 février

Matin : intervention pour volumineux kyste ovarien de 15cm chez une jeune fille de 16 ans par Pfannenstiel (pas de coelio) sans problème particulier.

Après midi : pendant que nous voyons un cancer du col évolué en consultation, une accoucheuse nous appelle de façon urgente car notre toxémie gravidique déclenché est en train de convulser. Cette dernière est tombée de tout son poids de la table d'accouchement et est complètement obnubilée, difficile de la soulever à 2, car elle est obèse pour la mettre sur un brancard, les femmes en salle d'attente rentrent dans salle d'accouchement pour nous aider mais c'est encore pire ...

Transfert d'urgence au bloc opératoire pour césarienne en urgence pour sauvetage maternel (pas de BCF audibles).

Nous mettrons 1h pour commencer cette césarienne (bloc fermé, infirmier anesth non dispo, rachis anesth...), l'urgence extrême ici est relative mais avec les meilleures volontés de la part de tout le monde on fait des miracles Ce bébé de 1800g est donc vivant à la naissance et sa maman ira très vite très bien dans les suites opératoires.

Reprise de la consultation...

Mardi 14 février

Matin : Pfannenstiel pour initialement une myomectomie mais en per opératoire, il s'agit en fait d'une tumeur ovarienne d'environ 8cm d'allure suspecte.

Malheureusement le CMA de et ne dispose pas de laboratoire d'anapath. Il faut que la famille apporte la pièce à Ouaga, attende l'analyse pendant une semaine et surtout paye la modique somme de 27000 francs CFA pour un burkinabé.

Nous exposons donc le problème à la famille : femme jeune de 30 ans, intérêt d'une chirurgie complète si néoplasie ovarienne de stade I, mais impossibilité d'effectuer cette chirurgie sans diagnostic histologique.

Le mari nous explique qu'il va récolter l'argent nécessaire dans son village et reviendra chercher la pièce.

Une ambulance arrive avec une femme d'une 40 aine d'année pour plaie vaginale post coïtale. L'ambulance a parcouru plus de 50 Km dans la brousse et personne n'a pensé à faire un tamponnement à l'aide de compresse intra vaginale.. La patiente arrive donc dans un état de vigilance précaire, TA imprenable, pouls filant...

Grâce à la solidarité des burkinabé une collecte de sang est rapidement engagée et cette femme sera très vite transfusée.

Mercredi 15 février

Césarienne itérative pour siège sur utérus cicatriciel, bébé de presque 4kg qui va bien.

Intervention en suivant pour un volumineux kyste dermoïde de 18 cm chez une adolescente de 14 ans. Chirurgie difficile à cause d'adhérence et la volonté de conserver du parenchyme ovarien sain.

Après les consultation de l'après midi, les sages femme nous demandent de leur faire un petit cours sur le partogramme. Le cours se transforme très vite en questions réponses sur nos prises en charge en France. Elles nous demandent de quelle manière, elles pourraient diminuer le taux de souffrance fœtale durant le travail. Nous leur expliquons que nous avons observé qu'elles examinaient les femmes durant la phase active du travail toutes les 4 heures alors que chez nous, nous les examinons toutes les heures et que des études ont prouvé qu'au bout de 3 examens successifs identiques à une heure d'intervalle, en effectuant une césarienne ont diminuait la souffrance fœtale durant le travail (en prenant en compte bien sur la parité de ces femmes).

Jeudi 16 février

Au programme du bloc opératoire, 2 cures de prolapsus extériorisé. La première chez une patiente de 33 ans, G7P7, 2 DCD. La cure a consisté en une hystérectomie totale par voie basse inter-annexielle avec colpoperineorrhaphie antérieure, postérieure et fixation du dôme vaginal au ligament sacro sciatique selon la technique de Richter. La deuxième chez une patiente un peu plus âgée a consisté au même type de réparation.

Les 2 interventions se sont bien passées, le personnels très efficaces, le matériel et les boites d'instruments satisfaisants.

Entre les deux interventions une sage femme vient nous voir en nous disant qu'une femme stagne à 6 cm en salle de travail et qu'elle souhaite une césarienne si le prochain examen une heure après est identique chez cette grande multipare. Nous sommes ravies...

Après midi : consultation : hystérectomie totale voie haute avec annexectomie bilatérale programmée, chez une patiente de 50 ans avec un volumineux fibrome antérieur de 8 cm avec

des signes fonctionnels urinaires et des douleurs pelviennes chroniques par l'équipe de gynéco suivante.

Laparotomie exploratrice programmée pour masse poly kystique de 40 cm probablement au dépend d'un ovaire chez une femme de 35 ans multipare ayant accouché de son dernier 2 ans auparavant et en aménorrhée depuis.

Le reste de la consultation concerne des patientes infertiles, présentant des douleurs chroniques...

Vendredi 17 février

Pas d'intervention possible pour cause de travaux au bloc opératoire.

Une jeune femme de 16 ans consulte pour plaie vulvaire depuis 4 jours, alors qu'elle n'a jamais eu de rapport sexuel. Passage au bloc pour examen sous AG, désinfection, sérologie syphilitique, points de rapprochement...

Fin du rangement du matériel au bloc opératoire.

Juste avant notre départ une jeune femme se présente à la consultation pour écoulement d'urine par le vagin depuis 2 ans...

En fait cet écoulement est survenu à distance d'une césarienne pour bébé enclavé, très difficile..

On visualise la fistule au niveau du cul de sac antérieur du vagin, on essaye de sonder la patiente en vue de la faire revenir 3 semaines après pour la prise en charge chirurgicale de cette fistule mais l'urètre est complètement sténosé ou lié. On décide donc de placer cette sonde directement dans le trajet de fistule et de la faire revenir la semaine suivante pour organiser sa prise en charge avec des urologues sur Ouagadougou.

Le dernier week-end nous en avons profité, pour visiter l'ouest du pays, Bobodioulassou, Banfora et ses cascades...

Ces quinze jours resteront pour nous inoubliables...et nous ont initié à la médecine humanitaire. Nous remercions Patrick pour sa détermination et pour nous avoir préparé à cette expérience, Marcel pour sa gentillesse et son dévouement, Zida pour sa patience, les sages femmes de Boromo pour leur curiosité et leur gentillesse et tout le personnel du CMA.