

MEDIL IEN

N° 18

Association Médicale Franco-Libanaise



De gauche à droite : Paul TYAN, Abdul Rahim HIJAZI, Tobie ZAKIA.

- **La Sécurité Sociale au Liban**
- **Résultats de la Radiothérapie des adénocarcinomes prostatiques localisés**
- **Actualités sur les anévrismes intra-crâniens**
- **Augmentation de crête par greffe osseuse prélevée à la symphyse mentonnière**
- **Dépressions : actualités, réalités et thérapeutiques**



AMFL - 11 bis, rue du Colisée - 75008 Paris

Tél : 43 59 20 20 - Fax : 45 63 51 38

HELP MEDICAL

MATÉRIEL MÉDICO-CHIRURGICAL
ET
PARA-MÉDICAL

Choix

Qualité

Service

Prix

(33.1) 45 31 33 88

16, rue Ferdinand FABRE - 75015 PARIS
Tél. (33.1) 45 31 33 88 - Fax : (33.1) 45 31 29 79

L'HOTEL INTERNATIONAL DE PARIS

58, Boulevard Victor-Hugo - 92200 NEUILLY S/SEINE
Tél. : 47.59.80.00 Fax : 47.59.80.01

Entouré de jardins dans le quartier le plus élégant et résidentiel de PARIS - NEUILLY, à deux pas de la porte MAILLOT et de l'axe des affaires ETOILE-DEFENSE. . 330 chambres Climatisées toutes équipées d'un minibar et d'une télévision couleur à télécommande recevant 22 programmes en 5 langues (relais par satellite). 7 salles de réunion pouvant accueillir jusqu'à 200 personnes pour conférences, séminaires, banquets, cocktails, réceptions privées, cérémonies. . Une table de qualité : cuisine française spécialités régionales et Libanaises. . LE BAR ANGLAIS et son pianiste. Boutique (souvenirs, parfums, cadeaux). Parking dans l'Hôtel (160 places). . 4000 m' d'arbres et de jardins. . Bureau d'informations 24 heures sur 24. . Un club Hommes d'affaires. . L'hospitalité d'un personnel chaleureux et accueillant vous attend.



SOMMAIRE

	Page
• Editorial	4
• La Nouvelle Equipe	5
• Hommage	6
• La Sécurité Sociale au Liban	7
• Résultats de la Radiothérapie des adénocarcinomes prostatiques localisés	8-9-10-11
• Actualités sur les anévrismes intra-crâniens	12-13
• Augmentation de crête par greffe osseuse prélevée à la symphyse mentonnière	14-15
• Dépressions : actualités, réalités et thérapeutiques	16
• Libre opinion	17
• Compte-rendu	20
• Lu dans la presse	21
• Flash infos	22

Bureau de l'A.M.F.L.

T. ZAKIA, A.R. HIJAZI, A. GERDAOUI
G. FERZLI, G. NASR, H. TARRAF

Responsable de la Publication : Georges NASR
Commission scientifique : Elias HADDAD

Exécution et impression
OMNIGRAPHIQUE

16, rue Saint-Marc - 75002 PARIS - Tél. : 44.76.95.00

BULLETIN D'ABONNEMENT

Je soussigné(e), Nom, prénom

Adresse :

.....
souhaite m'abonner (ou offrir un abonnement) à "MEDILIEN" pour 4 numéros :

Abonnement (France, Europe) 500 F

Gratuit pour les membres cotisant de l'A.M.F.L.

Règlement à libeller à l'ordre de : A.M.F.L.
11 bis, rue du Colisée - 75008 Paris

Date et signature :

EDITORIAL

Chers amis,

Notre association a élu un bureau pour trois ans.

Ce bureau est décidé à entreprendre un certain nombre d'actions pour nous développer et nous faire connaître comme trait d'union entre nos deux pays la France et le Liban.

Nous comptons beaucoup sur chacun de vous pour nous soutenir dans ce que nous entreprendrons et pour nous suggérer des idées nouvelles.

Ce Médilien comme son nom l'indique est un lieu de rencontre par vos articles, vos propositions et par les nouvelles qui vous touchent personnellement et professionnellement.

En ce début de mandat et en ce début d'année 1995, nous souhaitons à chacun de vous de vivre des moments de joie profonde, aussi bien avec vos proches qu'à l'intérieur de notre association.

Bonne année.

Le Président
Dr Tobie ZAKIA

Le Dr Hassan TARRAF, trésorier de l'A.M.F.L. appelle tous les adhérents à verser leurs cotisations 1994. Elle est fixée à 500 FF. Rappelons qu'elle n'a subi aucune augmentation depuis 1990, qu'elle est vitale pour la survie de votre association et garante de son indépendance. Cette année, à la réception de votre cotisation, vous allez recevoir une carte d'adhérent, à votre nom, portant le sigle de l'AMFL.

Cette carte vous sera demandée dans les hotels, restaurants, et autres prestataires de services qui consentent des réductions importantes aux membres de notre association.

La liste de ces établissements vous sera adressée sur simple demande.

Association Médicale Franco-Libanaise **1995**
Carte de membre
Dr. Abdelharahim HIJAZI
A.M.F.L.
11, bis rue du Collisée 75008 PARIS
Tél : 43 59 20 20 - Fax : 45 63 51 38

La Nouvelle Equipe

A la suite des élections du 13 octobre 1994, les membres élus se sont réunis le 24 octobre suivant, et le nouveau bureau de l'A.M.F.L. se présente ainsi :

Dr Tobie ZAKIA

163, rue de Sèvres

75015 PARIS

Tél. : 40.34.34.00 - Fax : 40.37.38.57

Président

Dr Ghassan FERZLI

1, rue de la Libérte

78200 MANTES LA JOLIE

Tél. : 34.97.40.60 - Fax : 30.94.60.41

Vice-Président

Dr Hassan TARRAF

49 ter, rue Lénine

60160 MONTATAIRE

Tél. : 44.61.60.00 - Fax : 44.61.60.01

Trésorier

Dr Abdel-Rahim HIJAZI

129, allée Le Verdier

42155 ST LEGER S/ROANNE

Tél. : 77.44.45.00 - Fax : 77.44.45.45

Vice-Président

Dr Elias HADDAD

14, rue de Bapaume

94130 NOGENT S/MARNE

Tél. : 47.57.67.10 - Fax : 47.58.05.96

Trésorier Adjoint

Mr Georges NASR

12, rue de la Ferronnerie

75001 PARIS

Tél. : 42.33.18.11/45.31.33.88

Fax : 45.31.29.79

Secrétaire Général

Mr Antoine GERDAOUI

21, rue Emile Zola

42300 ROANNE

Tél. : 77.70.55.19 - Fax : 77.72.82.17

Conseiller



HOMMAGE

Grâce à l'ancienne équipe de l'Association Franco-Libanaise, et en particulier au dynamisme de son ex-Président Dr A.R. HIJAZI, plusieurs initiatives ont été entreprises et se sont concrétisées par les activités suivantes :

10 Mars 1993

Election du Dr HIJAZI, Président de l'AMFL.

Avril 1993

Sortie du Médilien en couleur.

26 Mai 1993

Réunion scientifique avec le professeur ATTALI sur «le diabète» au Méditel à Paris.

7 au 10 Juillet 1993

Participation massive de l'A.M.F.L. au 1er congrès d'Oncologie du Moyen Orient à Beyrouth.

4 Octobre 1993

Conférence avec le professeur FRECHE sur «l'antibiothérapie prophylactique» avec la participation de plus de 100 médecins, à l'Hôtel International à Neuilly.

19 Novembre 1993

Réception à l'UNESCO en l'honneur de toutes les personnalités médicales qui avaient participé aux côtés de l'A.M.F.L. à des congrès et aux manifestations scientifiques.
Plus de 350 personnes étaient présentes pour souffler les 50 bougies de l'anniversaire de l'indépendance du Liban.

18 Mars 1994

Soirée d'enseignement post universitaire sur le thème de la chirurgie endoscopique par les docteurs Jean NASSAR et Aziz KARAA à l'Hotel International à Neuilly.
Plus de 180 personnes étaient présentes.

27 et 29 Avril 1994

Participation de l'A.M.F.L. aux journées de Psychiatrie organisées par l'Université Libanaise.
Le mot de l'A.M.F.L. a été prononcé par le Dr S.P. TAWIL.

30 Avril 1994

Journée de réflexion au Sénat, sur «la stratégie de la santé au Liban» avec la participation des hauts fonctionnaires des ministères français et libanais de la santé, où plus de 250 personnes ont débattu toute la journée.

1 au 6 Juin 1994

Congrès de chirurgie organisé à Tripoli conjointement avec la Société de Chirurgie du Liban Nord, avec la participation de 17 conférenciers français, professeurs de Faculté et chefs de service.

14 octobre 1994

Soirée d'enseignement post-universitaire sur le thème «ECHO-ENDOSCOPIE DIGESTIVE» par les Docteurs Laurent PALLAZZO et Tony RAHME à l'Hôtel International de Paris, avec l'aimable participation des Laboratoires ASTRA. Plus de 150 personnes étaient présentes.

16 décembre 1994

Plus de 200 personnes étaient présentes à la soirée d'enseignement post-universitaire sur le thème «Mal de dos Mal du siècle» par le Professeur Jean-Noël HEULEW et le Docteur Khalil GHOUSSOUB à l'Hôtel International de Paris, avec l'aimable participation des Laboratoires SYNTEX.

Des actions d'aides médico-sociales sont faites ponctuellement, après étude du dossier et en fonction de notre trésorerie.

LA SECURITE SOCIALE AU LIBAN

Avant de nous parler de la spécificité de son pays, Nabil Semann tient à présenter ses remerciements au Service médical de la Région Ile-de-France qui l'a « beaucoup aidé à réaliser son stage ». En effet, il a suivi en France une formation à l'échelon régional du Service médical ainsi qu'au Ministère de la Santé, à la Cnamts, à la Cram Ile-de-France, à la Cnam de Paris, au Centre Hospitalier de Créteil.

SM à tous vents : La Sécurité Sociale du Liban peut-elle se comparer à la nôtre ?

Nabil Semann : Oui, puisqu'elle a été inspirée du modèle français. Le Liban, pays francophone, a institué sa Sécurité Sociale en 1963. Les chefs de centres et directeurs de Caisses primaires sont venus en 1970 en France, pour un stage d'un an, avant de créer la branche Assurance maladie en février 1971. Il existe au Liban une seule Caisse Nationale de Sécurité Sociale, avec son Conseil d'Administration dont Monsieur Hyam Mallat est Président. Elle recouvre les trois branches : Maladie, Allocations familiales et « Indemnités de fin de service » (équivalent de vos pensions de retraite). Notre pays compte cinq régions : le Nord, le Sud, Beyrouth, la Bekaa et le Mont Liban dont je suis Directeur régional.

Les caisses primaires sont centres de paiement. Elles fonctionnent de façon autonome.

Quelles sont l'étendue et la nature de la protection sociale au Liban ?

Le régime général de l'Assurance maladie couvre les salariés, soit 30 % de la population. Les cotisations sont à la charge de l'employeur - pour la plus grande part - et du salarié. L'organisme de recouvrement, c'est la Caisse Nationale. Nous n'avons pas d'Urssaf. Deux autres régimes couvrent 20 % de la population : les fonctionnaires de l'Etat et le régime militaire. L'autre moitié de la population, commerçants et travailleurs indépendants, a recours aux assurances privées.

Il n'y a pas de prestations en espèces, pas d'indemnités journalières. Seules, les prestations en nature sont versées aux assurés sociaux. Les honoraires des médecins, les actes de kinésithérapie, les analyses biologiques, les actes de radiologie et les médicaments sont remboursés à 80 %. Un seul secteur conventionnel existe pour les médecins mais on a du mal à leur faire respecter les tarifs. Le malade fait l'avance des frais. L'admission à l'hôpital ne se fait que sur entente préalable, sauf urgence. Le ticket modérateur y est de 10 %. Nous poursuivons actuellement comme objectif de faire respecter ce taux en hôpital public ou privé.

Il n'existe pas encore de prise en charge des soins dentaires ni infirmiers. Les accidents de travail, les maladies professionnelles ne donnent pas lieu à indemnisation.

Lors de mon passage en France, je prends des contacts pour inclure ces prestations dans notre couverture sociale. Nous étudions en ce moment les modalités de reconnaissance des affections de longue durée et de l'invalidité.

Comment fonctionne le Service médical au Liban ?

Il ressemble au vôtre. Nos praticiens-conseils - une quarantaine de médecins et deux pharmaciens - sont nommés par le Conseil d'Administration après concours. Ils sont chargés du contrôle des prestations et du contrôle hospitalier. Ils exercent leur activité dans les centres de paiement. Leurs décisions s'imposent aux caisses comme aux assurés. En cas de litige, on ne recourt pas à l'expertise médicale mais on peut solliciter l'avis d'un « autre médecin-conseil ».

Il existe, comme en France, un Haut Comité médical de la Sécurité Sociale où siègent le Président du Conseil d'Administration et le Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Notre Ministre de Tutelle est le Ministre du Travail.

Comment se présente l'état sanitaire du pays ?

Le Liban ne compte que trois millions d'habitants. Après 17 ans de guerre, la Sécurité Sociale est encore debout et équilibrée, malgré un petit déficit dans le secteur Assurance maladie.

Le paysage hospitalier se compose d'établissements essentiellement français et religieux : l'Hôtel-Dieu, l'hôpital Saint Charles, l'hôpital du Sacré-Coeur et l'hôpital Saint-Georges. Les hôpitaux publics offrent des soins gratuits aux indigents, ils n'ont aucun lien avec la Sécurité Sociale car c'est le Ministère de la Santé qui les finance directement. L'hôpital américain est le plus grand du pays avec l'hôpital Makassed. Nous sommes bien équipés et ne manquons de rien. Nous disposons d'équipements lourds (appareils d'IRM et scanners tout neuf...). Nous avons de très bons médecins, la plupart spécialisés à l'étranger (France, Etats-Unis...). Le Liban, avant la guerre, était le pays le plus développé du Proche Orient. Aujourd'hui, il se reconstruit, mais la vie devient très chère.

Quelles sont vos priorités ?

Instituer une Caisse Vieillesse, élargir les prestations aux soins dentaires et infirmiers, prendre en charge les accidents de travail, généraliser le tiers payant à l'hôpital (« hospitalisation complète »). De même, nous souhaitons améliorer l'organisation du Service médical en s'inspirant du vôtre.

Nous serions d'ailleurs heureux d'accueillir au Liban des médecins-conseils formateurs français.

**Propos recueillis
par Anne-Marie Hayat et Bertrand Vallancien**

RESULTATS DE LA RADIOTHERAPIE DES ADENOCARCINOMES PROSTATIQUES LOCALISES

Dr E. HADDAD

Les adénocarcinomes prostatiques ne sont que relativement rarement localisés (c'est à dire limités à la région prostatique) au moment du diagnostic. Il est néanmoins établi qu'environ 30 % d'entre eux peuvent bénéficier d'un traitement fait avec intention curative par chirurgie totale et/ou irradiation ; cette proportion a tendance à augmenter depuis qu'un certain nombre de ces cancers sont découverts à partir d'un dépistage par le dosage du P.S.A. Nous proposons dans cette revue d'apprécier les résultats de la radiothérapie des adénocarcinomes prostatiques localisés, en termes de survie, de contrôle local et de complications, puis de les comparer à ceux de la prostatectomie totale.

1. TECHNIQUES ET INDICATIONS DE LA RADIOTHERAPIE DES ADENOCARCINOMES PROSTATIQUES LOCALISES

Le bilan clinique, radiologique et biologique préthérapeutique est le même dans le cadre d'une radiothérapie à visée curative que dans celui d'une prostatectomie. L'examen sous anesthésie générale, le curage ganglionnaire iliaque ou le prélèvement par rétropéritonéoscopie, ne sont par contre qu'inconstamment pratiqués. La radiothérapie peut être faite à titre exclusif ou en complément d'une prostatectomie.

1.1 Radiothérapie exclusive

Une radiothérapie avec intention curative est classiquement indiquée pour des adénocarcinomes prostatiques classés T1, T2 ou T3 selon l'U.I.C.C., sans adénopathie radiologiquement détectable (N0) (ou, pour certains, avec atteinte ganglionnaire limitée) et sans métastase à distance (M0). L'irradiation est délivrée par quatre faisceaux orthogonaux (antérieur, postérieur, latéral droit et latéral gauche) de photons de 10 MV ou plus d'un accélérateur linéaire, à raison de 5 fractions de 1,8 à 2 Gy par semaine. Si l'exploration ganglionnaire n'a pas montré de dissémination lymphatique iliaque, seuls la prostate, les tissus cellulo-grasieux péri-prostatiques et les vésicules séminales sont irradiés ; une dose de 65 à 70 Gy est ainsi délivrée à la tumeur primitive. S'il n'y a pas eu de curage ganglionnaire, ou parfois lorsque celui-ci a objectivé des métastases lymphatiques, une dose de 45 à 50 Gy est d'abord délivrée dans un volume comprenant la tumeur primitive et les aires ganglionnaires iliaques ; l'irradiation est ensuite

poursuivie dans un volume réduit à la tumeur primitive pour obtenir à ce niveau une dose de 65 à 70 Gy.

Si la majorité des auteurs réalisent cette irradiation par voie transcutanée, d'autres préfèrent, du moins pour les tumeurs de petit volume, implanter dans la prostate des grains d'iode 125 ou des fils d'iridium 192.

Excepté dans les cas où elle est effectuée par implants radioactifs, la radiothérapie ne requiert ni anesthésie ni hospitalisation. Elle entraîne dans environ 73 % des cas des signes d'intolérance vésicale (55,5 % des cas) et/ou rectale (32 % des cas) et/ou intestinale (54 % des cas) qui cèdent en quelques jours ou semaines après l'administration de médicaments symptomatiques ; une interruption momentanée de l'irradiation est nécessaire dans 8,5 % des cas, un arrêt définitif dans 0,5 %.

La surveillance postthérapeutique dure au moins quinze ans et comprend au minimum un examen clinique, le dosage sérique du P.S.A. Les autres investigations, telles qu'une biopsie prostatique, une scintigraphie osseuse ou une tomographie abdomino-pelvienne ne sont demandées qu'en cas de signes d'appel clinique et/ou biologique.

1.2 Radiothérapie postopératoire

Elle est indiquée après prostatectomie totale si l'examen histologique de la pièce opératoire révèle un dépassement par la tumeur de la capsule prostatique, des marges de résection positives, ou encore une invasion des vésicules séminales. Une dose d'environ 60 Gy est délivrée à la loge prostatique par la même technique que celle décrite ci-dessus. Une irradiation des aires ganglionnaires iliaques de 45 à 50 Gy peut aussi être proposée en cas d'invasion des ganglions iliaques.

2. RESULTATS DE LA RADIOTHERAPIE EXCLUSIVE DES ADENOCARCINOMES PROSTATIQUES LOCALISES

2.1 Survie

La survie n'est pas le meilleur critère pour apprécier les résultats d'un traitement à action purement locale tel que la radiothérapie des adénocarcinomes localisés. Aucun essai thérapeutique randomisé n'a comparé pour des adénocarcinomes prostatiques localisés des résultats de la radiothérapie exclusive à ceux d'un

placebo ; par contre, un essai a montré qu'il n'y avait pas de différence en termes de survie à long terme entre la prostatectomie totale plus un placebo seulement. Il est possible qu'il en soit de même pour la radiothérapie. Ce sont en effet les métastases à distance qui sont sauf exception à l'origine des décès secondaires au cancer prostatique. Une influence de ces traitements locaux sur l'évolution métastatique n'a pu jusqu'ici être montrée. Le Tableau 1 résume les données de survie des principales séries de malades traités exclusivement par irradiation pour un adénocarcinome prostatique localisé en fonction du stade tumoral. La survie décroît en proportion du volume tumoral, mais ce sont le grade histopronostique et l'envahissement ganglionnaire qui sont le plus fortement corrélés avec la survie ; pour Bagshaw, la survie spécifique à 15 ans est ainsi de 100 % pour un indice de Gleason 2-4, 85 % pour un indice 5, 60 % pour un indice 6, 40 % pour un indice 7, et 30 % pour un indice 8-10.

2.2 Contrôle local

Le contrôle local de la maladie prostatique après radiothérapie se définit par soit une régression complète, soit par une régression partielle, mais cliniquement stable dans le temps, c'est à dire sans modification du toucher rectal, sans signes d'obstruction urétérale ou urétrale ; le taux sérique du P.S.A. doit revenir à la normale, du moins en l'absence d'évolution métastatique. Le Tableau 2 résume les données de contrôle local des principales séries de malades traités exclusivement par irradiation pour un adénocarcinome prostatique localisé en fonction du stade tumoral. Le contrôle tumoral primitif décroît en proportion du volume tumoral. L'effet sur le contrôle local du grade histopronostique et de l'envahissement ganglionnaire n'est que rarement bien documenté dans la littérature. L'analyse d'Allain n'a pas retrouvé de relation significative entre le contrôle local et la différenciation tumorale. Le taux de récurrence est plus élevé dans une étude comparative rétrospective, d'après Koprowski, après implantation d'iode 125 (101/276 malades, Stade A2-B) qu'après irradiation externe (175/276 malades) : 38 % contre 5 % ; cette différence en matière de contrôle local en faveur de la radiothérapie externe est retrouvée dans plusieurs autres hôpitaux américains.

Le but de la radiothérapie est de détruire les cellules adénocarcinomeuses ou de les rendre incapables de se diviser. La cinétique d'un adénocarcinome prostatique étant le plus souvent lente, ses cellules mettent longtemps à s'éliminer. C'est ainsi que Cox en réalisant en moyenne 4 prélèvements itératifs dans une population de 130 malades irradiés pour un adénocarcinome prostatique localisé, retrouve 60 % de biopsies positives à 6 mois, 37 % à un an, 30 % à un an-et-demi et 10 % à 2 ans-et-demi.

La signification de la positivité d'une biopsie prostatique après irradiation d'un adénocarcinome est controversée. Cox ne trouve aucune corrélation entre la positivité de la biopsie et le pronostic. Prestidge et Kuban montrent par contre une relation entre la positivité de la biopsie et la survie. Il faut cependant souligner que ces dernières études n'ont pas fait l'objet d'une analyse multivariée. Les biopsies ont été plus volontiers faites devant un toucher rectal anormal ou une élévation du P.S.A. Nous avons d'autre part que le risque de positivité d'une biopsie après irradiation augmente avec le volume tumoral initial, ce qui est aussi le cas pour la probabilité de développement de métastases à distance. Il ne semble pas, pour la majorité, qu'il y ait d'indication, en dehors d'études scientifiquement contrôlées, à faire systématiquement des biopsies de la prostate après irradiation d'un adénocarcinome localisé, en l'absence de signe d'appel.

Le dosage du P.S.A., lorsque la concentration de celui-ci est élevée, est la méthode la plus précise pour suivre l'évolution d'un adénocarcinome prostatique. Après radiothérapie d'un adénocarcinome prostatique localisé, le taux de P.S.A. se normalise dans 74 % des cas (31/46) en six mois et dans 78 % en un an (36/46) (en-dessous de 12,2 ng/ml) pour Landman, et de 68 % à un an (en-dessous de 2,9 ng/ml) pour Meek, enfin de 53 % (79/148) à 6 mois (en-dessous de 4 ng/ml) pour Chauvet. Le taux résiduel du P.S.A. est rarement nul, puisque la prostate est en place. En fait, c'est la cinétique de la concentration en P.S.A. qui est le paramètre le plus significatif. Une décroissance du P.S.A. de plus de 50 % en 6 mois est le facteur pronostique le plus fortement corrélé à la survie dans une analyse multifactorielle. Une élévation du taux de P.S.A. à plusieurs dosages itératifs fait soupçonner une récurrence locale, régionale, ou à distance.

2.3 Séquelles et complications

Une analyse précise des complications a été faite par Pilepich dans le cadre de l'essai thérapeutique randomisé multicentrique 77-06 du RTOG qui comparait dans une population de 443 adénocarcinomes prostatiques limités à la prostate (stades A1 et B) une irradiation pelvienne à une irradiation seulement prostatique. Cet essai n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes.

La classification suivante, dans laquelle seules les complications de grade 3 à 5 sont sévères, a été utilisée :

- Grade 1 : symptômes mineurs ne demandant aucun traitement.
- Grade 2 : symptômes ne nécessitant qu'un traitement ambulatoire et ne retentissant pas sur la vie courante.
- Grade 3 : symptômes retentissant sur la vie courante. Hospitalisation pour explorations ou intervention chirurgicale mineure comme une dilatation urétrale.

Grade 4 : intervention chirurgicale mineure (telle qu'une laparotomie, une colostomie ou une cystectomie), ou hospitalisation prolongée.

Grade 5 : complication fatale.

Le détail de ces complications est donné dans le Tableau 3, 38 % des malades n'ont fait aucune complication, 52 % une complication de grade 1 ou 2, 10 % une complication de grade 3 ou 4, et aucun une complication de grade 5.

Hanks a observé dans une population suivie pendant 10 ans de 691 malades irradiés pour un adénocarcinome prostatique localisé (stade A, B ou C) 2 % de complications demandant une hospitalisation pour un traitement médical, 2 % de complications requérant une hospitalisation pour un traitement chirurgical et 0,2 % de complications fatales.

Douchez a dénombré dans une série rétrospective de 597 malades irradiés pour un adénocarcinome prostatique localisé 10,2 % de séquelles mineures, spontanément résolutive, 24 % de séquelles entraînant une hospitalisation pour bilan et une thérapeutique non chirurgicale, 2 % de séquelles nécessitant un traitement chirurgical et 0,7 % de séquelles responsables du décès du patient.

Le taux de complications est moins élevé dans une étude comparative rétrospective, après implantation d'iode 125 (101/276 malades, Stade A2-B) qu'après irradiation externe (175/276 malades) : 11 % contre 19 %.

Les œdèmes des membres inférieurs et du scrotum ne se voient, sauf exception, que dans le cadre d'associations d'un curage iliaque et d'une irradiation des chaînes ganglionnaires iliaques. Forman, revoyant les résultats de l'irradiation pelvienne de 240 malades ayant un adénocarcinome de prostate stade A à C, retrouve 30 % d'œdèmes des membres inférieurs et 22 % d'œdèmes génitaux chez les 41 malades qui ont eu une évaluation ganglionnaire chirurgicale et respectivement 3 % et 1 % chez les 199 malades pour lesquels il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale iliaque. De même, Pilepich a observé 26 % (8/31) d'œdèmes des membres inférieurs après une irradiation pelvienne faisant suite à une lymphadénectomie et aucune (0/296) lorsqu'il n'y a pas de geste chirurgical ganglionnaire. Le volume irradié doit donc, dans la mesure du possible se limiter à la tumeur primitive lorsqu'un curage ganglionnaire iliaque a été avant effectué.

Les sténoses urétrales sont retrouvées par Seymore chez 15 % de 195 malades irradiés pour un cancer prostatique après une ou plusieurs résections endoscopiques de prostate et chez seulement 7 % de 173 malades traités dans les mêmes conditions, mais sans antécédents de résection endoscopique de prostate. Cette influence de la résection endoscopique sur le risque de sténose urétrale postradiothérapeutique, n'est cependant pas retrouvé par

Bagshaw. L'intervalle entre la résection endoscopique et le début de la radiothérapie pourrait être déterminant et doit être selon Seymore d'au moins 4 à 6 semaines.

2.4 Impuissance

Le taux d'impuissance après irradiation externe est pour Bagshaw de 15 % à 15 mois et de 50 % à 7 ans, de 27 % pour Hanks et de 48 % pour Forman. Ce taux est inférieur à 10 % après implantation isolée d'isotopes radioactifs, 7 %, par exemple, pour Hilaris.

3. RESULTATS DE LA RADIOTHERAPIE POSTOPERATOIRE DES ADENOCARCINOMES PROSTATIQUES LOCALISES

Gibbons a rapporté une analyse des résultats de 46 prostatectomies radicales pour un adénocarcinome de prostate au stade pathologique C, dont 23 suivie d'une irradiation et 23 sans radiothérapie postopératoire ; le taux de récurrences locales a été respectivement de 5 % et de 30 %, et 7 des 8 malades ayant récidivé sont dévédés de leur cancer. Ancher a délivré une irradiation à 47 malades dans une population de 159 ayant eu une prostatectomie pour un adénocarcinome au stade pathologique C ; le taux de contrôle de la maladie (tous sites confondus) à 10 ans est respectivement de 62 % et de 40 % avec et sans radiothérapie postopératoire. Hanks, en compilant la littérature, estime (Tableau 3) le risque de récurrence locale pour des adénocarcinomes prostatiques au stade pathologique C respectivement à 3 % et 23 %, avec et sans radiothérapie postopératoire. Un essai thérapeutique de l'E.O.R.T.C. vient d'être commencé pour évaluer l'impact de la radiothérapie postopératoire sur les résultats après prostatectomie pour adénocarcinome au stade pathologique C.

CONCLUSION

Il est difficile de comparer scientifiquement, en l'absence d'essai thérapeutique comparatif, les résultats de la radiothérapie et ceux de la prostatectomie dans le cadre du traitement des cancers prostatiques localisés. A la lumière des données des études rétrospectives dont nous disposons, les résultats carcinologiques sont superposables, tant en matière de survie que de contrôle local. Les séquelles sévères de la radiothérapie sont devenues rares avec l'amélioration des techniques ; il en est de même pour la prostatectomie. Lorsque l'adénocarcinome prostatique peut être traité soit par chirurgie soit par radiothérapie, il paraît donc éthique de proposer au malade de choisir entre les deux techniques.

Tableau 1 : Survie après radiothérapie exclusive d'un cancer de la prostate localisé : données des principales séries de la littérature :

Auteur stade et effectif	Type de radioth.	Type de survie	Mode de calcul	5 ans	10 ans	15 ans
Bagshaw A + B (491) C (407)	Externe	Brute	Actuariel	81 % 61 %	60 % 37 %	34 % 18 %
Perez A1 (10) B (113) C (204)	Externe	Sans signe évol.	Actuariel	100 % 75 % 55 %	55 %	
Batata T1 (103) T2 (52) T3 (70)	Interstitiel	Brute	Réel	96 % 76 % 69 %		
Hanks A (60) B (312) C (296)	Externe	Brute	Actuariel	85 % 75 % 58 %	61 % 48 % 38 %	
Allain A1 (38) A2 (62) B1 (123) B2 (293) C1 (344) C2 (117)	Externe	Brute	Actuariel	91 % 74 % 76 % 68 % 63 % 52 %	42 % 36 % 31 % 22 %	
A1 (38) A2 (62) B1 (123) B2 (293) C1 (344) C2 (117)	Externe	Sans signe évol.	Actuariel	88 % 62 % 69 % 56 % 47 % 38 %	36 % 29 % 16 % 7 %	
Hanks A B C	Compilation de plusieurs séries publiées avant février 1988 (2663 cas) Externe et inter.		Brute Pondéré	86 % 78 % 61 %	68 % 37 %	
A B C	Externe et inter.	Sans signe évol.	Pondéré	89 % 62 % 61 %		

Tableau 2 : Récidives locales après radiothérapie exclusive d'un cancer de la prostate localisé : données des principales séries de la littérature :

Auteur stade et effectif	Type de radioth.	Mode de calcul	Total	5 ans	10 ans	15 ans
Perez A2 (10) B (113) C (204)	Externe	Réel	0 % 11 % 34 %			
Hanks A (60) B (312) C (296)	Externe	Actuariel		3 % 15 % 28 %	3 % 29 % 35 %	35 %
Allain A1 (38) A2 (62) B1 (123) B2 (293) C1 (344) C2 (117)	Externe	Actuariel		5 % 6 % 7 % 12 % 14 % 24 %		
Hanks A B C	Compilation de plusieurs séries publiées avant février 1988 (2663 cas) Externe et interstitielle		Pondéré	6 % 15 % 22 %		

Tableau 3 : Complications de la radiothérapie dans l'essai 77-06 du RTOG (452 malades) (voir texte) :

Complication	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5	Total	Total 3+4+5
Cystite	20	20	11	1	0	52 (11 %)	12 (2,5 %)
Diarrhée	26	24	2	0	0	52 (11 %)	2 (0,5 %)
Rectite	17	26	5	1	0	49 (11 %)	6 (1,5 %)
Hématurie	18	11	8	0	0	37 (8 %)	8 (2 %)
Sténose urétrale	4	4	22	1	0	31 (7 %)	23 (5 %)
Sténose ano-rectale	7	6	1	0	0	14 (3 %)	1 (< 0,5 %)
Rectorragie	32	15	5	1	0	53 (12 %)	6 (1,5 %)
Ulcère rectal	2	1	1	1	0	4 (1 %)	2 (0,5 %)

ACTUALITES SUR LES ANEVRYSMES INTRA-CRANIENS

Dr Samy G. SLABA

Définition du problème :

L'anévrysme intra-crânien est une dilatation généralement sacculaire de la paroi d'une artère de la base du cerveau. La paroi du sac est dysplasique, extrêmement mince et fragile. Ces anévrysmes sont généralement asymptomatiques jusqu'à la survenue de la complication majeure qu'est la rupture.

Sur des séries autopsiques, on en retrouve chez 1 à 2 % des sujets, mais la fréquence de rupture dans la population est seulement de 0,005 à 0,010 % par an. En gros, l'on peut retenir qu'un anévrysme découvert fortuitement a 1 % de risque de saigner par an alors qu'une nouvelle rupture d'un anévrysme ayant déjà saigné est de l'ordre de 3 % par an. Les anévrysmes peuvent être multiples dans environ 10 % des cas.

Macroscopiquement, il a l'aspect d'un sac rosé rattaché à l'artère porteuse par un collet. On admet généralement qu'il ne se rompt pas si son diamètre est inférieur à 7 mm ; par contre s'il est géant (supérieur à 25 mm), il peut se manifester par des phénomènes de compression des structures voisines (parenchyme cérébral, nerfs crâniens...). De plus dans les anévrysmes de grande taille, on peut observer des thromboses intra-sacculaires pouvant être à l'origine de migration de caillots avec ischémie cérébrale (environ 2 %).

Etiologiquement, les causes réelles ne sont pas toutes connues. Il existe indiscutablement un défaut congénital de la média au travers duquel se produit la hernie pariétale. A cela s'ajoute d'autres facteurs telles que les modifications dégénératives de l'athérosclérose, les à-coups de l'ondée systolique qui fragilisent la paroi. Le rôle de l'hypertension artérielle n'est pas certain. En revanche, il existe des cas d'anévrysmes familiaux de faible fréquence. D'autres maladies comme la polykystose rénale ou la dysplasie fibro-musculaire s'associent souvent à des anévrysmes cérébraux.

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 45 ans avec une légère prédominance féminine.

Etude clinique :

L'évolution est dominée par le risque de rupture favorisé par l'effort important ou l'exposition au soleil, mais peut aussi survenir sans cause. La rupture donne lieu à une hémorragie le plus souvent dans l'espace sous-arachnoïdien, plus rarement dans le parenchyme cérébrale ou les ventricules.

La conséquence immédiate peut être un hématome intra-crânien avec hypertension intra-crânienne aiguë menaçant le pronostic vital. Plus à distance, on peut observer une récurrence hémorragique (20 % les deux premières semaines et 30 % le premier mois avec mortalité accrue), une hydrocéphalie ou un vasospasme qui risque d'intraîner une ischémie parenchymateuse.

La caractéristique clinique fondamentale de la rupture est la brutalité des symptômes qu'elle entraîne. Dans 45 % des cas, il s'agit d'une céphalée brutale et intense et le malade décrit une douleur qu'il n'a jamais éprouvée auparavant, en précisant le moment exact de son installation. Dans 30 % des cas, la rupture commence par un malaise brutal avec perte de connaissance puis apparaissent des céphalées violentes. Rarement, une crise épileptique généralisée est observée. Les vomissements et la raideur sont inconstants.

Le Scanner est l'examen primordial, il est réalisé sans injection de contraste et doit être fait le plus rapidement possible. L'artériographie est un complément indispensable et mettra en évidence l'anévrysme rompu ainsi que d'éventuels anévrysmes asymptomatiques associés. Cependant dans 5 à 10 % des cas, l'artériographie reste négative.

Traitement :

Le but du traitement est de supprimer la cause du saignement en occluant l'anévrysme et de traiter les éventuelles complications. Classiquement, le traitement consistait en une simple surveillance ou était chirurgical avec craniotomie et pose d'un ou de plusieurs clips.

Plus récemment avec l'avènement de la Neuroradiologie Interventionnelle, il est désormais possible de traiter l'anévrysme par voie endovasculaire en évitant donc les méfaits d'une ouverture de la boîte crânienne.

Comme matériel d'occlusion utilisé, ce fut d'abord des ballonnets puis récemment des microspires métalliques déposées à l'intérieur de l'anévrysme pour y induire la thrombose.

Ces «coils» ont été récemment améliorés et notamment leur largage est devenu contrôlé soit par un système mécanique (coils en tungstène), soit par un système d'électrolyse (coils en platine-GDC).

Au dernier Congrès de l'American Society of

Neuroradiology (Nashville, Mai 1994), nous avons présenté notre expérience à l'hôpital Lariboisière portant sur 159 anévrysmes pour un total de 151 patients. L'occlusion de l'anévrysme était complète dans 129 cas et partielle dans 25 avec 5 échecs techniques. Les résultats à un mois comportaient 1,32 % de légère morbidité, 3,31 % de morbidité sévère (aphasie et hémiparésie...) et une mortalité de 2,65 %. Un seul décès était lié à la technique, un autre aux complications de réanimation alors que les deux autres patients étaient en grade V de Hunt et Hess à l'arrivée (donc de très mauvais pronostic initial).

Ces chiffres sont avantageux par rapport à la Neurochirurgie d'autant que le traitement endovasculaire peut être réalisé très tôt, dans les premières heures de l'hémorragie, sur des malades en mauvais état général, où l'opération est contre-indiquée et également dans des localisations jugées très difficiles voire même inopérables.

Par ailleurs, la Neuroradiologie Interventionnelle permet de traiter la complication importante du saignement qu'est le vasospasme, par une angioplastie à la papavérine ou au ballonnet.

CONCLUSION :

L'anévrysme pose un véritable problème de Santé Publique. L'on peut considérer que seuls 50 % des patients qui saignent arrivent vivants à l'hôpital et 35 % auront une qualité de vie satisfaisante après l'accident. La prise en charge actuelle s'est modifiée avec l'amélioration des techniques opératoires et surtout la place de plus en plus importante de la Neuroradiologie Interventionnelle qui tend à supplanter la chirurgie.

De plus, l'orientation actuelle est d'opérer les anévrysmes asymptomatiques découverts fortuitement, avant leur rupture ; ce qui suppose un screening, en particulier des patients à risque.

C'est ce programme de détection, de prise en charge et de traitement des anévrysmes par voie endovasculaire que nous démarrerons prochainement au Liban (Novembre 94), dans le cadre d'un vaste projet pionnier de Neuro-Interventionnelle au Moyen-Orient.

neut



**APPAREILLAGE
ORTHOPEDIQUE**
Corsets moulés
Orthèses
Prothèses
Attelles
Chaussures



9 Rue Léopold Bellan 75002 PARIS

☎ (1) 42.33.83.46 - Fax. (1) 42.33.58.99

DENNY SARFATI

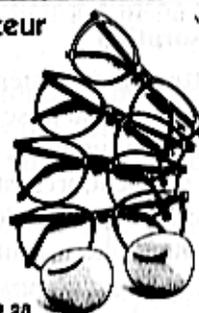
Opticien Créateur

POUR LES LECTEURS
DE L'ANNUAIRE
FRANCO-LIBANAIS

LES QUATRE
MONTURES
700F

-30%

SUR PRÉSENTATION
DE CETTE ANNONCE



BOUTIQUES DU PALAIS DES CONGRÈS
PORTE MAILLOT PARIS 17^e TEL. 40 69 22 20

AUGMENTATION DE CRETE PAR GREFFE OSSEUSE PRELEVEE A LA SYMPHYSE MENTIONNIERE

Dr H. ANTOUN

INTRODUCTION

La dentisterie actuelle vise à assurer à nos patients une denture idéale tant sur le plan esthétique que fonctionnel. Certaines techniques chirurgicales et implantaire ont de ce fait évolué pour permettre d'optimiser des situations cliniques jusqu'alors ingérables. La réhabilitation implanto-prothétique, au niveau du prémaxillaire, se trouve particulièrement confrontée à des impératifs esthétiques, phonétiques et fonctionnels majeurs. Il est difficile, en présence d'une résorption osseuse importante, de répondre à ces impératifs, ce qui nécessite une reconstitution préalable du volume crestal. Les dimensions d'os minimales requises sont une largeur de crête de 5 mm et une hauteur d'os verticale comprise entre 7 et 10 mm. Différentes techniques et sites donneurs (crâne, tibia, côtes, crête iliaque, tubérosité, palais, arcade zygomatique, apophyse coronéide) sont décrites dans la littérature. Le prélèvement à la symphyse mentonnière présente de nombreux avantages quant à la facilité d'accès, à la possibilité d'obtenir un greffon en bloc, aux suites post-opératoires minimales et à l'absence de cicatrice cutanée. Après avoir ressorti les propriétés anatomiques et biomécaniques du prémaxillaire, cet article abordera le détail de la technique et les avantages de l'autogreffe prélevée à la symphyse mentonnière.

LE PREMAXILLAIRE

Résorption

Cette région antérieure du maxillaire est souvent inadaptée à la mise en place d'implants endo-osseux. Anatomiquement, elle est prédisposée à se resorber car elle peut présenter une table corticale vestibulaire fine et poreuse et des concavités. Ces concavités sont d'autant plus accentuées que la distance entre les apex des dents antérieures maxillaires et le plancher des fosses nasales est grande. Cette corticale peut être amenée à disparaître suite à une maladie parodontale, à une lésion périapicale ou à une chirurgie périapicale et à une fracture post-extractionnelle ou traumatique. Une extraction dentaire engendre une perte de 40 à 60 % de la largeur de la crête osseuse au cours de la première année et le remodelage osseux se fait au dépens de la table corticale vestibulaire.

Biomécanique

Les exigences esthétiques et phonétiques servent de guide dans le positionnement des dents antérieures

maxillaires qui doit se rapprocher autant que possible de la position naturelle ou idéale des dents. En présence d'une résorption accentuée, la reconstruction prothétique se trouve en porte à faux et le rapport couronne/implant augmenté. De ce fait, le moment de force exercé sur les dents supportées par des implants devient plus important. En effet, les mouvements d'excursions mandibulaires exercent des forces horizontales sur ces dents. Ces mêmes forces rotationnelles augmentent le trauma au niveau crestal et plus spécifiquement sur le côté vestibulaire de l'implant.

Édentation et différentes options de traitement

Le traitement d'une édentation au prémaxillaire peut être un bridge classique scellé, une prothèse amovible, un bridge collé, une prothèse implanto-portée, ou une prothèse mixte implanto et dento-portée.

Le choix d'une solution implantaire nécessite une évaluation préalable du volume osseux disponible. Pour reconstruire le volume osseux nécessaire, plusieurs techniques d'augmentation de crête sont à notre disposition, à citer l'expansion osseuse et la régénération osseuse guidée à l'aide d'une membrane non résorbable en polytétrafluoroéthylène expansé (ePTFE). Leur indication respective varie en fonction de la perte osseuse engendrée. La greffe osseuse autogène type onlay ou monobloc prélevée au niveau de la symphyse mentonnière peut constituer un apport intéressant quand le défaut ne dépasse pas une étendue de dents et si l'évaluation radiographique confirme la présence d'une quantité suffisante d'os au niveau du site donneur.

GREFFE OSSEUSE PRELEVEE A LA SYMPHYSE MENTIONNIERE

Technique opératoire

Après anesthésie locale de la région prémaxillaire, une incision crestale, déportée du côté palatin est réalisée. Les incisions de décharge se situent à l'extérieur des dents bordant la lésion, ce qui permet de décoller un lambeau de pleine épaisseur et d'assurer un meilleur accès à la lésion. Par la suite, le site est préparé de façon à éliminer tout tissu de granulation. La corticale vestibulaire est perforée de petits trous qui vont permettre une meilleure vascularisation du greffon et un apport augmenté de cellules ostéo-progénitrices.

Le greffon est obtenu par prélèvement intra-oral au niveau de la région mentonnière sous les apex des incisives et des canines mandibulaires. Deux anesthésies loco-régionales sont réalisées au niveau des épines de spix, complétées par une anesthésie locale du côté vestibulaire. L'incision se situe dans la muqueuse alvéolaire à 5 mm minimum de la jonction muco-gigivale et entre les premières prémolaires. Après localisation de l'émergence des deux trous mentonniers, on procède à la dénudation de la région symphysaire. Le contour du bloc osseux est délimité avec une fraise à os et calqué sur la forme du défaut maxillaire.

La limite supérieure du greffon à prélever est située à 5 mm minimum en-dessous des apex des dents. En disséquant la limite inférieure du greffon, il est préférable d'éviter la désinsertion des muscles mentonniers. La profondeur de l'ostéotomie dépend de la largeur de la mandibule à ce niveau. Des ostéotomes sont utilisés afin de libérer le greffon et servent à prélever l'os spongieux. Le site donneur est comblé avec un mélange d'os lyophilisé et d'hydroxyapatite résorbable. L'ensemble est protégé avec une membrane de collagène.

Le greffon osseux est remodelé afin d'être adapté au défaut. Il est ensuite stabilisé sur son lit osseux à l'aide de vis de fixation en titane ou par des ligatures. L'ensemble est à nouveau remodelé et les petites anfractuosités sont comblées avec de l'os spongieux mélangé à de l'os déminéralisé.

Des sutures matelassées et discontinues (fil vicryl 3/0) permettent la coaptation des berges de la plaie.

Si la prothèse provisoire est amovible, son intrados est évidé pour empêcher toute compression du site. Une antibiothérapie et des bains de bouche à la chlorhexidine sont prescrits. Les douleurs post-opératoires du site donneur sont minimales et contrôlées par de simples antalgiques.

Suivi et suites post-opératoires

Une réévaluation clinique pratiquée à 2 et 16 semaines post-opératoires permet de vérifier la cicatrisation tissulaire et la morphologie de la reconstruction alvéolaire. La vitalité des dents, la cicatrisation des tissus mous et l'intégrité des nerfs mentonniers doivent être vérifiées au niveau du site donneur. La régénération osseuse et l'état des racines sont évalués radiographiquement. L'état et la tonicité des tissus de la lèvre inférieure doivent être régulièrement vérifiés. Quand elles existent, les séquelles relevées au niveau du nerf mentonnier, au niveau des incisives mandibulaires, et au niveau du menton ou de la lèvre inférieure sont minimales.

Quand le prélèvement est pris au menton, une cicatrisation plus rapide semble être favorisée par une ossification membranaire. Ceci permet une réentrée à 4 mois. Les vis de fixation sont facilement éliminées

et la mise en place des implants est possible. La densité du site greffé, telle révélée au moment du forage, est supérieure à celle de l'os adjacent. La résorption de ce type de greffon est minimale et peut varier de 0 à 25 %. La prothèse provisoire amovible ne doit en aucune manière s'appuyer sur le site greffé au cours de la cicatrisation, pour éviter la résorption du greffon osseux et une non ostéointégration de l'implant.

CONCLUSION

Le prémaxillaire est une région particulièrement difficile à reconstituer sur les plans esthétique, phonétique, fonctionnel et occlusal. Seule, une considération des aspects combinés chirurgical et prothétique permettra d'obtenir des résultats satisfaisants. Les techniques reposant sur le principe de la régénération tissulaire guidée et les recherches élaborées pour l'obtention d'un bon produit de substitut osseux allogène ou alloplastique continuent à être prometteuses. La greffe autogène reste jusqu'à présent une technique des plus prévisibles dans la réparation des défauts à large étendue. Cette technique présente un certain nombre d'inconvénients et de contre-indications tels :

- un risque de léser les racines des incisives mandibulaires
- un risque d'atteindre le nerf mentonnier.

Les contre-indications :

- une quantité insuffisante d'os au niveau du site donneur
- des incisives avec des racines trop longues
- un manque de hauteur au niveau de l'os basal
- un plan de traitement avec mise en place d'implants au niveau de la crête antérieure mandibulaire
- un prémaxillaire avec défaut osseux d'une étendue supérieure à 4 dents ou avec une perte osseuse verticale très importante (d'où l'indication d'un site donneur extra-oral).

Le prélèvement à la symphyse mentonnière présente également de nombreux avantages qui sont :

- la facilité d'accès par rapport aux autres sites intra-oraux
- la possibilité d'avoir le prélèvement osseux en un seul bloc
- la nature corticale et trabéculaire du greffon osseux prélevé au menton qui semble a priori donner une meilleure qualité d'os que celle en voie de maturation obtenue à la suite d'une régénération osseuse guidée
- l'absence de cicatrices cutanées
- les complications post-opératoires minimales qui ne nécessitent pas l'hospitalisation du patient.

En définitive, l'augmentation osseuse des crêtes fortement résorbées par autogreffe prélevée au menton représente une technique intéressante et fiable. Elle peut faire partie de notre arsenal thérapeutique.

«DEPRESSIONS : ACTUALITÉS, RÉALITÉS ET THÉRAPEUTIQUES»

RENCONTRE FRANCO-LIBANAISE DE PSYCHIATRIE

BEYROUTH

5 - 6 Octobre 1994

Patronnée pour la première fois par la Fédération Internationale Francophone de Psychiatrie et l'Association Franco-Libanaise de Psychiatrie, cette rencontre s'est tenu à Beyrouth les 5 et 6 Octobre 1994, sous la Présidence des Professeurs P. PICHOT et Ch. BADDOURA. Cette manifestation s'est déroulée en partie dans «l'amphithéâtre C» de la Faculté de Médecine de l'Université St Joseph, symbole de la présence universitaire Francophone au Liban et qui n'est pas moins le symbole du dynamisme et de la résurrection de ce pays. En effet, après avoir subi des bombardements intenses, la Faculté a non seulement été reconstruite à l'identique mais le campus a accueilli d'autres bâtiments, l'école des infirmières en particulier.

La Fédération Internationale Francophone de Psychiatrie était représentée par son bureau : P. DELTEIL, son président, F. CAROLI et S.P. TAWIL, ses deux secrétaires et P.O. SMAGGHE, son trésorier.

Le secrétariat scientifique était assuré par E. HANTOUCHE et cette manifestation n'aurait pu se concrétiser sans le concours actif des Laboratoires LILLY-FRANCE et LIBAN et plus particulièrement M.S. DESCHAMPS.

Cette rencontre a comporté trois moments forts :

- un atelier de Recherche qui s'est déroulé à l'Hôpital de la Croix, hôpital psychiatrique universitaire de l'Université St Joseph.
- Une journée scientifique qui a eu lieu à la Faculté de Médecine de l'Université St Joseph ayant pour thème : «Dépressions : Actualités, réalités et thérapeutiques».
- Une rencontre francophone à laquelle ont participé le Ministre de la Santé Monsieur Marwan HAMADE, MM DELTEIL, BOUSTANI, TAWIL et AZOURI autour du thème «Psychiatrie, Médecine et Francophonie».

La journée scientifique a comporté quatre sessions cliniques et théoriques :

Première session : Dépressions et psychoses

Modérée par les Prs P. PICHOT et H. AYOUB

Les communications de F. Caroli, S. Jammous et A. Baladi ont insisté sur les relations cliniques entre les dépressions et les psychoses.

La deuxième session, présidée par le Pr E. AZOURI et Mme le Dr M-F. POIRIER s'est intéressée plus particulièrement aux dépressions bipolaires et saisonnières (Mme le Dr C. HAKIM) et aux dépressions récidivantes (P.O. SMAGGHE).

La troisième session, Dépression et médecine générale, présidée par les Prs C. BADDOURA et M. FERRERI a abordé le problème de l'épidémiologie des états dépressifs (E. KARAM) de la comorbidité de anxiété-dépression (J-M. CHIGNON - E. HANTOUCHE) et du sommeil des stress et antidépresseurs (P. LEMOINE).

Enfin, la quatrième session orientée sur les traitements des états dépressifs s'est intéressée plus particulièrement aux dépressions masquées (H. CHALLITA) aux traitements de la dépression en neurologie (R. CHAMALI - A. KOMAIR) et au dépistage des dépressions en médecine générale (Y. LECRUBIER) et à la psychologie des états dépressifs (F. RADAT).

S. TAWIL a présenté une étude comparative des anciens antidépresseurs versus nouveaux antidépresseurs et de l'intérêt particulier de la Fluoxétine (PROZAC) dans le traitement des états dépressifs.

Cette manifestation témoigne, s'il en était besoin, de la vigueur de l'Ecole Francophone de Psychiatrie du Liban et de ses relations privilégiées avec la France.

S.P. TAWIL

Secrétaire de la Fédération Internationale
Francophone de Psychiatrie

LIBRE OPINION

CONTINUONS, TOUS ENSEMBLE

Dr Paul TYAN
Ex-président de l'A.M.F.L.

L'année 1989 a vu éclore à Paris plusieurs dizaines d'associations libanaises et franco-libanaises. Composées pour la plupart d'entre elles de quelques individus, ayant bien souvent des buts politiques avoués, elles ont aujourd'hui dans leur majorité cessé d'exister.

Les sarcasmes qui ont accueilli l'annonce de la création de l'Association Médicale Franco-Libanaise, et l'étonnement pour ne pas dire la suspicion à l'annonce de la cotisation (500 F), se sont rapidement estompés dès que le sérieux de l'entreprise a permis au plus grand nombre de s'y reconnaître.

Ce qui n'était au départ qu'une poignée de quelques médecins, est devenu au fil des années une véritable institution réunissant la majeure partie du corps sanitaire français d'origine libanaise. Il est inutile de revenir dans ces colonnes sur ce qui a été fait, le but de ceux qui ont travaillé, et beaucoup l'ont fait, était de servir dans l'abnégation et l'humilité. Rappelons pour mémoire le dispensaire de la rue des Ursulines, les congrès au Liban, le congrès de Nice, les EPU, l'accueil des blessés. Rappelons aussi, toujours pour mémoire, les premiers numéros de MEDILIEN, un des premiers bulletins de liaison de la communauté franco-libanaise.

Plusieurs phases d'action tant humanitaires qu'universitaires, à destination du Liban ou des libanais de France ont ainsi permis au médecin, au dentiste, au pharmacien, à l'infirmière, au kiné, installé en France, de se sentir un tant soit peu utile, alors que ses proches ou alliés subissaient les rigueurs de la guerre.

Des objectifs précis d'entraide humanitaire et de symbiose nationale étaient à l'origine de la création de l'Association Médicale Franco-Libanaise. Un dialogue constant et l'obsession du rassemblement permettaient dès le départ de relativiser les divergences et d'opérer la symbiose entre les différences. Sans idéaliser à l'extrême, il va sans dire qu'une méthode et un esprit particuliers ont permis à cette jeune association de résister aux convoitises, aux épreuves et à l'usure du temps.

La phase de gestation passée, l'AMFL désormais adulte se doit de continuer à servir de lien entre

les membres du corps médical et de ciment entre les membres de la communauté. Alors que le reflux vers le Liban réduit le nombre potentiel de ceux qui perpétueront nos racines, il serait peut-être temps que les «maladies libanaises», en particulier la présence, soient définitivement terrassées.

Les récentes élections ont concrétisé un changement qui devenait indispensable. Elles n'ont consacré ni la victoire des uns, ni la défaite des autres. Bien au contraire, la multiplicité des candidatures a prouvé l'intérêt du jeu démocratique et les perspectives encore nombreuses d'actions associatives.

Le nouveau bureau élu aura pour tâche de développer l'infrastructure associative en France, mais aussi de maintenir des liens aussi étroits que possible avec le monde universitaire et hospitalier libanais. Il aura aussi pour objet d'écouter et de tendre la main à ceux qui, hors du bureau, auraient des choses à dire ou des actions à proposer. Le caractère des membres élus, leur passé aussi, présage du dialogue qui sera nécessairement instauré. L'apport régulier d'un sang neuf et d'idées nouvelles permettrait au plus grand nombre de faire la preuve de leurs capacités et de leur dévouement, ce qui éviterait à terme les tensions et les déconvenues.

Cette petite amicale créée dans l'enthousiasme et le dévouement, se doit de rester la fierté de la communauté franco-libanaise. A chacun par son action, parfois son silence, et sûrement son respect de l'autre, d'apporter sa pierre à la construction de l'édifice commun.

Puissions-nous, tous ensemble, continuer l'œuvre commencée en 1989.

En collaboration avec l'Association Médicale Franco-Libanaise qu'elle soutient, la SOCIETE MARSEILLAISE DE CREDIT lance un appel à la solidarité pour la reconstruction du Liban.

Souscrire à LIBAN AMITIE permet de faire rimer dynamisme financier et solidarité et permet de soutenir l'action sociale et humanitaire de l'Association Médicale Franco-Libanaise ainsi que de bien d'autres associations d'aide au Liban.

Après 17 ans de guerre, le Liban doit avoir aujourd'hui la possibilité de se reconstruire grâce à vous.

UN FCP A VOCATION CARITATIVE A DESTINATION DU LIBAN

"LIBAN AMITIE" a pour vocation de mettre à disposition de tous ceux qui désirent participer à la renaissance économique et sociale du Liban un produit financier qui permet d'optimiser à la fois votre épargne et votre capacité de partage. Cet investissement offre le grand avantage de respecter votre liberté de choix de l'organisme bénéficiaire et du montant du don.

UN FCP INVESTI SUR LE MARCHE DE TAUX FRANCAIS

LIBAN AMITIE sera un FCP de distribution. Une partie du revenu généré par le FCP sera prélevée pour être apportée sous forme de don à l'association de votre choix, parmi la sélection d'organismes d'ores et déjà retenus. Le don représentera un montant minimum de 1 % de l'actif net par part détenue au moment du détachement du coupon.

Le souscripteur peut demander au FCP de réserver plus que le 1 % prévu ci-dessus en spécifiant sur le bulletin de souscription l'opération désirée :

- don de 50 % du coupon versé
- don de 100 % du coupon versé.

Pour ce faire, il suffira aux souscripteurs de faire cette demande spécifique au moment de la souscription.

A - UN PRODUIT CONCU PAR DES PROFESSIONNELS

1/ Un dépositaire

La Société Marseillaise de Crédit, dont la vocation méditerranéenne trouve ici une forme d'expression nouvelle, gère d'ores et déjà plus de 10 milliards de francs pour le compte de particuliers, d'investisseurs institutionnels et de grandes entreprises.

2/ Un savoir faire

La Société Marseillaise de Crédit fait partie des meilleurs gestionnaires de la Place de Paris :

- une SICAV monétaire dans les 10 premières de sa catégorie depuis sa création (1992) : GP CASH.
- une SICAV obligataire régulièrement classée parmi les 10 premières de sa catégorie au cours de l'année 1993 : Placement Court Terme.

B - UN COMITE CONSULTATIF GARANT DE LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT

1/ Ce comité consultatif sera composé notamment :

- de principaux souscripteurs de LIBAN AMITIE,
- de représentants des divers organismes bénéficiaires,
- de spécialistes de l'économie libanaise,
- des gestionnaires du FCP.

2/ Ce comité aura pour vocation :

- de faire le point sur l'évolution de l'économie libanaise,
- de faire le point sur les fonds collectés,
- de définir les grands axes de la gestion financière du FCP.

de la SOIRÉE du vendredi 14 octobre 1994,
qui avait pour thème : «L'Echo-Endoscopie Digestive»

ENDO-ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Conférencier : Dr Laurent PALLAZZO

Présentation : Dr Tony RAHME

Logistique : Laboratoires ASTRA

Pour étudier les anomalies du tube digestif, le médecin dispose actuellement de plusieurs moyens diagnostiques. L'endoscopie avec biopsie permet l'étude du tube digestif proprement dit. L'échographie et la tomographie explorent les organes adjacents (voies biliaires, foie, vésicule, pancréas...). Cependant, ces techniques d'imagerie ont à présent des limites bien connues :

a) l'impossibilité d'évaluer précisément l'extension en profondeur des cancers digestifs (parois, ganglions adjacents...)

b) l'impossibilité d'étudier la voie biliaire principale et le pancréas, sans le recours à des techniques d'opacification directe, notamment endoscopiques, grévées d'une morbidité et d'une mortalité non négligeables.

L'écho-endoscopie a connu ces derniers temps, un développement non négligeable. Elle permet en effet, de faire le bilan pré-thérapeutique d'extension des cancers de l'oesophage, de l'estomac et du rectum, et de surveiller les cancers du rectum opérés.

Elle permet aussi le diagnostic des obstacles sur la voie biliaire (calculs des voies biliaires, cancers de pancréas), la recherche étiologique des pancréatites aiguës ainsi que la localisation, dans le pancréas, des tumeurs endocrines de très petite taille. Enfin, le diagnostic des tumeurs sous muqueuses digestives, et celui des gastropathies à gros plis est largement facilité par cette technique.

La soirée, qui a eu lieu comme à l'accoutumée, à L'Hôtel International à Neuilly, a eu un franc succès. Le brio du conférencier et la qualité de l'iconographie ont été très appréciés par les 180 participants.

Lors du dîner habituel qui a suivi la conférence, le Professeur Alain FARAH et Monsieur Elie MAJDALANI ont annoncé les résultats des élections. Dans une ambiance très sympathique, une tombola a permis à quelques uns de gagner des lots magnifiques dont un voyage au Liban. L'ambiance amicale a été rendue encore plus chaleureuse ce soir-là par la présence d'une danseuse orientale de très grande qualité... professionnelle.

Dr. A.R. HIJAZI



Dr. A.R. HIJAZI, Président de l'AMFL

O toute la chaîne graphique
MNIGRAPHIC
Le Service Graphique intégral

PRIX
PREFERENTIELS
POUR LES
LECTEURS

- Maquette
- Compo/PAO
- Image de synthèse
- Photogravure
- Impression N/B et quadri
- Photogravure N/B et quadri
- Reliure / Façonnage

16, rue Saint-Marc - 75002 Paris

☎ 44.76.95.00 - Fax 45 08 56 01

M° Bourse ou Richelieu Drouot

Lu dans la presse

Création par Monsieur Marwan HAMADE, Ministre de la Santé, d'un conseil supérieur de la Santé composé :

- des Directeurs généraux des Ministères suivants : Santé - Environnement - Affaires sociales
- des Présidents des Ordres médicaux
- le Président des Syndicats des Hôpitaux privés
- les Doyens des Facultés de Médecine (Université Libanaise - St Joseph - Américaine)
- et un médecin représentant la Croix Rouge libanaise.

Des élections sont prévues au sein de l'Ordre des Médecins de Beyrouth. Des multiples candidatures sont déjà connues.

Changement à la Présidence de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes au Liban : Monsieur Sami CHARTOUNI succède à Monsieur Elie MAALOUF.

Mlle Leila KHOURY cède son poste de Président de l'Ordre des Pharmaciens du Liban à Monsieur Ghassan El AMINE, après avoir obtenu beaucoup de choses pour les pharmaciens par son dynamisme et sa disponibilité et son courage.

Création d'un Ordre des Kinésithérapeutes en France. A quand mesure semblable au Liban ?

Nomination d'un nouveau directeur général à l'Hôtel Dieu. Monsieur OTAYEK remplacera à ce poste Monsieur Alain TESSIER.

Le Docteur Ramez AWAD, chirurgien, a été nommé comme Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université libanaise, Monsieur Mounir Abou ASSALI prend la charge d'un centre de recherche.

Election à la présidence de la Commission Parlementaire de Santé au Liban du Docteur Riad SARRAF ex-président de l'Ordre des Médecins de Tripoli et actuel député de la région d'AKKAR. Connue par son intégrité, simplicité et sa loyauté pour servir ses compatriotes.

Le Docteur Adaimi FAWZI a été reconduit pour trois ans à la tête des Syndicats des Hôpitaux Privés au Liban.

Le Sida au LIBAN = Un fléau bien réel

Le Ministère de la Santé a organisé une rencontre sur le thème «La Famille face au Sida».

Le Docteur Abd el Hay Medibal, représentant de l'OMS, a pour sa part, avancé des chiffres alarmants. Ainsi l'OMS estime à 16 millions le nombre de personnes atteintes à travers le monde.

Quant à la situation au Liban, elle a été évoquée par Dr E. RADI, 260 cas ont été déclarés officiellement depuis 1988, mais des estimations font état de 2 500 cas réels.

Le Ministre Marwan HAMADE a parlé des causes qui favorisent la prolifération du virus, qu'elles soient d'ordre médical, social, éducatif, et économique.

L'ASSOCIATION MEDICALE FRANCO-LIBANAISE

à le plaisir de vous faire part de son partenariat avec :

● M.E.A.

9, rue Scribe - 75009 Paris

● HELP MEDICAL

16, rue Ferdinand Fabre - 75015 Paris

● I.C.A.V. Groupe Victoire

64, rue de Provence - 75009 Paris

● HOTEL INTERNATIONAL DE PARIS

58, boulevard Victor-Hugo
92200 Neuilly-sur-Seine

Les membres adhérents à l'A.M.F.L., désireux de bénéficier des conditions préférentielles de ces sociétés sont invités à s'adresser à :

A.M.F.L.

11 bis rue du Colisée - 75008 PARIS

☎ (1) 43 59 20 20 - Fax 45 63 51 38

FLASH INFOS... FLASH INFOS... FLASH INFOS...

CHANGEMENT D'ADRESSE

Docteur Antoine FARAH

Chirurgie Esthétique, Plastique et Maxillo-Faciale
Clinique Marcelin Berthelot, 3, bd Maurice Berteaux
94100 ST MAUR DES FOSSÉS
Tél. : (1) 42.83.01.20 - Fax : (1) 48.86.73.47

Jean Michel SALET - Chirurgien dentiste
5, place de l'Horloge, 34130 LANSARGUES - Tél. : 67.86.34.34

Docteur Georges SFEIR - Pneumologue
36, Bd Wilson, 39100 DÔLE - Tél. : 84.79.07.22

Docteur Antoine JABBOUR - Chirurgien Orthopédiste
Résidence La Muette - 1, square Renoir
78150 ROCQUENCOURT PARLY II - Tél. : (1) 39.55.72.31

Docteur Samy SALEH - Gynécologue obstétricien
Résidence Caste, Les Loges Basses
1, rue Bezout, Pavillon 23, 77120 AVON

Monsieur Homs BASSAN - Kinésithérapeute
19, rue Voltaire, 67205 STRASBOURG - Tél. : (16) 88.56.26.57

Alexis SMATT - Chirurgien dentiste
c/o Mr Hage, 11, rue Poussin, 75016 PARIS

Laboratoire de Prothèse Dentaire
FILIPPO MASSAD - Maître Artisan
27, rue Portalis, 13100 AIX-EN-PROVENCE
Tél. : 42.26.24.56 - Fax : 42.26.25.39

LABORATOIRE DUO-PROTHESE - Prothèses dentaires
BP 205, 75921 PARIS CEDEX 19
Tél. : 42.40.62.23 - Fax : 48.03.07.36

Docteur Samir MATRAGI - Radiologue
28, rue de Mulhouse, 68400 RIEDISHEIM

Docteur Abraham MOUNZER
33 bis, rue Louis Maury, 55100 VERDUN

Docteur Atef ZAGHLAN-HAJJAR
Cabinet d'Echographie
27, rue République, 93160 NOISY LE GRAND
Tél. : (1) 64.68.65.42 - Fax : (1) 64.68.16.95

Monsieur et Madame Abdel-Hassan FAOUR
16, rue du Closeau, 94350 VILLIERS SUR MARNE
Wadad KOCHEN-ZEBIB - Psychanalyste
11, rue Charbonnel, 75013 PARIS - Tél. : 45.65.45.61

INSTALLATIONS

Docteur Nabil RIZK
Chirurgien attaché à l'Hôpital Jean Verdier
Chirurgie générale et vasculaire
Clinique Vauban, 135, avenue Vauban
93190 LIVRY GARGAN - Tél. : (1) 45.09.73.01

A L'HONNEUR

Docteur Tobie Zakia, médecin chef conseil de l'île de France, a reçu la médaille Vermeil de la Ville de Paris et la médaille d'or de la Ville de Toulouse.

Docteur Vincent Wehbe, conseiller municipal de Fontenay-aux-Roses, a reçu l'Ordre national du Mérite.

URGENT — PROCHE DE PARIS CEDE CABINET DE GASTRO-ENTERO.

Plusieurs avantages, facilité de paiement, 15 ans d'existence, quartier en pleine expansion.
Tél. : (16) 35.77.47.00

DEUX RENCONTRES AU LIBAN

LA SOCIÉTÉ LIBANAISE DU CANCER

A L'HONNEUR DE VOUS INVITER A PARTICIPER AU

**SECOND CONGRES D'ONCOLOGIE
DU MOYEN-ORIENT**

AVEC LA PARTICIPATION DE

L'ASSOCIATION MEDICALE FRANCO-LIBANAISE

**QUI SE TIENDRA LE 20-22 AVRIL 1995
AU CAMPUS DES SCIENCES MEDICALES
UNIVERSITE SAINT JOSEPH — BEYROUTH - LIBAN**

Pour tous renseignements s'adresser à la :

Société Libanaise du Cancer
B.P. 16588J
BEYROUTH - LIBAN
Tél. : 961.1.20.07.65
Fax : 42.38.20

Ass. médicale franco-libanaise
11bis, rue Colisée
75008 PARIS
Tél. : 43.59.20.20
Fax : 43.63.51.38

Renseignements scientifiques :
Docteur Elias HADDAD
14, rue de Bapaume
94130 NOGENT SUR MARNE
Tél. : 47.57.67.30
Fax : 47.54.05.96

Renseignements voyages :
LITOURS
9, avenue de l'Opéra
75001 PARIS
Tél. : 41.86.08.80

ASSOCIATION ABC DERMATOLOGIE

ET

**L'ASSOCIATION MEDICALE FRANCO-LIBANAISE
ORGANISE UN SYMPOSIUM DE DERMATOLOGIE**

DU 21 AU 28 MAI 1995

A L'HÔTEL DIEU DE BEYROUTH

**avec la participation du Professeur Patrick MOREL
(Chef de service de dermatologie à l'hôpital Saint Louis à Paris)**

Renseignements scientifiques :
Docteur Georges ABIRACHED
76, rue Volant
92000 NANTERRE
Tél. : 47.21.54.46
Fax : 47.24.65.20

Renseignements voyages :
Kurban Tours
47/49, rue des Mathurins
75008 PARIS
Tél. : 40.07.04.70
Fax : 42.65.14.30

VOTRE ETE A BEYROUTH ??

LIBAN: TERRE D'AVENIR

PARTEZ AVEC KURBAN TOURS LEADER DES VOYAGES SUR CETTE DESTINATION



- PROFITEZ DE CETTE OPPORTUNITE POUR VISITER CE PAYS EXCEPTIONNEL AVEC DES PRIX A VOUS COUPER LE SOUFFLE !!
- APPELLEZ-NOUS TRES VITE AU 42 66 17 10



POUR UN VOYAGE DES PLUS AGREABLE
RESERVEZ DES MAINTENANT VOTRE VOITURE AVIS A DES PRIX IMBATTABLES



G R O U P E
V I C T O I R E

LA SOLIDITE ET L'EXPERIENCE D'UN ASSUREUR AU SERVICE DU CLIENT

Le Groupe Victoire compte parmi les leaders de l'assurance depuis plus d'un siècle et propose aux particuliers et aux entreprises une gamme complète de produits d'assurances, placements et retraite.

L'assuré, client du Groupe Victoire bénéficie à la fois de la solidité financière du groupe et de la qualité du service.

J. FLEURANCE
64 rue de Provence
75009 PARIS
Tél : 40-23-17-30
Fax: 40-23-17-00

INVESTISSEMENT CONSEIL

Abeille vie



Pour votre prochain voyage au

LIBAN

au départ des principales villes

d'EUROPE , d'AFRIQUE

du MOYEN - ORIENT

et de l'EXTREME - ORIENT

choisissez

MIDDLE EAST AIRLINES AIRLIBAN

L'EUROPE	ATHENES	LE MOYEN-ORIENT ET L'EXTREME-ORIENT	ABOU DHABI
	BERLIN		ADEN
	BRUXELLES		AMMAN
	COPENHAGUE		BAGDAD
	FRANCFORT		BAHREIN
	GENEVE		LE CAIRE
	ISTAMBOUL		DAMAS
	LONDRES		DHAHRAN
	MADRID		DJEDDA
	MILAN		DOHA
	NICE		DUBAI
	PARIS		KHARTOUM
	ROME		KOWEIT
ZURICH	LARNACA		
	MASCATE		
	RIYADH		
			COLOMBO
			SINGAPOUR
			SYDNEY



MEA

Porte haut les couleurs du Cèdre

MEA PARIS - 6 RUE SCRIBE TEL : 42-66-06-77