Intérêt de la projection d'un médecin « ORL et chirurgien cervico-facial »: bilan d'une année d'activité en Afghanistan

D. Trendel[a], M. Raynal[b], C. Conessa[a]

a Service ORL et chirurgie cervico-faciale, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 03.
b Service ORL et chirurgie cervico-faciale, HIA Percy-Clamart, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.

Résumé

D'octobre 2011 à septembre 2012, un praticien assure la prise en charge médico-chirurgicale des pathologies urgentes et programmées relevant de l'ORL et de la chirurgie de la face et du cou, au profit des militaires français et de la coalition, ainsi qu'au profit des populations civiles. L'analyse de cette année d'activité au sein de la structure internationale de l'Hôpital médico-chirurgical de Kaboul International Airport, permet de légitimer la présence de cette spécialité chirurgicale. En effet, la présence d'un ORL sur un *Role 3* apporte une expertise dans la prise en charge des lésions traumatiques de guerre de l'extrémité céphalique et, à travers une activité réglée adaptée au théâtre, permet également d'assurer une prise en charge programmée, conséquente, au profit des populations locales.

Mots-clés : Afghanistan. Chirurgie de guerre. Face et cou. Hôpital militaire de Kaboul. ORL militaire.

Abstract

THE ENT SURGEONS' VALUABLE WORK IN THE FRENCH MILITARY HOSPITAL OF KABUL INTERNATIONAL AIRPORT: A STUDY OF THEIR ACTIVITY OVER ONE YEAR

From October 2011 to September 2012, four ENT specialists spent three months in the French Military Hospital of Kabul International Airport. The medical and surgical activity provided for adults and children, civilians and military, concerned the ear, nose and throat speciality as well as the head and neck specialities. The analysis of their work aims to prove the usefulness of ENT surgeons in the military hospitals based in foreign countries, because of their ability to treat ballistic-cervical-traumas, and their capacity to treat local populations.

Keywords: Afghanistan. ENT military physicians. Head and neck surgery. Kaboul. War surgery.

Introduction

Alors que depuis de nombreuses années, les neurochirurgiens et les ophtalmologistes étaient les seuls chirurgiens de l'extrémité céphalique projetés sur les théâtres d'opération, ce n'est qu'à partir de 2008 que la projection d'un spécialiste en ORL et en chirurgie cervico-faciale a été envisagée.

Pendant longtemps, Djibouti représentait le seul théâtre d'exercice hors métropole, pour une spécialité dont le champ d'action oto-rhino-laryngologique (ORL), facial et cervical semblait pourtant particulièrement adapté aux bilans lésionnels actuellement constatés sur les différents théâtres de guerre ou de mission.

En effet, plusieurs publications concernant le conflit irakien et/ou afghan, ont montré la fréquence élevée des atteintes cervico-céphaliques avec un risque potentiel d'engagement du pronostic vital (1, 2). La fréquence élevée d'utilisation d'engins explosifs et le développement des protections militaires semblaient favoriser les atteintes cervico-faciales, avec un risque vital secondaire (3).

Devant l'accroissement de cette pathologie et les difficultés de prise en charge qui en résultaient à Kaboul, un poste de chirurgien ORL et cervico-facial a finalement été ouvert sur le *Role 3* de Kaboul.

D. TRENDEL, médecin en chef, praticien certifié. M. RAYNAL, médecin en chef, praticien certifié. C. CONESSA, médecin chef des services, praticien certifié, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Monsieur le médecin en chef D. TRENDEL, Consultations ORL, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 03.
E-mail : domstrend@gmail.com

À l'issue de cette première année de présence ORL en Afghanistan (octobre 2011 à septembre 2012), il nous a semblé intéressant et utile de reprendre les différents relevés d'activité rédigés par chaque spécialiste, pour évaluer et analyser le travail effectué sur l'hôpital militaire de campagne de Kaboul.

Situation géographique

L'HMC est situé au nord de l'aéroport international de Kaboul, au sein d'un camp militaire multinational.

Structure internationale placée sous la direction française, cet hôpital comprend jusqu'à 6 nationalités pour 120 personnels (dont 90 Français), et la langue officielle est l'anglais.

Missions principales

La raison principale de la présence médicale française est le soutien médical des personnels travaillant pour la coalition (ISAF), et Afghans (ANA ou ANP).

D'autres missions de soutien sont assurées au profit du camp de KaIA (3 800 personnes), des blessés civils évacués sur l'HMC, des ambassades, ou encore de la population afghane en général à travers une activité réglée.

La pratique médico-militaire expose à quelques particularités telles que :

– le (re) conditionnement des blessés de la coalition avant leur évacuation aérienne vers leurs pays d'origine ;

– la gestion d'afflux massif de blessés, ou l'organisation des secours en cas de crash aérien ;

– la thanatopraxie, ou reconditionnement des corps avant le rapatriement vers la métropole ;

– le *mentoring* qui, à travers une collaboration étroite avec les intervenants de santé locaux, vise à assurer la transmission de compétences puis de l'activité.

Les domaines d'activité ORL

La consultation

Réalisée en anglais, elle assure la gestion des patients relevant de la spécialité sur rendez-vous et en urgence, quelle que soit leur nationalité.

Elle a intéressé tous les pans de la spécialité, de la rhinologie à la chirurgie otologique, en passant par la cancérologie et la traumatologie, chez l'adulte comme chez l'enfant.

Une vacation hebdomadaire a été assurée en collaboration avec un ORL militaire afghan, dans le cadre d'un projet de transfert d'activité.

L'hospitalisation

Elle a privilégié la prise en charge des afflux de blessés ou malades membres de la coalition, traités chirurgicalement et/ou médicalement. Pour les patients relevant d'une activité chirurgicale réglée, les chirurgies à durées moyennes de séjours courtes ont été favorisées.

Les patients ont été accueillis sur quatre chambres de capacité inégale :

– afghans hommes (neuf places), et autant pour les sujets afghans mineurs ou de sexe féminin ;

– personnels ISAF : 9 lits et 3 lits supplémentaires habituellement réservés à des cas nécessitant un isolement.

La chirurgie

Dans sa forme programmée, si elle a concerné aussi bien les adultes que les enfants, elle est restée conditionnée par la capacité d'accueil du service, la disponibilité du patient et du praticien, ainsi que par le contexte politique ou militaire. La chirurgie réalisée a dû ensuite être adaptée aux contraintes locales (nombre de salles opératoires et temps d'occupation limités, difficultés de suivi et limitations matérielles, risque permanent de devoir libérer la salle pour traiter une urgence vitale).

Lors de la prise en charge des urgences primaires et secondaires, il s'est agi, le plus souvent, de traumatismes balistiques et de polycriblages (fig. 1, 2) (4).





Figure 1 et 2. Accueil d'un patient polycriblé, hémorragique, traité par « packing ».

En cas d'afflux massif (MASCAL)

l'ORL était positionné aux urgences avec le neurochirurgien et l'ophtalmologue, au sein du groupe « spécialités chirurgicales », et a assuré une activité de triage, de consultation, de soins ou de chirurgie à la demande (5).

Parmi les agents vulnérants, les plus communément retrouvés ont été les balles, les chicoms (obus modifiés) ou les engins explosifs artisanaux (IED : Improved Explosive Devices) (fig. 3).

La spécialité « tête et cou » a été concernée en moyenne dans 16 % des cas.



Figure 3. Coniotomie de sauvetage, devant être remplacée par une trachéotomie chirurgicale.

L'activité ORL chiffrée

Sur l'année étudiée, 1 302 consultations ont été réalisées, dont 21,66 % au profit des membres de la coalition. Parmi les Afghans reçus, 25,29 % étaient des femmes.

L'âge moyen des consultants était de 26,4 ans, et le taux d'indication chirurgicale d'environ 37 %.

L'étude de l'activité d'hospitalisation ORL et de chirurgie cervico-faciale, a permis de recenser 212 séjours, dont 84 % concernaient des ressortissants afghans.

Sur la même période, 242 chirurgies ont été réalisées (dont 14,04 % au profit des membres de la coalition), et 28,5 % d'entre elles concernaient des enfants de moins de 15 ans. L'activité réglée représentait 64,46 % des interventions, avec une forte prépondérance de la population locale (97,44 %). Les urgences ont représenté 35,54 % des interventions, et concernaient des Afghans dans 65,12 % des cas.

Enfin, les actes réalisés intéressaient tous les pans de la spécialité ORL et cervico-faciale (fig. 4).

L'activité ORL étant superposable d'un mandat à l'autre, l'étude des chiffres d'activité chirurgicale du mandat XIII, permet de visualiser le positionnement de l'ORL au sein de l'HMC (fig. 5).

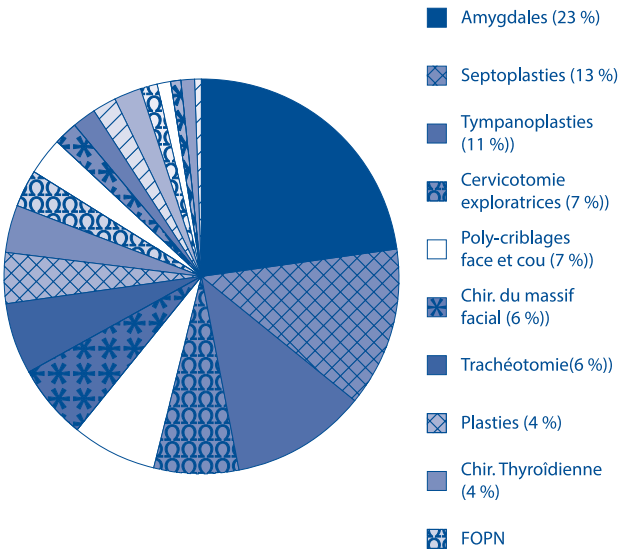


Figure 4. Actes réalisés intéressant tous les pans de la spécialité ORL et cervico-faciale.

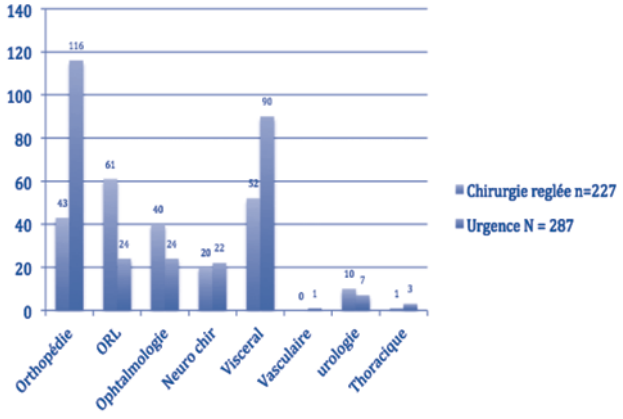


Figure 5. Étude des chiffres d'activité chirurgicale du mandat XIII.

Discussion

Le recueil d'activité a été rendu délicat par les difficultés d'identification des patients, par l'informatisation récente des consultations qui n'a pas couvert la totalité de la période étudiée ; même s'il existait une base de données au bloc pour essayer de recouper ou compléter ces données.

Les pathologies médicales ont été comptabilisées dans l'activité de médecine interne. Les chirurgies ORL réalisées en urgence pouvaient parfois être difficiles à individualiser car souvent intégrées à une prise en charge pluri-disciplinaire (polytraumatisé, brûlé-blasté-polycriblé).

Il a été noté, lors de recoupements, de grosses pertes de données entre le recueil direct et l'analyse des rapports de fin de mission.

L'activité ORL est restée globalement constante d'un mandat à l'autre sur l'année étudiée et, concernant les blessures de guerre, elle concernait indifféremment des lésions balistiques et de polycriblage.

Si le rôle premier d'un HMC est le soutien aux forces, il s'est rapidement avéré que les activités de consultation pour les militaires français et étrangers de la coalition, ont concerné un nombre limité d'affections infectieuses et/ou saisonnières dans la plus grande partie des cas. Quant aux interventions chirurgicales réalisées chez ces personnels, elles se sont déroulées dans un contexte d'urgence dans plus de 88 % des cas.

Cependant, cette présence spécialisée a non seulement permis de renforcer la prise en charge des lésions maxillo-faciales (plaies et traumatologie de la face), mais également de délivrer des avis ORL (atteintes auriculaires et otologiques, oropharyngées, cellulites cervico-faciales) ; de réaliser le dépistage nasofibroscopique des blasts pulmonaires ; et devant des plaies cervicales pénétrantes, d'assurer la chirurgie d'exploration et de réparation vasculaire, pharyngo-laryngée, et des tissus mous (6). À ce titre, l'intérêt d'un praticien ORL et CCF au sein d'une équipe pluri-disciplinaire semble de plus en plus marqué (5, 7, 8).

L'HMC a également joué un rôle diplomatique et politique en assurant des soins au profit des populations civiles locales, à travers une activité médico-chirurgicale gratuite. Ainsi, la plus grande partie des consultations a été réalisée au profit de la population afghane (78,3 %), tout comme la chirurgie (85,96 %).

La difficulté de communication par l'intermédiaire d'un interprète et les barrières culturelles ont nécessité l'intervention de praticiens expérimentés, capables de poser un diagnostic rendu parfois difficile par la pauvreté de l'interrogatoire.

Les pathologies concernées ont intéressé tous les pans de la spécialité, avec une part importante de chirurgie pédiatrique (28,5 %). Le caractère multinational de l'HMC a requis une bonne expérience chirurgicale, car si les actes ont été globalement simples, leur réalisation avec des équipes étrangères, pas toujours habituées aux règles de préparation, de réalisation et de surveillance postopératoire, ont nécessité une implication accrue de l'opérateur dans la gestion globale du patient.

Pour l'exploration et le traitement des délabrements cervicaux et plaies balistiques (19,4 %), il s'est avéré qu'une bonne expérience en carcinologie ORL était requise car facilitait les reconnaissances anatomiques et les reconstructions.

Au sein de l'HMC, le spécialiste ORL et CCF a tenu sa place au sein des différents mandats avec une activité stable sur un an. Dans la pratique courante, la consultation et la chirurgie ORL se sont avérées être bien adaptées à ce type de mission où la pédiatrie représente une part non négligeable de l'activité réglée. Les temps d'occupation de salle opératoire relativement courts et les durées moyennes de séjour courtes, ont autorisé la conservation d'une activité sans pour autant obérer la capacité de la structure à accueillir un afflux massif de blessés. De plus, le positionnement de l'ORL au carrefour de plusieurs spécialités a permis une collaboration étroite avec les praticiens d'autres disciplines (neurochirurgicale, ophtalmologique, thoracique et digestive, traumatologique), non seulement dans la démarche diagnostique, mais également dans la coordination ou l'organisation de prises en charge conjointes (abord d'un sinus frontal par craniotomie, traumatismes multiples, trachéotomie chez un grand brûlé, conditionnement avant évacuation…).

La permanence opérationnelle, l'arrivée peu prévisible des blessés, et les différences culturelles ont occasionné une charge de travail et un stress quasi constants pour les soignants, quels que soit leur grade et leur niveau de responsabilité. À ce titre le débriefing psychologique semble avoir été bénéfique pour nombre d'entre eux.

Conclusion

À travers une mission de *Role 3* au sein de l'HMC KaIA, l'analyse des rapports d'activité sur une année a permis d'objectiver l'importance de la spécialité ORL et cervico-faciale dans la prise en charge des différents patients de la structure.

Par le nombre des urgences chirurgicales prises en charge au niveau d'un *Role 3*, l'ORL comme l'ophtalmologiste et le neurochirurgien, est nécessaire pour préserver le potentiel vital, fonctionnel et esthétique de nos combattants.

Enfin, la pratique actuelle qui consiste à affecter indifféremment sur un même poste, un praticien ORL-CCF ou un chirurgien maxillo-facial n'est pas retrouvée dans les autres équipes internationales. Ceci peut s'expliquer par l'étude de la répartition des types d'atteintes de la zone « tête et cou » rapportée par certains auteurs, où les lésions cervico-laryngo-trachéales (17 %), les blasts (24 %), les plaies pénétrantes et/ou hémorragiques (25 à 49 %), relèvent spécifiquement d'une prise en charge oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans l'article soumis.

Acronymes

HMC : hôpital militaire de campagne
KaIA : Aéroport international de Kaboul
ISAF : support international des forces afghannes
ANA : Armée nationale afghane
ANP : Police nationale afghane
MASCAL : Afflux massif
DMS : durée moyenne de séjour
IED : bombe artisanale

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lew TA, Walker JA, Wenke JC, Blackbourne LH, Hale RG. Characterization of craniomaxillofacial battle injuries sustained by United States service members in the current conflicts of Iraq and Afghanistan. J Oral Maxillofac Surg. 2010 Jan 68(1):3-7.
2. Xydakis MS, Fravell MD, Nasser KE, Casler JD. Analysis of battlefield head and neck injuries in Irak and Afghanistan. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Oct ; 133 (4):497-504.
3. Breeze J, Bryant D. Current concepts in the epidemiology and management of battlefield head, face and neck trauma. J R Army Med Corps. 2009 Dec ; 155(4):274-8.
4. Trendel D. Urgences ORL, de la face et du cou. In Mérat S. eds. Le blessé de guerre. Paris Arnette-John Libbey Eurotext ; 2014:273-81.
5. Brennan J. Experi ence of first deployed otolaryngology team in Operation Iraqi Freedom : the changing face of combat injuries. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 Jan ; 134 (1):100-5.
6. Feldt BA, Salinas NL, Rasmussen TE, Brennan J. The joint facial and invasive neck trauma (J-FAINT) project, Iraq and Afghanistan 2003-2011. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Mar, 148 (3):403-8.
7. Salinas NL, Eller RL, Davis MR, Rasmussen TE. Mass casualty response of a modern deployed head and neck surgical team. J Craniofac Surg. 2010 Jul ; 21 (4):987-90.
8. Rajguru R. Role of ENT Surgeon in Managing Battle Trauma During Deployment. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Jan ; 65 (1):89-94.