



Emergency Neurosurgery for Head Trauma / Neurochirurgie d'urgence pour Traumatismes Crâniens
Dr Kate Drummond

Head trauma is a common cause of death and disability in the community. It is often associated with trauma to other body systems. Patients should be initially assessed as for any major trauma patient and resuscitated and stabilised. The severity of the head injury should then be assessed, along with the cervical spine. The majority of patients with head injuries will be managed with supportive, symptomatic treatment only. Another significant proportion of patients will die in the early post-injury period. There will be a small number of patients who will benefit from emergency neurosurgery. These include those with penetrating head trauma, with or without a depressed skull fracture, where the fracture should be elevated and the wound debrided and closed to avoid infection and cerebrospinal fluid leak. In a small number of patients, based on the history, clinical examination, and skull x-ray, an extradural or subdural haematoma may be suspected. In these patients burr holes and drainage of the haematoma may be lifesaving and should be undertaken as an emergency procedure.

Le traumatisme crânien est causatif d'un fort taux de mortalité et de handicap dans nos sociétés. Il est souvent associé à des poly-traumatismes corporels. Comme pour toute victime de traumatisme majeur, chaque nouveau patient doit faire l'objet d'une évaluation clinique initiale, être réanimé puis stabilisé. Le degré de gravité du traumatisme crânien doit être ensuite évalué et la colonne cervicale examinée. La majorité des patients souffrant de traumatisme crânien se verront administrer un simple traitement symptomatique et seront immobilisés. Une autre proportion importante de patient décèdera peu de temps après le traumatisme. Un petit nombre de patient bénéficiera d'une intervention neurochirurgicale. Ces derniers incluent les patients avec traumatismes crâniens pénétrants –avec ou sans fracture du crâne avec dépression- où la fracture devrait être surélevée, la plaie débridée, et fermée afin d'éviter le risque d'infection et de fuite du liquide cérébro-spinal. Pour un petit nombre de patients, aux vues du passé médical, de l'examen clinique et de la radiographie du crâne, le médecin peut être amené à suspecter la présence d'un hématome épidural ou sous dural. Dans ces cas précis, la réalisation d'un trou de trépan et l'évacuation de l'hématome peuvent empêcher la mort du patient et devraient s'effectuer en urgence.

Diagnosis of Breast Cancer - Principles / Diagnostique de Cancer du Sein - Principes de Base
Professor Grantley Gill

The assessment and accurate diagnosis of a recent breast change or lump occurs in a clinical setting defined by a detailed history of the clinical problem, breast change or lump and the risk profile of the patient. This will be a result of the detailed history regarding the age, family history, menopausal status, history of HRT, and pregnancy etc.

Significant clinical finding must be elicited on detailed inspection looking for skin changes, abnormalities in size and contour and nipple change; careful palpation should be directed to both breasts and relevant lymph node basins. Confirmation of the lump should be followed by mammography to include all of the breast tissue, whilst ultrasound is directed to the detailed examination of focal, clinical and mammographic areas of concern.

L'appréciation et la pose d'un diagnostic correct d'un changement récent dans l'aspect du sein ou de l'apparition d'une grosseur doivent s'effectuer dans un cadre clinique prenant en compte l'histoire clinique détaillée du problème, le changement dans l'apparence du sein ou l'apparition de la grosseur ainsi que le risque endogène lié au patient. Ceci découlera d'une anamnèse ample comprenant: l'âge, les antécédents familiaux, le status ménopausal, la prise d'un traitement hormonal de substitution, le/les grossesse(s) etc. Des résultats cliniques déterminants doivent être également mis à jour grâce à la réalisation d'un tableau clinique détaillé du patient comprenant la recherche de changements cutanés, d'anormalités en matière de taille et de contour et de changement d'apparence du mamelon. Pratiquer une palpation méthodique de chaque sein et des zones ganglionnaires axillaires. La confirmation de la présence d'une grosseur doit être suivie d'une mammographie de tous les tissus du sein, alors que l'échographie permettra un examen détaillé des zones focales, cliniques et mammaires en cause.

ENT Emergencies / Urgences ORL
Professor Suren Krishnan

ENT Emergencies covered include airway emergency, nasal haemorrhage, and foreign body in ear, nose and throat.

The lecture includes the anatomy of the larynx, cricithyrotomy, tracheostomy (indications and complications) and major bleed management.

Les urgences ORL étudiées ici incluent les urgences des voies respiratoires, l'hémorragie nasale et la présence de corps étrangers entraînant une obstruction du nez, de l'oreille et de la gorge. Cette présentation passera en revue l'anatomie du larynx, la cricothyrotomie, la thrachéostomie (indications cliniques et complications) et la prise en charge d'un saignement majeur.

Urological Problems - X-rays and Diagnosis / Magerie de l'Appareil Urinaire

Dr Katherine Edyvane

The intravenous pyelogram (IVP) and ultrasound are simple and effective tools in the investigation of paediatric and adult urological disorders. In this lecture interpretation of plain X-rays, IVP and ultrasound images covering a range of urological disorders will be discussed and their management.

La pyélographie intraveineuse (IVP) et l'échographie constituent des outils de travail simples et efficaces en matière d'investigation des troubles urologiques chez l'adulte et en pédiatrie. Dans cet exposé, nous mettrons l'accent sur l'interprétation des radios simples, des IVPs et des échographies et ce, pour une large palette de troubles urologiques dont nous étudierons également la prise en charge.

Lower Limb Fractures - Identifying Problems Early / Fractures des Membres Inférieurs – Identification Précoce des Problèmes

Professor Jegan Krishnan

Lower limb fractures are a common occurrence in developing nations. Several patterns of lower limb fractures are present. They indicate high energy trauma and affect the immediate care of the patient. An awareness of the different types which are presented can serve as a tool that may be helpful in these types of injuries. A timely and systematic approach to lower limb assessment and management will allow early recognition and identification of injuries. Prompt access to centres equipped for prompt and appropriate treatment will go a long way towards reducing the morbidity and mortality of open fractures.

Les fractures des membres inférieurs sont communes dans les pays en voie de développement. On distingue plusieurs traits des fractures des membres inférieurs. Ces fractures font généralement suite à un traumatisme à haute énergie qui a des conséquences sur les soins immédiats à dispenser au patient. La connaissance des différents types de fractures présentes peut servir d'outil de travail en tant que tel et peut aider quand confronté à ce type de blessures. Une approche rapide et systématique en matière d'évaluation et de prise en charge de la fractures des membres inférieurs va permettre de pouvoir reconnaître et identifier les blessures et lésions présentes. L'accès rapide à un centre hospitalier doté d'installations appropriées à un traitement rapide et adéquat est un des facteur décisif de la lutte pour la réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux fractures ouvertes.

Chest Empyema (TB and Non-TB) / Empyème Thoracique

Dr Katherine Edyvane

The author will present her experience of empyema in Timor Leste. Chest empyema is a frequent cause of preventable death in children in the developing world. Often associated with poverty and malnutrition, it begins as pneumonia and progresses to a collection of pus in the pleural cavity. It is important to distinguish between empyema due to TB (*Mycobacterium tuberculosis*) and non-TB (*Staphylococcus* usually), as the treatment is different. The mainstay of treatment for TB empyema is anti-tuberculous treatment, whereas for non-TB empyema it is drainage. In this presentation, the different clinical features of TB and non-TB empyema will be discussed and their management, including a range of drainage procedures (tube thoracostomy, mini-lateral thoracotomy and thoracotomy). Indications for drainage in TB empyema will also be outlined.

L'intervenante nous fera part de son expérience en matière de traitement de l'empyème thoracique au Timor-Oriental. Dans les pays en voie de développement, l'empyème thoracique est une cause fréquente de mortalité évitable chez l'enfant. Une pneumonie est souvent à l'origine de l'empyème qui est souvent associé à la pauvreté et la malnutrition et la maladie progresse en créant un épanchement de pus à l'intérieur de la cavité pleurale. Il est important de distinguer l'empyème tuberculeux (*Micobacterium Tuberculosis*) de l'empyème non tuberculeux (l'agent pathogène est généralement le staphylocoque) puisque le traitement à administrer diffère. L'essentiel du traitement de l'empyème tuberculeux repose sur un traitement anti-tuberculeux pur, alors que pour l'empyème non tuberculeux il est nécessaire de pratiquer un drainage thoracique. Dans cette présentation, nous détaillerons les divers signes cliniques de ces deux types d'empyèmes ainsi que leur prise en charge et nous incluerons l'étude d'un certain nombre de procé-

dures de drainage (la thoracotomie, la mini thoracotomie latérale et la thoracotomie tubulaire). Nous donnerons également des points de repères utiles pour le drainage de l'empyème tuberculeux.

Acute Limb Ischaemia / Ischémie Aigüe des Membres

Dr John Gan

Acute limb ischaemia remains a challenging problem for the vascular surgeon. The clinical features of acute limb ischaemia are often dramatic and unmistakable and will demand urgent treatment. Categorising patients with acute limb ischaemia into those with viable limbs, threatened limbs and non salvageable limbs is essential to provide appropriate management. If revascularisation of the acutely ischaemic limb is achieved reperfusion injury and compartment syndrome are important side effects which require timely intervention. Even with access to excellent surgical care the mortality and morbidity rates of acute limb ischaemia remain unacceptably high.

L'ischémie aigüe des membres présente toujours un vrai challenge pour le chirurgien vasculaire. Les signes cliniques de l'ischémie aigüe des membres sont souvent graves et caractéristiques et requièrent un traitement immédiat. Afin de permettre une prise en charge efficace du patient, il est indispensable de catégoriser les patients avec ischémie aigüe des membres au moyen d'un bilan de gravité du membre atteint (membre viable, membre menacé et irréversibilité). Si l'on réalise la revascularisation du membre ischémique il est important de noter que les dommages de reperfusion et le syndrome des loges peuvent constituer de graves complications nécessitant une intervention rapide. Les taux de morbidité et de mortalité en cas d'ischémie aigüe des membres demeurent encore trop élevés et ce, même en présence d'une excellente attention chirurgicale.

Differentiating Large Bowel Obstruction from Small Bowel Obstruction / Différentiation entre l' Occlusion Intestinale au niveau de l'Intestin Grêle et l'Occusion au niveau du Côlon

Dr David Birks

The anatomical differences between the small and large bowel will be discussed with emphasis on their relevance to clinical and radiological diagnosis. The epidemiology, clinical features and radiologic signs of small and large bowel obstruction will be highlighted. This will lead into the diagnosis at operation.

Nous aborderons les différences anatomiques entre l'intestin grêle et le côlon et nous insisterons plus particulièrement sur leur pertinence par rapport à la pose du diagnostic clinique et radiologique. Nous détaillerons l'épidémiologie, les manifestations cliniques et les signes radiologiques de l'occlusion intestinale qui varient en fonction de son niveau. Ceci nous conduira à étudier le diagnostic chirurgical.

Early Management and Assessment of Trauma / Valuation et Prise en Charge Précoce d'un Traumatisme

Dr Frank Stening

The objectives of the training are to identify management priorities, understand concept of Primary and Secondary Survey, institute appropriate resuscitation and monitoring within the first 60 – 120 minutes, recognise the value of the patient's history and mechanism of injury, and anticipate pitfalls.

Les objectifs de ce séminaire sont de permettre la prioritarisation des soins, de connaître et comprendre la séquence examen primaire/examen secondaire, d'exécuter une réanimation appropriée et de mettre en place un contrôle adéquat du patient dans les premières 60-120 minutes, de reconnaître l'importance de l'anamnèse et la valeur de la connaissance des mécanismes de la blessure subie. et finalement de permettre d'éviter les pièges.

Management of Breast Cancer / Prise en Charge du Cancer du Sein

Professor Grantley Gill

The diagnosis of operable breast cancer will be confirmed as a result of application of the triple test to a recent breast change or lump, or the result of core biopsy or open biopsy. Management of operable breast cancer can be conveniently discussed in terms of surgical management of the cancer in the breast, management of the axilla, adjuvant systemic therapies and adjuvant radiotherapy in operable cancer.

Le diagnostic de cancer opérable sera confirmé après l'obtention des résultats du tri-test effectué en relation à un récent changement de l'aspect du sein, à l'apparition d'une grosseur ou à la suite des résultats d'une biopsie de chirurgie excisionnelle ou d'une ponction-biopsie. La prise en charge du cancer opérable peut être abordé en termes de prise en charge chirurgicale du cancer du sein, de l'aiselle et en termes de thérapies systémiques adjuvantes et de radiothérapie adjuvante du cancer opérable.

WHO Surgical Safety Checklist / OMS Liste de Contrôle de la Sécurité Chirurgicale Dr Arman Kahokehr

Every year it is estimated that 258 million major surgical procedures are carried out. This year the World Health Organization (WHO) has advocated that a surgical safety checklist be used in all operating theatres around the globe. This is based on a landmark study that showed benefits from implementing three brief safety stops before induction, before incision, and at the end of the procedure in a global setting. This presentation will highlight these brief stops and demonstrate what the surgical safety checklist may look like.

On estime à environ 258 millions le nombre d'interventions chirurgicales majeures effectuées annuellement. Cette année, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a préconisé l'instauration d'une liste de contrôle de mesures de sécurité dans tous les salles d'opération du monde. Cette initiative fait directement suite aux conclusions d'une étude historique montrant l'avantage, en situation normale, à effectuer trois petits arrêts sécuritaire: avant l'induction de l'anesthésie, avant l'incision de la peau et une dernier avant que le patient ne quitte la salle d'opération. Cette présentation a pour but d'étudier ces brefs arrêts et d'établir ce à quoi la liste de contrôle de sécurité chirurgicale ressemble.

Acute Laryngitis – Surgical Differential / Laryngite Aigue – Diagnostique Chirurgical Différentiel Professor Suren Krishnan

Material covered in the differential diagnosis of the sore throat includes ENT symptoms and examination, tonsillitis, quinsy, epiglottitis, features suggestive of cancer, neck lumps, snoring and sleep apnoea.

La pose du diagnostique différentiel du mal de gorge doit se fonder sur une étude des symptômes ORL et sur un examen clinique ORL. Il doit considérer l'amygdalite, l'épiglottite, les signes indicateurs d'un possible cancer, les grosseurs dans le cou, le ronflement et l'apnée du sommeil.

Unconscious Patients – How I Assess / Comment Evaluer un Patient Inconscient Dr Kate Drummond

There is a very extensive differential diagnosis for the patient who presents unconscious or with altered consciousness. In some cases the cause may not be known, in others the cause may be suspected but secondary or contributory conditions should not be overlooked. After assessment of airway, breathing and circulation and stabilisation of the patient a brief neurological examination, fundoscopy and determination of the Glasgow Coma Scale score (GCS) should be undertaken. Serum electrolytes and glucose and arterial blood gases should be taken where possible. A history of presentation and past medical conditions should be obtained if available, followed by a "top to toe" examination.

Le diagnostique différentiel à porter sur un patient en état d'inconscience ou présentant un état de semi inconscience doit couvrir un large champ d'étude. Dans certains cas, la cause de cet état peut être inconnue, dans d'autres cas cette cause peut être suspectée mais en aucun cas doit-on négliger de prendre en compte la présence de troubles secondaires ou contributeurs. Après avoir fait l'évaluation des voies respiratoires, de la respiration, de la circulation sanguine et stabiliser le patient, il est nécessaire de pratiquer un bref bilan neurologique et de déterminer le résultat de l'échelle de Glasgow. Dès que possible, effectuer un dosage des électrolytes sériques et de la glycémie et faire un prélèvement de sang artériel pour analyser les gaz sanguins. Si celle-ci est disponible, obtenir l'histoire de la blessure à présentation et les antécédents médicaux du patient puis faire suivre d'un examen tête au pieds.

Neonatal and Paediatric GIT Emergencies / Occlusion Intestinale chez le Nouveau-né Dr Katherine Edyvane

Vomiting, constipation and abdominal distension are the hallmarks of bowel obstruction in the newborn. The cause is frequently congenital (imperforate anus, Hirschsprungs disease, malrotation with volvulus etc...), or due to a meconium plug. Common causes and management of acute neonatal bowel obstruction will be discussed, including investigations and treatment in the resource-poor setting.

Vomissements, constipation et distension abdominale sont les signes cliniques certains d'une occlusion intestinale chez le nouveau-né. Sa cause est généralement congénitale (imperforation anale, maladie de Hirschsprung, malrotation avec volvulus etc...) mais elle peut également provenir d'un syndrome du bouchon méconial. Nous aborderons les causes courantes et la prise en charge de l'occlusion intestinale aigüe chez le nouveau-né de même que les méthodes d'investigation possibles et le traitement en milieu pauvre en ressources médicales.

Principles of Screening for Breast Cancer / Principes de Base en Matière de Dépistage du Cancer du Sein Professor Grantley Gill

The aim of screening for cancer is to diagnose cancers when they are small before metastasis to distant sites occurs. Cancers diagnosed in screening programmes are associated with improved prognosis, high rates of breast conservation, low rates of lymph node metastasis and an enhanced survival. A successful screening programme is a public health programme which has multiple components, all of which are essential to its success.

L'objectif du dépistage du cancer est de diagnostiquer le cancer lorsque ce dernier est encore dans sa phase initiale et avant propagation des métastases à des sites distants. Les cancers diagnostiqués dans le cadre d'un programme de dépistage connaissent souvent un pronostique de guérison plus élevé, un taux de conservation du sein supérieur, ainsi qu'une présence plus limitée de ganglions lymphatiques métastatiques. On peut généralement noter un taux de survie accru. Un programme de dépistage effectué avec succès se fait sous forme d'une campagne de santé publique dotée de plusieurs composantes dont chacune est corrélative de ce succès.

Osteomyelitis – Principles of Treatment / Ostéomyélite – Aigüe et Chronique Dr Gordon Morrison

Osteomyelitis is defined as infection in bone. Osteomyelitis is defined as either acute or chronic according to the duration of the disease. Classification is also based on the source of the infection; haematogenous when it originates from a bacteraemia and as contiguous focus when it originates from an infection in nearby tissue. Appropriate treatment of osteomyelitis involves adequate antimicrobial therapy and operative debridement of necrotic bone and soft tissues. Operative treatment may include debridement, obliteration of dead space, adequate soft-tissue coverage, and restoration of blood supply. An interaction between various specialists (orthopaedic surgeons, plastic and vascular surgeons and infectious disease specialists) is also important in the management of Osteomyelitis.

L'ostéomyélite se définit comme une infection osseuse. En fonction de la durée de la maladie on distingue l'ostéomyélite aigüe et chronique. La classification de l'ostéomyélite peut également reposer sur la source de l'infection: hématogène lorsque elle est de source bactérienne, contiguë lorsqu'elle se développe par infection des tissus environnants. Un traitement approprié de l'ostéomyélite fait appel à une thérapie antimicrobienne et au débridement chirurgical à la fois de l'os nécrosé et des tissus mous. Le traitement chirurgical peut nécessiter la pratique d'un débridement, le comblement de l'espace mort, une couverture adéquate des tissus mous et la rétablissement de la vascularisation. Il est important d'avoir une approche multidisciplinaire avec une bonne interaction entre les chirurgiens orthopédiques, plasticiens, vasculaires et les infectiologues pour faciliter la bonne prise en charge de l'ostéomyélite.

Common Bile Duct Injury / Laparoscopie et Cholécystectomie Laparoscopique Dr Candice Silverman

Laparoscopy is the technique of insufflating the peritoneal cavity with gas (carbon dioxide), inserting the camera safely through a small abdominal wall incision and inserting ports so the surgeon can manipulate instruments (eg scissors, grasping devices, staplers and needle holders) in order to perform operations. Many procedures can be performed with this technique of "key-hole" surgery including laparoscopic cholecystectomy, appendectomy, hysterectomy, colectomy, hiatus hernia repair and repair of a perforated peptic ulcer. The first step in a laparoscopic procedure is to access the peritoneal cavity in order to establish "pneumo-peritoneum", it is important to have a safe technique to help to minimise the risk of injury to abdominal organs and vessels.

La laparoscopie est une technique chirurgicale qui consiste à introduire du gaz carbonique et une petite caméra dans la cavité péritonéale au travers d'une petite incision pratiquée dans la paroi abdominale, puis à insérer des trocards permettant au chirurgien la manipulation des instruments chirurgicaux (par exemple ciseaux, pinces, agrafeuse chirurgicale, porte-aiguilles) nécessaires à l'opération prévue. De nombreuses procédures chirurgicales peuvent être pratiquées par chirurgie endoscopique: la cholécystectomie laparoscopique, l'appendicectomie, l'hystérectomie, la colectomie, mais aussi la cure d'hernies hiatales et d'ulcères gastro-duodénaux avec perforation. La première étape de la procédure laparoscopique est l'accès à la cavité péritonéale visant à créer un pneumopéritoine provoqué. Il est important de pouvoir disposer d'une technique sûre aidant à réduire le risque de traumatisme des organes abdominaux et des vaisseaux sanguins.

Abdominal Wound Closure / Fermeture des Plaies Abdominales Dr Mary Theophilus

Closure of even simple abdominal wounds necessitates meticulous technique in order to avoid the short and long

term complications of wound infection, dehiscence, incisional hernias and chronic wound pain. Important aspects of standard laparotomy closure is revised and current and novel strategies for dealing with difficult abdominal closure explored, including managing the open abdomen (laparostomies) and subsequent issues and techniques for closure.

La fermeture, même simple, des plaies abdominales doit faire l'objet d'une technique précise et méticuleuse afin d'éviter les complications à court et long terme d'infection de la plaie, de déhiscence, d'hernies incisionnelles et de douleur des plaies chroniques. Un nombre important d'aspects conventionnels de la fermeture d'une laparotomie seront révisés, nous examinerons l'état de l'art et les stratégies innovantes en matière de fermeture difficile des plaies dont la prise en charge de l'abdomen (laparotomie) puis nous étudierons les problèmes associés et les techniques de fermeture de la plaie.

Lower Limb Fracture Complications / Complication des Fractures des Membres Inférieurs

Professor Jegan Krishnan

Lower limb fracture complications include infection, neurovascular injury, compartment syndrome, non union and malunion fracture. The early assessment and management of these conditions will be discussed as will the prevention of these complications. Fractures with arterial injury requiring vascular repair are severe injuries. It is imperative that effective management of lower limb fractures is undertaken to avoid potential complications.

Les principales complications rencontrées dans le cas des fractures des membres inférieurs sont l'infection, les lésions neurovasculaires; le syndrome des loges, la pseudarthrose et le cal vicieux. Nous aborderons l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce de ces complications ainsi que leur prévention. Les fractures avec lésions artérielles nécessitant une réparation vasculaire se définissent comme des blessures graves. Il est vital de mettre en place une prise en charge efficace de ces fractures pour éviter toutes possibles complications futures.

Strangulated Inguinal Hernia - Treatment / Hernie Inguinale Incarcérée

Dr Paul Anderson

A painful swelling in the right or left groin which does not disappear on lying down or with relaxation should be considered an incarcerated hernia. If not surgically reduced these hernias can strangulate causing ischaemic bowel and peritonism and be life-threatening. Attempted reduction should be gentle, with the patient supine and the reduction in the direction superficial to internal ring—never force a reduction.

Une hernie étranglée doit toujours être diagnostiquée lorsque l'on se trouve en présence d'un gonflement douloureux continu de l'aîne droite ou gauche même en position allongée ou au repos. Si ces hernies ne sont pas réduites grâce à une intervention chirurgicale, on court le risque d'un étranglement herniaire entraînant une ischémie intestinale ou la présence de péritonisme. Ces hernies peuvent alors s'avérer mortelles. La réduction doit être effectuée avec douceur avec le patient en position dorsale et en direction latérale de l'anneau interne. Ne jamais forcer une réduction.