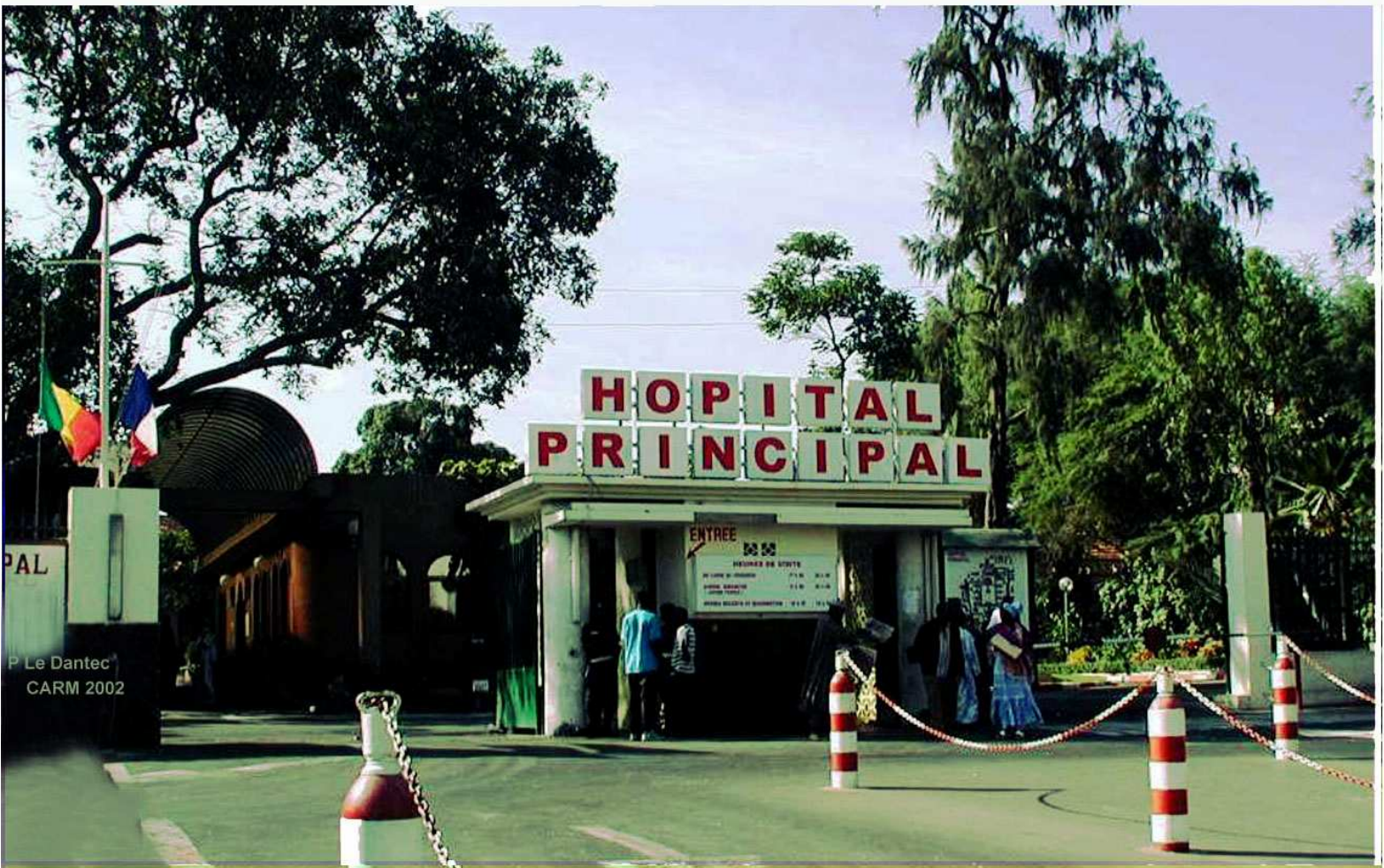


La lettre de Réanoxyo 10

l'hôpital marocain à Mitrovica

Journée des Clubs 2001



CARM

Club des Anesthésistes Réanimateurs Militaires

La lettre de **Réanoxyo**
revue du CARM

REDACTEUR EN CHEF

MCS L Brinquin
Titulaire de Chaire

REDACTEUR

MC G Mion

COMITE DE REDACTION

MC JM Rousseau
MP D Giraud
MDA (TA) Th Villevieille
MDA (TA) F Petitjeans

IMPRESSION-EXPEDITION

MC M Rüttimeann
MDA (TA) F Petitjeans
MDA (TA) JP Tourtier

BUREAU DU CARM

Président : G Mion
drgmion@club-internet.fr
Secrétaire : JL Fortin
fortin.jeanluc@free.fr
Trésorier : YN Martin

CORRESPONDANTS

HIA Sainte Anne : MCS JF Quinot
HIA Percy CTB : MP A Paris
HIA Val de Grâce : MC JM Rousseau
HIA Bégin : MC C Descraques
HIA Desgenettes : MP B Fontaine
HIA Robert Picqué : MP A Suppini
HIA Legouest : MP F Chassaing
BSPP : MC M Rüttimeann
BMP : MC DF Meyran
Dakar : MP P Le Dantec
Cotonou : M Cdt A Gnanon
Libreville : M Cdt M Chani
Ouagadougou : Dr N Ouedraogo
Rabat : M Cdt S Samir
Tunis : Pr MS Ben Ammar

COTISATIONS (Année 2002)

lade : 10 Euros
Oxyologues et Assistants : 15
Euros
Spécialistes : 25 Euros
Agrégés et MCS : 40 Euros

La lettre de **Réanoxyo**

Club des Anesthésistes-Réanimateurs Militaires

Sommaire 10

- **Editorial** 2
- **Journée des clubs 2001** 4
 - Matériels et médicaments en antenne chirurgicale en 2001 : quels choix vers quelle qualité ? D Petit
 - Un morphinique récent en antenne chirurgicale. S Bénéfice
 - le blast pulmonaire. P Koulmann, JP Perez, B Debien
 - Analgésie de la jambe et du pied : un bloc sciatique simplifié réalisé par le médecin d'unité. E. Kaiser
 - Bloc du sciatique par voie para-sacrée. Ch Pelletier, C Descraques, M Puidupin, G Mion
 - Optimisation du remplissage vasculaire par le Delta-down. G Deroudilhe, Y Hervé, P. Labadie.
 - Utilisation de la bio-impédancemétrie en réanimation. JM Rousseau, I Rouquette, S Mérat, M Lerecouvreux, L Brinquin.
 - Informatisation des données en réanimation. JM Rousseau, S Mérat, M Lerecouvreux, I Rouquette, L Brinquin.
 - Hépatite virale fulminante. S Amara. Elhamzaoui, M Chani, P Kouna, Jr Nzenze, S Nzenze.
- **l'hôpital marocain à Mitrovica** 14
 - ↳ Médecin commandant S Siah et coll.
- **Prochains congrès** 16
 - ↳ SFAR 2002 : Journée des clubs
 - ↳ Paris Nov 2002 : pathologies circonstancielles
 - ↳ Toulon 2003 : le blessé de guerre
- **Courrier** 17
- **Cotisation 2002** 18
- **Membres du CARM, e-mails** 19

Couverture : P Le Dantec - G Mion

EDITORIAL

L'Hôpital Principal de Dakar : Passé, Présent, Avenir (?)

L'hôpital principal de Dakar a été construit sur son site actuel en 1880. Il succédait à l'hôpital de Gorée, jugé trop vétuste et étroit pour un nombre croissant de patients. C'est l'épidémie de fièvre jaune de 1878 qui provoqua ce déménagement vers un lieu isolé à l'époque : le plateau de Dakar. Durant cette épidémie, vingt-deux de nos anciens, sur les vingt-six médecins et pharmaciens militaires français de Gorée, devaient succomber au virus amaril. La ville de Dakar explose démographiquement : 1500 habitants en 1880, 18 000 en 1904, 132 000 en 1945, un million cinq cent mille actuellement. L'hôpital initialement isolé sur le plateau, se retrouve désormais au cœur de la ville dans le périmètre hospitalier qu'il partage avec le Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec (eh oui !) et l'Institut Pasteur de Dakar.

Le statut aussi a évolué, ambulance militaire en 1880, hôpital militaire français en 1890, il prend alors en charge les patients de toute catégorie sauf les indigents. En 1958, il possède 518 lits, emploie 654 personnels dont 181 français. Après l'indépendance, l'hôpital est placé sous la tutelle de la République Française et des Forces Armées Sénégalaises. La solde des expatriés français est payée par le ministère des affaires étrangères, celle des sénégalais par l'hôpital.

Actuellement l'hôpital compte 450 lits, 27 services dont une maternité (2600 accouchements par an), un service de pédiatrie (avec néonatalogie et réanimation), un service de radiologie avec scanner et les autres services plus conventionnels. L'activité anesthésique est conséquente, 5600 actes par an dont la moitié en urgence. Les locaux sont adaptés, 7 salles d'intervention, réparties entre un bloc récent pour la chirurgie réglée qui jouxte l'ancien bloc réservé à l'urgence. Une vaste salle de réveil est commune. La réanimation bénéficie des moyens diagnostiques de l'hôpital (scanner, échographie cardiaque) ; manqueraient une IRM et un plateau de radiologie interventionnelle. Dépendant de la réanimation, l'hémodialyse effectuée 1200 séances par an. La réanimation médicale de 13 lits vient d'être renforcée par la création d'une Unité de Soins Intensifs Chirurgicaux avec six lits de réanimation, quatre de brûlés, et six de soins intensifs sous la responsabilité du département d'anesthésie réanimation. En réanimation médicale ce sont 5 000 journées qui sont

assurées au profit de 900 patients, d'âge moyen 40 ans, pour une durée moyenne de séjour de 5 jours. Pour clore ce fastidieux rapport d'activité évoquons les pathologies rencontrées, neuropaludisme, coma diabétique, asthme aigu grave, pathologies du péri-partum, états septiques graves, tétanos, polytraumatismes et blessures de guerre. Le personnel médical se compose d'un professeur sénégalais chef de département, et de quatre spécialistes dont deux français. Ils sont actuellement renforcés par un assistant sénégalais, le dernier coopérant du service national, et quelques C.E.S sénégalais en formation. Les conditions de travail sont parfois difficiles et certes, comparés aux hôpitaux militaires français, beaucoup de points peuvent choquer mais cet hôpital reste un des mieux équipés de l'Afrique de l'Ouest. Le consommable peut venir à manquer, mais grâce aux relations et au pouvoir de persuasion du pharmacien, malgré les crises financières successives de l'hôpital, la situation de rupture n'a jamais été atteinte.

Quel est le devenir de la présence française à l'HPD ? Elle s'intègre dans l'évolution de la coopération : 180 français dans les années 60, à peine une quinzaine en l'an 2001. Il est difficile d'épiloguer sans polémiquer. Tout au plus peut on souhaiter que d'autres puissent encore bénéficier de cette expérience magnifique vestige d'un service de santé florissant et humaniste. L'avenir c'est de proposer des solutions innovantes de partenariat entre le Service de Santé des Armées et les autorités de tutelle de l'Hôpital Principal de Dakar. La coopération de substitution n'a plus d'objet d'être. La qualification de nos camarades sénégalais est maintenant acquise dans presque toutes les disciplines (quatre professeurs agrégés, 12 spécialistes..) Il s'agit maintenant de développer en toute réciprocité des échanges basés sur de véritables projets professionnels intégrés dans le projet d'établissement. Pour favoriser ces échanges, dans le cadre de son projet d'établissement (2002-2006), l'Hôpital Principal s'engage avec les structures hospitalo-universitaires du Sénégal, mais également françaises, dans des accords de partenariat. Cette volonté d'ouverture a pour objectif la validation des services hospitaliers de l'HPD par les autorités universitaires des deux pays, facilitant ainsi à terme les échanges des professionnels et de leurs élèves (semestre d'internat ou de DES qualifiants).

*Médecin en Chef Le Dantec P, Médecin en Chef Riou O, Hôpital Principal de Dakar.
Médecin Général Le Berre J, anesthésiste réanimateur,
directeur de l'Hôpital Principal de Dakar.*

43^{ème} congrès annuel de la SFAR

Journée des clubs : 20 Septembre 2001

Matériels et médicaments en antenne chirurgicale en 2001 quels choix vers quelle qualité ?

D PETIT - HIA Sainte Anne Toulon

Comment , en OPEX, au sein des structures chirurgicales du SSA répondre avec assurance au nouveau défi médical : celui de la qualité ? Pour ce qui concerne les matériels et médicaments utilisés dans le cadre de l'anesthésie, de la réanimation, et des urgences, cette question est traitée en 3 parties :

- quel est l'état des lieux au regard des missions théoriques et des contraintes ?
- qu'observe-t-on en pratique sur le terrain ?
- quelles propositions raisonnables pour une qualité meilleure ?

1- Missions théoriques et contraintes

La mission prioritaire est le soutien des combattants : la réanimation, chirurgie d'urgence et mise en condition d'évacuation de blessés potentiellement hémorragiques, hypovolémiques, hypoxiques, hypothermes, algiques et à risque septique. La théorie envisage le triage de 100 blessés par jour, une intervention chirurgicale chez 10 d'entre eux, par les 11 personnels de la structure de base : une antenne chirurgicale aérotransportable (ACA), et ceci en totale autonomie pendant 48 heures. Ce soutien est habituellement élargi, de façon non prioritaire : membres d'organisations internationales, journalistes, civils autochtones de tous âges. Ainsi, à la dotation de base en matériels et médicaments sont venus s'ajouter des lots complémentaires : pédiatrique, brûlés, gynécologique et obstétrical.

La contrainte première est opérationnelle. Mais elle compliquée selon le contexte de bien d'autres contraintes : nombre de personnels en particulier paramédicaux, isolement à terre ou à la mer, contrainte logistique de poids ,de volume et de robustesse des matériels et médicaments (3,5 tonnes, 11 m3 aérolargables), contraintes climatiques.

2- Etat des lieux

L'état des lieux est bon. Tous les praticiens de terrain s'accordent à le reconnaître :

la dotation en médicaments est vaste : on dispose même du dantrolène pour traiter une éventuelle hyperthermie maligne peranesthésique. Elle est efficace avec des médicaments actuels, reconnus, sûrs, faciles de conservation et d'emploi, d'action et d'élimination rapide pour les médicaments anesthésiques. Les solutés de remplissage sont bien conditionnés en poche souple et leur gamme complète.

le matériel est lui aussi bien complet, à la fois robuste, fiable, moderne, simple mais suffisamment sophistiqué avec un bloc urgences-réanimation (respirateur DRÄGER EV800, évaporateur d'halogénés, aspirateur électrique de mucosités), un appareil d'autotransfusion périopératoire ainsi qu'une pompe à transfusion rapide et un

réchauffeur de perfusion, des extracteurs électriques et une centrale de production chimique d'oxygène, un curamètre et un neurostimulateur.

3- Le crible du terrain : L'épreuve du terrain apporte cependant quelques bémols à cet enthousiasme :

à propos des médicaments

- l'analgésie pour des interventions de courte durée nécessite une bonne expérience d'utilisation du Sufentanil
- il n'existe pas à la dotation de céphalosporines de 3^{ème} génération pour l'antibiothérapie de plaies traumatiques souillées.
- un fibrinolytique serait nécessaire pour une thrombolyse coronarienne à la phase précoce d'un syndrome de menace.

à propos du matériel

- le matériel de monitoring contenant de plus en plus de composants électroniques se révèle très dépendant de l'alimentation électrique et supporte mal les variations tensionnelles.
- 2 extracteurs d'oxygène ne suffisent pas d'autant que la production d'oxygène chimique n'est pas très simple et fiable.
- le vide médical pose un problème très mal solutionné par les 2 seuls aspirateurs électriques de type CURADIA : nombre insuffisant et surchauffe en utilisation continue.
- 2 pousse-seringue électriques en dotation ne suffisent pas.
- absence de matériel en kits basiques : kit voie veineuse centrale, sondage urinaire, drainage thoracique ou plus spécifiques : allergie au latex, intubation difficile, péridurale.

4- Propositions d'amélioration. 5 types de propositions d'amélioration peuvent être formulées :

41- Reprendre les solutions actuelles de terrain

- compléter et étendre la formation de tous les personnels : médecins, paramédicaux, auxiliaires sanitaires, en matière de médecine d'urgence, de catastrophes, de guerre et pendant la guerre. Le partage d'expérience lors d'un Congrès annuel OPEX, la décision de faire participer des assistants à ces dernières va en ce sens .
- réaliser un « manuel de bonnes pratiques en OPEX » incluant des procédures et protocoles, et considérant très largement le rôle et la compétence de chaque membre de l'équipe.
- compléter et réfléchir à la dotation : onduleur, vide médical, kits, matériels et médicaments à visée gynécologique et obstétricale.

42- Revoir la logistique

- personnel : discuter l'envoi plus systématique d'un laborantin et d'un technicien de matériel de santé.
- moyens de transmission : développement de la télétransmission médicale et de l'utilisation d'Internet.

43- Exploiter et favoriser les retours d'information

- établir des rapports de fin de mission préformatés.
- revoir leur exploitation.
- définir le rôle, la composition et le fonctionnement précis des Commissions de choix des matériels et médicaments.
- réfléchir au regard de l'expérience des 20 dernières années aux nouvelles missions, aux nouveaux objectifs véritables des antennes (100 blessés à trier, 10 opérés ?) .

44- Evaluer régulièrement les nouveaux moyens

- médicaments comme le Rémifentanyl, analgésique per-opératoire permettant un réveil plus rapide et plus fiable même après une durée d'anesthésie prolongée, le sévorane, agent hypnotique halogéné devenu en peu de temps la référence pour l'anesthésie pédiatrique.
- matériels permettant la mise en œuvre d'une analgésie auto-contrôlée par exemple, place des masques laryngé Proseal et Fastrach, du monitoring de la profondeur d'une anesthésie par analyse bispectrale.

45- Procéder à des évaluations concernant la qualité : auto-évaluation, évaluation externe

Auto-évaluation

- protocoles et procédures de pharmacovigilance et de matériovigilance en OPEX incluant une procédure d'alerte permettant une remontée d'information vers les Commissions de choix sur le caractère adapté ou non des moyens. Ceci doit concerner en particulier les moyens sensibles : respirateur, vide médical...
- protocole d'évaluation de matériels et médicaments nouveaux.
- procédure simple de surveillance continue de la dotation : stockage, acheminement, conservation, péremptions.

Evaluation externe

- implicite sous la forme du regard des médecins réservistes participant aux OPEX, celui de praticiens d'autres armées
- envisageable de façon organisée et réalisée par des experts extérieurs au Service.

Conclusion

La qualité des matériels et médicaments en antennes est bonne mais peut être améliorée en terme d'assurance qualité par l'application de propositions relativement simples.

Cet esprit d'assurance qualité s'inscrit dans un état de vigilance de tous et de chacun selon son niveau de compétence : vigilance technologique (miniaturisation de matériels par exemple), pharmacologique (médicaments à venir comme les fluorocarbones pour le transport de l'oxygène), matérielle, stratégique avec la connaissance des nouvelles formes d'attaque et de défense et leurs conséquences en terme de prise en charge médicale.

Un morphinique récent en antenne chirurgicale

Médecin en chef **S. Bénéfice**, HIA Sainte anne 83 800 Toulon Naval. Tel : 04 94 09 99 42

I. L'antenne chirurgicale : Structure chirurgicale légère, mobile et rustique (6 tonnes, 30 m³), dispose de matériel conditionné en caisses aérotransportables ou aérolargables. Cette structure projetable en tout lieu à tout moment dispose d'un effectif réduit de 12 personnels (2 chirurgiens, 1 anesthésiste, 2 IADE, 1 IBODE, 1 sous officier administratif, 2 IDE, 3 auxiliaires sanitaires). Dans la doctrine officielle d'emploi (rôle 2 de la terminologie OTAN) les missions sont clairement définies : traitement des urgences chirurgicales (10-12/jour) ou triage (100 blessés/ jour) ou mise en condition d'évacuation. La chirurgie en urgence, de courte durée nécessite une rotation rapide des patients, un réveil rapide et une surveillance postopératoire de courte durée. Il en découle sur le plan anesthésique : l'intérêt d'un réveil rapide, d'une sécurité respiratoire rapidement obtenue et donc d'un morphinique per opératoire puissant mais rapidement réversible. En antenne, on dispose actuellement du Sufentanil et de l'Alfentanil.

II. Utilité du Rémifentanil en antenne (étude randomisée)

1. Caractéristiques du Rémifentanil puissance, rapidité d'action (1/2 vie d'équilibration entre les concentrations sanguines et cérébrales égale à 1 minute), rapidité d'élimination (1/2 vie contextuelle 3 à 4 minutes, indépendante de la durée de perfusion), métabolisme par les estérases tissulaires (indépendance vis à vis d'une l. rénale ou l. hépatique).

2. Méthodes : 3 critères de jugement : réveil, extubation, sécurité ventilatoire

Population étudiée: 50 patients tchadiens parmi les 350 patients opérés par la 14ème ACP lors d'un séjour au Tchad de Juillet à Octobre 2000. 2 groupes bénéficiant d'une chirurgie sous AG.

Technique anesthésique: Propofol à l'induction et en entretien (1 à 2 mg/kg), Vécuronium (0,1 mg/ kg) si nécessaire. Le morphinique a déterminé 2 groupes : Groupe Sufentanil : 25 patients 0,2 à 0,4 µg/kg à l'induction puis 5 à 10 µg toutes les 30 à 45 minutes selon la clinique. Groupe Rémifentanil: 25 patients 0,33 µg/kg/mn à l'induction puis 0,1 à 1 µg/kg/mn en entretien au PSE arrêté au dernier point sur la peau + morphine 0,1 mg/kg 30 à 60 minutes avant la fin de l'intervention étant donné l'absence d'analgésie résiduelle. **Analgésie post opératoire** soit « conventionnelle » (propacétamol, nalbuphine, kétoprofène), soit morphine SC , soit enfin PCA à usage unique du laboratoire GO médical.

Paramètres étudiés : âge, sexe, type et durée de chirurgie. Temps nécessaire à la reprise d'une ventilation, délai d'extubation et délai pour obtenir un score de réveil supérieur à 8.

L'EVA a été relevée toutes les 4H pendant 48H. Analyse statistique : valeurs en moyenne ± écart type. Test de Man et Whitney pour les variables continues et test du chi² pour les variables catégorielles avec correction de Yates pour les effectifs réduits.

3. Résultats Les types de chirurgie et la durée d'intervention étaient comparables dans les 2 groupes (DNS). La reprise de ventilation spontanée se faisait dans des délais similaires pour les 2 groupes (Sufenta 8' vs Rémifentanil 7'24" DNS). Par contre les patients du groupe Rémifentanil étaient extubés plus tôt (11'30" vs Sufenta 16'42", p=0,002) et leur score de réveil était à 8 plus précocement (20'42" vs Sufenta 46'48", p= 0,0001).

L'analgésie post opératoire était comparable quel que soit le groupe.

Conclusion: le Rémifentanil permet une reprise rapide de la ventilation spontanée un réveil toujours rapide quelle que soit la durée de perfusion, une absence de dépression respiratoire retardée, une surveillance post opératoire de moins longue durée, mais ... il faut anticiper l'analgésie post opératoire par une injection de morphine 0,1 mg/kg 30 à 60 minutes avant la fin de l'intervention. A noter , l'intérêt de la PCA à usage unique du laboratoire GO médical en mission.

LE BLAST PULMONAIRE

P Koulmann, JP Perez, B Debien

Le blast pulmonaire est une pathologie rencontrée chez les victimes d'explosions. Pour tenter d'individualiser la lésion *princeps*, il faut s'intéresser au blast dû à une explosion strictement sous-marine, milieu où ne se propage que l'onde de surpression statique. Les lésions s'apparentent alors à celles de contusions pulmonaires survenant dans les traumatismes thoraciques fermés avec la particularité de ne comporter aucune lésion costale ou autre atteinte pariétale. Mais cette lésion de blast pur est rare au point de vue épidémiologique. Les victimes de blast sont essentiellement rapportées en milieu aérien. Leibovici et coll (1) constatent que le blast pulmonaire, est cinq fois plus fréquent en milieu confiné qu'en milieu ouvert. L'analyse des travaux de Maynard et coll (2) permet de donner une explication à la gravité des lésions : en milieu confiné, l'onde de surpression statique se réfléchit de multiple fois sur les parois du local confinant à l'origine de plusieurs pics de surpression et d'une durée de surpression globale beaucoup plus prolongée qu'en milieu ouvert. L'exemple le plus remarquable en clinique humaine est l'attentat de Jérusalem rapporté par Katz et coll (3). La position des victimes à l'intérieur du véhicule a été reconstituée avec une minutie policière permettant de penser que les passagers positionnés près des parois sont atteints par l'onde réfléchie et victimes des lésions les plus sévères de blast pulmonaire. Au plan clinique, c'est une contusion pulmonaire compliquée de fuites aériens extra et intra-pulmonaires dont les symptômes sont d'apparition immédiate. L'intrication lésionnelle est majeure : le blast concerne tous les organes creux présentant l'interface sang-air ou muqueuse-air en particulier les lésions intestinales parlant au septième jours d'évolution (région iléo-caecale, côlon), les lésions des voies aériennes supérieures classiques en expérimentation animale n'ont jamais été décrites en clinique humaine. La nouveauté en clinique humaine est la remise en question du dogme : lésion tympanique égale atteinte pulmonaire. Leibovici et coll (4) rapportent leur expérience en Israël concernant onze attentats soit 647 patents admis à l'hôpital parmi lesquels sont colligés 193 blasts primaires. Le taux de blast pulmonaire est de 7,5%. Le taux de blast tympanique est de 73%, 16% ont l'association lésionnelle tympan et poumon. En fait, les auteurs concluent que la lésion tympanique isolé est plutôt de bon pronostic et qu'il y a plus du tiers des atteintes sévères pulmonaires sans atteinte tympanique. Le mécanisme physiopathologique épargnant les tympans et lésant le poumon n'est pas expliqué. En revanche, la théorie moderne de la survenue du blast pulmonaire est celle décrivant la propagation de l'onde de surpression statique à travers la paroi thoracique ayant pour conséquence, selon la densité tissulaire, des phénomènes de cisaillements et d'impaction ou bien de réflexions d'onde dans le thorax sur les structures plus denses (médiastin, culs de sac diaphragmatiques). L'évolution et le traitement n'offrent aucune spécificité par rapport à la contusion pulmonaire classique et la prise en charge de ces patients reste symptomatique.

1. Leibovici D, Gofrit O, Stein M, Shapira SC, Noga Y, Heruti RJ, Shemer J. Blast injuries : bus versus open-air bombings-a comparative study of injuries in survivors of open-air versus confined-space explosions. J of Trauma 1996; 41 (6), 1030-1035.

2. Maynard RL, Cooper GJ, Scott R. Mechanisms of injury in bombs blasts and explosions. In : Trauma management for civilian and military physicians. Philadelphia : WB Saunders, 1986 : 30-41.

3. Katz E, Ofek B, Adler J, Abramowitz HB, Krautsh MM. Primary blast injury after a bomb explosion in a civilian bus. Ann Surg 1989 ; 209 : 484-488.

4. Leibovici D, Gofrit O, Shapira C. Eardrum perforation in explosion survivors : is it a marker of pulmonary blast injury ? Ann of Emerg Med 1999 ; 34, (2), 168-172

ANALGESIE DE LA JAMBE ET DU PIED : UN BLOC SCIATIQUE SIMPLIFIE REALISE PAR LE MEDECIN D'UNITE

E. KAISER

Les lésions traumatiques de la jambe ou du pied (fractures, plaies plus ou moins délabrantes, pieds de mines...) lésions sont douloureuses. Le médecin les traite par immobilisation et analgésie morphinique, ce qui est efficace mais peu efficient sur les douleurs mécaniques. L'alternative est de réaliser un bloc du nerf sciatique qui a une puissance analgésique remarquable. Le but de cette étude prospective a été d'évaluer la faisabilité et l'efficacité analgésique d'une technique simplifiée de bloc du nerf sciatique par abord latéral médiofémoral (cf. photo), réalisée par des médecins d'unité non initiés à l'ALR.

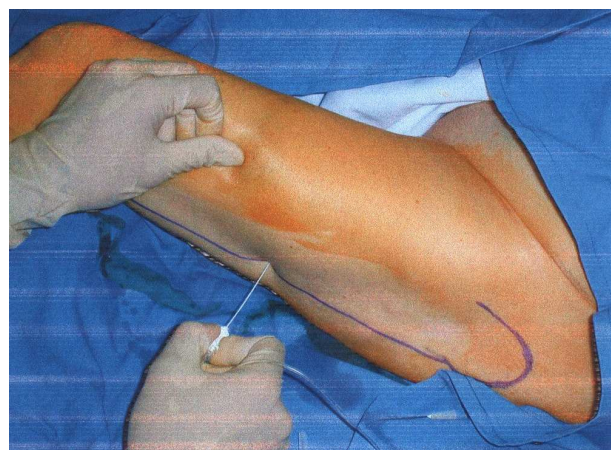
Matériel et méthode : Vingt deux patients devant bénéficier d'une chirurgie urgente ou programmée de la jambe ou du pied ont été inclus (âge > ou = 18 ans, classe ASA 1 ou 2). Critères d'exclusion : contre-indication à l'ALR, neuropathie périphérique. Un médecin anesthésiste-réanimateur décrivait la technique simplifiée de bloc sciatique à un médecin d'unité généraliste n'ayant jamais réalisé d'ALR et volontaire pour participer à l'étude. Après chirurgie le médecin d'unité réalisait le bloc sous surveillance du MAR, avec un neurostimulateur et une aiguille gainée de 8 cm (lidocaïne 1 % : 40 mL).

Resultats : Origine des médecins opérateurs : armée de terre (9 cas), armée de l'air (1 cas), marine (8 cas), service d'urgence de l'hôpital (4 cas).

Paramètres du bloc	
Urgence (oui / non)	15 / 7
Anesthésie associée (AG / RA)	9 / 13
Durée de réalisation	3 min 23 sec ± 154 sec
Nombre de ponction (n)	2,5 ± 1,1
Profondeur à l'injection (cm)	5,6 ± 1,1
Échelle visuelle analogique (/ 10)	2,4 ± 1,5
Échelle verbale simple :	
- Facile	16 / 22 (73 %)
- Assez difficile	5 / 22 (23 %)
- Très difficile	1 / 22 (4 %)
Durée d'analgésie (min)	6 h 17 ± 214 min
Échec d'analgésie	0 / 22

Types de chirurgies.	
Fracture bi-malléolaire	6
Fracture tri-malléolaire	2
Fracture de jambe	3
Plaie de jambe	2
Hallux Valgus	7
Fracture calcanéum	1
Plaie de pied	1

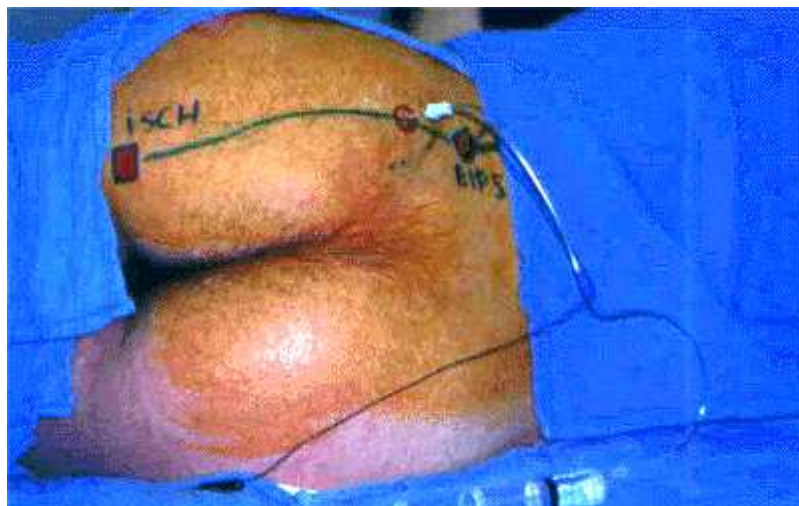
CONCLUSION. Le bloc du nerf sciatique par voie latérale médiofémorale est une technique d'analgésie simple, efficace et sûre pour les lésions du pied et de la jambe. Elle est réalisable par le médecin d'unité au prix d'une formation minime mais précise. L'utilisation de l'ALR en unité passe essentiellement par la mise en place d'un programme de formation adapté.



BLOC DU SCIATIQUE PAR VOIE PARA-SACREE

MDA CH PELLETIER, MC C DESCRAQUES, MP M PUIDUPIN, MC G MION
(service d'anesthésie- HIA Bégin, Saint-Mandé)

<p>Indications : Chir du pied ou du MI associé à un bloc « 3 en 1 »</p>	<p>Contre-indications : escarre fessier ; tumeur de la fesse Anomalie de l'hémostase, risque hémorragique</p>
<p>Solutions anesthésiques : - 20 cc Naropéine 7,5 (+/- 1µg/kg Clonidine) - ou 20 cc Xylo 1,5 Adré</p>	<p>Matériel : Neurostim + aiguille de 100 ou 150 (si obèse) Seringue de 20 cc Cathé possible</p>
<p>Position : Décubitus latéral, cuisse fléchie à 45°, genou fléchi à 90° (position de SIM) Le membre controlatéral est en extension</p>	
<p>Repères : Ligne reliant l'EIPS à l'Ischion (légèrement ascendante) Fossette de l'échancrure sacrée à 6 – 8 cm de l'EIPS sur cette ligne</p>	
<p>Technique de ponction : - point de ponction sur la ligne EIPS – Ischion, dans la fossette de l'échancrure sacrée - Aiguille introduite perpendiculairement à la peau sur 6 à 10 cm - Injecter 20 cc quand réponse adéquate pour stimulation < 0,5 mA</p>	<p>Réponse souhaitée : Distale, par flexion ou extension - éversion du pied/orteils Contraction des muscles du mollet</p>
<p>Remarques : - Une contraction proximale est à rejeter - Si contact osseux obtenu (os iliaque) sans réponse obtenue, retirer l'aiguille de plusieurs cm et la réorienter caudalement (sans dépasser 2 cm supplémentaires de profondeur) - C'est un véritable bloc plexique avec possible extension sur l'obturateur</p>	
<p>Délai d'action : 20 – 30 mn pour la naropéine</p>	<p>Testing : Pincer les faces dorsales et plantaires du pied, et face ext. de la cheville Flexion /extension du pied</p>

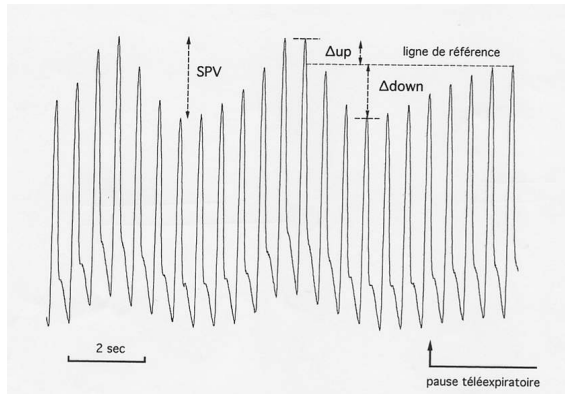


Optimisation du remplissage vasculaire par le Delta-down

G. DEROUDILHE, Y. HERVE, P. LABADIE - H.I.A. Robert PICQUE

Dans tous les états d'insuffisance cardio-circulatoire, la correction de l'hypovolémie constitue une étape essentielle au maintien de la stabilité hémodynamique. Elle vise à optimiser la précharge ventriculaire, principal déterminant du débit cardiaque. Un tel objectif suppose de disposer d'outils diagnostiques fiables. Le caractère subjectif et peu spécifique des symptômes cliniques justifie bien souvent le recours à des méthodes d'évaluation invasives ou sophistiquées.

Ces dernières années, plusieurs auteurs ont montré l'intérêt de l'analyse des variations de pression artérielle systolique (PAS) pour l'appréciation de la volémie des patients sous ventilation mécanique. plusieurs paramètres en découlent (figure 1) :



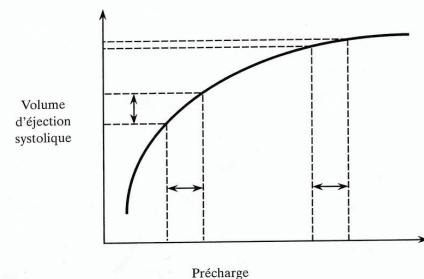
• **SPV ou « systolic pressure variation »** qui est la différence entre la PAS la plus élevée – la PAS la plus basse.

• **Δdown et Δup, dont la somme est égale à SPV.** Ces 2 paramètres sont définis à partir d'une pression systolique de référence, qui est la pression obtenue après une pause télé-expiratoire de quelques secondes.

SPV et plus particulièrement sa composante Δdown sont étroitement corrélés à l'importance de l'hypovolémie. Ainsi Tavernier (1) montre qu'il existe une relation linéaire très forte entre

les variations de pressions artérielles sous l'effet du remplissage vasculaire et la valeur du Δdown mesurée avant le remplissage. Il démontre par ailleurs que ce paramètre est nettement plus pertinent que la mesure de la PAPO ou de la surface télédiastolique du VG.

Sur le plan physiopathologique, les SPV évaluent la « précharge dépendance VG ». En effet SPV est le reflet des variations du volume d'éjection systolique sous l'effet de la ventilation en pression positive. Or ces variations sont la conséquence des variations de retour veineux au cours du cycle de ventilation mécanique et elles sont proportionnellement plus importantes chez les patients en état d'hypovolémie c'est à dire pour lesquels le cœur travaille sur la portion verticale de la courbe de Franck et Starling (figure 2)



Les limites d'application de cette technique sont essentiellement représentées par le patient en ventilation spontanée et la fibrillation auriculaire. L'altération de la compliance tend également à sous estimer l'importance de l'hypovolémie. C'est pourquoi l'utilisation de cette technique dans le SDRA doit être prudente. De manière plus anecdotique, du fait de l'absence de transmission des pressions au cœur, l'existence d'un thorax ouvert constitue une limite à cette technique

Cette méthode de monitoring de la volémie présente un certain nombre d'avantages qui peuvent justifier de son emploi dans les hôpitaux de l'avant. Elle est simple à maîtriser et à mettre en œuvre (environ 1 minute), elle ne demande pas un investissement technique important (tout au plus un logiciel intégré au module de monitoring de la pression artérielle sanglante). Enfin, avec une sensibilité et une spécificité qui dépasse les 95%, cette technique peut participer à l'économie de sang à l'avant en évitant l'hémodilution liée à un remplissage excessif.

(1) : **Tavernier B, Systolic pressure variation as a guide to fluid therapy in patients with sepsis-induced hypotension. Anesthesiology 1998 ; 89 : 1313-21.**

Utilisation de la bio-impédancemétrie en réanimation

JM Rousseau, I Rouquette, S Mérat, M Lerecouvreux, L Brinquin

Département d'anesthésie réanimation, HIA Val de Grâce

Parmi les techniques de mesure du débit cardiaque, la bio-impédancemétrie est une technique non invasive intéressante. Il s'agit d'une technique apparue dans les années 60, basée sur des calculs théoriques de la mesure de la résistance à un signal électrique de faible puissance, modélisé sous forme d'équations par Kubicek puis Sramek. Il est possible en tenant compte d'un niveau de bio-impédance de base, d'estimer les variations du signal électrique générées par les variations systoliques du cœur. Les données obtenues sont une approche du débit cardiaque mais également de la fonction diastolique ou de la volémie. Peu d'études cliniques viennent corroborer la concordance de cette évaluation diagnostique avec les méthodes de référence, mais l'amélioration récente des matériels (analyse du signal et traitement de l'information) ont relancé cette technique. Nous avons participé à une étude comparant la bio-impédancemétrie avec la mesure du débit cardiaque obtenu par thermodilution. Dans notre population de patients où nous avons 50 % de chocs septiques, nos résultats ont fait apparaître un biais important ($- 3.10 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1}$), témoignant d'une mauvaise concordance. Par contre l'analyse de la totalité des données rapportées par cette étude multicentrique et portant sur 107 patients, relevait un biais minime à $- 0.014 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1}$.

D'autres études doivent préciser si cette évaluation est fiable, exploitable en réanimation. Sa rapidité de mise en œuvre, son aspect non invasif, les différentes voies de recherche qu'elle propose, font de la bio-impédancemétrie une technique prometteuse.

Informatisation des données en réanimation

JM Rousseau, S Mérat, M Lerecouvreux, I Rouquette, L Brinquin

Département d'anesthésie réanimation, HIA Val de Grâce, Paris

Le service de réanimation de l'hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce est équipé depuis 1998 d'un système d'informatisation des données. Le système s'articule en réseau interne au service avec une interface sur le système informatique de l'hôpital, permettant de récupérer un certain nombre de données de laboratoire. La récupération de l'information est fondamentale en réanimation. Les données administratives sont essentielles pour l'établissement du PMSI ainsi que pour d'éventuels échanges avec d'autres services. La connexion de ce système informatique aux différents moniteurs de surveillance ou de traitement permet de récupérer de façon fiable et objective des données qui sont indispensables pour le clinicien et qui pourraient être primordiales en cas de problème médico-légal. Des efforts sont encore à faire pour accroître le nombre d'appareils de réanimation connectés au système. De même les problèmes d'interfaçage entre les différents systèmes intra ou extra hospitaliers ne sont pas encore résolus. Enfin, les données observées et recueillies restent sous la dépendance de la saisie informatique et ont un caractère plus subjectif. Le dossier de soins informatisé est un système ouvert, accessible à différentes catégories de personnel, facile à utiliser et évolutif grâce à une configuration adaptable par les utilisateurs. La prescription médicale est simple d'emploi, précise, permet l'utilisation de protocoles ou de messages d'alerte. Le dossier infirmier est accepté sans réticence et permet d'avoir une liste de tâches à réaliser, fil conducteur de la prise en charge des patients. Cette liste est néanmoins formelle et ne facilite pas l'effort de synthèse indispensable pour définir la priorité des actes et peut s'avérer un handicap lors de l'arrivée de nouveaux infirmiers en réanimation. Nous nous penchons actuellement sur les possibilités d'intégrer ce dossier patient dans un dossier médical commun avec les autres services. L'analyse des données par l'utilisateur est l'avantage essentiel justifiant le recueil informatisé en réanimation. Ceci permet une analyse rapide et suggestive (tableaux, courbes) permettant d'envisager des recherches plus approfondies afin de dépister des problèmes individuels mais surtout des dysfonctionnements de système pouvant nuire à la qualité des soins en réanimation. Les données recueillies s'avèrent indispensables pour le suivi évolutif des patients. Ceci impose cependant un véritable effort collectif de rigueur dans la collecte de l'information afin de limiter au maximum un biais lié au recueil. Les premières analyses nous ont permis de faire évoluer le système en adaptant la configuration en vue de l'analyse des données. Néanmoins ce travail pourra devenir intéressant si nous sommes capables d'avoir un système comparable à d'autres, mais également de mettre en commun les différentes approches afin d'exploiter au mieux les résultats. Un club utilisateur devrait voir le jour et pourrait avoir cet objectif.

HEPATITE VIRALE FULMINANTE

S AMARA, ELHAMZAOUI, M CHANI, P KOUNA, JR NZENZE, S NZENZE.
Rabat (Maroc) - Libreville (Gabon)

L'hépatite virale fulminante est une pathologie gravissime qui exige un diagnostic urgent et une prise en charge en USI. Dans 70% des cas le virus B est en cause; la mortalité est effroyable d'autant plus que sur place la transplantation hépatique est hors de question. Ce qui fait l'originalité de cette observation c'est sa survenue chez un porteur chronique. 60 à 80 % des hépatites aiguës B sont cliniquement muettes. 10% des sujets évoluent vers un portage chronique de l'antigène HBs, 2 à 5 % vers une hépatite chronique persistante ou active. La complication majeure de ces formes chroniques est l'hépatocarcinome (20 % des cas). 1/1000 à 1/100 peuvent se compliquer d'une hépatite fulminante, dont le diagnostic repose sur la présence de troubles neuro-psychiques (désorientation temporo-spatiale, flapping), d'un syndrome hémorragique, d'éléments biologiques : insuffisance hépatocellulaire grave jugée sur une hypo-albuminémie < 30 g/l, un TP < 30 %, un fibrinogène < 1g/l.

OBSERVATION : patiente de 19 ans hospitalisée en réanimation pour ictère grave et coma subfébrile sans notion d'intoxication médicamenteuse. La maladie commence brutalement par une diarrhée profuse, des vomissements, un syndrome pseudogrippal et un ictère cutanéomuqueux. La patiente est confuse, agitée, déshydratée et polypnéique. L'état hémodynamique est instable (PA = 80/40 mmHg, FC = 130 batt/min et oligoanurie, L'abdomen est ballonné, tendu et douloureux avec hépatosplénomégalie et OMI. On note une abolition des ROT, un Babinski bilatéral, sans raideur méningée ni signes déficitaires, le score de Glasgow est à 11. Le bilan hépatique montre une cytolysé importante (transaminases x 10), une cholestase (PAL = 172 U/L, BT = 860 µmol/L et BC = 769 µmol/L. GGT = 51 UI/L). La sérologie élimine une hépatite A (IgM antiVHA neg), une hépatite C (IgG antiVHC neg). La positivité des Ac anti HBc totaux et la négativité des IgM anti HBc est significative d'un contact ancien avec le VHB. L'absence des Ac anti HBs, présence de l'Ag HBs et de l'Ag HBe sont en faveur de la répllication virale. un TP à 40 % et un TCA à 60 secondes, un ictère sévère et une encéphalopathie hépatique sont en faveur d'une insuffisance hépatocellulaire aiguë fulminante B. l'hépatite auto-immune et la leptospirose sont écartées par l'absence des Ac anti-tissus et anti-leptospores. La goutte épaisse et les frottis sanguins sont négatifs. Pas d'obstacle sur les voies biliaires à l'échographie abdominale. On note des complications viscérales : insuffisance rénale oligoanurique (urée = 74 mmol/L, créatininémie = 1890 µmol/L, clairance de la créatinine à 15 ml/min), une pancréatite aiguë (lipasémie = 1740 UI/L), une anémie majeure (Hb = 4,4 g/dl, une thrombopénie (40000 Plaq / mm³).

Malgré ce tableau alarmant, l'évolution sera favorable sous traitement symptomatique : apport de G 10% sans KCl, remplissage vasculaire, prévention de l'ulcère de stress, antibiothérapie d'une surinfection à *Klebsiella pneumoniae* (dans les hémocultures sur le cathéter central), apport de Vit K, prescription de duphalac pour diminuer l'ammoniémie et d'oxoglurate d'ornithine pour combattre l'encéphalopathie, dopamine à doses « rénales » associée à du furosémide à forte dose, alcalinisation. L'apport de sang total et de PFC, à éviter si une transplantation est en discussion, pour ne pas perturber la surveillance du facteur V, s'impose dans ce contexte d'anémie extrême et de risque hémorragique.

Au début de l'encéphalopathie, l'antigène HBs est absent dans 20 % des cas. Le taux de mortalité des hépatites fulminantes B est d'environ 80 %. Rarement les porteurs chroniques du virus B peuvent développer une hépatite fulminante à l'occasion d'une réactivation marquée par une reprise de la répllication virale.

ACTIVITE DU SERVICE D'ANESTHESIE-REANIMATION DE L' HOPITAL MEDICO-CHIRURGICAL MAROCAIN A MITROVICA AU KOSOVO

S. SIAH, M. DRISSI, M. DIMOU, N. DRISSI-KAMILI, M. ATMANI.

Service des Urgences. Hôpital Militaire MOHAMED V. RABAT

Depuis le mois de novembre 1999, un hôpital médico-chirurgical marocain est déployé à Mitroviça dans le cadre de la mission du contingent des Forces Armées Royale au Kosovo sous l'égide de la Brigade Multinationale Nord. Pour les médecins anesthésistes réanimateurs qui s'y relaient, il s'agit d'une expérience exceptionnelle riche d'enseignement, tant sur le plan humain que professionnel. Nous rapportons l'activité du service d'A/R de l'HMCC de juin à novembre 2000.

I-LE THEATRE DES OPERATIONS : L'hôpital médico-chirurgical marocain est situé dans la partie sud de la ville de Mitroviça (rive droite de l'Ibar) habitée par la population albanaise (80000) par opposition à la partie nord de la ville peuplée pour l'essentiel par la communauté Serbe (20000) où se retrouve implanté l'hôpital Nord du Kosovo. La partition de la ville symbolisée par l'Ibar et de ce fait des deux entités fait que la population albanaise n'a plus de structure hospitalière locale pour être soignée. Elle doit se tourner vers :

- Soit l'Hôpital Médico-Chirurgical Marocain.
- L'Hôpital des Emirats-Arabs Unis à Vucitrin (20 km)
- Le Groupe Médico-Chirurgical Français où le Centre Hospitalier Universitaire de Pristina, distante d'une cinquantaine de kilomètres.

II-MISSION DE L'H.M.C.C. La mission essentielle du contingent Marocain des Forces Armées Royales est humanitaire médicale et sociale. L'H.M.C.C. assure une action médicale pour les deux ethnies albanaise et serbe, les soldats de la KFOR et le personnel de l'UNMIK (Mission d'Administration Intérimaire des Nations Unies au Kosovo).

III- DISPOSITIF D'ANESTHESIE REANIMATION

17 Unité d'Accueil-Urgence et déchochage : Elle est composée de 4 postes, constitués de 4 brancards. Deux postes étant équipés de tout le matériel nécessaire à une ressuscitation cardio-pulmonaire ou à une anesthésie en urgence. Nous disposons d'un moniteur de paramètres vitaux Propacq 104[®], d'un respirateur portable Airox, un obus d'oxygène de 13 litres à 150 bars. Un service de radiologie nous réalise des radiographies simples à l'aide d'un appareil mobile de campagne, des échographies sont faites par le radiologue de garde. Le bilan biologique se fait au laboratoire d'analyses médicales : dosage de l'hémoglobine, de l'urée, la glycémie, le bilan de coagulation, analyse d'urines. Si nous souhaitons en complément de bilan, celui-ci nous est réalisé par le GMC Français avec lequel nous travaillons en étroite collaboration pour investigation de l'hémostase (dosage du fibrinogène, comptage des plaquettes) et de la fonction hépatique (SGOT, SGPT, PAL, Bilirubine). Nous disposons de concentrés érythrocytaire et de plasma frais congelé stockés dans la banque de sang du Groupe Médico-Chirurgical Français. Plus tard un électrocardiographe fut livré. C'est au service des Urgences que se pratique l'examen clinique des patients et ils sont triés en fonction du degré de détresse vitale, puis orienté soit en réanimation soit au bloc opératoire. Les patients plus lourds (polytraumatisé grave, chirurgie lourde) sont évacués au CHU de Pristina ou au GMC. Nous disposons de 5 ambulances parfaitement équipées. L'évacuation est décidée après confrontation des données cliniques et paracliniques et réalisée en fonction de l'état du patient par un médecin généraliste ou le réanimateur avec un infirmier aide- anesthésiste si le blessé présente des signes de gravité.

27 Bloc opératoire : L'HMCC dispose de deux blocs opératoires fonctionnels et modernisés par la mise en service de :

- Respirateur électrique Monnal D alimenté en oxygène, N2O.
- Système d'anesthésie par inhalation.

- Une pompe à perfusion rapide TGV 600 Gamida®.

Notre équipe est composée de deux anesthésistes-réanimateurs et deux infirmiers aide anesthésiste. L'équipe chirurgicale est composée d'un chirurgien viscéraliste, un chirurgien traumatolo-orthopédiste, un gynécologue obstétricien, un ORL et un ophtalmologiste.

37 Salle de réanimation : Elle sert aussi de salle de surveillance post-interventionnelle. Elle comporte 4 lits sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur. Nous disposons de 4 électrocardioscopes, un respirateur Monal D® et un Propacq 104®. Plusieurs patients graves y ont passés 24 à 48 heures en fonction de la difficulté à les évacuer et il faut souligner la conscience professionnelle du personnel infirmier chargé de leur surveillance. En effet, certains n'étaient pas familiers des techniques de soins intensifs, mais ont montré une soif d'apprentissage remarquable.

IV. BILAN D'ACTIVITE : sur une période de 5 mois (juin à novembre 2000), 300 interventions chirurgicales ont été réalisées. Des caractéristiques communes peuvent être dégagées :

- 90% de l'activité est effectuée au profit de l'action humanitaire.
- Les blessés civils albanais par balle ou par arme blanche représentent 2%.
- Le recours à l'anesthésie locorégionale est fréquent, dans ce contexte de « pénurie médicale ».
- La sécurité anesthésique a été assurée quelque soit les conditions de prise en charge.
- La sécurité transfusionnelle : information du receveur, examens sérologiques post-transfusionnels et traçabilité des produits sanguins ont été réalisés.

A/ Répartition de l'activité anesthésique

type d'anesthésie	type d'Intervention	type de Chirurgie
Anesthésie générale : 34	Urgences : 30	Gynéco-obstétrique : 20
ALR : 266	Réglées : 270	Viscérale : 236
		Orthopédie : 10
		Ophtalmologie : 30
		ORL : 4

B/ Activité de l'unité de réanimation

pathologie Cardiaque (HTA, IDM, OAP)	20
pathologie respiratoire (Asthme, Pneumoconiose, BPCO)	10
pathologie neurologique (AVC, Méningite, Coma)	08
Polytraumatisme	08
Total	46
Durée d'hospitalisation moyenne : 12 à 24 heures	

CONCLUSION : Au cours de ce quadrimestre, l'activité d'anesthésie réanimation s'est déroulée d'une façon satisfaisante. Quelques difficultés d'approvisionnement en sang et en oxygène ont pu être surmontées grâce à la collaboration étroite et fructueuse avec le Groupe médico-chirurgical Français. L'autre difficulté majeure que nous avons rencontré a été la prise en charge du Polytraumatisé grave. Notre structure ne pouvant assurer une réanimation de longue durée, l'évacuation se faisant soit vers le CHU de Pristina soit vers le Groupe Médico- Chirurgical Français.

Prochains congrès

44^{ème} congrès annuel de la SFAR Journée des clubs : Septembre 2002 préprogramme

Pathologie d'urgence

- JL Fortin : épidémiologie de la brûlure en milieu urbain
- JL Fortin : épidémiologie de la brûlure électrique
- JP Carpentier, R Pétrognani, R Saby : Conduite à tenir devant un coma fébrile au retour d'un séjour en milieu tropical".

Médecine de guerre

- S Mérat, JP Pérez, M Rüttimann, E Bordier, A Lienhard, B Lenoir, B Pats : Avancées récentes dans le traitement de l'intoxication par l'Ypérite.
- R Gonzales, F Dorandeu, P Carpentier, G Lallement, M Rüttimann, JM Rousseau : Physiopathologie des lésions cérébrales induites par le Soman et perspectives thérapeutiques.
- M Rüttimann : gestion des alertes à l'intoxication par le charbon
- E Hernandez, F Ramisse, JD Cavallo : aspects actuels du charbon.

Réanimation

- I Rouquette Vincenti, E Morell, P Clapson, G de Saint Maurice, JM Rousseau, L Brinquin : Les intoxications sévères au monoxyde de carbone en Ile de France
- E Cantais : Oxygénothérapie hyperbare et médecine factuelle
- B Palmier : La recherche clinique en réanimation dans nos hôpitaux militaires : réflexions.

Pathologies circonstancielles en milieu militaire la date retenue pour la réunion sera finalement le 7 novembre 2002 à l'HIA Val de Grâce

- Hypothermies accidentelles
- Brûlures graves
- Pathologies liées à l'altitude
- Pathologies des profondeurs

pour tout renseignement, contacter le MC JM Rousseau
☎ 01 40 51 45 03 ✉ jmrousseau@club-internet.fr

2003 : le blessé de guerre

Le département d'anesthésie réanimation de l'HIA Sainte-Anne à Toulon attend vos propositions de sujets « forts » autour de ce thème.

pour tout renseignement, contacter le MC B Palmier, ✉ bruno.palmier@free.fr

Courrier

PLAIDOYER POUR UNE CHAIRE D'ANESTHESIE-REANIMATION DE GUERRE

J'ai constaté comme d'autres confrères de la discipline, l'absence de politique en matière d'anesthésie-réanimation de l'avant. Les publications rapportant les activités en antennes sont l'œuvre de médecins passionnés et très motivés par la pratique de notre art dans un milieu isolé avec des moyens limités. Ne serait-il pas important d'enseigner de façon pragmatique cet aspect de notre spécialité aux assistants susceptibles d'être affecté en antenne par des médecins en ayant l'expérience d'autant plus que le fossé semble se creuser entre la pratique sur le terrain et la métropole ? La création d'une troisième chaire semble utopique, en revanche l'adjonction à la chaire d'oxylogie, de l'appellation « anesthésiologie-réanimation de guerre » ne serait-elle pas envisageable sans qu'il en coûte beaucoup de deniers à l'Etat ? Les camarades tentés par l'oxylogie seraient-ils prêts à partager ? La création d'un comité consultatif, présidé par les plus hauts niveaux hiérarchiques de la discipline n'a-t-il pas lieu d'être proposé à l'heure d'une armée moderne professionnelle projetable ?

P Koulmann, assistant, HIA Bégin.
pierre.koulmann@9online.fr

La rédaction de réanoxyo félicite les MC Roland Pétrognani et Michel Rüttimann pour leur réussite au concours d'agrégation 2001.

Peut-être seront-ils tentés de synthétiser les enseignements de médecine de guerre publiés ces dernières années dans Médecine et Armées, La lettre de réanoxyo ou lors de congrès militaires, comme le suggère notre camarade pierre Koulmann...

G Mion

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Lorsque vous nous transmettez un texte sur disquette ou par mail, respectez les recommandations suivantes :

Format word 6 ou 97 pour windows

Caractère Arial taille 10 à 12 ; interligne simple

Les paragraphes ne doivent être matérialisés que par leur titre en caractère gras

Pas d'espacement après ou avant les paragraphes (utilisez le saut de ligne)

Aucun retrait : gauche, droit, ou de première ligne. Ils seront insérés par la rédaction

Préférez les puces simples ou les numéros pour matérialiser les sous chapitres

Evitez à tout prix l'utilisation du caractère d'espacement ou des tabulations

Il est recommandé de joindre un fichier sauvegardé en mode texte ou RTF

Les tableaux doivent être fournis à part, au format Excel pour windows

Les images seront converties au format JPEG et ne doivent pas excéder 200 Ko

CARM - COTISATION 2002

Nom :

Prénom :

Promotion :

Grade :

Fonction :

Anesthésiste-réanimateur

Urgentiste

Iade

Autre

Agrégé

Spécialiste

Assistant

Cadre

Autre

Lieu d'exercice :

Secteur d'activité :

Adresse professionnelle :

Tel :

Fax :

Email :

Cotisation par chèque à l'ordre du CARM

professeur agrégé et MCS : 40 Euros

spécialiste : 25 Euros

médecin et assistant : 15 Euros

iade, infirmier : 10 Euros

Questions, suggestions :

Courrier réponse à adresser au MC G MION - Service d'Anesthésie Réanimation
HIA Bégin. 69, Av. de Paris, 94160 Saint Mandé / 00498 Saint Mandé Armées.
Tel: 01 43 98 48 81 - drgmion@club-internet.fr

Membres du CARM (fin 2001)

En raison du renouvellement du bureau du CARM, certaines erreurs ou omissions ont pu se glisser dans la base de données. Merci de nous les signaler par courrier électronique.

en caractères gras les membres à jour de leur cotisation

org : membre du comité d'organisation

Corr : correspondant pour la structure d'exercice, membre de droit du conseil d'administration

ADAM	Jean-Claude	MP	HIA Clermont Tonnerre	adam.jc@wanadoo.fr	org
ALBARELLO	Sergio	MDA	HIA Percy		
AUBERT	Michel	MG	HIA Laveran	mvie@planete.fr	
AUBOUIN	Jean-Philippe	MC	HIA Clermont Tonnerre		
AUSSET	Sylvain	MDA	EASSA	mvie@planete.fr	
AVARGUES	Patrick	MP	HIA Bégin	patrick.avargues@mageos.com	org
BARGUES	Laurent	MP	HIA Percy	bargol@aol.com	
BENEFICE	Serge	MC	HIA Sainte Anne	benef_sa@club-internet.fr	
BENES	Nicolas	MP	CPIS	nbenes@club-internet.fr	
BENOIS	Alain	MDA	EASSA	alainbenois@wanadoo.fr	org
BIRON	René	MC(ER)	Bourgoin		
BLOTTIAUX	Emmanuel	MDA	BSPP		
BODENAN	Patrice	PH	CH Juvisy sur Orge	pbodenan@club-internet.fr	
BONSIGNOUR	Jean Pierre	MG	INI		
BORET	Henry	MDA	HIA Legouest	hialegoust.daru@wanadoo.fr	
BORNE	Marc	MP	HIA Val de Grâce	MARC.BORNE@wanadoo.fr	
BOULLAND	Pascal	MDA	BSPP		
BOURRE	Anne-Marie		HIA Legouest		
BRINQUIN	Louis	MCS	HIA Val de Grâce		
CAMPILLO	Alexis	MC	BMPM	alexcam@wanadoo.fr	
CARPENTIER	Jean Pierre	MC	HIA Laveran	daru.laveran@wanadoo.fr	
CARRAS	Pierre-Marie	Dr	Croix St Simon	pcarras@wanadoo.fr	
CARSIN	Hervé	MCS	HIA Percy	ctbpercy@club-internet.fr	
CHANI	M	MCdt	Libreville		corr
CHASSAING	François	MP	HIA Legouest	hialegouest.daru@wanadoo.fr	corr
CHAZALON	Pascal	MDA	EASSA	pchzlu@club-internet.fr	
CHEVRE	Arnaud	MDA	BSPP	arnaud.chevre@free.fr	
COMBES	Laurent	MP	BMPM	combes.laurent@free.fr	
CORDEBAR	Régis		CH Pontivy	regis.cordebar@wanadoo.fr	
CURET	PM	MP	HIA Percy	pmcuretspra@hotmail.com	
D'ANDIGNE	Eric	MDA	1°RPIMa	eric.dandigne@li bertysurf.fr	
De SAINT-MAURICE	Guillaume	MDA	EASSA	gdesaintmaurice@mogros.com	
DEBIEN	Bruno	MP	HIA Percy	brunodebien@voila.fr	
DELORT	Guillaume	MP	HIA Bégin		
DEROUDILHE	Gilles		HIA Robert Picqué	gilles.deroudilhe1@fnac.net	
DESCANLERS	Christian		BSPP	christian.decanlers@libertysurf.fr	
DESCRAQUES	Christian	MP	HIA Bégin	deschris@aol.fr	org
DESLANDES	Jean Claude	Dr	Urgence Pratique	urgencep@mnet.fr	
DOPPIA	Max-André	Dr	CHU Caen	doppia-ma@chu-caen.fr	
DOROL	Jack	MC	HIA Percy	tedejj@yahoo.fr	
ESCARMENT	Jacques	MC	HIA Desgenettes		
FABBRI	Joël		Sdis 13	fabfri.joel@freesurf.fr	
FERNANDEZ	Christophe		CISAT	chrfernandez@aol.com	
FEVRE	Guillaume	MDA	EASSA	glmfevre@club-internet.fr	
FONTAINE	Bruno	MP	HIA Desgenettes	bfont1@club-internet.fr	corr
FORTIN	Jean-Luc	MDA	BSPP	fortin.jeanluc@free.fr	
FOUREL	Didier		CTB		
FUILLA	Claude	MP	HIA Legouest	claud.fuilla@wanadoo.fr	
GIOCANTI	Jean-Pascal	MP	BSPP	jpgioc@club-internet.fr	
GNAHO	Alexandre	MDA	HIA Bégin	alexandre.gnah@worldonline.fr	
GNANGNON	Albert	MC	Cotonou		corr
GOATER	Philippe	MC	HIA Val de Grâce		
GOUTTIERE	Hélène		HIA Percy		
GOYFFON	Max	Dr	Muséum Histoire Nat	mgoyffon@easynet.fr	
GRASSER	Laurent	MDA	INI		
HENNEQUIN	Claude	MC (CR)	CH Blois	chennequin@ch-blois.rss.fr	
HERTGEN	Patrick	Dr	BSPP		
HERVE	Yann	MDA(TA)	HIA Robert Picqué	herve.yann@infonie.fr	
HYRIEN	Jean-Paul	MP	Présidence de la Rep.	Hyrienjp@yahoo.fr	
JONIO		MDA	BMPM	v.jonio@free.fr	
JULIEN	Henri	MG	ENSSAT	julien.hf@wanadoo.fr	corr
KAISER	Eric	MP	HIA Sainte Anne		
KALFON	Claude	MCS	DSS RA Atlantique		
KOULMANN	Pierre	MDA(TA)	EASSA	pierre.koulmann@9online.fr	
KUTTLER	Jean	MC(CR)	H Pasteur Colmar	i.kuttler@rncnet.fr	
LABADIE	Philippe	MDA	HIA Robert Picqué	Ph.LABADIE@wanadoo.fr	

LAMBERT	Evelyne	MP	EASSA		
LAPLACE	Eric	MP	HIA Desgenette		
LE BERRÉ	Jean	MG	HP Dakar		
LE DANTEC	Pierre	MC	Hôpital Principal Dakar	ledantec@sentoo.sn	
LE DREFF	Pierre	MC	1°Ministre	p.le-dreff@cab.pm.gouv.fr	
LE HOT	Henri	MP	1er Rima	hlehot@club-internet.fr	
LE MAREC	Christian	MC	HIA Bégin	christian.le-marec@wanadoo.fr	org
LENOIR	Bernard	MC	HIA Percy	bsp.lenoir@wanadoo.fr	org
LEUSSIER	Jean-José	MC	HIA Laveran	daru.laveran@wanadoo.fr	
LEVECQUE	Jean-Paul	MP	EASSA	fredejp.levèque@wanadoo.fr	
LEYRAL	Jérôme		BMPM	gwejeray@mageos.com	
LOUPIAC	Eric	MP	BSPP	eloupiac@club-internet.fr	
MAESTRIPIERI	Bruno	MP	La Réunion	bruno.maestriperi@wanadoo.fr	
MALGRAS	Guy	MC	HIA Robert Picqué		
MARTIN	Yves-Noël	MC	HIA Bégin		
MERAT	Stéphane	MDA	EASSA	Smerat@aol.com	
MERLE	Benois	IADE	HIA Val de Grace		
MEURGEY	Frédéric	BSPP		mpfmeurgey@aol.com	
MEYRAN	Daniel	MC	BMPM	meyran@worldnet.fr	corr
MION	Georges	MC	HIA Bégin	drgmion@club-internet.fr	org
MORELL	Eric	MDA	EASSA		
MORIZET	Pierre	MP	HIA Bégin	morizet@club-internet.fr	
MOUGEOLLE	Claude		Sdis 49	claudemougeolle@wanadoo.fr	
MOULINIE	Jean-Pierre	MC (CR)	IMM	jean-pierre.moulinie@imm.fr	corr
MOUROU	Hervé	MP	2°RH	hmourou@ibm.net	
OUEDRAOGO	Nazinigouba	Dr	Ouagadougou	nazinigouba@hotmail.com	
PALMIER	Bruno	MC	HIA Sainte Anne	Bpalmier@aol.com	
PARIS	Alain	MP	HIA Percy	a.paris@voila.fr	corr
PATS	Bruno	MC	HIA Percy		
PELLETIER	Christophe	MDA	EASSA	pelletier.c@worldonline.fr	
PERRY	P	MDA	BSPP		
PETIT	Dominique	MC	HIA Sainte Anne		
PETIT	Marie-Pascale		BSPP		
PETITCOLIN	Pierre Bernard	MP (CR)	Limoges	pierre_bernard.petitcolin@voila.fr	
PETITJEANS	Fabrice	MDA	EASSA		org
PETROGNANI	Roland	MC	HIA Laveran	daru.laveran@wanadoo.fr	
PEYTEL	Eric	MP	HIA Laveran	eric.peytel@wanadoo.fr	
POULIQUEN	Gilbert	MC	HIA Laveran	daru.laveran@wanadoo.fr	
PUIDUPIN	Marc	MP	HIA Bégin	marc.puidupin@libertysurf.fr	
QUINOT	Jean-François	MCS	HIA Sainte Anne	jfq@club-internet.fr	corr
ROUSSEAU	Jean-Marie	MC	HIA Val de Grâce	rousseaujmbv@infonie.fr	corr
ROUVIER	Bernard	MCS	Inspection SM		
ROUVIN	Bruno	MC	CHA Bouffard		
RÜTTIMANN	Michel	MC	BSPP	mrtti@club-internet.fr	corr
SABY	René	MDA	HIA Laveran	daru.laveran@wanadoo.fr	
SAILLIOL	Pierre	MP	HIA Bégin	sailliol@club-internet.fr	
SAISSY	Jean-Marie	MCS	HIA Bégin	jmsaissy@aol.fr	
SALA	Jean Pierre	MC(CR)	PC Vauban Livry Gargan		
SALLE	Michel	MC	HIA Desgenettes		
SERGENT	Hervé	MP	HIA Clermont Tonnerre		
SIAH	Samir	MCdt	HMI Mohamed V Rabat		
SUPPINI	Alain	MP	HIA Robert Picqué	asuppini@wanadoo.fr	corr
THEOBALD	Xavier	MC	HP Dakar	theobald@sentoo.sn	
TOPIN	François		HIA Laveran		
TORTOSA	Jean Christophe	MDA	EASSA	JCTorto@aol.com	
TOURTIER	Jean-Pierre	MDA	EASSA		
TRIFOT	Michel	MC	HIA Desgenettes		
VASSAS	Alain		BA 123 Orléans		
VILLEVIEILLE	Thierry	MDA	EASSA	twe@fr.europost.org	org
VINCENTI	Isabelle	MP	HIA Val de Grâce		
VITRIS	Michel			mvitris@voonoo.net	
VOLOT	François	MP (CR)	CHU Dijon	francois.volot@chu-dijon.fr	

Le CARM remercie le CETIMA qui a assuré l'impression du N°10 de la lettre de Réanoxyo