

<https://www.jaccrafrica.com>

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

Jaccr Africa

ISSN 1859-5138

<https://www.jaccrafrica.com>

Volume 5, Numéro 1 (Janvier, Février, Mars 2021)



JACCR-AFRICA (ISSN 1859-5138) est un journal à comité de lecture en accès libre qui concerne la médecine et les disciplines sanitaires apparentées donc multidisciplinaire.

Il s'agit d'un journal trimestriel (4 numéros par an) en parution Online. Le délai entre la soumission et la décision finale (Acceptation ou Rejet) est de 6 semaines en moyenne. Cependant, un article accepté est publié en ligne en moyenne dans deux semaines suivant l'acceptation.

La propagation du savoir-faire médical à travers les communautés scientifiques passe nécessairement par entre autres cette facette éditoriale comportant "les cas cliniques et les revues" et faisant ainsi éviter les errances diagnostiques et gage aussi d'une harmonisation des bonnes pratiques cliniques.

Les revues constituent un moyen précieux de formation continue et de mise à jour des connaissances et compétences déjà acquises. Jaccr Africa publie aussi les études prospectives et rétrospectives sous forme de revues de dossiers des malades.

JACCR-AFRICA se donne mission d'être une fenêtre de diffusion des travaux scientifiques du continent africain à travers les cas cliniques et les revues (Revue de la littérature et Revues de dossiers) en confrontant les données de la littérature aux résultats des études africaines en mettant l'accent surtout sur les aspects cliniques, environnementaux et socio-culturels.

Ceci étant, les cas cliniques occupent une place importante dans le partage scientifique médical. Quant aux images en médecine, il s'agit aussi d'une composante essentielle en matière de partage d'expérience pratique conférant une capacité de mémorisation facile des faits cliniques aux praticiens.

Par ailleurs, il est bien évident que l'examen complémentaire reste contributif même s'il est pour certains diagnostics un outil indispensable. C'est pourquoi le comité de lecture évalue surtout la clinique et l'essentiel d'arguments paracliniques pour se rassurer de la fiabilité scientifique d'un manuscrit soumis à JACCR-AFRICA en vue d'une publication donc un partage avec la communauté scientifique internationale et notamment africaine.

Enfin, dans le cadre du concept de "One Health" les fondamentalistes (Biologie, Microbiologie, Parasitologie, Immunologie, Bactériologie, Neurosciences, Histo-embryologie, Physiologie...etc.) sont aussi concernés à propos de la publication dans JACCR-AFRICA à travers leurs revues, lettres à la rédaction, short communication, description d'une technique au laboratoire et autres.

Contact : editor@jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro
(Trouvez après cette liste l'intégralité de chaque article)

Pronostic des grossesses à un âge maternel avancé : Une étude cas témoins en Tunisie

S Houda, D Kawther, A Haythem, T Amel

Connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de la santé sur l'infection à COVID-19 au Mali

L Diakité, TB Bagayoko, FK Maïga, S Sanogo, B Diallo, MB Coulibaly, D Sacko, DB Fofana, SA Beye, S Konaté, DS Coulibaly, M Koumaré, A Maïga, M Kanta, H Sangho, J Théra, M Koné, A Sanogo, A Bah, S Sangaré, O Tapo, I Benzakour

Tuberculose hépatique de découverte fortuite au cours d'une cholécystectomie laparoscopique : à propos d'un cas

O Lafkih, A Bensaad, R Boufettal, D Erguibi, SR El Jay, F Chihab

Sténose de l'artère rénale révélée par une hypertension artérielle compliquée chez une jeune femme Malienne

S Fongoro, M Samake, S Sy, M Coulibaly, A Kodio, AS Fofana, H Yattara, SB Coulibaly, D Diallo, M Sidibe

Bonne réponse thérapeutique de deux cas de cancers pancréatiques

M Essamlali, L Kabbage, CT Fabove, I Dadamessi

Aspects épidémiologique, clinique et étiologique du carcinome hépatocellaire au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry en Guinée

D Diallo, K Diallo, TA Wann, AM Diallo, MM Diallo, AD Doumbouya, O Sow, BN Doumbouya, AAS Diallo, C Assi

Les méthodes contraceptives au Centre de Sante de Référence de la Commune I du District de Bamako

MB Coulibaly, A Traoré, MA Camara, ML Dakouo, M Bagayogo, MD Soumaré, A Sangaré, D Koné, N Mounkoro, I Tégouété, Y Traoré, M Touré

La dissémination métastatique précoce après néphro-urétérectomie chez une femme marocaine suivie pour tumeur de la voie excrétrice supérieure (TVES)

R Onana, G Akimana, A Melang, C Sanama, C Matcheng, P Owo'n, H Errihani

La tuberculose épидидymo-testiculaire au CHU de Kamenge à propos d'un cas

TS Marebo, P Banderembako, G Kamamfu, Y Bizoza, L Ngendahayo

Apport de la scanopelvimétrie au bilan prénatal dans le service d'imagerie médicale du centre hospitalier mère-enfant « le Luxembourg » de Bamako, Mali

Y Traoré, F Sow, Y Koné, A Koné, O Maïga, A Doumbia, MA Camara, M Diallo, M Touré

Effets de la crise financière sur l'utilisation des services de santé chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans un contexte de gratuité au Tchad : Analyse de séries chronologiques de 2013 à 2018

T Passiri Patedjore, IB Meda, A Diallo, Y Kamboure, I Kader, S Kouanda

Adénome pléomorphe ou tumeur mixte du palais : quelles approches en contexte sahélien ? Réflexion sur deux cas colligés à Bamako

K Diarra, N Konate, MS Ag Med Elmehdi Elansari, B Guindo, MA Keita

Médiastinite compliquant une cellulite cervicale révélée par une éruption cutanée généralisée : à propos d'un cas

L Bennis, Y Oudghiri, S Touzani, N Houari, B Boukatta, A Bouazzaoui, N Kanjaa
Giant parathyroid adenoma complicated with hungry bone syndrome

A Dieye, MS Diouf-Ba, A Thiam, AN Kasse, MC Dial, ES Diom
Hypersensibilité médicamenteuse au Diclofénac : cas du sujet âgé

S Nga Nomo, P Binyom, A Kuitchet, C Iroume, G Chewa, E Zoumenou M Chobli
Eviscération vaginale post coïtale à propos d'un cas

B Traoré, P Coulibaly, M Coulibaly, O Guindo, A Traoré, D Traoré, D Cisse, FM Kéita, PA Togo
Qualité de la marche de l'hémiplégique vasculaire

R Diagne, NS Diagne, MBMCM Andie, KA Mbaye, O Cissé, M Ndiaye, AG Diop
Une anémie ferriprive récidivante révélant un diverticule de Meckel : à propos d'un cas

M Essamlali, CT Fabove, M Edima, L Kabbage, I Dadamessi
Etude clinique, thérapeutique et anatomo-pathologique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la Commune VI du district de Bamako (Mali)

M Keita, B Coulibaly, A Samake, S Tall, M Diallo, S Soumaoro, D Haidara, M Diassana, B Diassana, M Konate, IK Diakite, M Sy Konake, M Maiga, M Traore, SM Diarra, MS Ag Med Elmehdi Elansari, M Coulibaly, B Kamate, CB Traore, Y Traore
Apport de l'imagerie dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës non traumatiques au centre hospitalier de Saint Louis

FG Niang, A Haykel, A Ndong, RE Nsia, JN Tendeng, M Diedhiou, AN diop
Epistaxis : Aspects épidémiologiques cliniques thérapeutiques et évolutifs au CHU Régional de Ouahigouya

NI Lengane, NC Meda, LR Lompo, A Coulibaly, M Kadyogo, M Sereme
Fonctionnalité des ASACO du district sanitaire de Kayes en 2016

S Diarra, M Cisse, B Macalou, A Diallo, TA Dia, IB Bengaly, F Dakouo, CT Kone, Y Diarra, S Sidibe, I Goita
Affections parodontales chez les patients tabagiques au service de parodontologie du CHU-CNOS de Bamako, Mali

O Diawara, A Niang, L Essama Eno Belinga, B Berthe, A Nimaga, M Ba, M Kone, M Diallo, M Dembele, AST Kané, K Kayentao, B Ba, Y Toloba, B Kamaté
Le mégacôlon congénital ou maladie d'Hirschsprung. Particularités chez l'adulte.

T Elabbassi, O Lafkih, O Elyamine, MR Lefriyekh
Rhabdomyosarcome orbitaire : à propos d'une série de cas

H Moutei, A Bennis, F Chraibi, M Abdellaoui, AB Idriss
Hernie diaphragmatique congénitale : à propos d'un cas et revue de la littérature

E Lemrabott, M Mohamedlemine, K Aboufatih, K Mohammed Saoud, N Mamouni, S Errarhay, C Bouchikhi, A BananiH Moutei, A Bennis, F Chraibi, M Abdellaoui, AB Idriss

Les appendicites aiguës au CHU BSS de Kati : expérience du service à propos de 120 cas. (Mali)

K Keita, A Diarra, S Keita, O Coulibaly, A Koné, S Coulibaly, A Traoré, I Tounkara, L Soumaré, M Diallo, Issa Traoré, O Traoré, A Koné, I Konaré, FK Tall, A Kassogué, B Togola, D Traoré, PA. Togo, N Ongoïba

Epidémiologie de la rétinopathie diabétique au centre d'application du diplôme d'études spécialisées en ophtalmologie (CADES/O) de Conakry

TM Bah, R Baldé, I Fofana, HG Aichetou, AI Baldé, S Diané

Drainage et pose de prothèse biliaire pour des sténoses biliaires malignes par la technique du rendez-vous percutané

M Essamlali, L Kabbage, CT Fabove, M Edima, I Dadamessi

Les troubles mictionnels chez les diabétiques de type 2 : une enquête tunisienne

F Hadj Kacem, S Gdoura, K Boujelben, H Bouchaala, N Charfi, M Mnif, F Mnif, N Rekik, M Mseddi, M Abid

Volvulus Synchronique du Côlon Sigmoidé et Transverse

JL Kambiré, S Ouédraogo, S Ouédraogo, M Zida

Lupus érythémateux systémique de l'enfant : A propos d'une fille malienne de 14 ans

S Sy, CP Azangué Samiza, M Samaké, M Coulibaly, L Cissé, MB Sanogo, B Dégoga, A Kodio, S Fongoro

Evènements cardio-vasculaires d'origine digestive chez les patients diabétiques

AM Maliki, H Idrissa, I Cissé, H Bako, H Habibou

Hématocolpos révélé par une rétention urinaire : à propos d'un cas

MSO Manzo, HS Diaouga, MC Yacouba, A Amankaye, JA Balarabé

Ligature urétérale bilatérale au cours d'une hystérectomie : à propos d'un cas

MSO Manzo, MC Yacouba, HS Diaouga, H Noury

Œdème pulmonaire à pression négative après cure d'hydrocèle vaginale chez un enfant de 5 ans : une complication rare et potentiellement létale

S Nga Nomo, P Binyom, A Kuitchet, C Iroume, G Chewa, E Zoumenou, M Chobli

Place de la fibroscopie dans les ingestions de produits caustiques chez l'enfant à l'hôpital national Donka

MA Touré, B Keita, TH Baldé, A Sylla, D Agbo-Panzo

Pleurésie lupique et tuberculeuse homolatérale : une association rare (à propos d'un cas)

H Benjelloun, M Ami, N Zaghba, N Yassine

Evaluation des paramètres des sujets suivis pour diabète de type II au centre de santé de référence de la commune v (CSREF CV) du district de Bamako ayant une activité physique régulière

IB Bengaly, A Konaté, A Béthé, MB Coulibaly, Kaya A Soukho, F Dicko, S Diarra, A Diaby, A Sinayoko, S Sidibé, O Oulale, AZ Sidibe, S Kamissoko, IH Sidibe

Arthrites juvéniles idiopathiques vues en consultation hospitalière au Sénégal

M Traoré, AB Kamissoko, R Diallo, TA Wann, A Diallo, ML Diallo, S Diallo

A rare cause of dysphagia in children: Squamous cell carcinoma of the esophagus: a case report and review of literature

A Alami, FZ Outtaleb, M Houjami, T Chekrine, Z Bouchbika, N Benchakroun, H Jouhadi, N Tawfiq, S Sahraoui, H Dehbi, A Benider

Cannabis et infarctus du myocarde à coronaires saines : à propos d'une observation

IS Sylla, MD Balde, A Barry, EY Baldé, M Béavogui, IS Barry, A Koné, MB Bah, MA Baldé, M Condé

Cellulites cervico-faciales en Afrique subsaharienne : étude d'une série de 64 patients

B Loum, CA Lame, E Gueye, TB Diallo, CB Ndiaye, A Ndiaye, A Diouf, M Ndiaye, BK Diallo

La douleur post opératoire en oto-rhino-laryngologie dans le service d'oto-rhino-laryngologie du CHU Gabriel Touré au Mali

L Diarra, O Coulibaly, K Diarra, B Dembélé, MK Touré, K Konaté, M Ouattara, L Keita, DB Diarra, M Sangaré, S Soumaoro

EXPULSION D'UN GERME D'UNE DENT DE SAGESSE DANS LE SINUS MAXILLAIRE LORS D'UNE EXTRACTION : Premier cas vu dans le service de Chirurgie Maxillofaciale du Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo Madagascar

SC Ndrianarivony, FV Rabenandrasana, YT Rabetokotany, MR Rabearisona, RA Rakotoarison

Traitement orthopédique des fractures des os de l'avant-bras chez l'enfant de 0 à 15 ans : à propos de 30 cas au CHU Gabriel Touré

DB Diarra, L Diarra, L Traoré, MB Traoré, AK Maiga, K Diarra, K Konaté, B Dembélé, G Fané, O Traoré, I Kéita, H Diallo, T Coulibaly

La maladie de Milroy, une cause rare de lymphoedème au cours de la grossesse : à propos d'un cas et revue de littérature

A Benjilany, J Kouach

La tomosynthèse combinée à la mammographie standard dans le diagnostic des tumeurs mammaires au service de radiologie du Centre Hospitalier Sud Francilien en 2018

A Toure, DT Gnaoulé, AE Zouzou, AP Ndja, A Le Dion, NE Fatto, GC Gbazi

Aperçu des tumeurs nasosinusiennes : problèmes diagnostique et thérapeutique dans un Service d'ORL Subsaharien

A Gouéta, N Zaghré, I Diallo, NI Lengane, KHH Apedo, BP Ouédraogo, YMC Gyébré, M Ouattara, K Ouoba

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

S Dembélé, M Diassana, B Macalou, A Sidibe, A Hamidou, YS Boubacar, SO Traore, M Traore, M Sima, A Bocoum, S Fane, C Sylla, I Teguate, Y Traore

Hématome sous capsulaire du foie post traumatique chez une femme enceinte : une échappée belle

H Salah, C Mrazguia, E Fenina, S Azzez, H Aloui, A Hammémi



Article original

Pronostic des grossesses à un âge maternel avancé : Une étude cas témoins en Tunisie

Prognosis of pregnancies at an advanced maternal age: A case-control study in Tunisia

S Houda*¹, D Kawther¹, A Haythem², T Amel¹

Résumé

Introduction : De nos jours, plusieurs femmes choisissent de différer le début de leur maternité. Ainsi, la population des parturientes âgées a évolué.

Le principal objectif était d'analyser les pathologies fœtales et maternelles pouvant être liées à un âge maternel supérieur ou égal à 40 ans dans le contexte socio-économique actuel.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective comparative type cas – témoin, menée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Mongi Slim la Marsa, sur une période de deux ans allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2017. Nous avons constitué deux groupes de patientes :

Groupe 1 : groupe patientes ou cas : Toute femme enceinte à un âge ≥ 40 ans hospitalisée dans notre service au cours de cette période.

Groupe 2 : groupe témoins : Pour chaque patiente incluse dans G1 et qui a accouché dans notre service le témoin correspondant était la première femme âgée de moins de 40 ans et qui a accouché juste après; pour chaque patiente incluse dans G1 et qui a été prise en charge dans le service durant la période d'étude au premier ou au deuxième trimestre, le témoin était la femme enceinte âgée de moins de 40 ans hospitalisée juste après. Nous avons comparé les deux groupes ainsi constitués en termes de caractéristiques

épidémiologiques, de qualité du suivi prénatal, de l'issue de la grossesse, et de l'issue néonatale.

Résultats : Deux cent quatre-vingt parturientes âgées de 40 ans et plus ont été hospitalisées dans notre service. Nous n'avons pas observé de différence significative entre le taux de primipares dans les deux groupes de parturientes : 20,3% dans G1 contre 25,7% dans G2 ; $p=0,223$. Le taux des anomalies chromosomiques fœtales était significativement élevé en cas d'âge maternel élevé. Ainsi, les trois cas de trisomie 21 de notre étude étaient tous observés dans G1. Nous avons relevé que le taux de pathologies gravidiques était significativement plus élevé dans G1, soit 82,3% contre 54,1% dans G2 ; $p \leq 10^{-3}$. Des différences significatives ont principalement été observées au-delà du deuxième trimestre. Un taux de mort fœtale in utero de 2,5% dans G1 contre 0,7% dans G2 ($p = 0,178$) ; un taux de diabète gestationnel de 25,5% dans G1 contre 27,7% dans G2 ($p=0,681$) ; un taux des troubles hypertensifs de 11,8% dans G1 contre 6,6% dans G2 ($p = 0,077$) ; un taux de rupture prématurée des membranes de 40% dans G1 contre 18,06% dans G2 ($p \leq 0,001$) ; un taux de terme avancé de 11% dans G1 contre 30% dans G2 ($p \leq 0,001$). De même, la morbidité materno fœtale était significativement plus élevée chez les parturientes de plus de 40 ans. En effet, le taux de prématurité était

de 15,8% dans G1 contre 6,6% dans G2 ($p=0,003$) et le taux d'accouchement par césarienne était de 66,9% dans G1 avec comme principale indication la primiparité ; contre 55,5% dans G2 ($p=0,079$).

Conclusion : La grossesse à un âge supérieur ou égal à 40 ans doit continuer à être considérée comme une grossesse à risque élevé.

Mots-clés : Tunisie, Grossesse à haut risque, morbidité, âge maternel, issue grossesse.

Abstract

Background: Nowadays, many women choose to postpone the start of their motherhood. Thus, the population of elderly parturients has evolved.

The main objective was to analyze the fetal and maternal pathologies that may be related to a maternal age greater than or equal to 40 years in the current socio-economic context.

Methodology: This was a retrospective case-control study conducted in the Gynecology and Obstetrics Department of the Mongi Slim la Marsa Hospital over a two-year period from January 1, 2016 to December 31, 2017. We established two groups of patients:

Group 1: patient group or case: Any pregnant woman at age ≥ 40 years hospitalized in our service during this period.

Group 2: control group: For each patient included in group 1 and who gave birth in our department, the corresponding control is the first woman under 40 years of age who gave birth just after and for each patient included in group 1 and who was cared for in the service during the study period in the first or second trimester, the witness is the pregnant woman aged under 40 who was hospitalized immediately thereafter.

We compared the two groups thus constituted in terms of epidemiological characteristics, quality of prenatal follow-up, outcome of pregnancy, and neonatal outcome.

Results: Two hundred and eighty women aged 40 and over were hospitalized in our ward. We did not observe a significant difference between the

primiparous rate in the two groups of parturients: 20.3% in G1 against 25.7% in G2; $p = 0.223$. The rate of fetal chromosomal abnormalities was significantly elevated in the case of a high maternal age. Thus, the three trisomy 21 cases in our study were all observed in G1. We observed that the rate of pregnancy-related diseases was significantly higher in G1, ie 82.3% versus 54.1% in G2; $p \leq 10^{-3}$. Significant differences were mainly observed after the second quarter. A fetal death rate in utero of 2.5% in G1 versus 0.7% in G2 ($p = 0.178$); a gestational diabetes rate of 25.5% in G1 versus 27.7% in G2

($p = 0.681$); a rate of hypertensive disorders of 11.8% in G1 against 6.6% in G2

($p = 0.077$), a premature membrane rupture rate of 40% in G1 versus 18.06% in G2 ($p \leq 0.001$), an advanced term rate of 11% in G1 versus 30% in G2 ($p \leq 0.001$) Similarly, fetal maternal morbidity was significantly higher among parturients over 40 years of age. In fact, the rate of prematurity was 15.8% in G1 against 6.6% in G2 ($p = 0.003$) and the rate of delivery by caesarean section was 66.9% in G1 with the main indication primiparity; against 55.5% in G2 ($p = 0.079$).

Conclusion: Pregnancy at age 40 or older should continue to be considered a high-risk pregnancy.

Keywords: Tunisia, High risk- pregnancy, morbidity, maternal age, pregnancy outcome.

Introduction

Le terme de grossesse tardive s'applique à toute grossesse survenant après 35 ans et à fortiori après 40 ans [1]. Malgré la baisse de la fécondité observée à partir de l'âge de 35 ans, le nombre de grossesses survenant après 40 ans ne cesse d'augmenter [2], au point de représenter actuellement un phénomène social mondial [3].

L'augmentation de l'âge des parturientes a longtemps été jugée comme préoccupante et est qualifiée de « véritable problème » de santé publique. En effet, les premières études portant sur le sujet datent des

années soixante-dix [4] et s'accordent sur le fait que les grossesses tardives s'individualisent par l'augmentation des divers risques maternels et fœtaux [3].

De nos jours, nombreuses femmes choisissent de différer le début de leur maternité pour des raisons professionnelles, éducationnelles ou sociales. Ainsi, la population des parturientes âgées a évolué : autrefois plutôt multipares de bas niveau socio-économique, maintenant de plus en plus, des primipares de niveau social et culturel assez élevé [5]. En conséquence, les données publiées dans les années soixante-dix et quatre-vingt sont peu superposables au contexte actuel.

Dans ce sens, nous avons mené ce travail dont l'objectif principal était d'analyser le pronostic materno-foetal des grossesses à un âge supérieur ou égal à 40 ans dans le contexte socioéconomique actuel.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective comparative type cas – témoin menée dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalo-universitaire Mongi Slim la Marsa, sur une période de deux ans allant du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019.

Dans ce travail nous avons comparé deux groupes de patientes :

- Groupe 1 : groupe patientes ou cas
- Groupe 2 : groupe témoins

Pour constituer le premier groupe de patientes nous avons adopté les critères suivants :

Critères d'inclusion :

Toute femme enceinte à un âge ≥ 40 ans hospitalisée dans notre service entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2017.

Critères de non inclusion :

Femme enceinte à un âge ≥ 40 ans non hospitalisée dans le service durant la période de l'étude (exemple : prise en charge en externe uniquement soit aux urgences ou aux consultations prénatales ou à l'unité de diagnostic anténatal...)

Femme âgée de 40 ans et plus, hospitalisée dans

notre service durant la période d'étude en dehors de la grossesse ou au delà du 42ème jour post partum ou abortum.

Critères d'exclusion :

Femme enceinte à un âge ≥ 40 ans, hospitalisée dans le service durant la période d'étude mais sortie contre avis médical ou évadée.

Pour constituer le groupe témoin nous avons adopté la méthodologie suivante :

- Pour chaque patiente incluse dans G1 et qui a accouché dans notre service le témoin correspondant est la première femme âgée de moins de 40 ans et qui a accouché juste après.
- Pour chaque patiente incluse dans G1 et qui a été prise en charge dans le service durant la période d'étude au premier ou au deuxième trimestre, le témoin est la femme enceinte âgée de moins de 40 ans hospitalisée juste après.

Nous avons comparé nos résultats à ceux publiés dans la littérature.

Les données recueillies ont été transcrits sur un fichier Excel puis analysées à l'aide du logiciel XLSTAT, Addinsoft version 2018.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 280 parturientes âgées de 40 ans et plus ont été hospitalisées dans notre service, dont 227 accouchements. Ces parturientes de G1 ont été comparées à un même nombre de G2.

Le nombre d'accouchement de G1 était de 227/5062 soit 4,4% du total d'accouchements pris en charge dans notre service.

L'âge moyen des patientes de G1 était de 41,44 [40-47] ans contre 28,45 [18-39] ans dans G2. Cette différence était significative ; $p \leq 0,001$.

La gestité moyenne dans G1 était de 4 [1-11] contre 3 [1-8] dans G2. Cette différence était significative ; $p \leq 0,001$.

La parité moyenne dans G1 était de 3 [0-7] contre 2 [0-5] dans G2. Cette différence était

Le taux de suivi prénatal (au moins 2 consultations) était de 79,6% dans G1 contre 80,7% dans G2. Cette

différence n'était pas significative ; $p=0,832$.

L'échographie du premier trimestre était réalisée dans 77,5 % des cas dans G1 contre 87,4% dans G2. Cette différence était significative avec $p=0,003$.

Le dépistage de diabète gestationnel était réalisé uniquement dans 59% des cas dans G1 contre 75% dans G2. Cette différence était significative avec $p=0,002$.

Nous avons mis en évidence 3 cas d'anomalies morphologiques dépistées lors de l'échographie T2 dans G1 contre aucun cas dans G2.

Un cas d'anomalie de la fosse postérieure avec hypoplasie du cervelet, un cas d'une agénésie rénale unilatérale et un cas de lisencéphalie.

Nous avons étudié les complications survenues au cours du premier trimestre, elles sont détaillées dans le tableau I.

Les complications du premier trimestre étaient plus fréquentes dans G1 par rapport à G2

Cette différence n'était pas significative avec $p=0,931$.

Concernant les complications survenues au cours du deuxième et troisième trimestre, elles sont détaillées dans le tableau II.

Nous avons noté 187 grossesses pathologiques dans G1 contre 123 dans G2.

Ainsi, le taux global de grossesses pathologiques était plus important dans G1 avec une différence significative $p \leq 0,001$.

Le terme gestationnel moyen à l'accouchement était de 39 [28-42] SA dans G1 contre 39 [28-42] SA dans G2. Cette différence n'était pas significative avec $p=0,826$.

Le taux global de prématurité était significativement plus important dans G1 avec $p=0,003$.

Le taux de terme avancé était de 11% dans G1 contre 30% dans G2. Cette différence était significative $p \leq 0,001$.

Nous avons par ailleurs étudié la voie d'accouchement des parturientes de notre étude.

Les résultats sont illustrés dans le tableau III.

Dans le premier groupe, le taux d'accouchement par césarienne itérative était significativement plus important que dans G2. Par contre, le taux

d'accouchement par césarienne en urgence était significativement plus élevé dans le deuxième groupe de l'étude.

Tableau I : Répartition des complications du premier trimestre entre les deux groupes de notre étude.

	G1	G2	p
Avortement en cours	11 (3,9%)	9 (3,2%)	0,820
Grossesse arrêtée	19 (6,7%)	10 (3,5%)	0,126
Grossesse sur cicatrice	1 (0,3%)	0	
GEU	11 (3,9%)	10 (3,5%)	1
Traitement médical	7	4	0,507
Traitement chirurgical	4	6	0,507
Total	42 (15%)	29 (10,3%)	0,931

Tableau II : Relation entre les complications du deuxième et du troisième trimestre et l'âge avancé :

	G1	G2	P
ITG	4 (1,4%)	2 (0,7%)	0,681
Indication :	3T21 lisencéphalie	2 RPM avant 26 SA	
MFIU	7 (2,5%)	2 (0,7%)	0,178
DG	58 (25,5%)	63 (27,7%)	0,681
-Sous régime	20	39	0,003
-Sous insuline	38	24	0,003
-Sans retentissement	26	48	$\leq 0,001$
-Avec retentissement	32	15	$\leq 0,001$
Pré éclampsie	27 (11,8%)	15 (6,6%)	0,077
RPM	91 (40%)	41 (18%)	$\leq 0,001$
Total	187 (82,3%)	123 (54,1%)	$\leq 0,001$

ITG : interruption thérapeutique de la grossesse, DG : diabète gestationnel, RPM : rupture prématurée des membranes.

Tableau III : Répartition des parturientes de l'étude en fonction de la voie d'accouchement

	G1	G2	P
Accouchement par césarienne :	152 (66,96%)	133 (58,59%)	0,079
-En dehors du travail	111	55	$\leq 0,001$
-Au cours du travail	41	78	$\leq 0,001$
Voie basse	75 (33,03%)	94 (41,4%)	0,079
Total	227	227	

Discussion

Dans notre étude, nous avons observé un taux élevé de primiparité au-delà de l'âge de 40 ans. D'ailleurs, nous n'avons pas observé de différence significative entre le taux de primipares dans les deux groupes de parturientes : 20,3% dans G1 contre 25,7% dans G2 ; $p=0,223$. Ceci est en accord avec l'évolution démographique et socio-économique du pays.

Dans notre étude, le taux d'anomalies chromosomiques fœtales était significativement élevé en cas d'âge maternel élevé. Ainsi, les trois cas de trisomie 21 de notre étude étaient tous observés dans G1.

Nous avons observé que le taux de pathologies gravidiques était significativement plus élevé chez le groupe de parturientes âgées de 40 ans et plus : 82,3% dans G1 contre 54,1% dans G2 avec $p \leq 0,001$.

Des différences significatives ont principalement été observées au-delà du deuxième trimestre :

- Un taux de mort fœtale in utero de 2,5% dans G1 contre 0,7% dans G2 ;
- $p = 0,178$
- Un taux de diabète gestationnel de 25,5% dans G1 contre 27,7% dans G2 ; $p = 0,681$.
- Un taux des troubles hypertensifs de 11,8% dans G1 contre 6,6% dans G2 ;
- $p = 0,077$.
- Un taux de rupture prématurée des membranes de 40% dans G1 contre 18% dans G2 ; avec une différence significative $p \leq 0,001$.
- Un taux de terme avancé de 11 % dans G1 contre 30% dans G2 ; avec une différence significative $p \leq 0,001$.

De même, la morbidité maternelle et fœtale était significativement plus élevée dans le groupe des parturientes âgées (G1) :

- Le caractère comparatif avec une étude type cas-témoin
- Le nombre conséquent de cas avec un total de 560 parturientes réparties entre deux groupes (280 cas par groupe).

Par ailleurs, le principal point faible du point de vue méthodologique était directement lié au caractère

rétrospectif. Ainsi, au cours de la collecte des données, nous avons été mis en difficulté par l'insuffisance des informations figurant sur les dossiers cliniques. En particulier, et ayant comme seule source de données, les dossiers d'hospitalisation ou d'accouchement, beaucoup d'informations concernant les résultats des examens réalisés en externe, au cours du suivi prénatal (comme les sérologies, les marqueurs sériques, le calcul de risque des aneuploïdies...). Nous sommes conscients que ces informations manquantes, ont limité certains aspects de l'étude et occasionné des biais dans l'analyse.

Ceci dit, la majorité des études portant sur le sujet, même les plus récentes sont rétrospectives. Citons comme exemple, l'étude canadienne publiée en 2017 [6] : une méta analyse avec une revue systématique de la littérature des effets de l'âge maternel sur l'issue de la grossesse. Toutes les études incluses par les auteurs sont rétrospectives : 63 études de cohorte et 12 études cas-témoins. Les rares études prospectives publiées [7] sont à faible nombre de cas.

Le terme de grossesse tardive ne fait pas consensus : 40 ans en France, plutôt après 35 ans pour les anglo-saxons [1]. La fédération internationale de gynécologie obstétrique, définit en 1958 la primipare âgée comme une femme âgée de 35 ans et plus, cette définition n'a eu de cesse d'évoluer avec le recul de l'âge à la maternité. Alors où et comment situer la limite d'âge qui donnerait à la grossesse son caractère tardif ?

Dans la littérature, les seuils récemment utilisés pour définir un âge maternel avancé sont différents. Wang Z et al. en Chine [8] fixent le seuil à 40 ans. Phadungkiatwattana P et al. en Thaïlande [9], élèvent le seuil à 45 ans. Pour notre travail, nous avons opté pour le seuil de 40 ans. En effet, la population tunisienne connaît comme partout dans le monde un recul de l'âge de la femme au mariage.

Durant la période de l'étude, nous avons pris en charge 227 accouchements de femmes âgées de plus de 40 ans. Ainsi, dans notre maternité, le taux de l'accouchement à un âge avancé était de 4,4%. Ce taux est équivalent aux taux publiés dans la littérature

[2,8].

Durant la période d'étude, 79,6% des patientes de plus de 40 ans ont eu au moins 2 consultations prénatales contre 80,7% des patientes de G2. Ces constatations sont contradictoires avec d'autres études plus anciennes tel que celle de Ferchichi K et al. [4]. L'amélioration de la qualité du suivi prénatal observée dans notre étude peut s'expliquer de plusieurs manières :

- L'amélioration des taux de couverture sociale avec accès plus généralisé à l'activité professionnelle.
- L'accès plus facile aux structures de soins.
- L'amélioration du niveau socio culturel des femmes et la connaissance de l'importance du suivi prénatal et les risques de la grossesse à un âge avancé.

La qualité du suivi prénatal était cependant jugée meilleure dans le groupe témoin et ceci peut être expliqué par le fait que le nombre de primipares y était plus important.

D'une manière générale, le fait que la qualité du suivi prénatal soit meilleure chez les jeunes parturientes est une constatation régulièrement rapportée dans la littérature [10].

Le taux de fausses couches spontanées objectivé dans notre étude était de 3,9% dans G1 et de 3,2% dans G2 ; $p=0,821$.

Il est reconnu dans la littérature que la fréquence des avortements augmente avec l'âge. Selon Beguéri F et al. [11], après 40 ans, l'équilibre hormonal se modifie. Les perturbations endocriniennes mises en évidence par les explorations hormonales montrent un degré d'insuffisance lutéale, facteur d'un mauvais équilibre hormonal gravidique.

Dans notre série, le taux de grossesse extra utérine était de 3,9% dans G1 contre 3,5% dans G2 sans différence significative ; $p=1$.

Dans la littérature, les résultats diffèrent beaucoup selon les auteurs, dans le registre Danois [12] le risque de grossesse extra utérine est plus important après 40 ans de l'ordre de 7% contre 1,7% entre 20 et 24 ans, par contre l'étude de Cissé M et al. [13] ne retrouve pas d'association entre la survenue de grossesse extra-utérine et l'âge maternel.

Rappelons que les facteurs de risques de grossesse extra utérine sont multiples et que l'âge seul est loin d'être le facteur le plus important. De même, nous sommes conscients du biais de sélection dans notre étude, impliquant la non inclusion des cas de GEU traitées médicalement et prises en charge en externe.

Le risque d'aberrations chromosomiques fœtales augmente considérablement dès l'âge de 35 ans pour atteindre 2 à 3% à 40 ans ; la trisomie 21 en représente la moitié. Selon l'étude de Roman H et al. [14], les aberrations chromosomiques sont mises en évidence dans 1,1% dans le groupe des patientes âgées de 40 ans et plus contre 0,2% dans le groupe des patientes de moins de 40 ans et la différence était significative. En Tunisie, comme ailleurs (notamment en France) l'amniocentèse est proposée dans certaines circonstances bien précises notamment en cas d'un calcul de risque d'aneuploïdie qui s'avère élevé.

En ce qui concerne notre étude, nous n'avons pas pu récupérer les résultats détaillés des marqueurs sériques T1 et T2 et du coup nous n'avons pas pu étudier le risque prénatal d'aneuploïdie. Par contre à travers les dossiers d'interruption thérapeutique de grossesse nous avons trouvé 3 cas (1%) de trisomie 21 dans G1 et aucun cas dans G2 avec une différence significative ; $p<0,050$.

La quasi- totalité des études mettent en évidence une augmentation de la fréquence du diabète gestationnel au cours des grossesses tardives. La prévalence du diabète gestationnel était globalement 3 fois plus élevée chez les femmes âgées selon les différentes séries publiées dans la littérature [15 ,16]. Dans notre étude, et contrairement aux auteurs, nous n'avons pas objectivé un sur- risque de diabète chez les femmes de 40 ans et plus.

La plupart des études rapportent une augmentation significative de la survenue d' HTA gravidique dès l'âge de 40 ans [5 ,17].

L'analyse de ces résultats est rendue difficile par le manque de précision des critères relevés (inclusion des HTA préexistantes, HTA comprises dans la pré-éclampsie et parités non séparées), expliquant probablement autant d'écarts entre les auteurs.

Dans notre étude, 11,8 % de cas de troubles hypertensifs de la grossesse ont été mis en évidence dans le groupe des femmes âgées contre 6,3% dans le groupe des femmes jeunes. A noter que dans notre étude, nous avons défini les troubles hypertensifs comme tout chiffre tensionnel élevé découvert au cours de la grossesse ceci dit nous avons inclus l'HTA chronique et la pré éclampsie.

La rupture prématurée de la poche des eaux est survenue dans 40% des cas dans G1 contre 18,06% des cas dans G2 et la différence était significative ; $p \leq 0,001$.

La fréquence des ruptures prématurées des membranes reste élevée chez les femmes d'âge avancé pour la majorité des auteurs [10,18].

Ceci nous semble logique étant donné que dans la physiopathologie de la rupture prématurée des membranes nous trouvons des facteurs idiopathiques dont essentiellement l'âge avancé et des facteurs locaux concernant l'état des membranes qui se fragilisent par des causes directement liées à l'âge (avitaminoses, ischémie...).

Au total, dans notre étude, 82,3% des parturientes âgées avaient présenté des complications gravidiques (toute pathologie confondue) contre 54,1% chez les parturientes plus jeunes avec une différence significative ; $p \leq 0,001$.

Ce taux de dysgravidie global observé dans cette étude demeure cependant très élevé ce qui dénote d'un important biais de sélection encore une fois lié au fait que cette étude soit menée dans une structure de référence de deuxième niveau.

Afin, d'évaluer au mieux si l'âge représente un facteur de risque de survenue de dysgravidie il faudrait compléter par une étude type régression logistique permettant d'éliminer les facteurs confondants.

Dans notre étude, le taux de prématurité était plus important dans G1 (15,8% Vs 6,6%) avec une différence significative $p \leq 0,001$. Cependant les résultats des études publiées sont différents. Une étude récente publiée en 2018 [19] montre que même après ajustement pour tenir compte des facteurs de confusion, l'âge maternel avancé (40 ans et plus)

était associé à la prématurité et qu'un âge maternel de 30 à 34 ans était associé au plus faible risque de prématurité. Cette étude prend en considération la prématurité induite et spontanée.

Par contre une étude publiée en 2016 [20] montre que l'âge maternel avancé n'est pas associé à une morbidité majeure chez les nouveau-nés prématurés à la sortie des unités de soins intensifs néonataux.

Le taux d'accouchement par voie basse dans notre étude était significativement abaissé dans le groupe des femmes âgées (33,3% contre 41,4 % dans G2). Ce fait est confirmé par les différentes publications et ce quelle que soit la parité [14,15, 21].

Toutes les études s'accordent sur le fait que le taux d'accouchement par césarienne chez les femmes âgées est supérieur à celui des femmes plus jeunes. Celui-ci était de 66,96% dans notre étude, il est estimé de 30% en France et de 43% aux USA.

Ce taux semblait encore plus élevé chez les primipares (58,8 % versus 20,8% chez les multipares) [2]. Les causes permettant d'expliquer ce taux de césarienne chez les femmes de 40 ans et plus étaient multiples : utérus fibromateux, antécédents de myomectomie, une pathologie gravidique, anomalies de la présentation, macrosomie, travail long et dystocique, mais l'âge lui-même est cité comme facteur de risque indépendant. Le comportement de l'obstétricien et l'anxiété de la gestante jouaient certainement un rôle non négligeable selon les constatations de Peipert J et al. [22].

Indépendamment du facteur âge nous devons discuter le taux important de césarienne mis en évidence dans les deux groupes de notre étude. Il s'agit d'une épidémie nationale et aussi mondiale. Rappelons que depuis 2003, la tendance est à la stabilisation, autour de 21%, comme le montre l'enquête nationale périnatale de 2010) [17] : «le taux de césarienne (21%) n'a pas augmenté de manière significative entre les deux enquêtes [de 2003 et 2010], que ce soit dans la population entière, comme dans des groupes particuliers, ce qui suggère une attitude générale de contrôle, pour limiter le nombre de césariennes.»

Même si notre structure est une structure de référence de deuxième niveau avec un taux de grossesses à

haut risque élevé ; théoriquement nous ne pouvons pas justifier d'un taux aussi élevé de césarienne. Beaucoup d'indications retrouvées devraient être revues comme la notion de primipare âgée. De même, nous devons travailler à mettre en place les moyens nécessaires pour la maturation cervicale comme les prostaglandines.

Conclusion

L'analyse de nos résultats et la revue de la littérature nous ont permis de conclure que la grossesse à un âge supérieur ou égal à 40 ans doit continuer à être considérée comme une grossesse à risque maternel et fœtal. Ainsi, nous recommandons de planifier les grossesses chez ces femmes en insistant sur un bilan préconceptionnel afin de détecter les pathologies médicales ou gynécologiques associées à cet âge ou de pouvoir équilibrer une pathologie préexistante.

*Correspondance

Salah Houda

houdasalah603@yahoo.fr

Disponible en ligne : 02 Janvier 2021

1 : Service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital Mongi Slim La Marsa, Tunisie

2 : Maternité de l'hôpital Mohamed Tlatli Nabeul, Tunisie

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Mosby's medical dictionary. 8 ème édition. Maryland Heights: Elsevier;2009.

- [2] Ehrmann DA. Polycysticovary syndrom. *N Engl J Med.* 2005;352:1223-36.
- [3] Murgia P, Rao-Camemi V, Cadili G, Pregnancy and delivery after 40 years of age. *Minerva Ginecol.* 1997;49:377-81.
- [4] Palliez R, Delecour M, Monnier J, Begueri Y, Dalage B, Roussek M. La grande multipare antécédents-évolution et complications de la gestation. *Arch Gynecol Obst.* 1971;70(3):317-32.
- [5] Guedes M, Canavarro MC. Characteristics of primiparous women of advanced age and their partners:a homogenous or heterogenous group? *Int J Childbirth.* 2014;41:46-55.
- [6] Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;17:12-9.
- [7] McIntyre SH, Newburn-Cook CV, O'Brien B, Demianczuk NN. Effect of older maternal age on the risk of spontaneous preterm labor:a population-based study. *Health Care Women Int.* 2009;30(8):670-89.
- [8] Wang Z, Li L, Lei XY, Xue J, Mi HY. Effect of advanced maternal age on birth defects and postnatal complications of neonates. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* 2016;18(11):1084-9.
- [9] Phadungkiatwattana P, Rujivejpongsathron J, Tunsatit T, Yanase Y. Analyzing pregnancy outcomes in women of extremely advanced maternal age (> or = 45 years). *J Med Assoc Thai.* 2014;97(1):1-6.
- [10] Audipot B, Arnaud F. Accouchement et complications après 35 ans. *J Gynecol Res.* 2014;32(4)13-6.
- [11] Begueri F. La grossesse et l'accouchement après la quarantaine. [Thèse]. Lille: Médecine; 1973. 120p.
- [12] Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J. Maternal Age et fetal loss: population based register linkage study. *Br J Med Med Res.* 2000;320:1708-12.
- [13] Cissé M. Grossesse et accouchement après 40 ans. [Thèse]. Mali: Médecine; 2000. 180p.
- [14] Roman H, Robillard P, Julien C, Kaufmann E, Laffitte A, Gabriele M. Grossesse chez 382 femmes de plus de 40 ans: étude rétrospective dans la population de l'île de la réunion. *Arch Gynecol Obstet.* 2004;33:615-22.
- [15] Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz R. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Obstet Gynecol.* 1996;87:917-22.
- [16] Vercellini P, Zuliani G, Rognoni MT, Trespidi L, Oldani L,

Cardinal A. Pregnancy at 40 and over: a case control study.
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1993;48:191-5.

[17] Enquête Nationale Périnatale 2010, Tableaux de chiffres.
Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris:
Elsevier;2011.

[18] Buamo-Bamanga SF, Gnekoumou AL, Nki Houabonga G,
Oyere Moke P, Ekoundzola JR. Les problèmes posés par
un accouchement chez une primipare âgée au CHU de
Brazaville. Med Afr Noire. 2004;51(12):637-42.

[19] Fuchs F, Monet B, Ducruet T, Chaillet N, Audibert F. Effect
of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort
study. PLoS One. 2018;13(1):123-9 years and above . J
Human Reproduction. 1999;14(3):833-7.

[20] Eventov S, Zisk RY, Nosko S, Bar B. Maternal age and
outcome of preterm infants at discharge from the neonatal
intensive care unit. Int J Gynaecol Obstet. 2016;132(2):196-
9.

[21] Ben Khedher L. Le pronostic fœto-maternel des grossesses
après 40 ans. [Thèse]. Tunis: Médecine; 1992. 210p.

[22] Peipert JF, Bracken MB . Maternal age an independant
risk factor for cesarean delivery. Arch Gynecol Obstet.
1993;81:200-5.

Pour citer cet article :

S Houda, D Kawther, A Haythem, T Amel. Pronostic des
grossesses à un âge maternel avancé : Une étude cas témoins en
Tunisie. Jaccr Africa 2021; 5(1): 1-9



Article original

Connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de la santé sur l'infection à COVID-19 au Mali

Knowledge, attitudes and practices of health workers on COVID-19 infection in Mali

L Diakité*^{1, 12, 15}, TB Bagayoko², FK Maiga³, S Sanogo⁴, B Diallo⁵, MB Coulibaly⁶, D Sacko⁷, DB Fofana⁸, SA Beye⁹, S Konaté^{3,10}, DS Coulibaly², M Koumaré⁹, A Maiga⁸, M Kanta¹¹, H Sangho¹², J Théra¹², M Koné¹³, A Sanogo², A Bah², S Sangaré¹⁴, O Tapo¹⁵, I Benzakour¹⁵

Résumé

Introduction : Dans le monde, les structures de santé et le personnel soignant qui s'occupent des cas de Covid-19 payent un lourd tribut tant sur le plan physique que psychologique affectant leur productivité. Ainsi, nous avons initié auprès de 315 professionnels de santé majoritairement composé de médecins généralistes et spécialisés, une enquête couvrant l'ensemble des régions accessibles du pays pour évaluer leurs connaissances, attitudes et leurs comportements.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale conduite d'avril à juin 2020, qui a inclu 315 professionnels de la santé. Le champ de l'enquête a couvert l'ensemble des régions accessibles du pays.

Résultats : Dans cette étude sur les 315 enquêtés, 99% connaissaient l'infection à coronavirus et croyaient à l'existence de la pandémie ; 99,5% connaissaient au moins 2 signes de la maladie, la toux et les céphalées étaient cités dans 89,75% des cas.

Les médecins généralistes représentaient 36,83% suivi de 31,11% de spécialistes.

Parmi les enquêtés 73,3% ne respectaient pas les mesures de protection individuelle et de propagation de la maladie. Les mesures de protection édictées par

le gouvernement étaient selon le personnel suffisantes dans 30,2%, peu suffisantes dans 51,1% et pas suffisantes dans 18,7%.

Conclusion : L'infection à Covid 19 a été vécue comme une réalité chez le personnel soignant au Mali. La quasi-totalité du personnel l'a su à travers les médias et la plupart d'entre eux avaient un risque de stress. Très peu de personnel de santé avaient adopté des mesures de protection individuelles et de propagation de la maladie. Un accent particulier doit être mis sur l'effort de volonté politique déployé par les Etats pour endiguer le fléau.

Mots-clés : Connaissances, attitudes, pratiques, personnels soignants, COVID 19, Mali.

Abstract

Introduction: Around the world, health facilities and health workers who deal with Covid-19 cases pay a heavy price in terms of both physical and psychological damage to their productivity. Thus, we have initiated a survey of 315 health professionals, mostly general practitioners and specialists, covering all accessible regions of the country to assess their knowledge, attitudes and behaviour.

Methodology: This was a cross-sectional study

conducted from April to June 2020, which included 315 health professionals. The scope of the survey covered all accessible regions of the country.

Results: In this study of the 315 respondents, 99% knew of the coronavirus infection and believed in the existence of the pandemic; 99.5% knew at least 2 signs of the disease, coughing and headaches were cited in 89.75% of cases.

General practitioners accounted for 36.83% followed by 31.11% specialists.

Of those surveyed 73.3% did not comply with measures to protect themselves and to prevent the spread of the disease. According to the staff, 30.2% of the protective measures taken by the government were sufficient, 51.1% were not sufficient, and 18.7% were not sufficient.

Conclusion: Covid 19 infection was experienced as a reality among health workers in Mali. Almost all the staff knew about it through the media and most of them were at risk of stress. Very few health workers had adopted measures to protect themselves and to prevent the spread of the disease. Particular emphasis should be placed on the effort of political will deployed by States to curb the scourge.

Keywords: Knowledge, attitudes, practices, health workers, COVID 19, Mali.

Introduction

L'infection à coronavirus est une maladie infectieuse, très contagieuse et mortelle, parue de Chine en décembre 2019 [(1)], elle a très vite gagné l'ensemble de la planète [(2)], et compromis tous les secteurs du développement (santé, éducation, industrie, tourisme, le transport de tous genres...). Elle a été déclarée finalement comme une pandémie le 11 Mars 2020 à cause de sa propagation très rapide dans plus de 200 pays et territoires [(3,4)]; au Mali, les deux premiers cas ont été enregistrés le 25 mars 2020 [(5)].

Cette nouvelle pandémie a affecté les personnes sur le plan physique, mais également sur le plan psychologique (6). En effet, dans un tel contexte,

de nombreuses personnes ont vécu des réactions de stress, d'anxiété et de dépression [(7) (8)], et le personnel soignant n'est pas épargné[(9) (10) (11)].

Les structures de santé et le personnel soignant en ont payé un lourd tribut [(8) (11)]. Le rôle principal des structures de santé dans une situation de pandémie à COVID-19 est de veiller à la protection du personnel soignant [(6)], les patients et leurs accompagnants et la population en général [(12), (13), (10)]. Pour ce faire, en s'appuyant sur des données actualisées, le personnel soignant conseille la population tout d'abord sur les mesures à prendre pour éviter les risques de transmission du virus, aussi bien sur le plan organisationnel, technique collectif et individuel [(6) (14)]. Il conseille également sur la conduite à tenir en cas de découverte d'un cas COVID-19 [(6) (12)].

Devant cette situation particulière de pandémie à covid 19, nous avons initié le présent travail pour évaluer les connaissances, attitudes et les comportements du personnel soignant sur l'étendue du territoire malien accessible.

Méthodologie

Zone d'étude



Figure 1 : Carte du Mali avec les pays limitrophes
Source : <https://mali.dhis2.org/dhis/dhis-web-mapping/>

Le Mali avec une superficie de 1 241 238 km² est un pays enclavé d'Afrique de l'Ouest situé entre les 10° et 25° degrés de latitude nord et entre le 4° degré de longitude est et le 12° de longitude ouest et est traversé par deux fleuves, le Niger et le Sénégal [(15)]. Sa plus importante étendue d'eau est le lac Faguibine et son altitude maximale représentée par le Mont Hombori à 1155 m.

Type et population d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale de 6 mois allant du 1er avril au 30 septembre 2020. L'étude a concerné les dix régions du Mali à savoir Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Tombouctou, Mopti, Gao, Kidal, Ménaka et Taoudéni. Elle a concerné l'ensemble du personnel de santé du Mali qui a accepté de participer à l'étude.

Taille de l'échantillon

La taille minimale nécessaire pour assurer la représentativité de notre sous échantillon au niveau national est obtenu via la formule suivante [(16)]:

$$N = \frac{Z^2(P*Q)}{i^2}$$

Où N = taille, P = prévalence = 0,50, Q = 1-P = 0,50, i = précision = 0,05, Z = écart réduit = 1,96

La taille minimale de l'échantillon nécessaire pour cette étude était de 384.

Outils et recueil des données

Un questionnaire constitué de données sociodémographiques et de données techniques a été mis en ligne pour la collecte des données qui a duré 1 mois (2 mai au 1er juin) à travers la plateforme Google formulaire en utilisant whatsapp sur les Smartphones ou ordinateurs avec des explications et échanges téléphoniques afin de réduire les biais.

Considérations éthiques

La participation à l'étude était totalement volontaire. La confidentialité et l'anonymat ont été garantis durant toute la procédure de ce travail.

Analyse des données

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS 25.0. Le test de Chi² de Pearson avec $\alpha = 5\%$ a été utilisé pour la comparaison des proportions avec une valeur de $p < 0,05$ considérée comme significative.

Le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les proportions si les conditions d'application du test de Chi² de Pearson n'étaient pas remplies.

Résultats

Sur les 315 personnels de santé enquêtés 79,4% (250/315) étaient du sexe masculin contre 20,6% (65/315) de sexe féminin avec un sex-ratio de 3,85. La tranche d'âge la plus représentée était les moins de 40 ans avec 58,1% (183/315). Les participants qui avaient moins de 5 ans d'expérience professionnelle étaient les plus dominants soit 47,6% (150/315). Au sein de la population d'étude 66,98% (211/315) des répondants travaillaient dans le secteur public, parmi eux 26% (82/211) travaillaient dans les hôpitaux et 23,2% (73/211) dans les CSRéfs [Tableau II]. Par rapport à l'existence de la pandémie 99% (312/315) du personnel soignant y croyaient et 81,27 % ont su à travers les médias. Parmi les participants 30,2% pensaient que les mesures de protection édictées par le gouvernement étaient suffisantes, 51,1% pensaient que ces mesures étaient peu suffisantes et 18,7% trouvaient qu'elles n'étaient pas suffisantes. Le degré de stress était estimé, élevé chez 28,9% (91 /315) du personnel enquêté, moyen chez 44,4% (140/315) et 26,7% (84/315) n'avaient pas de stress. Selon 44,8% des participants, le risque de contamination en fonction du poste de contact était très élevé [Figure 2].

Parmi les répondants qui pensaient avoir un risque élevé de stress (n= 91), 78,80% n'étaient pas satisfaits des mesures de protection ($p=0,004$). Parmi les agents de santé enquêtés 73,3% (n=231) ne respectaient pas les mesures de protection.

Parmi les enquêtés qui avaient moins de 5 ans d'ancienneté, 46,20% (69/150) n'étaient pas rassurés des mesures de barrière, par contre parmi ceux qui avaient plus de 15 ans d'ancienneté seulement 6,45% étaient satisfaits ($p = 0,005$).

Parmi le personnel soignant stressé (n=231), 43% (99/231) manifestaient leur stress par la souvenance permanente de la maladie et 17% (39/231) par la

phobie de se rapprocher aux autres.

Selon le degré de satisfaction des participants en fonction des postes de travail/Contacts et de la structure, 29,52% (93 /315) trouvaient que les mesures étaient satisfaisantes (Test de Fisher $p < 0,001$) ; seulement 10,16% (32/315) et 5,08% (16/315) des enquêtés étaient satisfaits respectivement dans les hôpitaux et dans les CSRéfs (Test de Chi2 = 14,85 avec $p = 0,062$) Tableau III].

Tableau I : Qualifications du personnel

Agents de santé	Effectifs	Pourcentages
Médecins généralistes	116	36,83
Médecins spécialistes	98	31,11
Pharmaciens	5	01,59
Assistants médicaux	23	07,30
Techniciens supérieurs	43	13,65
Techniciens de santés	7	02,22
Autres	23	07,30
TOTAL	315	100,00

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques :

Age	Effectifs	Pourcentages
< 40 ans	183	58,1
40-60 ans	132	41,9
Sexe		
Masculin	250	79,4
Féminin	65	20,6
Ancienneté au poste		
< 5 ans	150	47,6
5 - 9 ans	92	29,2
10 - 15 ans	50	15,9
> 15 ans	23	7,3
Localisations des structures		
CHU/Hôpitaux	82	26
CSRéf	73	23,2
Cliniques/ Cabinets	59	18,7
Cscom	44	14
ONG	57	18,1
Secteurs d'intervention		
Public	211	67
Privés	104	33

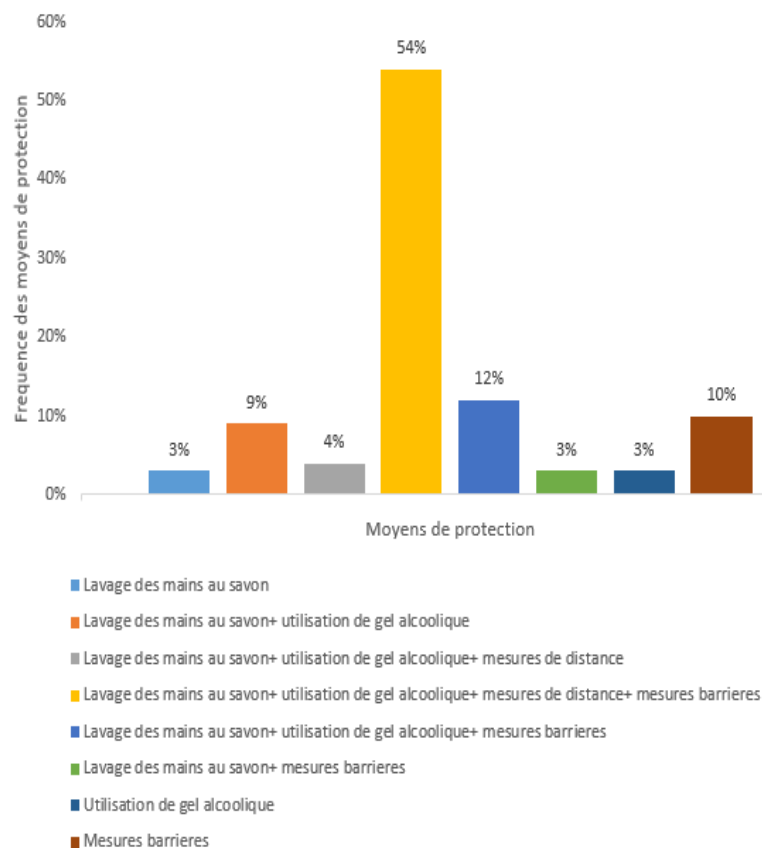


Figure 3 : Pratiques sur les dispositions préventives contre Covid 19

Tableau III : Degré de satisfaction des participants en fonction du poste de travail et de la structure de travail

		Selon vous ces mesures prises sont-elles suffisantes ou vous rassurent elles			P
		Suffisantes	Peu suffisantes	Pas suffisantes	
Poste de travail/ Contacts	Oui	93	150	34	<0,001
	Non	02	10	23	
	NSP	00	01	02	
					0,062
Structures de travail	Hôpital	32	39	11	
	CSRéf	16	41	16	
	Cscom	7	24	13	
	Clinique	17	32	10	
	Autres	23	25	09	

Discussion

Cette étude a colligé 315 répondants tandis qu'une étude similaire réalisée par l'organisation

internationale pour les migrations (OIM) Djibouti a regroupé 234 personnes (17). Ceci pourrait être dû au fait que notre temps de collecte des données (1mois) était supérieur à celui de Djibouti (08 jours). Plus de la moitié de la population d'étude était comprise dans la tranche d'âge de moins de 40 ans (58,1%), ceci pourrait s'expliquer par la densité jeune de la population malienne. Ce résultat est similaire à ceux de l'OIM Djibouti (17) et de la Côte d'Ivoire(18) qui ont retrouvé la prédominance de cette tranche d'âge.

Le sexe masculin a dominé dans cette étude avec un sexe ratio de 3,85 ; ce résultat est en phase à ceux de Djibouti (17) et de la Côte d'Ivoire (18). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont majoritairement représentés dans les services et ont plus accès à l'éducation formelle que les femmes.

Dans cette étude, les neufs dixièmes des participants avaient un niveau d'étude supérieur, ce résultat contraste à ceux de l'OIM Djibouti (17) et de la Côte d'Ivoire (18) qui ont retrouvé seulement un dixième. Ceci pourrait être dû par le fait que cette série a concerné uniquement le personnel soignant alors que celles de Djibouti et de la Côte d'Ivoire ont porté sur la population générale.

La crainte d'être contaminée par la Covid 19 dans notre série était estimée inférieure par rapport aux Djiboutiens et supérieure par rapport aux Français (19). Cette crainte de contamination chez le personnel soignant pourrait s'expliquer par le fait que pendant la période d'enquête beaucoup de personnel soignant n'avait pas reçu la formation nécessaire et d'équipement de protection adéquate.

Dans cette étude, la plupart des répondants ont su pour la première fois cette pandémie à travers les médias, ce résultat était comparable à celui de Pierre et al. en France (19) et à celui de la Côte d'Ivoire (18). Face à cette pandémie mortelle 82% de la population générale Française ont exprimé la peur contre 73,3% dans notre étude. Cela pourrait s'expliquer par la gravité de la maladie et l'absence de traitement standard dans le monde. Malgré les dispositions prises par les autorités administratives et politiques (fermetures des frontières, distanciation sociale, fermeture des écoles,

interdiction des regroupements) face à ce fléau, plus de deux tiers du personnel soignant trouvaient insuffisantes ces mesures, ce résultat était similaire à celui de Pierre et al. en France (19).

Dans les pays comme la France, l'Espagne où a eu lieu un confinement total allant de 1 à 3 mois, les taux de létalité étaient respectivement de 18,11% (19) et 11,48% contre 5,32% au Mali où il n'y a eu ni confinement ni mesures de distanciations sociales strictes (5).

Les limites de l'étude

Toute étude transversale comme la nôtre pourrait souffrir de validité externe. La validité externe de notre étude est réduite car plusieurs agents de santé qui n'ont pas voulu répondre au questionnaire car certains n'avaient pas d'adresse mail qui était indispensable pour poursuivre le reste des questions en ligne et d'autres n'ont pas voulu participer à l'étude pour des raisons que nous ignorons, du coup nous n'avons pas pu atteindre la taille minimale de l'échantillon nécessaire qui était de 384.

Conclusion

L'infection à Covid 19 a été vécue comme une réalité chez le personnel soignant au Mali. La quasi-totalité du personnel l'a su à travers les médias et la plupart d'entre eux avaient un risque de stress. Très peu de personnel de santé ont adopté des mesures de protection individuelles et de propagation de la maladie. Un accent particulier doit être mis sur l'effort de volonté politique déployé par les Etats pour endiguer le fléau.

***Correspondance**

Lamine Diakité

Ldiak2@gmail.com / Ldiak2@yahoo.fr

Disponible en ligne : 02 Janvier 2021

- 1 : Centre de Santé Communautaire de Pélengana Sud (Ségou-Mali),
- 2 : Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou (Mali),
- 3 : Centre de Santé de Référence de Kalabankoro (Koulikoro-Mali),
- 4 : Agence Nationale d'Assistance Médicale (Bamako-Mali),
- 5 : Caisse Malienne de Sécurité Sociale (Bamako-Mali),
- 6 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Konobougou (Ségou-Mali),
- 7 : Caisse National d'Appareillage Orthopédique (Bamako-Mali).
- 8 : Laboratoire de Recherche SEREFO / FMOS (Université-Bamako),
- 9 : Centre Universitaire Hospitalier Point-G (Bamako-Mali),
- 10 : Malaria Research and Training Center (Bamako-Mali),
- 11 :Barrick Gold Mali,
- 12 : Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialité à l'USTTB/FMOS,
- 13 : Faboula Gold SA Mali,
- 14 : Centre de Santé de Référence de Macina (Ségou-Mali),
- 15 : Centre de Santé de Référence Famory DOUMBIA (Ségou-Mali).

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; 87: 100-106.
- [2] Inter nation social lockdown versus medical care against COVID-19, a mild environmental insight with special reference to India. cité 16 oct 2020. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7179495/>
- [3] Rosenthal PJ, Breman JG, Djimde AA, John CC, Kamya MR, Leke RGF, et al. COVID-19: Shining the Light on Africa. *Am J Trop Med Hyg*. 2020; 102 (6): 1145-1148.
- [4] Smereka J, Szarpak L. COVID 19 a challenge for emergency medicine and every health care professional. *Am J Emerg Med*. 2020; S0735-6757 (20): 30180-7.
- [5] mali_sitrep_covid-19_n98_30_juin_0.pdf. cité 16 oct 2020. Disponible sur : https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/mali_sitrep_covid-19_n98_30_juin_0.pdf
- [6] El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *Encephale*. 2020;46(3):S73-80.
- [7] Wang S, Wen X, Dong Y, Liu B, Cui M. Psychological Influence of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on the General Public, Medical Workers, and Patients With Mental Disorders and its Countermeasures. *Psychosomatics*. 2020. cité 16 oct 2020; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255244/>
- [8] Su T-P, Lien T-C, Yang C-Y, Su YL, Wang J-H, Tsai S-L, et al. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: A prospective and periodic assessment study in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*. 2007;41(1):119-30.
- [9] Rousseau-Salvador C. Stress des soignants et Douleur de l'enfant. :25.
- [10] Chan AOM, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Lond)*. 2004;54(3):190-196.
- [11] McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KW, Sham PC, et al. Immediate and Sustained Psychological Impact of an Emerging Infectious Disease Outbreak on Health Care Workers. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):241-247.
- [12] Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19 | *Nature Medicine*. cité 16 oct 2020. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>
- [13] Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, et al. Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory

Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Med Care.* 2005;43(7):676-82.

[14] Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2012;66(4):353-360.

[15] G ographie du mali. cité 18 oct 2020. Disponible sur : https://www.google.com/h?q=g%C3%A9ographie+du+mali&newwindow=1&sxsrf=ALeKk01Myg2ceoYuNWxLfsbPo4auHv4TcQ:1603029381853&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=MMIod0S83SmAIM%252CPr1vvldWzqfJ8M%252C_&vet=1&usg=AI4_-kRFntfo6Ak7xFHyO-dSJ6ph96RTFQ&sa=X&ved=2ahUKEwiiPrmpb7sAhUIyYUKHYKAD5EQ_h16BAgkEAU#imgrc=MMIod0S83SmAIM

[16] Charan J, Biswas T. How to Calculate Sample Size for Different Study Designs in Medical Research? *Indian J Psychol Med.* 2013;35(2):121-126.

[17] Djibouti | DTM. cité 16 oct 2020. Disponible sur: <https://dtm.iom.int/djibouti>

[18] Mesure de l'impact socio-economique du covid 19 sur les conditions de vie des menages en côte d'ivoire. cité 20 oct 2020. Disponible sur: https://www.google.com/h?newwindow=1&sxsrf=ALeKk0294V5tJXCNeeK4yubKsCS4VKhpQQ%3A1602863828064&ei=1MKJX_DDA4usa_-0s_gE&q=mesure+de+l%27impact+socio-economique+du+covid+19+sur+les+conditions+de+vie+des+menages+en+c%C3%B4te+d%27ivoire&oq=mesure+de+l%27impact+soci+de+vie+des+menages+en+c%C3%B4te+d%27ivoire&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIECCMQJ1DftpiwAVjftpiwAWDO0piwAWgAcAB4AIABwwGIAcMBkgEDMC4xmAEBoAECOAEBqgEHZ3dzLXdpesABAQ&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwjw_eCIvbnsAhUL1hoKHX_aDE8Q4dUDCA0&uact=5

[19] Attitudes towards COVID-19 – Comparative Research on the COVID-19. cité 16 oct 2020. Disponible sur: <https://www.sciencespo.fr/cevipof/attitudesoncovid19/>

Pour citer cet article :

L Diakité, TB Bagayoko, FK Maiga, S Sanogo, B Diallo, MB Coulibaly et al. Connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de la santé sur l'infection   COVID-19 au Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 10-16



Cas clinique

Tuberculose hépatique de découverte fortuite au cours d'une cholécystectomie laparoscopique : à propos d'un cas

Hepatic tuberculosis of accidental discovery during a laparoscopic cholecystectomy: a case report

O Lafkih*¹, A Bensaad¹, R Boufettal¹, D Erguibi¹, SR El Jay¹, F Chihab¹

Résumé

La localisation hépatique isolée de la tuberculose représente une forme rare de La tuberculose extra-pulmonaire.

Nous rapportons le cas d'un patient de 33 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, en bon état général, qui présente 3 mois avant sa consultation des coliques hépatiques, sans ictère, ni hémorragie digestive extériorisée, et sans signe clinique d'hypertension portale, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie. L'échographie a noté une vésicule biliaire à paroi fine, lithiasique, sans dilatation des voies biliaires, et sans lésion hépatique notable. Son bilan biologique était sans particularité. Une cholécystectomie laparoscopique a été réalisée chez le patient, avec en per-opératoire, la découverte de lésions nodulaires hépatiques de petites tailles, diffuses, bilobaires, dont l'examen anatomopathologique a objectivé un infiltrat épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse. Le patient a été mis sous traitement anti-bacillaire à base d'ethambutol, rifampicine, isoniazide et pirazinamide.

Il s'agit à notre connaissance du premier cas de découverte laparoscopique fortuite d'une tuberculose hépatique isolée, chez un patient sans signe

d'imprégnation tuberculeuse et en bon état général.

Le diagnostic de tuberculose hépatique doit toujours être gardé à l'esprit devant des lésions nodulaires hépatiques diffuses, et la confirmation histologique doit être obtenue avant de démarrer le traitement anti-bacillaire.

Mots-clés : tuberculose hépatique, primaire, découverte fortuite.

Abstract

The isolated hepatic localization of tuberculosis represents a rare form of extra-pulmonary tuberculosis. We report the case of a 33-year-old patient, without any particular pathological history, in good general condition, who presented 3 months before his consultation hepatic colic, without jaundice or externalized digestive hemorrhage, and without clinical sign of portal hypertension, all evolving in a context of apyrexia. Ultrasound showed a thin-walled gallbladder, lithiasis, without dilation of the bile ducts, and without noticeable liver damage. His biological assessment was unremarkable. Laparoscopic cholecystectomy was performed in the patient, with the discovery of small, diffuse, bilobar hepatic nodular lesions intraoperatively, the pathological examination

of which revealed an epithelio-gigantocellular infiltrate with caseous necrosis. The patient was put on anti-bacillary treatment containing ethambutol, rifampicin, isoniazid and pirazinamide.

To our knowledge, this is the first case of fortuitous laparoscopic discovery of isolated hepatic tuberculosis, in a patient without evidence of tuberculous impregnation and in good general condition. The diagnosis of hepatic tuberculosis should always be kept in mind in the presence of diffuse hepatic nodular lesions, and histological confirmation should be obtained before starting anti-bacillary treatment.

Keywords: liver tuberculosis, primary, accidental discovery.

Introduction

La localisation hépatique isolée de la maladie tuberculeuse chez l'adulte immunocompétent est une entité rare. Elle représente moins de 0,5% de toutes les formes de tuberculose primaire. Nous rapportons l'observation d'une tuberculose primaire hépatique, micronodulaire, de découverte laparoscopique fortuite, chez un patient immunocompétent, sans signe d'imprégnation tuberculeuse, qui s'est présenté pour prise en charge d'une vésicule biliaire lithiasique symptomatique.

Cas clinique

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 33 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente 3 mois avant sa consultation des coliques hépatiques, sans ictère, ni fièvre, ni hémorragie digestive extériorisée, le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'échographie a objectivé une vésicule biliaire lithiasique, à paroi fine, sans dilatation des voies biliaires, et sans lésions hépatiques notables. Son bilan hépatique était sans particularité. Une cholécystectomie laparoscopique a été réalisée chez le patient, avec en per-opératoire, la découverte de lésions nodulaires hépatiques

micronodulaires, diffuses, bilobaires (figure 1), qui ont été biopsiées. Le reste de l'exploration chirurgicale n'a pas montré de lésion péritonéale, ni d'ascite. Les suites post-opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique a objectivé un infiltrat épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse (figure 2), confirmant la localisation hépatique de la tuberculose. Aucune autre lésion pulmonaire ou extra-pulmonaire n'a pu être retrouvée. Le patient a été mis sous traitement anti-bacillaire à base d'Ethambutol, Rifampicine, Isoniazide et Pirazinamide.



Figure 1 : Aspect laparoscopique de multiples nodules hépatiques blanchâtres.

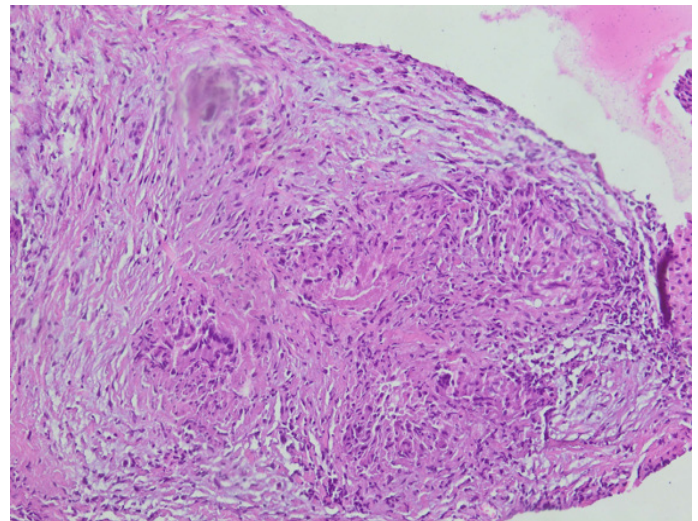


Figure 2 : Granulomes composés de cellules épithélioïdes et cellules géantes avec présence de nécrose caséiforme.

Discussion

Au Maroc, l'incidence de la tuberculose reste élevée, estimée à 89 cas pour 100.000 habitants.

52% de ces localisations sont extra-pulmonaires.(1)

La localisation hépatique primitive reste une forme exceptionnelle de cette pathologie. (2)

L'atteinte hépatique au cours de la tuberculose peut se manifester par différents tableaux cliniques, la tuberculose miliaire étant la manifestation la plus fréquente, retrouvée dans 80% des cas. La physiopathologie de cette atteinte est la diffusion hématogène à travers l'artère hépatique. En effet, Les localisations extra-pulmonaires sont le plus souvent décrites chez les patients immunodéprimés, essentiellement co-infectés par le VIH. Il s'agit à notre connaissance, du premier cas de découverte fortuite laparoscopique, d'un cas de tuberculose hépatique primaire. (3,4)

La tuberculose hépatique se présente classiquement sous la forme de douleurs abdominales diffuses, avec des nausées et vomissements, fébricule, des sueurs nocturnes et une altération de l'état général. L'examen clinique est pauvre ; toutefois, une hépatomégalie ou un épanchement péritonéal peuvent être retrouvés. Le bilan hépatique est souvent perturbé, mais peut être normal, comme le cas chez notre patient. (5,6)

L'imagerie de la tuberculose hépatique n'est pas spécifique, l'échographie peut retrouver une ou plusieurs masses hypoéchogènes, renfermant parfois des calcifications. A la tomodensitométrie, les lésions peuvent apparaître isodenses, hypodenses, voir même calcifiés. L'imagerie par résonance magnétique retrouve dans les séquences T2 l'aspect d'une lésion hyperintense en périphérie avec un rehaussement annulaire après injection de Gadolinium. (7)

L'examen anatomopathologique met en évidence l'aspect pathognomonique de la tuberculose en montrant, comme le cas chez notre patient, le granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. (8)

Une quadrithérapie à base de Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol pendant deux mois, suivi d'une bithérapie associant rifampicine et isoniazide pendant deux mois est le schéma recommandé par l'OMS, pour le traitement des cas de tuberculose extra-pulmonaire, avec surveillance clinique régulière

et prise en charge nutritionnelle.

Conclusion

La tuberculose hépatique primaire, bien que de découverte fortuite dans notre cas, doit toujours être évoquée comme diagnostic différentiel devant des lésions nodulaires hépatiques, surtout dans les pays de forte incidence.

*Correspondance

Oussama Lafkih

lafkih27@gmail.com

Disponible en ligne : 02 Janvier 2021

1 : Département de chirurgie viscérale, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morocco.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Situation_épidimio_de_la_TB_au_Maroc__2015 Fr V 20 mars (1).pdf.
- [2] Niyogi D, Goel M, Shinde RS, Patkar S. Primary hepatic tuberculosis: A rare occurrence. *Ann Hepato-Biliary-Pancreat Surg.* 2019;23(1):80.
- [3] Pawlowski A, Jansson M, Sköld M, Rottenberg ME, Källenius G. Tuberculosis and HIV Co-Infection. *PLoS Pathog* [Internet]. 16 févr 2012 [cité 4 janv 2018];8(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280977/>
- [4] Farooq Sheikh AS, Qureshi IH, Saba K, Bukhari MH. Primary isolated hepatic tuberculosis. *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP.* mai 2013;23(5):359-61.
- [5] Zinebi A, Rkiouak A, Akhouad Y, Reggad A, Kasmy Z, Boudlal M, et al. Tuberculose hépatique nodulaire:

complication inhabituelle au cours de la maladie de Wilson.

Pan Afr Med J [Internet]. 17 janv 2014 [cité 18 oct 2020];17.

Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4048691/>

- [6] Elleuch N, Dahmeni W, Slama AB, Aya H, Jaziri H, Brahem A, et al. La tuberculose hépatique : un défi diagnostique. *Rev Médecine Interne*. 1 déc 2017;38:A238-9.
- [7] Levine C. Primary macronodular hepatic tuberculosis: US and CT appearances. *Gastrointest Radiol*. 1 déc 1990;15(1):307-9.
- [8] Singh S, Jain P, Aggarwal G, Dhiman P, Singh S, Sen R. Primary hepatic tuberculosis: A rare but fatal clinical entity if undiagnosed. *Asian Pac J Trop Med*. 1 juin 2012;5(6):498-9.

Pour citer cet article :

O Lafkih, A Bensaad, R Boufettal, D Erguibi, SR El Jay, F Chihab. Tuberculose hépatique de découverte fortuite au cours d'une cholécystectomie laparoscopique : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 17-20



Cas clinique

Sténose de l'artère rénale révélée par une hypertension artérielle compliquée chez une jeune femme Malienne

Renal artery stenosis revealed by high blood pressure complicated in a young Malian woman

S Fongoro¹, M Samake*², S Sy¹, M Coulibaly³, A Kodio¹, AS Fofana¹, H Yattara¹,
SB Coulibaly¹, D Diallo¹, M Sidibe¹

Résumé

L'HTA rénale représente la forme la plus fréquente d'HTA secondaire chez l'adulte et l'enfant dont la cause la plus fréquente est la sténose de l'artère rénale. Nous rapportons le cas d'une patiente Africaine de 56 ans hospitalisée dans le service de néphrologie du CHU Point G pour une insuffisance rénale à 1454,94 μ mol/l de créatininémie chez qui le diagnostic d'HTA "essentielle" a longtemps été retenu, mais a été récemment remis en question.

Mots-clés : HTA, sténose de l'artère rénale, Mali.

Abstract

Renal hypertension is the most common form of secondary hypertension in adults and children, the most common cause of which is renal artery stenosis. We report the case of a 56-year-old African patient hospitalized in the nephrology department of the University Hospital Point G for renal failure at 1454.94 μ mol/l of creatininemia in whom the diagnosis of «essential» hypertension has long been retained, but has recently been called into question.

Keywords: HTA, renal artery stenosis, Mali.

Introduction

L'hypertension artérielle (HTA) chez le sujet noir est aujourd'hui un problème majeur de santé publique avec un pourcentage plus important de complications cardiovasculaires. La physiopathologie de cette forme d'HTA et de ses complications, considérée comme essentielle est plurielle, liée entre autres à une prédisposition génétique, une sensibilité accrue au sel et une hyperactivité vasoconstrictrice de l'endothéline (puissant hormone vasoconstrictrice) par rapport aux sujets caucasiens hypertendus [1-3].

Cela étant, par-delà la fréquence élevée de cette pathologie dans une population africaine, il convient pour le praticien de ne pas gommer "systématiquement" d'éventuelles alternatives diagnostiques qui ont des implications thérapeutiques spécifiques. L'HTA rénale représente la forme la plus fréquente d'HTA secondaire chez l'enfant et l'adulte dont la cause la plus fréquente est la sténose de l'artère rénale par athérosclérose, les dysplasies fibromusculaires ou les artérites systémiques [4].

Nous rapportons le cas d'une patiente Africaine chez qui le diagnostic d'HTA "essentielle" a longtemps été retenu, mais a été récemment remis en question.

Cas clinique

Une patiente de 56 ans est admise dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU Point G en septembre 2018 pour bilan d'une insuffisance rénale avec 1454,94 μ mol/l de créatininémie.

Elle est une femme au foyer, malienne, non scolarisée résident en Sassandra en Côte d'Ivoire. Elle est adressée par les urgences en consultation pour prise en charge d'une insuffisance rénale au stade terminale. Elle présente plusieurs ordonnances de traitement antihypertenseurs émanant de différents médecins généralistes.

À l'admission l'interrogatoire retrouvait que le début de la symptomatologie remonterait à 3 semaines marquée la survenue de céphalées, vertiges, bourdonnements d'oreille, phosphènes, vomissements, asthénie, anorexie, douleur thoracique, douleur abdominale, bouffissure du visage, œdème des membres inférieurs. La patiente précise que ses frères et ses sœurs sont hypertendus. Dans ses antécédents personnels, il existe essentiellement une HTA de longue date qui reste mal contrôlée malgré une thérapie. À l'examen physique, on note une pression artérielle à 180/70 mmHg, une fréquence cardiaque à 87 battements par minutes, une turgescence jugulaire sans reflux hépato-jugulaire, des œdèmes des membres inférieurs mous non inflammatoires gardant le godet, une ascite de moyenne abondance, une pâleur conjonctivale et une sonde vésicale à demeure dont la poche contenait 100 CC d'urine d'aspect hématurique. L'auscultation cardiaque retrouvait un souffle systolique au foyer mitral.

Les résultats des examens biologiques à l'admission dans notre service sont indiqués dans le tableau I. Ils confirment une insuffisance rénale sévère avec une filtration glomérulaire estimée selon MDRD à 2,9 ml/min.

À la biologie, l'hémogramme montrait une anémie normochrome normocytaire arégénérative à 9,9 g/dl, les leucocytes à 8060/mm³ et les plaquettes à 304000/mm³. La natrémie et la kaliémie étaient respectivement de 133 mmol/l et 3,7 mmol/l. La

glycémie, les transaminases, le bilan lipidique étaient normaux.

Le sédiment urinaire était normal avec une protéinurie de 24 heures à 800 mg. Concernant les complications de l'insuffisance rénale chronique (IRC) le bilan phosphocalcique montrait une hypocalcémie à 1,71 mmol/l et hyperphosphatémie à 2 mmol/l, un déficit en vitamine D à 5,9 ng/l et une parathormone à 661 pg/ml. La ferritinémie, le fer sérique, et le coefficient de saturation étaient respectivement 869 ng/ml 51 μ g/dl et 32%. Il y avait une acidose métabolique à 10 mmol/l de bicarbonatémie. Le fond d'œil était sans particularité tandis que l'électrocardiogramme retrouvait une hypertrophie ventriculaire gauche et des troubles de la repolarisation.

Sur le plan imagerie médicale, la radiographie thoracique objectivait une cardiomégalie, une surcharge hilairale et une condensation de la base pulmonaire droite. L'échographie cardiaque retrouvait une dilatation des cavités gauches avec une fonction systolique du ventricule gauche altérée à 49% sur hypokinésie. Une échographie rénale avec doppler montrait une asymétrie rénale droite (80 mm) et le rein gauche mesurant 100 mm et notait une accélération du flux intrarénal modérée contrastant avec celui de l'aorte compatible avec une sténose de l'artère rénale homolatérale post-ostiale sur un terrain athéromateux diffus. Ainsi, l'angioscanner demandé montrait des multiples sténoses en collier de perles des artères rénales segmentaires droite et gauche et post-ostiale gauche dont l'aspect évoque une dysplasie fibromusculaire des artères rénales.

Au terme de l'observation nous retenons chez notre patiente d'origine malienne le diagnostic d'une hypertension artérielle secondaire à une dysplasie fibromusculaire compliquée d'une cardiomyopathie dilatée hypokinétique, d'une décompensation cardiaque aussi une insuffisance rénale chronique terminale ayant nécessité une prise en charge en hémodialyse.

Sur le plan thérapeutique il a été institué chez notre patiente :

- Une prise en charge en hémodialyse sur cathéter

veineux central fémoral droit en attendant la confection d'une fistule artériovoineuse

- Amlodipine 10mg/j
- Fer injectable 100mg/semaine
- Carbonate de calcium 1,5g/j en trois prises
- Furosémide 250mg/j en inter dialyse
- Carvedilol 6,25mg/j
- Clopidogrel 75mg/j
- Vitamine D 100000UI/mois.

L'évolution fut marquée par la poursuite de la dialyse itérative en raison de deux séances/semaine d'une durée de 8 heures/semaines.

Discussion

Cette observation illustre l'importance, face à une hypertension artérielle difficile à contrôler chez un sujet noir d'origine Africaine, d'un diagnostic différentiel exhaustif, même si la probabilité d'une HTA essentielle est plus élevée. La démarche clinique est d'autant plus justifiée en égard au risque majoré chez les sujets africains par rapport aux populations blanches, d'une évolution vers l'insuffisance rénale terminale [5]. La sténose de l'artère rénale est l'une des causes les plus fréquentes de l'HTA secondaire même si elle ne survient que chez 1 à 5% des patients hypertendus [6]. Elle peut être due à une lésion d'athérosclérose ou provoquée par une fibrodysplasie de la paroi artérielle. Les lésions d'athérosclérose se développent surtout chez les patients âgés de plus de 55 ans avec beaucoup de facteurs de risque alors que la fibrodysplasie prédomine chez les jeunes femmes [6].

Avec le progrès de l'imagerie médicale et le vieillissement de la population de plus en plus de sténose des artères rénales sont découvertes fortuitement. De même on trouve une sténose de l'artère rénale chez 10 à 22% des patients présentant une insuffisance rénale terminale [7].

Dans notre cas la sténose par fibrodysplasie musculaire est découverte au stade de l'insuffisance rénale terminale ayant nécessité une prise en charge en hémodialyse. La présence d'une asymétrie rénale

à l'échographie rénale (RD=80mm et RG=100mm), avec accélération du flux intra rénal a permis de poser le diagnostic qui était confirmé par l'angioscanner rénal montrant de multiples sténoses en collier de perles des artères segmentaires droite et gauche et post-ostiale gauche (Figure 1 et 2).

Pour mettre en évidence une sténose artérielle l'examen de première intention est l'échodoppler examen non invasif permettant de calculer les vitesses et les index de résistance. L'angio-IRM (avec injection de gadolium) est également un moyen, certes coûteux mais non invasif, qui a l'avantage de mieux visualiser l'anatomie artérielle rénale [7].

L'angioscanner présente d'excellente sensibilité et spécificité (supérieure à 95%) pour la détection des sténoses athéromateuses avec une meilleure résolution spatiale que l'angiographie par résonance magnétique et permet d'obtenir des reconstructions dans les trois plans de l'espace. Toutefois, l'injection de produit de contraste iodé reste un indéniable facteur limitant chez le patient insuffisant rénal. Les autres limitations sont les calcifications vasculaires pouvant gêner l'interprétation des images, la détection difficile des sténoses distales ou intra rénale et bien évidemment l'allergie à l'iode [8].

Conclusion

Une meilleure connaissance étiopathogénique de l'HTA chez le sujet Africain permet une meilleure amélioration de sa prise en charge, une adaptation précoce de la thérapeutique et doit faciliter la prévention des complications cardiovasculaires et rénales.

A travers cette observation nous souhaitons attirer l'attention des praticiens sur l'importance d'un diagnostic différentiel rigoureux de cette pathologie fréquente et particulièrement grave dans notre pratique quotidienne.

Remerciement : Nous remercions l'ensemble du personnel du service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU point G et de l'hôpital de Kayes.

*Correspondance

Magara Samake

lafkih27@gmail.com

Disponible en ligne : 02 Janvier 2021

1 : Service de Néphrologie et d'Hémodialyse CHU
Point-G, Bamako/Mali

2 : Service de Médecine et Spécialités Médicales,
Hôpital Régional, Kayes/Mali

3 : Unité de Néphrologie de l'hôpital Mali GAVARDO

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Amah. G ; Lévy. BI. Particularités de l'hypertension artérielle du sujet noir africain : STV 2007 ; 19(10) : 519-525.
- [2] Poloma. J ; Madede. T ; Silva. JA ; Mesquita-Bastos. J ; Damasceno. A : Ambulatory blood pressure monitoring profile in urban African black and European white untreated hypertensive patients matched for age and sex. Blood Press Monit 2014 ; 19(4) :192-8.
- [3] Peer. N ; Steyn. K ; Lombard. C ; Gwebushe. N ; Levitt. N ; A high burden of hypertension in the urban black population of cape town : the cardiovascular risk in black south Africans (CRIBSA) study : Plosone 2013 nov8 ; 8(11) : e78567. doi :10.1371/journal.pone.0078567. Collection 2013.
- [4] Luscher. TF ; Lie. JF ; Sherps. SG. Pathology and pathogenesis of reno-vascular hypertension In. Luscher T.F, Kaplann.M. Renovascular and renoparenchymatous hypertension, p. 73-106. Berlin Heidelberg. New york, S pringer verlag.1992.
- [5] Kiberd BA ; Clase CM. Cumulative risk for developing end stage renal disease in the US population. J Amj SOC Néphrol 2002 juin ; 13(6) : 1635-44.
- [6] Burnier. M ; Teta. D. Quand et comment investiguer une sténose de l'artère rénale ? Med Forum 2005 ; 5 : 341-344.
- [7] Mailloux. LV ; Napolitano. B ; Bellucci AG : Renal vascular disease causing end stage renal disease , incidence, clinical correlates and outcomes. A 20 year clinical experience. An J kidney Dis 1994 ; 24 :622-9.
- [8] Beaume. J ; Herody. M ; Garcaud. M ; Didelot. F. Dépister une sténose de l'artère rénale : un problème que ne saurait oublier le médecin d'unité médecine et armées. 2010 ; 38(1),131- 136.

Pour citer cet article :

S Fongoro, M Samake, S Sy, M Coulibaly, A Kodio, AS Fofana et al. Sténose de l'artère rénale révélée par une hypertension artérielle compliquée chez une jeune femme Malienne. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 21-24



Cas clinique

Bonne réponse thérapeutique de deux cas de cancers pancréatiques

Good therapeutic response to two cases of pancreatic cancers

M Essamlali*¹, L Kabbage², CT Fabove², I Dadamessi²

Résumé

Le cancer du pancréas se développe dans 95 % des cellules exocrines de l'organe, 80% de ces tumeurs exocrines commencent dans les cellules exocrines qui tapissent les canaux du pancréas, appelés adénocarcinomes canaux pancréatiques.

Tandis que 5 % des tumeurs pancréatiques sont des tumeurs neuroendocrines (TNE).

Le cancer du pancréas est généralement détecté tardivement à des stades avancés.

Les chances de survie ou les chances de guérison restent faibles. Seule la chirurgie (possible pour 20% environ des patients), associée à la chimiothérapie, peut entraîner la rémission de ce cancer.

Abstract

Pancreatic cancer is developed of the organ's exocrine cells in 95%, 80% of these exocrine tumors start in the exocrine cells that line the ducts of the pancreas, called pancreatic ductal adenocarcinomas. While 5% of pancreatic tumors are neuroendocrine tumors (NETs). Pancreatic cancer is usually detected late at advanced stages.

The chances of survival or the chances of recovery are low. Only surgery (20% of patients), combined with chemotherapy, can lead to remission of this cancer.

Introduction

Le carcinome du pancréas représente 90% des tumeurs du pancréas, son incidence annuelle en France estimée à 10.9 / 100 000 chez l'homme et à 7.9/ 100 000 chez la femme tandis qu'aux États unis son incidence est estimée à 12.4/100.000 [1], cette incidence a doublé ces dernières années selon les registres des cancers digestifs français, en particulier chez la femme [2].

Il reste le cancer digestif dont le pronostic est le plus défavorable, (survie globale à 5 ans, moins de 5%) tous stades confondus, de 7% à 8% , particulièrement dans les formes métastatiques avec une médiane de survie entre 3,7 mois et 6,4 mois ; et ceci malgré les différents progrès thérapeutiques y compris la chimiothérapie [3.4]

La résection chirurgicale complète reste le seul traitement potentiellement curatif, sauf que malheureusement, elle n'est possible que dans 20% des cas.

L'objectif de notre travail est d'améliorer les chances de survie, de guérison au cours des cancers du pancréas, en rapportant les facteurs pouvant y contribuer.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive menée dans un centre hospitalier général français, rapportant le cas de deux patients, diagnostiqués d'un carcinome du pancréas non opérable au moment du diagnostic ; dont un métastatique au niveau hépatique, l'autre localement avancé avec une survie prolongée et bonne évolution clinique, biologique et radiologique depuis 2014 et 2017.

Cas clinique

Cas n°1

Il s'agit d'une patiente âgée de 48 ans, qui n'a pas d'antécédent pathologique majeur.

Son histoire de la maladie a débuté en 2017, par un tableau d'angiocholite, le bilan morphologique a confirmé la présence d'un syndrome de masse de 30 mm de diamètre au niveau de la tête du pancréas avec une compression de la voie biliaire principale, drainé par prothèse biliaire, avec une première ponction sous echoendoscopie revenue négative puis une seconde en faveur de l'origine adénocarcinomeuse.

Le scanner Initial mesurait la lésion à 4,54 cm x 3,9 cm avec 28 mm de diamètre.

Au bilan : Albuminémie à 40.6 g/L, le marqueur tumoral CA 19.9 31UI/L.

La patiente a bénéficié de trois lignes de chimiothérapie, débutée en février 2017, à base de FOLFIRINOX 9 cures, puis 6 cures de FOLFOX, relayé en FOLFIRI. Cliniquement, l'indice OMS = 0 au moment du diagnostic, pas d'ictère.

Une IRM pancréatique le 07.01.2020 montrait l'absence de récurrence tumorale hépatique ou pancréatique. Le foie apparaît de taille et morphologie normale, absence de lésion nodulaire, aérobilie, présence d'une prothèse biliaire. Atrophie du corps et de la queue du pancréas. Le canal pancréatique corporeo-caudal est mesuré à 2.5 mm concluant en l'absence de récurrence tumorale hépatique ou pancréatique.

- Le scanner thoracique était normal.

- Au bilan biologique du 02.01.2020 : pas d'anémie, pas d'hyperleucocytose, pas d'insuffisance rénale, pas d'anomalie au bilan hépatique et les marqueurs tumoraux étaient normaux avec ACE 1.3 ng/ml et antigène CA 19-9 à 13 UI/ml.

Cas n° 2

Patient âgé de 65 ans, ayant comme antécédents, curetage de la prostate en 2013, tabagique à 30 paquets/année, alcoolique occasionnel.

Suivi depuis 2014 pour un carcinome à cellules acinaires du corps du pancréas associé à deux lésions hépatiques métastatiques prouvées histologiquement. Au bilan initial CA 19.9 élevés à 424UI/L, albumine sérique à 35.9g/L.

Le patient a bénéficié de deux traitements par FOLFIRINOX allégé avec une pause thérapeutique de 3ans pour réponse complète puis reprise en raison d'une reprise évolutive localisée, une pancréatectomie gauche avec curage ganglionnaire ont été réalisés en octobre 2019.

Chimiothérapie adjuvante par LVFu2 jusqu'en début de 2020.

Histologie : MIMEN acinaire et neuroendocrine mesurant 4.5 cm avec trois ganglions positifs dont deux inter-aortico-cave avec différenciation impossible à préciser et Ki67 à 70%.

Cliniquement, OMS 0, poids en augmentation à 81kg vs 74kg en février, appétit conservé.

Pas de douleurs abdominales pas de troubles de transit ni de stéatorrhée, sous pancréatine 25000 pas de neuropathie séquellaire.

Biologiquement, glycémie à 1.33g, HbA1C à 6.8 %, hémogramme, bilan phosphocalcique, fonction rénale et hépatique normaux, marqueur CA19.9 379 UI /L VS.

Radiologiquement, scanner IRM juin 2020 pas de métastases hépatiques ni de récurrence avec diminution de la collection en regard de la tranche de section et de l'infiltration autour des vaisseaux mésentériques.

Discussion

L'incidence du cancer du pancréas est en hausse en France avec environ 14 000 nouveaux cas en 2017. Malgré des progrès récents, le cancer du pancréas est associé à un très mauvais pronostic avec une survie nette standardisée sur l'âge d'environ 10 % à 5 ans. Le cancer du pancréas pourrait devenir la 2ème cause de mortalité par cancer digestif en 2020 dans les pays occidentaux. Le traitement curatif avait longtemps reposé sur la seule chirurgie qui est rarement possible du fait de la fréquence très élevée de l'extension locorégionale (ganglionnaire et vasculaire) et métastatique (surtout hépatique) (6). La chimiothérapie a des indications à visée curative ou palliative larges (7). Il faut actuellement 6 à 9 semaines en moyenne après le premier symptôme (le délai étant fonction du type de symptômes et du type de spécialiste consulté) pour faire le diagnostic de cancer du pancréas métastatique. Le délai entre le début des symptômes et la mise en route d'un traitement a un impact sur la survie (9). Il faut poser les indications sur des examens d'imagerie récents et performants en particulier afin de limiter le risque de laparotomie non thérapeutique du fait de la découverte peropératoire d'une contre-indication, laparotomie inutile qui a probablement un impact négatif sur la survie avec le risque accru de complications postopératoires ; fistules pancréatiques, gastroparésie, diabète ...

Bien que le cancer du pancréas représente le cancer dont le pronostic est le plus défavorable, des facteurs pronostiques décrits dans la littérature conditionnent l'évolution de la maladie (5).

- Les facteurs liés au patient et au volume tumoral métastatique jouent un rôle pronostique majeur.
- L'altération de l'état général (PS \geq 2), un âge $>$ 65 ans, une albuminémie $<$ 35 g/L, une qualité de vie altérée, la présence de métastases synchrones et leur localisation hépatique, le nombre de sites métastatiques et un taux sérique élevé de CA 19-9 sont associés négativement à la survie.

Le taux de CA 19-9 apporte une information pronostique dans deux circonstances (Ballehaninna

& Chamberlain, 2012 ; Chiorean et al., 2016) :

- Au diagnostic, lorsqu'il est inférieur à 200 U/mL, il aide à prédire la résecabilité d'une tumeur ou, au contraire, s'il dépasse 1000 U/mL il suggère fortement son caractère métastatique.
- Suivi thérapeutique, sa négativation après chirurgie étant de bon pronostic, et sa diminution sous chimiothérapie ou radiothérapie, en faveur d'un contrôle tumoral satisfaisant.

Ainsi, la surveillance post-thérapeutique, clinique et paraclinique pourrait être nécessaire pour diagnostiquer précocement les récurrences (Tjaden et al., 2016; Tzeng et al., 2012). Elle s'appuie sur :

- Un examen clinique.
- Un dosage du taux de CA19-9 sérique s'il était élevé au diagnostic.
- Un scanner thoraco-abdomino-pelvien, tous les 3 mois pendant la période la plus à risque de récurrence (2-3 ans) puis selon un rythme plus espacé tous les 6-12 mois jusqu'à 5 ans.

Dans notre série, les deux patients avaient un âge inférieur à 65 ans au moment du diagnostic, avec un PS a 0, taux d'albumine normal qui correspondent aux données citées dans la littérature.

Conclusion

Le carcinome du pancréas est de loin la plus fréquente des tumeurs malignes pancréatiques, représente 90% des tumeurs solides du pancréas.

L'incidence a beaucoup augmenté au cours des 20 dernières années en France (11662 nouveaux cas/ an en 2012).

La chirurgie par résection duodéno-pancréatique pour les tumeurs céphaliques et une spléno-pancréatectomie gauche pour les tumeurs caudales.

En l'absence de chirurgie, quand celle-ci est contre-indiquée, la survie médiane est de 6-9 mois pour les tumeurs métastatiques, 9-12 mois pour les tumeurs localement avancées.

Survie améliorée grâce aux progrès de la chimiothérapie, l'amélioration des soins de support (prothèses, nutrition et gestion de la douleur...).

*Correspondance

Mehdi Essamlali

mehdi.essamlali3761@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Janvier 2021

1 : Service d'hépatogastro-entérologie Hôpital universitaire IBN ROCHD Casablanca, Maroc.

2 : Service d'hépatogastro-entérologie Hôpital de SAINT QUENTIN, France.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Tabernero J, Chiorean EG, Infante JR, et al. Prognostic Factors of Survival in a Randomized Phase III Trial (MPACT) of weekly nab-paclitaxel plus gemcitabine versus gemcitabine alone in patients with metastatic pancreatic cancer. *Oncologist* 2015;20:143–50.
- [2] A Drouillard, S Manfredi, C Lepage, A Bouvier. Épidémiologie du cancer du pancréas. *Bulletin du Cancer* Volume 105, Issue 1, January 2018, Pages 63-69
- [3] <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/20/2/143>. long - xref-ref-2-1Howlader N, Noone AM, Krapcho M et al. SEER cancer statistics review, 1975–2010. Available at http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/. Accessed September 30, 2014.
- [4] Wade TP, Kraybill WG, Virgo KS, et al. Pancreatic cancer treatment in the US veteran from 1987 to 1991: effect of tumor stage on survival. *J Surg Oncol* 1995;58:104–11
- [5] T. Conroy et al., 2011; Gourgou-Bourgade et al., 2013; Tabernero et al., 2015; Vernerey et al., 2015; Vernerey et al., 2016
- [6] Ta R et al. The Role of Staging Laparoscopy in Resectable and Borderline Resectable Pancreatic Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis *Dig Surg*. 2018 Apr 12. [Epub

ahead of print]

- [7] Conroy T et al. FOLFIRINOX versus Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer. *N Engl J Med* 2018, 20; 379: 2395-2406
- [8] Khorana AA et al. Potentially Curable Pancreatic Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017; 35: 2324-2328.
- [9] Tempero MA et al. Pancreatic Adenocarcinoma, Version 1.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology *J Natl Compr Canc Netw*. 2018. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pancreatic.pdf

Pour citer cet article :

M Essamlali, L Kabbage, CT Fabove, I Dadamessi. Bonne réponse thérapeutique de deux cas de cancers pancréatiques. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 25-28



Article original

Aspects épidémiologique, clinique et étiologique du carcinome hépatocellulaire au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry en Guinée.

Epidemiological, Clinical and etiological aspects of hepatocellular carcinoma at the University Hospital of Conakry, Guinea.

D Diallo*¹, K Diallo¹, TA Wann¹, AM Diallo², MM Diallo², AD Doumbouya¹, O Sow¹, BN Doumbouya¹, AAS Diallo¹, C Assi³

Résumé

Introduction : Le carcinome hépatocellulaire est la principale tumeur primitive maligne du foie, de découverte tardive en Afrique subsaharienne et dont la principale étiologie demeure l'hépatite virale B. **Objectif :** Décrire les aspects épidémiologique, clinique et étiologique des patients atteints de carcinome hépatocellulaire au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry en Guinée.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à partir des dossiers médicaux des patients hospitalisés de Janvier 2018 à Octobre 2020 dans le service de Médecine Interne du CHU de Conakry. Les variables épidémiologiques, cliniques et paracliniques permettant de décrire le carcinome hépatocellulaire ont été colligées.

Résultats : La prévalence du CHC était de 6,24 % (80/1281). Le sexe masculin était prédominant avec 80,2% des cas et l'âge moyen des patients était de 46,82 ± 14,21ans. L'altération de l'état général et la douleur de l'hypochondre droit étaient les principales circonstances de diagnostic dans respectivement 100% et 80,2% des cas. L'étiologie principale était l'infection virale B dans 74% des

cas. L'alphafoetoprotéine était supérieure à 400UI/ml dans 59% des cas. A l'échographie abdominale, le foie était multinodulaire dans 64,3% des cas avec envahissement portal dans 43,8% des cas.

La tomодensitométrie avait mis en évidence un foie hétéronodulaire dans 43,75%.

Conclusion : Le CHC est une affection fréquente en milieu hospitalier dans notre contexte avec l'infection virale B comme principale étiologie. Le diagnostic n'est pas aisé en l'absence d'imagerie dynamique dont le coût reste onéreux en Guinée. Il est découvert à un stade évolué avec des options thérapeutiques limitées.

Mots-clés : Carcinome hépatocellulaire-Épidémiologie-Clinique-Etiologie-Guinée.

Abstract

Background : Hepatocellular carcinoma is the most common primary malignant liver tumor, discovered at a late stage in sub-Saharan Africa and whose main etiology remains viral hepatitis B. **Objective :** To describe the epidemiological, clinical and etiological aspects of patients with hepatocellular carcinoma at the University Hospital Center of Conakry in Guinea.

Methodology: This is a retrospective study conducted from the medical records of patients hospitalized from January 2018 to October 2020 in the Internal Medicine Department of the University Hospital Center of Conakry. Epidemiological, clinical and paraclinical variables were collected to describe hepatocellular carcinoma.

Results: The prevalence of HCC was 6.24% (80/1881). Male sex was predominant with 80.2% of cases and the mean age of patients was 46.82 ± 14.21 years. Altered general condition and right hypochondrial pain were the main diagnostic circumstances in 100% and 80.2% of cases respectively. The main etiology was dominated by viral infection B in 74% of cases. Alphafoetoprotein was greater than 400 IU/ml in 59% of cases. Abdominal ultrasound, showed multinodular liver in 64.3% of cases with portal invasion in 43.8% of cases. CT scan revealed heteronodular liver in 43.75% of cases.

Conclusion: HCC is a common condition in our context, with viral infection B as the main etiology. Diagnosis is not easy in the absence of a dynamic image whose cost remains expensive in Guinea. It is discovered at an advanced stage where therapeutic option is limited.

Keywords: Hepatocellular carcinoma-Epidemiology-Clinical-Etiologic-Guinea

Introduction

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la principale tumeur primitive maligne du foie. Il survient le plus souvent chez les patients atteints de maladie chronique du foie au stade de fibrose sévère ou de cirrhose [1].

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est la troisième cause de décès par cancer dans le monde et la première cause de décès chez les patients atteints de cirrhose [2, 3]. Il constitue 70-90% des cancers primitifs du foie [4].

Dans les pays occidentaux, le bilan de suivi de la cirrhose permet un dépistage précoce du CHC, qui survient principalement chez les personnes âgées [1].

Par contre, en Afrique subsaharienne, le CHC reste encore une affection de découverte tardive au stade terminal. Il survient principalement chez les adultes jeunes dans notre contexte [5, 6, 7, 8].

En Afrique, ses étiologies sont dominées par les hépatites virales B ou C suivies de l'éthylisme chronique [7, 8, 9].

En Guinée, à notre connaissance il n'existe pas de données publiées sur le carcinome hépatocellulaire.

L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologique, clinique et étiologique des patients atteints de CHC au service de Médecine Interne du CHU de Conakry.

Méthodologie

Nous avons réalisé au sein du service de Médecine Interne du CHU de Conakry, une étude rétrospective allant de Janvier 2018 à Octobre 2020.

Tous les dossiers médicaux des patients hospitalisés dont le diagnostic retenu était un CHC ont été inclus. Le diagnostic de CHC était retenu devant un faisceau d'arguments : cliniques (une douleur à l'hypochondre droit, une hépatomégalie dure et douloureuse et une altération de l'état générale), échographique (apparition d'une ou de plusieurs lésions focales hépatiques) et/ou biologique (l'élévation de la valeur de l'alphafoetoprotéine de plus de 400UI/ml).

La tomodensitométrie abdominale n'était obtenue que chez un certain nombre de patients et mettait en évidence l'existence d'un ou de plusieurs nodules hyper vascularisés au temps artériel précoce avec lavage (Wash-out : hypodensité) à la phase portale ou à la phase tardive par rapport au parenchyme non-tumoral.

Les variables d'études étaient : épidémiologiques (l'âge, le sexe, la profession), cliniques (les circonstances de découverte, les antécédents, les signes cliniques, l'indice de performance de l'OMS), morphologiques (le scanner abdominal et/ou l'échographie hépatique) et biologiques (AgHBs, Ac anti HVC, l'hémoglobine, les plaquettes, la bilirubine, les transaminases, l'alphafoetoprotéine et

la créatinine)

Analyse des données : Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type ou en médiane et intervalle interquartile, celles qualitatives sous forme de pourcentage. Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS version 17.0.

Ethique et Déontologie : L'étude a été réalisée dans le respect de l'anonymat et conformément à la Déclaration d'Helsinki.

Résultats

Pendant la période d'étude sur les 1281 patients hospitalisés, nous avons enregistré 80 cas de CHC soit une fréquence hospitalière de 6,24 % (80/1281).

L'âge moyen de nos patients était de $46,82 \pm 14,21$ ans avec des extrêmes de 17 et 83 ans. On avait une nette prédominance masculine dans 80,2% des cas (sex ratio 4, 3).

La majeure partie de nos patients était des commerçants et des ouvriers dans respectivement 28,4% et 25,9% des cas. Les résultats épidémiologiques sont résumés dans le tableau I.

Les antécédents étaient une notion d'hépatopathie chronique non suivie chez 21 patients soit (25,9%), une hypertension artérielle dans 14,8% des cas et un diabète dans 7,4% des cas.

Le CHC était découvert dans un contexte évolué chez tous les patients. Les circonstances de découverte sont résumées dans le tableau II. Ils sont dominés par une altération de l'état général dans 100% des cas, une douleur de l'hypochondre droit chez 80,2% des cas, une ascite dans 69,1% des cas et un ictère dans 48,1% des cas.

L'examen physique a retrouvé un indice de performance de l'OMS stade 2 chez 56,8% des patients, suivie du stade 3 dans 29,6% des cas. Les signes cliniques les plus présents étaient une hépatomégalie d'allure tumorale chez 78 patients soit 96,3%, une ascite chez 61 patients soit 75,3% et une pâleur conjonctivale dans 69,1% des cas. Tableau II.

La principale étiologie était une hépatite virale B chez 39 patients sur les 53 ayant réalisé le bilan soit une

fréquence de 74%. L'hépatite virale C était retrouvée chez 3 patients sur les 22 ayant réalisé la sérologie soit 13,6% des cas. Le taux d'hémoglobine moyen était de $10 \pm 2,63$ g/dl et celui des plaquettes de 229621/mm³. On notait une cytolysse moyenne (ALAT) de 54 UI/ml avec des extrêmes de 10 et 301. Un taux d'alphafoetoprotéine supérieur à 400UI/ml était retrouvé dans 59% des cas. Les données biologiques sont résumées dans le tableau III.

L'échographie abdominale réalisée chez 73 patients a mis en évidence un foie multinodulaire chez 47 patients soit 64,3% des cas, une ascite dans 74% des cas et une thrombose porte dans 43,8% des cas.

Au scanner abdominal, réalisé chez 16 patients nous avons retrouvé un foie hétéronodulaire dans 43,75% des cas, une ascite dans 56,25% des cas et une thrombose porte dans 43,75% des cas. Les données échographiques et scannographiques sont résumées dans le tableau IV.

Dix patients sont décédés en cours d'hospitalisation soit 12,3% des cas.

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques de l'échantillon

Variables	Caractéristiques
Age moyen \pm écart-type	46,82 \pm 14,21
Sexe n (% homme)	65 (80,2)
Profession n (%)	
Fonctionnaire	7 (8,6)
Commerçant	23 (28,4)
Menagère	8 (9,9)
Ouvrier	21(25,9)
Cultivateur	7 (8,6)
Autres	14 (17,5)

Tableau II : Données cliniques

Variables	Effectif	Pourcentage
Circonstances de diagnostic		
Ascite	56	69,1
Œdème des membres inférieurs	32	39,5
Douleur à l'hypochondre droit	65	80,2
Ictère	39	48,1
Altération de l'état général	80	100
Hémorragie digestive	11	13,4
Autres	15	18,75
Antécédents		
Hypertension artérielle	12	14,8
Diabète	6	7,4
Alcoolisme	15	18,75
Tabagisme	24	30
Hépatopathie chronique	21	25,9
Signes cliniques n/N (%)		
Stade OMS		
1	6 24	7,4
2	24	29,6
3	4	4,9
4	46	56,8
Ictère	41	51,25
Pâleur conjonctivale	56	69,1
Hépatomégalie tumorale	78	96,3
Splénomégalie	26	32,1
Circulation veineuse collatérale	57	70,4
Ascite	61	75,3
OMI*	32	39,5
Hémorragie digestive	12	14,8
Encéphalopathie hépatique	11	13,6
Dénutrition	36	44,4
Déshydratation	34	42

*OMI : œdème des membres inférieurs

Tableau III : Données biologiques sanguines

Variabes	Moyenne ± ET / Médiane (Q1-Q3) /n/N (%)
AgHBs	39/53 (73,5)
Ac anti HVC	3/22 (13,6)
Taux d'hémoglobine en g/dl (n = 63)	10 ± 2,63
Plaquettes /mm ³ (n = 46)	229621 (20700 – 951000)
Aspartate aminotransférase sanguines en IU/ml (n =47)	54 (10 – 301)
Alanine aminotransférase (n=47) en UI/ml	55,23 (5 – 218)
Gamma glutamyl-transférase (n=11) en UI/l	142 (30-314)
Phosphatases alcalines (n=11)	190 (36-564)
Bilirubine totale en mg/l (n = 42)	25 (6-72)
Créatinine en micromole/l (n =46)	162 (60-1958)
Taux alpha foetoprotéine (n = 39)	
≤ 400 UI/ml	16 (41)
> 400 UI/ml	23 (59)

Tableau IV : Données morphologiques

Variabiles	Effectif	Pourcentage
Echographie n=73		
Nodules		
1	16	21,9
2	9	12,3
3 et plus	47	64,4
Ascite	54	74
Thrombose porte	32	43,8
Adénopathies	6	8,21
Scanner abdominal n=16		
Nodules		
1	6	37,5
2	3	18,75
3 et plus	7	43,75
Thrombose porte	7	43,75
Ascite	9	56,25
Endoscopie oeso-gastroduodénale n=11		
Varices œsophagiennes	8	72,7
Gastropathie d'hypertension portale	3	27,2

Discussion

Cette étude rétrospective portant sur une population de 1 281 patients hospitalisés dans le Service de Médecine Interne a retrouvé une prévalence de 6,24 % de carcinome hépatocellulaire. Cette prévalence est supérieure à celle de Soro et al. à Abidjan qui rapportaient une fréquence de 3,3% [7]. Elle est superposable à celle de Bouglouga et al. au Togo qui avaient retrouvé 5,1% [10].

Le sexe masculin était le plus atteint dans 80,2% des cas. Cette prédominance masculine a été retrouvée dans la plupart des études Africaines [6, 7, 8]. L'âge moyen de nos patients était de $46,82 \pm 14,21$ avec des extrêmes qui variaient entre 17 et 83 ans. L'âge jeune des patients retrouvé dans cette étude est comparable à la plupart des études Africaines [6, 7, 8, 9]. Il est décrit dans la littérature que le CHC survient fréquemment chez l'homme et croît de façon linéaire avec l'âge [11].

Dans notre série les commerçants et les ouvriers étaient les catégories socio-professionnelles les plus atteints dans respectivement 28,4% et 25,9% des cas. Ce résultat discordé avec celui de l'étude Togolaise dans laquelle les fonctionnaires étaient les plus

touchés par le CHC [10].

La principale circonstance du diagnostic était l'altération de l'état général dans 100% des cas suivie de la douleur à l'hypochondre droit dans 80,2% des cas. Ce résultat est identique à celui trouvé en Côte d'Ivoire par Kissi Anzouan-Kacou et al.[8].

La majorité des patients de notre étude étaient aux stades 2 et 3 de l'indice de performance de l'OMS dans respectivement 56,8% et 29,6% des cas. Ce résultat concorde avec les données rapportées par Kissi Anzouan-Kacou et al. qui retrouvaient 92,5% des patients au stade 2 et plus de l'OMS [8].

Dans notre série les principaux signes cliniques retrouvés à l'admission étaient l'hépatomégalie tumorale dans 96,3%, l'ascite dans 75,3%, les CVC dans 70,4% et la pâleur conjonctivale dans 69,1% des cas. L'altération de l'état général et l'hépatomégalie tumorale sont les principaux signes retrouvés dans la plupart des études Africaines [6, 8]. Ceci dénote de la découverte tardive du CHC dans notre contexte.

Les étiologies retrouvées étaient l'hépatite virale B dans 73,5% des cas, l'hépatite virale C dans 13,6% et l'étiologie éthylique dans 15 % des cas. L'hépatite virale B demeure la principale étiologie dans les autres études Africaines [8, 12]. En Afrique sub-saharienne l'infection virale B demeure le principal facteur de risque de survenue de CHC [13]. La coexistence entre le portage chronique de l'hépatite virale B et la survenue de CHC est une donnée décrite dans la littérature [14].

Dans notre étude 59% des patients avaient un taux d'alphafoetoprotéine > 400UI/ml. Ce résultat est superposable à celui trouvé par Bouglouga au Togo [10].

L'échographie abdominale réalisée chez 73 patients (91,2%) avait mis en évidence un foie multinodulaire dans 64,4%, une ascite dans 74% et une atteinte du tronc porte dans 43,8% des cas. Selon les recommandations, l'échographie abdominale ne doit être réalisée que pour le dépistage semestriel du CHC chez des patients porteurs d'une hépatite virale ou d'une cirrhose [15], cependant dans notre contexte Africain elle demeure un outil incontournable dans

notre pratique quotidienne. Le scanner abdominal qui constitue un des examens de référence pour le diagnostic du CHC n'a pu être réalisé que chez 16 patients soit un taux de 20%. Ce taux faible de réalisation est dû au cout élevé de ces examens d'imagerie dynamique dans notre pays. Le taux de réalisation du scanner abdominal dans ce travail était inférieur à celui de Kissi Anzouan Kacou en Côte d'Ivoire [8].

Cette imagerie dynamique a mis en évidence le Wash-out type des nodules hépatiques du CHC chez tous les patients, un envahissement portal dans 43,75% et une ascite dans 56,25% des cas. Le taux de thrombose portale dans notre étude est inférieur à celui de l'équipe Ivoirienne en 2017, mais superposable à celui du Togo en 2012 [8, 10].

Difficultés et limites :

-L'absence de réalisation d'une imagerie médicale dynamique dans la majorité des cas.

-L'indisponibilité du bilan biologique complet permettant de classer les patients selon le score pronostique Child-Pugh et BCLC.

Conclusion

Le carcinome hépatocellulaire est une affection relativement fréquente dans le milieu hospitalier Guinéen. Il atteint les adultes jeunes de sexe masculin dans la majorité des cas.

Sa confirmation n'est pas toujours aisée dans notre contexte. Il est découvert au stade tardif chez des patients en impasse thérapeutique. Sa principale étiologie demeure l'hépatite virale B. Ainsi, la sensibilisation, le dépistage et la vaccination contre l'hépatite virale B constituent la meilleure stratégie pour réduire le risque de survenue de cette redoutable affection.

***Correspondance**

Djenabou Diallo

djenaboutaran90@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Janvier 2021

- 1 : Service de médecine Interne, CHU de Conakry, Guinée
- 2 : Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Métabolique, CHU de Conakry, Guinée
- 3 : Service d'Hépto-gastroentérologie, CHU de Cocody Côte D'Ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Fartoux L, Desbois-Mouton C, Rosmorduc O. Carcinome hépatocellulaire : épidémiologie, physiopathologie et diagnostic. *EMC Hépatologie* 2009 ;7-038-A-18.
- [2] Bosch FX, Ribes J, Cleries R, Diaz M. Épidémiologie du carcinome hépatocellulaire. *Clin Liver Dis.* 2005 ; 9 (2) : 191–211.
- [3] Jemal A, Bray F, Centre MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Statistiques mondiales sur Le cancer. *CA Cancer J Clin.* 2011; 61 (2): 69–90.
- [4] Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating The World Cancer Burden : Globocan 2000. *Int J Cancer.* 2001 ;94(2) :153–6.
- [5] Ntagirabiri R, Munezero B, Kaze H et al. Incidence of hepatocellular carcinoma in chronic infection with hepatitis B. *Pan Afr Med J.* 2015; 20 :167.
- [6] Nikiema Z, Sawadogo A, Kyelem C.G et al. Carcinomes hépatocellulaires en milieu africain burkinabè: Contribution de l'échographie à propos de 58 cas. *The Pan African Medical Journal* 2010 ; 7-10.
- [7] Soro D, Diallo D, Ndjitoyap Ndam et al. Clinical and etiological epidemiological profil of HCC on cirrhosis in an ivory cost hospital. *Afrique Biomédicale* 2015 ; 20, 4 :2414-2441.
- [8] Kissi Anzouan-Kacou HY, Kouamé DH, Fanou DC, Doffou SA, Ndri-Yoman TA. Clinical and diagnosis aspects of hepatocellular carcinoma in Côte d'Ivoire. *Rev int sc méd* 2017 ;19,3 :179-184.

- [9] Dong Yang Y, Mohamed AE, Ashraf AAO, et al. Characteristics, management, and outcomes of patients with hepatocellular carcinoma in Africa: a multi country observational study from the Africa Liver Cancer Consortium. *Lancet GastroenterolHepatol* 2016.
- [10] Bouglouga O, Bagny A, Lawson-Ananissoh LM, Djibril MA, Redah D, Agbeta A. La prise en charge du carcinome hépatocellulaire progresse-t-elle en Afrique noire ? *Rev Méd Madagascar* 2012 ; 2(3) : 176-179
- [11] Benhamou JP, Erlinger S. Maladies du foie et des voies biliaires. Paris : *Medicine-Sciences Flammarion*, 2000.
- [12] Police SMC, Service G, Boua-Akelelo NP et al. The Epidemiological, Clinical, Biological and Morphological Characteristics of Primitive Liver Cancers in Bangui. *Open Journal of Gastroenterology* 2020 ;10, 97-105.
- [13] Fares N, Péron JM (2013) Epidemiology, Natural History, and Risk Factors of Hepatocellular Carcinoma. *La Revue du Praticien* 2013 ; 63, 216-7, 220-2.
- [14] Blumberg BS, Larouze B, London WT, Werner B, Hesser JE, Millman I, Saimot G, Payet M. The relation of infection with the hepatitis B virus to primary hepatic carcinoma. *Am J Pathol.* 1975 ;81(3) :669–82.
- [15] Gkouvatsos K, Goossens N, Spahr L, Negro F. Hépatite B : nouvelles recommandations de prise en charge. *Rev Med Suisse* 2017; 13: 1458-63.

Pour citer cet article :

D Diallo, K Diallo, TA Wann, AM Diallo, MM Diallo, AD Doumbouya et al. Aspects épidémiologique, clinique et étiologique du carcinome hépatocellaire au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry en Guinée. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 29-35



Article original

Les méthodes contraceptives au Centre de Sante de Référence de la Commune I du District de Bamako

Contraceptive methods in a Referral Health Center in Commune I of the District of Bamako

MB Coulibaly*¹, A Traoré¹, MA Camara³, ML Dakouo⁴, M Bagayogo², MD Soumaré², A Sangaré¹,
D Koné², N Mounkoro⁵, I Tégoué⁵, Y Traoré⁵, M Touré¹

Résumé

La prévalence contraceptive moderne est faible au Mali et se bute à des obstacles socio culturels. La commune I de Bamako à travers son Centre de Santé de Référence (C.S.Réf) n'est pas en marge de cette faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ce constat a suscité en nous la présente étude qui avait pour objectif d'évaluer l'utilisation des différentes méthodes contraceptives modernes au niveau de ce centre.

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective et prospective qui avait été réalisée dans le C.S.Réf de la commune I de Bamako sur une période de 18 mois (1er Janvier 2017 au 30 juin 2018). Elle avait porté sur 200 clientes en âge de procréer, qui ont été servies par onze (11) prestataires de services de la planification familiale (gynécologues, sage-femme, infirmières).

La tranche 20-34 ans était la plus représentée 78% avec un âge moyen de 28,05±7 ans. Les clientes non scolarisées représentaient 30% et 73% de nos clientes étaient des femmes mariées. La méthode contraceptive injectable concernait 46,5% de nos clientes. Le spotting (48,5%) et l'opposition du conjoint (35%) étaient les causes les plus fréquentes d'abandon des méthodes. La satisfaction après la dispensation des méthodes était évaluée à 95,5%. Les sages-femmes

étaient les prestataires majoritaires avec 72,7%. Le BERCCER/counseling et les autres étapes de dispensation des méthodes étaient de rigueur.

Conclusion : Les méthodes les plus simples et moins contraignantes comme les injectables sont les plus utilisées. Cependant les contre-indications peuvent limiter leurs utilisations. Les motifs d'abandon de la planification restent le spotting et l'opposition du conjoint.

Mots-clés : Planification Familiale, C.S.Réf, Commune I de Bamako.

Abstract

The modern contraceptive prevalence is low in Mali and comes up against socio-cultural obstacles. The commune I of Bamako through its Reference Health Center (.Ref. H.C) is not on the fringes of this low use of modern contraceptive methods. This observation gave rise to the present study which aimed to assess the use of different modern contraceptive methods at this center. This was a retrospective and prospective description which had been produced in the Ref. H.C of the commune I of Bamako over a period of 18 months (January 1, 2017 to June 30, 2018). It involved 200 clients of reproductive age, who were served by eleven (11) family planning service

providers (gynecologists, midwives, and nurses). The 20-34 age group was the most represented 78% with an average age of 28.05 ± 7 years. Out-of-school clients represented 30% and 73% of our clients were married women. The injectable contraceptive method concerned 46.5% of our clients. Spotting (48.5%) and spousal opposition (35%) were the most common causes of discontinuation. Satisfaction after dispensing the methods was evaluated at 95.5%. Midwives were the majority providers with 72.7%. BERCER / counseling and other steps in dispensing the methods were required.

Conclusion: The simplest and least restrictive methods like injectables are the most used. However, contraindications can limit their uses. The reasons for abandoning planning remain spotting and opposition from the spouse.

Keywords: Family Planning, Réf H.C, Commune I of Bamako.

Introduction

La planification familiale (PF) est un pilier majeur des soins de santé reproductive qui peut être dispensée avant la grossesse, immédiatement après l'accouchement et pendant la première année suivant l'accouchement [1].

En 2015, les estimations globales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont révélé que 303 000 femmes dans le monde, âgées de 15 à 49 ans, meurent chaque année, suite aux complications de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches et notait 26 à 53 millions d'avortements pratiqués [2].

Près de 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement, l'Afrique Subsaharienne représentant à elle seule 66% [3, 4]. Au Mali la mortalité maternelle est de 464 décès par an selon l'enquête démographique de santé (EDSMV) [5].

L'utilisation des méthodes modernes de contraception est un atout pour freiner ou réduire considérablement cette forte mortalité maternelle. [4]. La prévalence contraceptive est plus de 70% dans les pays développés

comme la France, les Etats Unis, l'Allemagne. [1] Elle est de 25 % pour l'Afrique ou on enregistre le plus grand taux de mortalité maternelle [1] Cette situation a attiré de plus en plus l'attention des pouvoirs publics sur la maîtrise du mouvement naturel de la population, qui constitue depuis quelques années un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en développement [4].

Le Mali à cause du taux bas de planification familiale 9,9% et une mortalité maternelle de 464 décès annuels selon l'enquête démographique de santé (EDSMV) [5] ; ce constat a suscité en nous d'initier le présent travail sur l'utilisation des méthodes de contraceptions au niveau du centre de référence de la commune I du district de Bamako.

Méthodologie

Il s'agissait d'une descriptive rétrospective et prospective qui avait été réalisée dans le centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako pour une durée de 18 mois allant du 1er Janvier 2017 au 1er juin 2018 qui avait porté sur 11 prestataires de services de planification familiale et 200 clientes en âge de procréer chez qui une méthode contraceptive avait été dispensée.

Le centre de référence de la commune I du district de Bamako est une structure de 2ème référence couvrant une population de 411586 habitants en 2018 située l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

L'étude avait porté sur deux groupes de population :

- Les prestataires de services
- Les utilisatrices (clientes) en âge de procréer (13 –45 ans)

Nous avons procédé à une observation non participante des prestataires et un questionnaire avait été élaboré à l'attention des clientes et des prestataires.

Les observations ont porté sur les inters relations entre les clientes de la PF et les prestataires aussi sur les techniques de dispense des méthodes de PF.

Les méthodes disponibles au cours de l'étude étaient : la pilule, les implants, l'injectable, le dispositif intra

utérin (DIU) le condom et les spermicides.

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS Statistics 23.0 La saisie était faite sur Microsoft Word 2013

Résultats

L'étude était portée sur 200 clientes et 11 prestataires du Centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

La tranche 20-34ans était la plus utilisatrice de méthodes soit 78% avec un âge moyen de 28,05± 7,53. Les non instruites représentaient 30%. Les femmes mariées représentaient 73%. La majorité des clientes était des monogames 50,7% vivant. Les clientes ayant 2-4 enfants vivant étaient les plus représentées soit 41,5% et 92% avaient au moins un enfant.

La méthode la plus utilisée était les injectables soit 46,5%. (tableau I). Ce contraceptif injectable avait été la méthode la plus utilisée pour les clientes âgées de 20-34ans soit 74%.

La proportion des clientes pouvant citer plusieurs méthodes était de 60%. Les pancartes de PF avaient orienté 91% des clientes. Les anciennes clientes représentaient 59%. L'antécédent de s clientes césarisées était de 66,3%. Le taux d'utilisation de la méthode contraceptive avant 12 mois après l'accouchement a été constaté chez 57,04% des clientes. Une grossesse était survenue chez 3% des clientes utilisant la pilule. Le spotting était la cause la plus fréquente d'abandon des méthodes avec 48,5% ; suivi de l'opposition du mari avec 35,5%(Tableau II). Le manque d'information avait été un frein à l'utilisation des méthodes de familiale soit 81,8%.

Le manque d'obtention de consentement du partenaire pour l'utilisation de la méthode avait été constaté chez 35 % des clientes. Le manque d'information était un frein à l'utilisation des méthodes dans 81,8%. La majorité des clientes affirmait que le temps d'attente était long 82,5%. Les sages-femmes étaient les prestataires majoritaires 72,7%. Le BERCER counseling et les étapes de dispense des méthodes étaient exécutés à 100% par les prestataires. (Tableau

III). Les principales sources d'information sur les méthodes de PF étaient le personnel médical et les amis ou voisins avec 42 et 26%. La satisfaction après la dispense de la méthode avait été notée chez 95, 5% des clientes.

Tableau I : Le taux d'utilisation de chaque méthode.

Méthodes	Effectifs	Pourcentages
Pilule	54	27
Injectable	93	46 ,5
DIU	12	6
Implant	31	15,5
LRT	2	1
Préservatif	5	2,5
Collier du cycle	3	1,5
Total	200	100

Tableau II : Répartition des utilisatrices de méthode contraceptive en fonction des raisons d'abandon d'une méthode.

Raison d'abandon	Effectif	Pourcentage
Retard des règles	19	9,5
Opposition du mari	71	35,5
Spotting	97	48,5
Désir de grossesse	13	6,5
Total	200	100

Tableau III : Répartition des prestataires selon les normes, leur attitude en fonction de l'exécution du BERCER Counseling.

Counseling	Oui	Non
Bienvenue	200	0
Entretien avec la cliente	200	0
Renseignement sur les méthodes	200	0
Choix de la méthode appropriée	200	0
Explication sur la méthode choisie et suivie	200	0
Rendez-vous et suivi	200	0
Total	200	0

Discussion

Dans les pays en développement, environ 214 millions de femmes en âge de procréer (15-49 ans) avaient un besoin non satisfait de contraception moderne en 2017, soit 84% de toutes les grossesses non désirées [6].

Le Mali n'est pas en marge de ce constat car le taux de prévalence contraceptive est moins de 10% selon l'enquête démographique de santé (EDSMV) [5]. L'EDSV expliquait cette faiblesse en faisant une corrélation avec le taux de scolarisation des filles inférieur à 10%, une mauvaise répartition des agents qualifiés de santé et aussi par la non couverture de plus 30% des besoins en obstétrique. [5]

Cette étude avait permis de répondre à un certain nombre de préoccupations concernant la Planification Familiale au Mali et en particulier au niveau du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

La tranche d'âge 20 à 34 ans était la dominante avec 78% l'âge moyen était de 28,05 ans avec des extrêmes de 13 et 45 ans. Kodjobe N [7] et collaborateurs avaient trouvé que 74% des femmes étaient âgées de plus de 30 ans en 2001 au Bénin. Une étude de l'UNFPA réalisée au Burkina Faso en 2014 notait que 60% des femmes mariées-ménagères utilisant la planification familiale avaient moins de 30 ans [8]. Au cours de notre étude 59% était des anciennes clientes de planification familiale contre 41% de nouvelles clientes. L'antécédent de césarienne a été retrouvé chez 66,3% des clientes. Ce taux de 66,3% s'expliquait par l'impact du counseling et la dispense des méthodes immédiatement en post césarienne ; mais aussi la crainte d'être césarisée dans un bref délai. Ce counseling faisait d'un protocole de l'unité de planification familiale du centre.

La méthode la plus utilisée au moment de cette étude était l'injectable 46,5% suivie de la pilule 27%, les Implants 15,5%, le DIU 6%, le préservatif 2,5%, la méthode du collier 1,5%. Ce contraceptif injectable avait été la méthode la plus utilisée pour les clientes âgées de 20-34 ans soit 74%. Ces clientes affirmaient

que cette méthode était simple, plus discrète, sans cicatrice visible sur le corps, d'utilisation facile avec très peu d'observance thérapeutique.

Ce résultat était légèrement différent de celui de l'EDSMV [5] qui trouvait qu'en milieu urbain les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées par les femmes étaient la pilule avec 7,2 %, les injectables 6,5 % et les implants 5,9%. Nous avons expliqué cette différence par le fait que les méthodes de planification familiale sont directement conseillées après les accouchements.

Le statut matrimonial a une grande influence sur le choix de la méthode, ainsi que le niveau d'instruction. Les clientes non instruites représentaient 30% et 26,5% avaient au moins un niveau d'étude fondamentale ; l'EDSMV [5] trouvait 5 % de non instruites et 11 % avec un niveau fondamental. Le taux de prévalence contraceptive était faible pour les femmes sans enfants 8%, tandis qu'il était de 92% chez les clientes ayant au moins un enfant vivant. Nous avons constaté que plus les clientes ont beaucoup d'enfants plus elles utilisent les méthodes de planification familiale ; c'est pourquoi les clientes ayant 2-4 enfants vivants étaient les plus représentées soit 41,5%.

Toutes les femmes 100% pouvaient citer au moins une méthode contraceptive moderne contre 85 % signalé par l'EDSMV [5] et 94% selon EDS-MICS en 2012 en République de Côte d'Ivoire [9]. Les raisons d'abandon des méthodes étaient les troubles du cycle par spotting dans 48,5% l'opposition du mari dans 35,5% ; alors qu'Adohinzin C et al, [10] au Burkina notaient surtout les effets secondaires dans 34,7% et l'opposition du mari dans 3,9%.

Au cours de notre étude l'opposition du mari à l'utilisation des méthodes s'expliquerait par le fait du contexte socioculturel surtout l'esprit de phalocratie des hommes au Mali comme dans la plupart des pays africains. La majorité des clientes affirment que le temps d'attente était long 82,5% alors que Kodjobe N [7] rapportait 60% au Bénin. Dans notre étude les formations sanitaires étaient la principale source d'information dans 42% tandis que Matungulu et al [11] à Mumbunda en République Démocratique du

Congo en 2015, rapportaient 75,6%. La satisfaction après la dispense de la méthode avait été notée chez 95, 5% des clientes.

Conclusion

L'utilisation des méthodes contraceptives au niveau du centre de référence de la commune I du district de Bamako était butée à des obstacles qu'il faut surmonter par une meilleure implication des différents acteurs. Il faudra insister sur la formation continue qui permettra d'aboutir à l'administration de méthodes appropriées et non nocives.

Consentement

Pour ce travail nous avons reçu pour les adultes, le consentement de la patiente celui du chef de service et du directeur de l'hôpital du Mali, aussi le médecin chef et le chef de service de gynéco-obstétrique de la commune I du district de Bamako.

*Correspondance

Mamadou Bakary Coulibaly

mbccolby1@yahoo.com

Disponible en ligne : 14 Janvier 2021

- 1 : Service de gynécologie l'hôpital du Mali.
- 2 : Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako.
- 3 : Service d'imagerie médicale l'hôpital du Mali
- 4 : Population service international –Mali PSI/MALI.
- 5 : Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Gabriel TOURE.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Organisation Mondiale de la Santé (OMS); Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). Stratégie de programmation pour la planification familiale du post-partum. Genève. 2014.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Mortalité maternelle. Genève: 2016. Aide-mémoire N°348. Consulté le 12 Janvier 2017.
- [3] World Health Organisation (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Genève: 2015. Consulté le 6 Novembre 2016.
- [4] UNICEF, WHO, World Bank Group, United Nations Population Division. Levels & Trends in Child Mortality: Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Report 2015.
- [5] EDSM V: Enquête démographique et de santé au Mali en 2012-2013
- [6] Singh S, Darroch JE et Ashford LS. Adding it Up: Les coûts et les avantages de l'investissement dans la santé sexuelle et reproductive 2017. New York: Institut Guttmacher et UNFPA. Disponible à : <https://www.guttmacher.org/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>, consulté le 14 janvier 2018. African Journal of Reproductive Health March 2018; 22 (1):18
- [7] Kodjogbe N. Enquête démographique sur la santé au Bénin 2ème édition, 2003.
- [8] UNFPA. Adolescent Pregnancy a Review of the Evidence 2013. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf Accessed: 22 October.
- [9] EDS-MICS: Enquête Démographique de Santé à Indicateurs Multiples République de Côte d'Ivoire 2012.
- [10] Adohinzin Clétus Come Yélian, Abdramane BERTHE, Nicolas MEDA, Adrien Marie Gaston BELEM, Georges Anicet OUEDRAOGO, Boubacar NACRO, Laurence FOND-HARMANT et Issiaka SOMBIE: Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à

24 ans

[11] Matungulu C, Kandolo S, Mukengeshayi A, Nkola A, Mpoyi D, Mumba S : Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan African Medical Journal. 2015; 22: 239.

Pour citer cet article :

MB Coulibaly, A Traoré, MA Camara, ML Dakouo, M Bagayogo, MD Soumaré et al. Les méthodes contraceptives au Centre de Santé de Référence de la Commune I du District de Bamako. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 36-41



Cas clinique

La dissémination métastatique précoce après néphro-urétérectomie chez une femme marocaine suivie pour tumeur de la voie excrétrice supérieure (TVES)

Premature metastases post nephro-ureterectomy in a Moroccan woman managed for a tumor of the superior excretory tract

R Onana*¹, G Akimana¹, A Melang², C Sanama³, C Matcheng⁴, P Owo'n⁵, H Errihani¹

Résumé

Les tumeurs de la voie excrétrice supérieure (TVES) sont une entité nosologique à part, soit environ 5 % de l'ensemble des carcinomes urothéliaux. Il s'agit d'une entité proche des carcinomes urothéliaux de vessie mais avec des particularités épidémiologiques, moléculaires et pronostiques. Elles prédominent chez le sujet de sexe masculin au-delà de soixante ans et posent des problèmes diagnostique, thérapeutique (chirurgie radicale ou conservatrice) et pronostique. Nous rapportons un cas de TVES chez une femme marocaine âgée de 62ans, diagnostiquée à un stade localisé, opérée par néphro-urétérectomie totale mais, ayant présenté une rechute multimétastatique après 3mois d'évolution. À travers cette observation, nous insistons sur l'influence des facteurs pronostiques pré-opératoires et post-opératoires.

Mots-clés : Tumeur de la voie excrétrice supérieure (TVES) ; carcinomes urothéliaux ; facteurs Pronostiques.

Abstract

Upper excretory pathway tumours (ESTS) are a separate nosological entity, about 5% of all urothelial carcinomas. It is an entity close to urothelial bladder

carcinomas but with epidemiological, molecular and prognostic peculiarities. They predominate in male subjects over the age of sixty and pose diagnostic, therapeutic (radical or conservative surgery) and prognostic problems. We report a case of TVES in a 62-year-old Moroccan woman, diagnosed at a localized stage, operated by total nephro-ureterectomy but, having developed a multimetastatic relapse after 3 months of evolution. In this observation, we emphasize the influence of pre-operative and post-operative prognostic factors.

Keywords: Tumor of the Upper Excretory Tract (TVES); Urothelial carcinomas; Prognostic factors.

Introduction

Les TVES représentent 5 % des carcinomes urothéliaux avec une incidence d'environ 1/100 000 habitants/an [1-3]. Le pic d'incidence des TVES est compris entre 70 et 90 ans avec un ratio homme/femme de 1,5 à 2,8 pour 1 [3]. La localisation est pyélocalicielle dans 50 à 59 % des cas. La multifocalité est retrouvée dans 7 à 23 % [3]. Les TVES sont diagnostiquées à un stade invasif dans 60 % des cas avec une incidence

des formes de haut grade en augmentation sur les 30 dernières années [3]. La néphrourectomie totale (NUT) avec excision d'une collerette vésicale péri-méatique est le traitement chirurgical de référence des TVES de haut risque, indépendamment de la localisation de la tumeur dans la VES [4]. Ces tumeurs ont fait l'objet de multiples controverses surtout en termes de stratégie thérapeutique. Nous rapportons une nouvelle observation en discutant l'ensemble des facteurs pronostiques à la lumière des données actualisées de la littérature.

Cas clinique

Madame L.A est une patiente de 62ans, hypertendue connue stable sous ARA II, aux antécédents de carcinome canalaire infiltrant du sein traité en 1998 par mastectomie-chimiothérapie-radiothérapie-hormonothérapie et restée en bon contrôle.

Elle a consulté en janvier 2017 pour épisodes d'hématuries totales intermittentes associées à des douleurs lombaires en contexte d'altération de l'état général.

L'Uro-scanner a retrouvé une hydronéphrose droite avec un aspect tissulaire du pyélon en faveur d'une tumeur de la voie excrétrice supérieure. Le scanner thoraco-abdominal n'a pas montré de localisations secondaires. La cystoscopie était normale.

La patiente a bénéficié d'une néphro-urétérectomie totale par voie ouverte en octobre 2017. Le curage ganglionnaire n'a pas été réalisé. Fig1

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un carcinome urothélial de haut grade de la voie excrétrice supérieure, classé pT3NxMx avec présence d'embolies vasculaires et d'engainements péri-nerveux. Les limites chirurgicales étaient non tumorales.

Aucun traitement adjuvant n'a été institué et un scanner TAP de contrôle a été demandé. La patiente a été revue 3mois après la chirurgie.

Le scanner TAP de contrôle a révélé des localisations secondaires pulmonaires, ganglionnaires, hépatiques et osseuses. La biopsie pulmonaire a confirmé

l'origine urologique des métastases.

La patiente a reçu une chimiothérapie de première ligne type gemcitabine- cisplatine et a progressé après 6 cures. Ensuite, 4 cures de doxorubicine en deuxième ligne suivie d'une progression lésionnelle. Enfin, 3 cures de paclitaxel en troisième ligne dont la dernière en Février 2020. La chimiothérapie a été arrêtée vu du rapport bénéfice / risque en contexte de la pandémie à Covid 19.

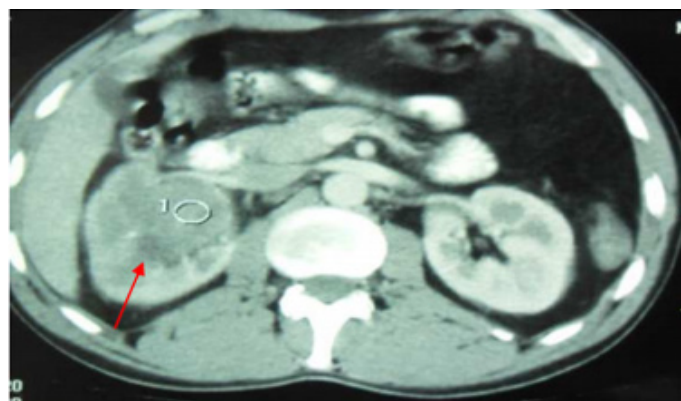


Figure 1 : Uroscanner avec injection (C+) en coupe axiale montrant un processus tumoral envahissant le bassinet droit sous forme d'une hypodensité hétérogène avec hydronéphrose.

Discussion

La classification histologique et le grade tumoral OMS 2016 des TVES sont identiques à celles des tumeurs de vessie [5]. Ces tumeurs sont des carcinomes urothéliaux dans plus de 95 % des cas [6]. Il est aujourd'hui proposé de différencier les TVES de bas risque et de haut risque afin d'envisager un traitement conservateur dans les tumeurs de bas risque et un traitement radical pour les tumeurs de haut risque [7]. On distingue les facteurs pronostiques pré-opératoires et les facteurs pronostiques post-opératoires.

Les TVES haut risque sont définies par les éléments suivants : présence d'une hydronéphrose, ou de haut grade sur biopsie, ou haut grade cytologique, ou résection potentiellement incomplète du traitement conservateur, ou aspect infiltrant en imagerie, ou maladie multifocale [7].

Dans le cadre de notre observation, on note la présence d'une hydronéphrose, du haut grade sur la biopsie et

un aspect infiltrant en imagerie.

D'autres facteurs pronostiques péjoratifs sont utiles même s'ils n'ont pas été intégrés directement dans la stratification préopératoire [7] : localisation urétérale, architecture tumorale sessile, protéine C réactive élevée, ratio polynucléaires neutrophiles/lymphocytes > 3,0, délais opératoire supérieur à 3 mois, indice de masse corporel élevé ou très faible score.

Nous notons un délai opératoire long (10mois) entre la symptomatologie initiale et la chirurgie chez notre patiente.

Les facteurs pronostiques après traitement radical sont essentiellement anatomopathologiques. Le stade et le grade de la tumeur sont les facteurs principaux. La présence d'un grade histologique élevé est un élément défavorable pour la survie spécifique dans le sous-groupe des lésions pTa. Pour les lésions pT3 pyélocalicielles, l'invasion macroscopique du parenchyme rénal et de la graisse péri-pyélique pourraient être des éléments de mauvais pronostic en comparaison à la seule invasion microscopique du parenchyme. Les embolies lymphovasculaires tumorales sont un préalable à l'envahissement ganglionnaire, à la libération de cellules cancéreuses circulantes et à la formation de métastases. Ils constituent un facteur pronostique défavorable même en l'absence d'envahissement ganglionnaire. L'envahissement ganglionnaire est un facteur péjoratif de survie (en cas de statut pN+ ; survie spécifique à 5 ans = 35 à 40 %) . Le pronostic est aggravé en cas d'extension extranodale. La présence d'une marge chirurgicale positive est un élément défavorable après NUT. Le pathologiste doit rapporter ce facteur au niveau de la section urétérale, de la collerette vésicale et du tissu au pourtour de la tumeur. Autres facteurs pronostiques anatomopathologiques péjoratifs : présence de CIS concomitant, présence d'une nécrose tumorale, multifocalité et localisation urétérale. Marqueurs moléculaires : les patients avec une forte instabilité intratumorale des microsatellites (statut MSI High) ont une meilleure survie spécifique [7].

Nous pouvons énumérer chez notre patiente, les facteurs péjoratifs suivants : le haut grade tumoral ; le

stade pT3 et la présence d'embolies vasculaires.

Le curage ganglionnaire associé à la NUT permet une meilleure stratification, guide la prise en charge thérapeutique (chimiothérapie adjuvante) et pourrait améliorer la survie. Il est indiqué en cas de TVES infiltrante. Le nombre de ganglions nécessaires pour déterminer avec précision le statut ganglionnaire d'un patient a été évalué de 8 à 13 [8]. L'absence de curage ganglionnaire chez notre patiente constitue un facteur de mauvais pronostic.

Les TVES sont considérées comme des tumeurs chimiosensibles. La chimiothérapie néo-adjuvante est le concept avec le rationnel le plus solide dans les TVES. En effet il existe un risque non négligeable de ne pas pouvoir administrer la chimiothérapie après NUT. Il est recommandé d'administrer une chimiothérapie adjuvante en cas de tumeur (PT2-T4 N0-3 M0) après NUT dans un délai de 90 jours .Le taux de récurrence vésicale après NUT est de l'ordre de 40 %. Une instillation postopératoire précoce de chimiothérapie intravésicale (IPOP) permet de réduire ce risque [9]. Dans le cadre de notre cas clinique, la patiente n'a pas reçu de traitement adjuvant.

Concernant les risques de dissémination métastatique après NUT, Mazeman rapporte 14,5% de métastase à distance chez 172 patients opérés d'une tumeur G3 [10]. Il précise également que 37,6% des 128 patients ayant eu une évolution métastatique, l'ont eu dans un délai inférieur à 6 mois et 58% dans un délai inférieur à 1 an. L'association métastatique la plus fréquente étant hépatique et pulmonaire.

Dans une série multi-centrique des 116 patients traités par NUT avec une médiane de suivi de 25 mois (3-93), El Fettouh [11] rapporte 9,4% (11/116) de métastases à distances. Elles apparaissent en moyenne 13 (\pm 7,6) mois après la chirurgie. Trente sept pour cent (6/16) des tumeurs pT3 développent des métastases et 21% (7/34) des tumeurs de grade 3. La survie spécifique à 2 ans des tumeurs pT3 est de 77%. Elle est de 80% pour les tumeurs de grade 3.

À la lecture de ces séries, il ressort que les TVES pT3 G3 restent des tumeurs de très mauvais pronostic avec un risque de dissémination métastatique qui

varie entre 15 et 60%. Dans tous les cas, les métastases apparaissent en moyenne dans l'année qui suit l'intervention. Notre observation se situe cependant dans la borne inférieure du délai d'apparition des métastases.

Conclusion

Les TVES sont rares, elles touchent avec prédilection l'homme adulte au-delà de la soixantaine. La multifocalité est fréquente, et l'uroscanner couplé à l'endo-urologie constituent la clé du diagnostic. La néphro-urétérectomie reste le traitement de référence dans les formes à haut risque. Il est important de tenir compte des facteurs pronostiques afin d'éviter des rechutes précoces et un impact défavorable sur la survie. Notre cas témoigne de l'intérêt de la collaboration multidisciplinaire entre Urologues et Oncologues afin de définir de meilleures stratégies thérapeutiques dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et ont approuvé la version finale.

*Correspondance

Remy Onana

onanaremy@yahoo.fr

Disponible en ligne : 14 Janvier 2021

- 1 : Service d'Oncologie Médicale, Institut National d'Oncologie, Rabat, Maroc.
- 2 : Service d'Urologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc.
- 3 : Service de Néphrologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc.
- 4 : Service d'Anesthésie- Réanimation, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc.

5 : Service d'Urologie, Centre Hospitalier et Universitaire, CHU IBN SINA, Rabat, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Pineros M, et al. Cancer Incidence in Five Continents, vol X. Lyon: le CIRC; 2013.
- [2] Visser O, Adolfsson J, Rossi S, Verne J, Gatta G, Maffezzini M, et al. Incidence and survival of rare urogenital cancers in Europe. *Eur J Cancer* 2012;48(4):456-64.
- [3] Ouzzane A, Roupret M, Leon P, Yates DR, Colin P. Epidemiology and risk factors of upper urinary tract tumors: literature review for the yearly scientific report of the French National Association of Urology. *Prog Urol* 2014;24(15):966-76.
- [4] Roupret M, Babjuk M, Comperat E, Zigeuner R, Sylvester RJ, Burger M, et al. European Association of Urology guidelines on upper urinary tract urothelial cell carcinoma: 2015 update. *Eur Urol* 2015;68(5):868-79.
- [5] Moch H, Cubilla AL, Humphrey PA, Reuter VE, Ulbright TM. WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs. *Eur Urol* 2016;70(1):93—105, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.02.029> [4th ed, IARC ed].
- [6] Varinot J, Colin P, Roupret M, Leroy X, Comperat E. Pathologic analysis of upper tract urothelial carcinomas: state of the art review for the yearly scientific report of the French National Association of Urology. *Prog Urol* 2014;24(15):954-65.
- [7] Colin P, Irani J, Drouin SJ, Shariat SF, Roupret M. Prognostic factors of upper tract urothelial carcinomas and impact on survival: a systematic review for the yearly scientific report of the French National Association of Urology. *Prog Urol* 2014;24(15):1000-10.
- [8] Neuzillet Y, Colin P, Phe V, Shariat SF, Roupret M. Surgical treatment of upper tract urothelial carcinomas by nephroureterectomy: state of the art review for the yearly

scientific report of the French National Association of Urology. *Prog Urol* 2014;24(15):1021-9.

- [9] Audenet F, Roupret M, Houede N, Colin P. Non-surgical treatment modalities available for the treatment of upper tract urothelial carcinomas: state-of-the-art review for the yearly scientific report of the French National Association of Urology. *Prog Urol* 2014;24(15):1030-40.
- [10] Mazeman E. : Tumours of the upper urinary tract calyces, renal pelvis and ureter : 1118 cases. *Eur. Urol.*, 1976 ; 2 : 120-129.
- [11] El Fettouh H.A., Rassweiler J.J., Schulze M., Salomon L., Allan J., Ramakumar S., Jarret T., Abbou C.C., Tolley D.A., Kavoussi L.R., Gill I.S. : Laparoscopic radical nephroureterectomy : Results of an international multicenter study. *Eur. Urol.*, 2002 ; 42 : 447-452.

Pour citer cet article :

R Onana, G Akimana, A Melang, C Sanama, C Matcheng, P Owo'n et al. La dissémination métastatique précoce après néphro-urétérectomie chez une femme marocaine suivie pour tumeur de la voie excrétrice supérieure (TVES). *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 42-46



Cas clinique

La tuberculose épididymo-testiculaire au CHU de Kamenge à propos d'un cas

Epididymo-testicular tuberculosis at Kamenge University Hospital, a case report

TS Marebo*¹, P Banderembako¹, G Kamamfu², Y Bizoza¹, L Ngendahayo³

Résumé

Nous rapportons un cas de tuberculose épididymo-testiculaire d'évolution favorable traité au CHU de Kamenge chez un homme jeune de 23ans.

Les épididymites ou orchi-épididymites sont des infections de l'épididyme et/ou du testicule. Ils constituent un motif fréquent de consultation en urologie et touchent surtout le sujet jeune entre 30 et 50 ans.

Mycobacterium tuberculosis est très rarement incriminé (2 à 3 % des cas).

Le problème essentiel de la tuberculose génitale réside dans le diagnostic qui est souvent difficile et tardif en l'absence d'autres localisations évocatrices, d'une notion de contagio ou d'un antécédent de tuberculose. En l'absence de germe dans le sperme et/ou l'urine, le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique de fragments biopsiques du testicule ou de l'épididyme.

Le retard dans la prise en charge thérapeutique est à l'origine d'une altération de la fertilité à type d'oligospermie ou d'azoospermie par lésions organiques réversibles ou irréversibles des organes génitaux.

Mots-clés : tuberculose, épididyme, testicule.

Abstract

We report a case of epidymo-testicular tuberculosis of favorable evolution treated at Kamenge University Hospital in a 23-year-old man. Epididymites or orchididymites are infections of the epididym and/or testicle. They are a frequent reason for consultation in urology and mainly affect the young person between the age of 30 and 50. Mycobacterium tuberculosis is very rarely incriminated (2 to 3% of cases). The main problem with genital tuberculosis is diagnosis, which is often difficult and late in the absence of other suggestive locations, a contagio-up concept or a history of tuberculosis. In the absence of germs in semen and/or urine, the diagnosis of certainty is based on the anatomopathological examination of biopsy fragments of the testicle or epididymis. Delay in therapeutic management causes fertility to be altered with a type of oligospermia or azoospermia by reversible or irreversible organ damage to the genitals.

Keywords: tuberculosis, epididymia, testicle.

Introduction

Habituellement devant une lésion orchi-épididymaire,

on suspecte en premier lieu une infection à germes banal ou une tumeur [1,2]

Mycobacterium tuberculosis est très rarement incriminé. La tuberculose génitale est une maladie grave dont le dépistage précoce permet un traitement conservateur. Diagnostiquée tardivement, elle est une cause d'infertilité du couple [3].

La tuberculose uro-génitale est une pathologie rare, actuellement en recrudescence. L'immunodépression, qu'elle soit d'origine virale (VIH), néoplasique ou alcool-tabagique, est un facteur favorisant. [2]

Nous rapportons un cas de tuberculose épido-testiculaire diagnostiqué et traité au CHUK d'évolution favorable sous chimiothérapie antituberculeuse.

Cas clinique

Monsieur N.F. âgé de 23 ans, célibataire, sans enfant a consulté pour une tuméfaction indolore de la bourse gauche évoluant depuis 4 mois dans un contexte apyrétique.

A l'examen la température était normale. Il existait un amaigrissement modéré avec une perte pondérale de 8%, une anorexie et une asthénie peu importantes. Il n'y avait pas de contage tuberculeux. Le patient a été vacciné au BCG à l'enfance. Il n'a pas été retrouvé à l'interrogatoire d'antécédent de traumatisme testiculaire.

L'examen des organes génitaux externes a révélé une grosse bourse gauche avec palpation d'une lésion nodulaire sensible au niveau du testicule avec un épидидyme en cimier de casque. Au toucher rectal, la prostate était souple, non suspecte, évaluée à 30 grammes.

La NFS était normale et la C reactive protein était négative.

La radiographie pulmonaire était normale.

Les dosages de HCG total, LDH et alpha-foetoprotéine étaient normaux et la sérologie VIH était négative. La spermoculture ainsi que l'ECBU étaient négatifs.

L'échographie testiculaire a mis en évidence un nodule au pôle supérieur du testicule gauche, une

lame d'hydrocèle vaginale réactionnelle et une augmentation de volume de la queue de l'épididyme gauche.

Une biopsie épido-testiculaire gauche a été réalisée et a mis en évidence un tissu fibreux qui présente une lésion folliculo-caséuse avec des cellules de Langherans, évoquant une tuberculose testiculaire au stade folliculo-caséux.

Le traitement antituberculeux avec un protocole 2 RHEZ4RH a été institué.

L'évolution au cours du traitement est favorable avec amendement des signes cliniques et une reprise pondérale.

Discussion

Depuis l'avènement de l'infection à VIH, la tuberculose connaît une recrudescence dans le monde et particulièrement dans les pays en développement. La localisation la plus fréquente de la tuberculose est pulmonaire (80 % des cas). La localisation extra-pulmonaire représente 10 à 20 % de l'ensemble des cas de tuberculose et nécessite une recherche de facteurs d'immuno-dépression [3,4,5].

La tuberculose génitale isolée est rare. Elle est le plus souvent consécutive à une tuberculose urinaire [3].

Bien qu'aucun terrain de prédilection ne soit retrouvé, l'homme adulte jeune de 30 à 50 ans, comme dans notre cas, semble plus touché par cette maladie [4].

Le problème essentiel de la tuberculose extra-pulmonaire et particulièrement de la tuberculose génitale réside dans le diagnostic qui est souvent difficile et tardif en l'absence d'autres localisations évocatrices, d'une notion de contage ou d'un antécédent de tuberculose.

En effet, il n'existe pas de signes cliniques spécifiques de la tuberculose génitale. Le tableau est souvent celui d'une épидидymite chronique parfois d'une orchiepидидymite [4].

Devant un tel tableau, sans notion de traumatisme génital chez un sujet en pleine activité génitale, le diagnostic est d'emblée orienté vers les germes sexuellement transmissibles qui en sont responsables

dans 35 % des cas, ou vers les germes habituels de l'infection urogénitale dans 25 % des cas [5]. Les autres germes dont *Mycobacterium tuberculosis* sont incriminés dans 10 % des cas. La tuberculose étant responsable de seulement 2 à 3 % des épididymites. C'est l'absence de réponse au traitement antibiotique non spécifique qui oriente souvent vers le diagnostic de tuberculose; ce retard de diagnostic et du traitement favorise l'extension et l'aggravation de la maladie [4]. Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence du bacille de Koch dans le sperme ou dans les urines. Ces examens n'étant pas toujours contributifs comme dans notre cas pour le diagnostic [3,5]; l'examen anatomo-pathologique de fragments biopsiques de testicule et d'épididyme occupe alors une place de choix dans la confirmation diagnostique de la tuberculose testiculaire [3].

Dans notre cas le diagnostic a été fait à l'aide de l'examen anatomo-pathologique.

Le retard dans la prise en charge thérapeutique a une conséquence grave sur la vie du couple, car se compliquant volontiers d'une altération de la fertilité à type d'oligospermie ou d'azoospermie par lésions organiques réversible ou irréversible des organes génitaux [5].

Nous proposons d'évoquer systématiquement cette étiologie, plus particulièrement dans les régions où la tuberculose est toujours endémique.

Une fois diagnostiquée, le traitement de la tuberculose uro-génitale non compliquée est simple, efficace et entraîne la rémission totale des signes. La chirurgie reste indiquée dans les cas graves ou en l'absence de réponse clinique au traitement bien conduit ainsi que la formation d'un abcès [3].

La durée du traitement varie selon les auteurs. Dans notre cas, la durée du traitement est de 6 mois.

Conclusion

La tuberculose peut se présenter sous la forme d'une atteinte génitale isolée. On doit suspecter et rechercher une étiologie tuberculeuse devant toute orchio-épididymite traînante, tout particulièrement chez les

patients avec un terrain d'immunodépression et de débilité. Un bilan général, en particulier pulmonaire, osseux et urinaire permettra éventuellement de mettre en évidence d'autres localisations de la tuberculose. L'échographie des bourses avec sa séméiologie spécifique garde une place dans le diagnostic de la tuberculose génitale et l'examen anatomo-pathologique de fragment biopsique épididymo-testiculaire reste la clé du diagnostic.

*Correspondance

Thoto Shabani Marebo

tmarebo@yahoo.fr

Disponible en ligne : 14 Janvier 2021

1 : Département de Chirurgie, Service d'Urologie, CHU de Kamenge

2 : Département de Médecine Interne, Service de Pneumologie, CHU de Kamenge

3 : Département de Biologie Médicale, Service d'Anatomo-pathologie, CHU de Kamenge

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Kouassi B, Horo K, Gbazi C, Ngom A, Koffi N, Aoussi R D, Aka N, Aké C, Kakou D, Ahui B, Godé C, Aka-Danguy E, Itchy M V. Orchi-épididymite tuberculeuse, A propos de 2 cas enregistrés en pneumologie au CHU de Cocody. Mali Médical 2009 TOME XXIV N°3 : 68-70
- [2] Richard Mallet, Marc Mouzin, Xavier Gamé, Frédéric Braud, Pascal Rischmann, Jean-Pierre Sarramon Epididymite aiguë révélatrice d'une tuberculose tertiaire Progrès en Urologie (2001), 11, 542-545
- [3] Filipa Viveiros, David Tente, Paulo Espiridião, Aurora

Carvalho, Raquel Duarte. Tuberculose testicular: Caso clínico Revista Portuguesa de Pneumologia Vol XV N.º 6 Novembro/Dezembro 2009 : 1193-97

- [4] Sow M., Fonda J.P., Diallo M.B., Yadjji M., Zoung Kanyi J. La tuberculose uro-génitale à Yaoundé. Aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques. A propos de 23 cas. Médecine d'Afrique Noire, 1996 ; 43 : 540-46.
- [5] M. Ouedraogo, K. Boncounou, S.M. Ouedraogo, S. Hien, Y.J. Drabo. La tuberculose épididymo-testiculaire, A propos d'un cas Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (5) : 217-218

Pour citer cet article :

TS Marebo, P Banderembako, G Kamamfu, Y Bizoza L Ngendahayo. La tuberculose épididymo-testiculaire au CHU de Kamenge à propos d'un cas. *Jaccr Africa 2021; 5(1): 47-50*



Article original

Apport de la scanopelvimétrie au bilan prénatal dans le service d'imagerie médicale du centre hospitalier mère-enfant « le Luxembourg » de Bamako, Mali

Contribution of the scanopelvimetry to prenatal assessment in the medical imaging department of the mother and child hospital «le Luxembourg » in Bamako, Mali

Y Traoré^{1,2}, F Sow¹, Y Koné³, A Koné⁴, O Maïga⁵, A Doumbia⁶, MA Camara⁷, M Diallo⁵, M Touré¹

Résumé

Objectifs : Décrire la pratique de la scanopelvimétrie dans le service d'imagerie médicale du centre hospitalier mère enfant « Le Luxembourg » de Bamako, Mali.

Méthodologie : Nous avons mené une étude prospective, à visée analytique et descriptive au centre hospitalier mère enfant « Le Luxembourg » de Bamako (Mali) de juillet 2014 à juin 2016, portant sur la pratique de la scanopelvimétrie. Les examens ont été réalisés à l'aide d'un scanner hélicoïdal quatre barrettes de marque Toshiba. Le test statistique de Chi² a été utilisé avec une valeur de $P < 0,05$ considérée comme statistiquement significative.

Résultats : Nous avons colligé 36 cas de scanopelvimétrie sur 9237 examens scanographiques soit une fréquence de 0,39%. L'âge moyen des patientes de notre série était de 25 ans. Dans notre étude les primigestes et les paucigestes représentaient respectivement 69,4% et 30,6%. La majorité (77,8%) des patientes étaient des nullipares suivies des primipares avec 19,4%. Le taux de bassin chirurgical était de 8,3% dans notre série. Dans 52,8% le pronostic d'accouchement par voie basse était l'indication de l'examen. 36,1% des prescriptions étaient faites

par un gynécologue-obstétricien. Les principales indications étaient : pronostic de l'accouchement par voie basse 52,8%, suspicion clinique de rétrécissement pelvien 19,4% ; utérus cicatriciel 13,9% ; présentation du siège 5,6%. L'antécédent d'accouchement dystocique, la primigeste de petite taille et la suspicion de disproportion fœto-pelvienne était l'indication de l'examen dans 2,8% des cas. La présentation céphalique, transverse et siège étaient observées dans respectivement 92%, 3% et 5% des cas. Au pelviscanner, 55,6% des patientes avaient un indice de Magnin inférieur à 23 cm. Le pelviscanner retrouvait dans 12 cas (36,3%) un bassin osseux limite au niveau du détroit supérieur et favorable au niveau du moyen ; 3 cas de bassin osseux limite au niveau du détroit supérieur et rétréci au niveau du moyen ; 2 cas de bassin osseux rétréci au niveau du détroit supérieur et moyen ; un cas de bassin osseux rétréci au niveau du détroit supérieur et moyen.

Conclusion : La scanopelvimétrie fournit au gynécologue-obstétricien des informations complémentaires lui permettant de planifier la voie d'accouchement en fin de grossesse.

Mots-clés: Bassin, scanopelvimétrie, pronostic, accouchement.

Abstract

Aim: To evaluate the practice of scanopelvimetry in the medical imaging department of the mother-child hospital « Le Luxembourg » in Bamako, Mali.

Methodology: We conducted a prospective study, for analytical and descriptive purposes, at the mother-child hospital «Le Luxembourg» in Bamako from July 2014 to June 2016, dealing with the practice of scanopelvimetry. The exams were performed using a Toshiba four-bar helical scanner. Data entry and analysis was performed on Epi info version 7.0.8.3. The Chi2 statistical test was used with a value of $P < 0.05$ considered as statistically significant.

Results: We collected 36 cases of scanopelvimetry on 9237 scanographic examinations, a frequency of 0.39%. The average age of patients in our series was 25 years old. In our study primigest and paucigestes accounted for 69.4% and 30.6% respectively. The majority (77.8%) of the patients were nulliparas followed by primiparous women with 19.4%. The surgical pelvis rate was 8.3% in our series. In 52.8% the prognosis of vaginal delivery was the indication of the examination. 36.1% of prescriptions were made by a gynecologist-obstetrician. The main indications were: prognosis of vaginal delivery 52.8%, clinical suspicion of pelvic stricture 19.4%; cicatricial uterus 13.9%; presentation of the seat 5.6%. The history of dystocic delivery, the small primigest and the suspicion of feto-pelvic disproportion was the indication of the examination in 2.8% each. Cephalic, transverse and seat presentation were observed in 92%, 3% and 5% of cases, respectively. At pelviscanner, 55.6% of patients had a Magnin Index of less than 23 cm. The pelviscanner found in 12 cases (36.3%) a limited pelvis at the level of the upper strait and favorable in the middle; 3 cases of limited pelvis at the level of the upper strait and narrowed at the level of the means; 2 cases of narrowed pelvis at upper and middle strait; a case of narrowed pelvis in the upper and middle strait.

Conclusion: The scanopelvimetry provides the gynecologist-obstetrician with additional information allowing her to plan the delivery route at the end of pregnancy.

Keywords: Basin, scanopelvimetry, prognosis childbirth.

Introduction

La radiopelvimétrie permet d'évaluer les diamètres utiles du bassin obstétrical et sa morphologie à la recherche d'éventuelles dystocies osseuses [1]. Il existe plusieurs méthodes de radiopelvimétrie : la radiopelvimétrie conventionnelle, le pelviscanner ou scanopelvimétrie et plus récemment la pelvimétrie par IRM. Ses résultats combinés à ceux de la clinique et de l'échographie permettent au gynécologue-obstétricien d'établir le pronostic de l'accouchement [1]. L'accouchement dystocique est la principale cause de fistules vésico-vaginales au Mali [2] et constitue un problème de santé publique à cause du risque materno-fœtal qu'il engendre. Au Mali peu de travaux ont porté sur la radiopelvimétrie. A notre connaissance seule la radiopelvimétrie conventionnelle a fait l'objet de deux thèses de Doctorat ces dernières années en 2004 [2] et en 2010 [3]. Notre travail avait pour objectif d'évaluer la pratique de la scanopelvimétrie dans le service d'imagerie médicale du centre hospitalier mère enfant « Le Luxembourg » de Bamako (Mali) et sa concordance avec l'examen obstétrical.

Méthodologie

Nous avons mené une étude prospective, à visée analytique et descriptive au centre hospitalier mère enfant « Le Luxembourg » de Bamako de juillet 2014 à juin 2016, portant sur la pratique de la scanopelvimétrie. Les examens ont été réalisés à l'aide d'un scanner hélicoïdal quatre barrettes de marque Toshiba. La scanopelvimétrie était réalisée en décubitus dorsal, la tête vers le statif, les cuisses légèrement fléchies. Les repères étaient l'extrémité supérieure des ailes iliaques pour la limite supérieure et les grands trochanters pour la limite inférieure. Une seule acquisition sans topogramme a été réalisée pour réduire l'irradiation du fœtus et de la patiente.

Collimation à l'acquisition de 2,5 x 4 mm, 80 Kilovolts, 50 mAs, pitch de 1,25 ; champ de vue de 372 mm, vitesse de rotation du tube de 0,5 seconde pour 380° et un temps d'acquisition de 15 secondes. Reconstructions avec une épaisseur théorique de 2,5 mm et un incrément de reconstruction de 1,6 mm. A été incluse dans notre série toute femme enceinte ayant bénéficiée d'une scanopelvimétrie dans le service d'imagerie du centre hospitalier mère enfant « Le Luxembourg » pendant la période d'étude. Le test statistique de Khi2 a été utilisé avec une valeur de $P < 0,05$ considérée comme statistiquement significative. Les variables étudiées étaient : l'âge des patientes, les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, les indications de l'examen, les résultats de la scanopelvimétrie et sa concordance avec examen obstétrical du bassin. La principale difficulté rencontrée au cours de ce travail était l'absence de système d'archivage des images scanographiques pendant une longue période. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi info version 7.0.8.3

Résultats

Durant notre période d'étude, 36 examens de scanopelvimétrie ont été réalisés sur 9237 scanner soit une fréquence de 0,39%. L'âge moyen des patientes de notre série était de 25 ans, avec des extrêmes de 15 ans et 40 ans. Les patientes en couple représentaient 88,9% de l'effectif, on notait 4 célibataires soit 11,1%. Les primigestes et les paucigestes représentaient respectivement 69,4% et 30,6%. Dans notre étude La majorité (77,8%) des patientes étaient des nullipares suivies des primipares avec 19,4%. Toutes nos patientes résidaient à Bamako. L'antécédent de boiterie post traumatique du bassin était retrouvé chez 2 patientes soit 5,6% des cas. La césarienne était notée dans 13,9% des cas. 36,3% des prescriptions étaient faites par un gynécologue-obstétricien. Les autres prescripteurs étaient les médecins généralistes, les chirurgiens et les sages-femmes dans respectivement 27,8% ; 19,4% et 16,7%.

Les principales indications étaient : pronostic de l'accouchement par voie basse avec 52,8%, suspicion clinique de rétrécissement pelvien dans 19,4% ; utérus cicatriciel dans 13,9% ; présentation du siège dans 5,6% (Tableau I). L'antécédent d'accouchement dystocique, la primigeste de petite taille et la suspicion de disproportion fœto-pelvienne était l'indication du pelviscanner dans 2,8% chacun. Dans 52,8% des cas l'indication de l'examen était l'évaluation du pronostic de l'accouchement par la voie basse.

Le taux de bassin chirurgical était de 8,3% (3 cas) dans notre série. Au pelviscanner, plus de la moitié (55,6%) des patientes avaient un indice de Magnin compris entre 21 et 23 cm. La présentation fœtale était céphalique dans 92%, transverse dans 3% et du siège dans 5% des cas. Le pelviscanner retrouvait dans 12 cas (36,3%) un bassin osseux limite au niveau du détroit supérieur et favorable au niveau du moyen ; 3 cas de bassin osseux limite au niveau du détroit supérieur et rétréci au niveau du moyen ; 2 cas de bassin osseux rétréci au niveau du détroit supérieur et moyen ; un cas de bassin osseux rétréci au niveau du détroit supérieur et moyen (Tableau II). Nous avons constaté un lien statistique significatif entre les indications et la conclusion de la scanopelvimétrie ($\text{Khi2} = 55,257$; $\text{ddl} = 48$; $p = 0,0007562$).

Tableau I : répartition des patientes selon les indications de la scanopelvimétrie

Indication	Effectif	Pourcentage
Antécédent accouchement dystocique	1	2,8
Présentation du siège	2	5,6
Primigeste de petite taille à terme	1	2,8
Pronostic d'accouchement par voie basse	19	52,8
Suspicion clinique de rétrécissement pelvien	7	19,4
Suspicion de disproportion fœto-pelvienne	1	2,8
Utérus cicatriciel	5	13,8
Total	36	100

Tableau II: Répartition des patientes selon la conclusion de la scanopelvimétrie

Conclusion de la scanopelvimétrie	Effectif	Pourcentage
Bassin osseux favorable au niveau du détroit supérieur et moyen. Présentation céphalique	11	30,6
Bassin osseux favorable au niveau du détroit supérieur et moyen. Présentation transverse	1	2,8
Bassin osseux favorable au niveau du détroit supérieur et rétréci au niveau du moyen. Présentation céphalique	4	11
Bassin osseux limite au niveau détroit supérieur et favorable au niveau du moyen. Présentation du siège	1	2,8
Bassin osseux limite au niveau du détroit supérieur et favorable au niveau du moyen. Présentation céphalique	12	33,3
Bassin osseux limite au niveau du détroit supérieur et moyen. Présentation céphalique	1	2,8
Bassin osseux limite au niveau du détroit supérieur et rétréci au niveau du moyen. Présentation céphalique	3	8,3
Bassin osseux rétréci au niveau du détroit supérieur et moyen. Présentation céphalique	2	5,6
Bassin osseux rétréci au niveau du détroit supérieur et moyen. Présentation du siège	1	2,8
Total	36	100

Discussion

Le but de ce travail était de décrire la pratique de la scanopelvimétrie dans le service d'imagerie médicale du centre hospitalier mère -enfant « Le Luxembourg » de Bamako au Mali. Les principales limites de ce travail sont la petite taille de l'échantillon, le caractère monocentrique de l'étude et l'absence de système d'archivage des examens d'imagerie. La scanopelvimétrie représentait 0,39% (36 sur 9237) des examens scanographiques réalisées durant la période d'étude. Ce faible taux pourrait s'expliquer d'une part, par le coût élevé de l'examen et/ou les moyens limités des patientes et d'autre part par la faible demande de l'examen par les prescripteurs. L'âge moyen de nos patientes était de 25 ans et la tranche

d'âge de 18 ans à 30 ans était la plus représentée soit 83,4% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature. Ainsi au Mali, Dicko A [3] dans son étude notait une prédominance de la tranche d'âge 20 - 35 ans dans 79,16% avec un âge moyen de 26 ans. Au Maroc, Ould Jdoud C [4] retrouvait un âge moyen de 26,5 ans et 92,97% des patientes avaient un âge compris entre 17- 32ans. Ce constat s'explique par la fréquence élevée de primigestes dans notre travail. Les femmes mariées représentaient 88,9% de notre effectif ce taux est similaire aux 93,75% retrouvés par Dicko A [3]. La césarienne était l'antécédent chirurgical le plus retrouvé avec 13,9% des cas ; on notait un antécédent de prothèse de hanche dans 2,8% des cas. Aucun antécédent médico-chirurgical n'était retrouvé chez 94,4% des patientes.

Sur le plan obstétrical, les primigestes, primipares et nullipares étaient les plus représentées avec respectivement 69,4%, 19,4% et 77,8%. Nos données sont supérieures à celles de Dicko A [3] qui trouvait dans sa série 62,5% de nullipares et 22,9% de primipares. Elles sont également supérieures aux 65% obtenues par Ould Jdoud C [4] au Maroc. Cette différence peut s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. La pelvimétrie clinique a été réalisée par les gynécologue-obstétriciens dans 36,3%. Son intérêt dans le dépistage des patientes à risque de disproportion fœto-pelvienne dans les pays en voie de développement a été démontré dans l'étude de Liselele et al [5]. Cependant aucune étude n'a permis d'établir que son utilisation améliorait le pronostic materno-fœtal [1].

Dans notre étude 52,8% des prescripteurs non gynécologues avaient demandé la scanopelvimétrie avec comme seul renseignement clinique « pronostic d'accouchement par voie basse ». L'information fournie est partielle et n'éclaire pas le radiologue. Cela pourrait s'expliquer par la méconnaissance des indications de la radiopelvimétrie par ces prescripteurs mais aussi par l'absence de recommandations nationales sur les indications de la scanopelvimétrie. Notre étude a mis en évidence un lien statistiquement significatif entre les indications et le grade du prescripteur ($\text{Khi}^2 = 24,958$; $\text{ddl} = 18$; $p = 0,0000004310$).

Pour Lenhard et al [6], le pelviscanner comme le meilleur examen radiologique pour analyser les dimensions du bassin et évoquer de manière pertinente les critères de dystocies.

La présentation du siège était l'indication du pelviscanner dans 2 cas soit 5,6%. Nos données sont inférieures à celles publiées par Sataf R et al [1] qui retrouvait une indication systématique de scanopelvimétrie dans 86% des cas. La différence entre les deux populations d'étude pourrait expliquer cela. La présentation du siège est la seule indication de la radiopelvimétrie clairement définie par CNGOF (Collège National des gynécologues et obstétriciens français) [1].

Concernant la pratique de la scanopelvimétrie en cas d'utérus cicatriciel, elle était retrouvée dans notre étude dans 13,9% des cas. Nos résultats sont nettement inférieurs à ceux publiés par Sataf R et al [1] qui ont retrouvé une pratique systématique de la radiopelvimétrie dans 42% des cas. Pour Rozenberg [7], la radiopelvimétrie n'était pas indiquée en cas d'utérus cicatriciel car elle n'était pas prédictive de l'issue du travail et du risque de rupture utérine. Par contre Young BK [8] dans une étude rétrospective considérait la radiopelvimétrie utile pour la sélection des patientes auxquelles on pouvait proposer une épreuve de travail en cas de fœtus eutrophe en présentation céphalique avec une radiopelvimétrie normale.

Dans notre série, la disproportion fœto-pelvienne (D.F.P) et la petite taille de la patiente (taille inférieure à 1,5 mètres) étaient l'indication de la scanopelvimétrie dans 2,8% et 8,3% des cas chacune. Sataf R et al [1] retrouvaient ces deux indications de la radiopelvimétrie dans respectivement 78% et 64%. La petite taille des patientes était en rapport avec leur jeune âge (moins de 18 ans), compatible avec le diagnostic de bassin immature.

Le pelviscanner retrouvait un rétrécissement du détroit supérieur dans 52,8% des cas. Il faut cependant noter que tout bassin dont le diamètre antéropostérieur est inférieur à 10,5 cm est un bassin aplati et de type platypelloïde [9], ceux-ci correspondaient à 69,4% des cas. Aussi, toute patiente avec le seul diamètre transverse médian inférieur à 12,5cm a un bassin transversalement rétréci [9]. Le rétrécissement simultané du détroit supérieur et du détroit moyen dans notre série était noté chez 16,7% des patientes. Nos résultats sont comparables à ceux de Dicko A [3] qui trouvait 56,25% de rétrécissement au niveau du détroit supérieur et 33,33% de rétrécissement simultané du détroit supérieur et du détroit moyen. Nos données sont également similaires à celles de Salomon B [10] en France qui avait obtenu 65% de rétrécissements au détroit supérieur et 20,2% de rétrécissements simultanés détroit supérieur et détroit moyen. Diallo B [2] dans son travail avait obtenu

69,97% de rétrécissements du détroit supérieur dont 43,33% de rétrécissements simultanés du détroit supérieur et du détroit moyen.

Le rétrécissement isolé du détroit moyen représentait 19,4% des cas dans notre étude. Dans la littérature, il est établi que tout bassin dont le diamètre bisaciatique est inférieur à 10 cm est suspect d'angustie pelvienne au détroit moyen [9]. Notre résultat était comparable à celui obtenu par Salomon Diallo B [2], Dicko A [3] au Mali et Ould Jdoud C [4] au Maroc qui trouvaient respectivement 6,66%, 8,34% et 21,05% de rétrécissements isolés au détroit moyen.

Le bassin chirurgical était retrouvé dans 8,3% des cas (indice de Magnin était inférieur à 21cm). Il était compris entre 21 et 23 chez 55,6% des patientes tandis que Chez 36,1% des patientes l'indice de Magnin était supérieur ou égal à 23cm. Ces données sont similaires à ceux de la littérature. Ainsi, selon Merger R [9] pour l'accouchement par voie basse, l'indice de Magnin doit être ≥ 230 millimètres. Nous avons constaté un lien statistique significatif entre les indications et la conclusion de la scanopelvimétrie ($\text{Khi}^2 = 55,257$; $\text{ddl} = 48$; $p = 0,0007562$).

Conclusion

La scanopelvimétrie permet au gynécologue-obstétricien à partir des mensurations du bassin obstétrical d'évaluer le pronostic de l'accouchement, donc de planifier avec la patiente la voie d'accouchement. Il s'est avéré nécessaire au cours de notre étude de doter le service d'Imagerie d'un système de stockage électronique de longue durée des images TDM.

*Correspondance

Yacouba Traoré

yacoubadrissatraore@yahoo.fr

Disponible en ligne : 14 Janvier 2021

- 1 : Service d'imagerie médicale du centre hospitalier Mère Enfant « Le Luxembourg » de Bamako, Mali
- 2 : Service de radiologie Hôpital dermatologique de Bamako, Mali
- 3 : Service de radiologie du Centre Hospitalier Jacques Boutard, France
- 4 : Service de radiologie du CHU du Point « G », Mali
- 5 : Service d'imagerie médicale du CHU Gabriel Touré, Mali
- 6 : Service de radiologie du centre de santé de référence de la commune VI de Bamako, Mali
- 7 : Service de radiologie de l'Hôpital du Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sataf R, Gauchotte E, Muhlstein J, Bernard C, Gauchotte G, Morel O. Enquête sur la pratique de la radiopelvimétrie dans les maternités de l'inter-région Nord-Est. *J Gyn Obst et biol Rep* 2015; 44 (3) : 252 – 257.
- [2] Diallo B. M. Apport de la radiopelvimétrie au CS Réf de la commune v du district de Bamako, étude de cas-témoins, par rapport à 30 cas. Thèse de médecine 2003. Code 03-M-38. <http://www.keneya.net/fmpos/these/2003/med/pdf/03M38>; consulté le 12 mai 2014.
- [3] Dicko A. Place de la Radiopelvimétrie en obstétrique dans le service de Gynécologie et d'obstétrique du CHU du point « G ». Etude de cas témoins à propos de 48 cas. Thèse de médecine 2010. <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M223> ; consulté le 12 mai 2014.
- [4] Ould Jdoud C., Zennoud M., Rhrab B., Chahtane A, Chaoui A. La dystocie du détroit moyen à propos de 114 cas. *Médecine du Maghreb* 2001 n°87.
- [5] Liselele HB, Boulvain M, Tshibangu KC, Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort

study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 2000; 107:947- 952.

- [6] Lenhard M, Johnson T, Weckbach S, Nikolaou K, Friese K, Hasbargen U. Three-dimensional pelvimetry by computed tomography. *Radiol Med* 2009; 114:827-34.
- [7] Rozenberg P. Is there a role for X-ray pelvimetry in the twenty first century. *Gynecol Obstet fertil* 2007; 35:6-12.
- [8] Young BK. Vaginal birth after cesarean section: X-ray pelvimetry at ter mis informative. *J Perinat Med* 2006 ; 34-216.
- [9] Merger R, Levy J, Melchior J. *Précis d'obstétrique*. Masson 6e édition, Paris 2001, 597 : 320-322.

Pour citer cet article :

Y Traoré, F Sow, Y Koné, A Koné, O Maïga, A Doumbia et al. Apport de la scanopelvimétrie au bilan prénatal dans le service d'imagerie médicale du centre hospitalier mère-enfant « le Luxembourg » de Bamako, Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 51-57



Article original

Effets de la crise financière sur l'utilisation des services de santé chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans un contexte de gratuité au Tchad : Analyse de séries chronologiques de 2013 à 2018

Effects of the financial crisis on the use of health services by pregnant women and children under 5 years in a context of user fee exemption policy in Chad: a time series analysis from 2013 to 2018

T Passiri Patedjore^{*1,2}, IB Meda^{2,3}, A Diallo^{2,4}, Y Kamboure², I Kader², S Kouanda^{2,3}

Résumé

Introduction : Suite à la crise financière qu'a connue le Tchad, le gouvernement a instauré des mesures d'austérité avec des coupes budgétaires et abattements de salaires des fonctionnaires. Dans ce travail, nous avons déterminé les effets de la crise financière sur les accouchements par voie basse en institutions, les césariennes et les consultations curatives des nouveaux cas chez les enfants de moins de 5 ans de janvier 2013 à décembre 2018.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale. Nous avons utilisé les données secondaires de routine sur 145693 femmes qui ont accouchées en institution et 554144 nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5ans. La régression segmentée avec correction des erreurs selon la méthode de Newey-West avec la commande *Itsa* (Interrupted time-series analysis) a été utilisée. Les effets de la crise ont été estimés et déterminés sur la base des changements des niveaux et des tendances au seuil statistique de 5%.

Résultats : Les résultats montrent que la crise financière a entraîné une baisse significative du nombre mensuel des accouchements institutionnels de 1123; IC95%

[- 1535 ; -712], et du nombre mensuel des nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans de 1428; IC95% [-1889 ; -996] pour des effets immédiats.

Conclusion : Cette étude fournit des preuves que la crise financière semble avoir affecté l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Par conséquent, il est nécessaire de développer une stratégie permettant de se prémunir de tel choc.

Mots-clés: Crise financière, Gratuité de services, accouchement, consultation curative, Tchad.

Abstract

Introduction: Following the financial crisis in Chad, the government introduced austerity measures with budget cuts and salary reductions for civil servants. In this work, we determined the effects of the financial crisis on institutional vaginal deliveries, caesarean sections and curative consultations of new cases in among children under 5 years from January 2013 to December 2018.

Methodology: This is a quasi-experimental study. We used routine secondary data on 145693 women who gave birth in institutions and 554144 new

curative consultations for children under 5 years old. Segmented regression with error correction according to the Newey-West method with the *Itsa* command (Interrupted time-series analysis) was used. The effects of the crisis were estimated and determined on the basis of changes in levels and trends at the statistical threshold of 5%.

Results: The results show that the financial crisis led to a significant decrease in the number of institutional births by 1123; CI95%[-1535; -712], and in the number of new monthly curative consultations for children under 5 years by 1428; 95% CI95%[-1889; -996] for immediate effects.

Conclusion: This study provides evidence that the financial crisis appears to have affected the use of maternal and child health services. Therefore, it is necessary to develop a strategy to protect against such a shock.

Keywords: Financial crisis, user fee exemption, childbirth, curative consultation Chad.

Introduction

Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement ; 99% de ces décès se produisent dans des pays à faible revenu et la plupart auraient pu être évités [1,2].

Chaque année, près de 6 millions d'enfants meurent avant leur cinquième année d'anniversaire dans le monde et la moitié de ces décès surviennent en Afrique. Un enfant sur 13 en Afrique subsaharienne meurt avant l'âge de 5 ans des maladies évitables [3]. Parmi les facteurs associés à la demande de soins les coûts sont considérés comme l'une des barrières les plus importantes à l'accès pour les services de santé maternels [4,5]. Cette barrière financière entraîne une faible utilisation des services de santé pour les accouchements et les complications obstétricales et contribue à augmenter le fardeau financier des ménages [6,7]. C'est dans ce contexte que plusieurs pays à faible revenu ont mis en place des politiques

publiques visant à réduire les coûts qui entravent l'accès aux soins de santé maternelle et infantile [8–10].

Cette politique de gratuité des soins de santé a apporté des améliorations quant à la demande des soins de santé[10–12].Plusieurs études ont montré une augmentation de fréquentation de services de santé entre les périodes avant et après l'abolition du paiement de plus 17% à Madagascar, jusqu'à plus 84% en Ouganda[11,12]. Au Sénégal une étude évaluative sur la gratuité a révélé une augmentation significative des accouchements normaux et des césariennes[13]. Au Burkina Faso, les expériences d'abolition de paiements auraient montré que l'exemption pouvait mener à une utilisation accrue des services par les usagers[14,15]. Au Niger, la mise en place du mécanisme de subvention des soins appuyés par les ONG a entraîné une augmentation de l'utilisation des services de santé de première ligne[16].

Le Tchad à l'instar de plusieurs pays africains a instauré la gratuité des soins pour les accouchements et les soins aux enfants de moins de 5 ans en 2007. Cette gratuité était financée en grande partie grâce aux revenus du pétrole. En 2016, la chute du cours de pétrole a conduit le gouvernement à prendre des mesures dites d'austérité. Cette crise financière a-t-elle eu des effets sur les résultats de la gratuité ? Telle est la question que nous nous sommes posés.

Question d'évaluation

Quels sont les effets de la crise financière sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans un contexte de gratuité ?

Objectifs

- Objectif général : évaluer les effets de la crise financière sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans un contexte de gratuité de 2013 à 2018 au Tchad.
- Objectifs spécifiques :
 - Déterminer les effets de la crise financière sur les accouchements par voie basse de 2013 à 2018 ;

- Déterminer les effets de la crise financière sur les césariennes de 2013 à 2018 ;
- Déterminer les effets de la crise financière sur les consultations curatives des enfants de moins de 5 ans de 2013 à 2018.

Indépendantes :

T : le temps écoulé entre le début et la fin de l'étude (de janvier 2013 à décembre 2018).

X : désigne la crise financière ; elle est codée 0 si absente et 1 si présente.

XT : interaction entre T et X (Temps et crise financière)

Technique et outils de collectes des données :

Nous avons extrait les données des rapports mensuels des activités de service de santé maternelle et infantile de tous les établissements de santé de la Délégation Sanitaire du Mayo-kebbi Ouest pour l'analyse statistique. Nous avons évalué l'effet de la crise financière sur l'utilisation de la gratuité des services de santé maternelle et infantile centrés sur les indicateurs choisis en compilant les données existantes dans la Délégation Sanitaire du Mayo-kebbi Ouest ; en estimant une séquence de modèles de séries chronologiques interrompues, pour chaque indicateur distinct, sur deux périodes: avant la crise financière (de Janvier 2013 à Décembre 2015) et après la crise financière (de Janvier 2016 à Décembre 2018) dans un contexte de gratuité.

La gratuité a été introduite en 2007 au Tchad, mais compte tenu du mauvais archivage, les données avant 2013 sont indisponibles. Par conséquent, nous avons considéré l'année 2013 comme le début d'observation. La Délégation régionale Sanitaire de Mayo-Kebbi Ouest est passée de deux (2) districts sanitaires fonctionnels à neuf (9) en 2016.

L'intervention d'intérêt dans cette étude a été la crise financière. Nous avons fondé ce moment sur des changements observés dans le PIB, la mesure la plus couramment utilisée pour définir une récession [17,18].

La crise financière a touché le pays dans son intégralité ; ainsi, il était impossible de former un groupe de contrôle qui serait composé des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans originaires de zones sans crise financière.

Plan de traitement et d'analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel epidata et analysées à l'aide du logiciel stata15.1.

Nous avons inclus les trois composantes habituelles

Méthodologie

- Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans une délégation sanitaire provinciale du Mayo kebbi Ouest du Tchad.

- Type et devis de l'étude : Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale utilisant un devis des séries temporelles interrompues.

Devis : O1.....O36XO37.....O72

O : une observation ; X : la crise financière

- Période d'observation : du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2018
- Unité de séries chronologiques : le mois
- Unité d'observation :
 - Le nombre des accouchements par voie basse dans un établissement de santé ;
 - Le nombre des césariennes réalisées ;
 - Le nombre des nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans.

- Critère d'inclusion

Les femmes enceintes qui ont accouchées dans une structure sanitaire et notifiées dans le registre ;

Les enfants de 0-59 mois ayant fréquenté une structure sanitaire et notifié dans le registre.

- Critère de non inclusion

Les femmes enceintes qui ont accouchées dans une structure sanitaire mais qui n'ont pas été notifiées dans le registre.

Les enfants de 0-59 mois n'ayant pas fréquenté une structure sanitaire.

- Variables :

Dépendantes :

Le nombre des accouchements par voie basse dans un établissement de santé ;

Le nombre des césariennes réalisées ;

Le nombre des consultations curatives des enfants de moins de 5 ans.

de la série temporelle interrompue liées à la pente avant la crise financière, au niveau du changement, et le changement de pente dans la période post-crise financière.

Ce modèle de régression segmentée a été utilisé :

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 T + \beta_2 X_t + \beta_3 T X_t + \epsilon_t$$

- β_0 représente le niveau de base à $T=0$;
- β_1 est interprété comme le changement de résultat associé à une augmentation de l'unité de temps (correspond à la période avant la crise financière) ;
- β_2 est le changement de niveau à la suite de la crise financière ;
- β_3 indique le changement de pente consécutif à la crise financière (en utilisant l'interaction temps-crise financière) ;
- ϵ_t : le terme d'erreur [19,20].

La régression segmentée avec correction des erreurs selon la méthode de Newey-West avec la commande *Itsa* (Interrupted time-series analysis) [21,22] a été utilisée pour déterminer l'effet de la crise financière sur les accouchements par voie basse en institutions, les césariennes et les nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans.

Le test général d'autocorrélation des erreurs (actest) de Cumby-Huizinga a été effectué. Actest effectuée le test de spécification générale de la série. L'hypothèse nulle du test est qu'il n'y a pas de corrélation. Lorsqu'il y avait autocorrélation, le niveau de décalage (lag) a été précisé, puis le paramètre d'autocorrélation introduit dans le modèle afin de le corriger avant de retenir le modèle final. La normalité des résidus a été vérifiée. La validité du modèle a été appréciée avec la p-value globale. Les effets de la crise ont été estimés sur la base des changements dans les niveaux et les tendances au seuil statistique de 5%.

Des ajustements ont été apportés pour la durée du mois et pour tout effet saisonnier, ce dernier utilisant un terme harmonique basé sur le mois de l'année et comprenant deux paires sinus / cosinus appelé terme de Fourier [19].

- Considérations éthiques

Nous avons obtenu une autorisation écrite du Délégué Sanitaire Provincial pour l'exploitation des données

secondaires de routine (anne1). Les renseignements obtenus ne seront utilisés que dans le cadre strict de la présente étude.

Résultats

Analyse Descriptive

L'analyse a porté sur 145693 femmes qui ont accouché en institution, sur 2437 césariennes et sur 554144 nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans ; enregistrés entre janvier 2013 et décembre 2018.

Effets de la Crise financière sur les accouchements par voie basse.

La figure 1 montre une chute du nombre d'accouchement avec la crise financière. Par contre, après la crise financière en 2016, nous constatons une tendance à l'augmentation du nombre d'accouchement.

Effets de la Crise financière sur les césariennes

La figure 2 montre une chute du nombre des césariennes avec la crise financière. Par contre, nous constatons une tendance à l'augmentation du nombre des césariennes après la crise financière en 2016.

Effets de la crise financière sur la consultation curative des enfants de moins de 5 ans.

La figure 3 montre une chute du nombre de nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans avec l'installation de la crise financière en 2016 ; puis, on observe une tendance à l'augmentation du nombre des nouvelles consultations curatives après la crise financière (figure 3).

Tableau I : Données mensuelles moyennes avant et après la crise financière.

Variables	Avant la crise financière	Après la crise financière
	Moyenne écart-type [IC95%]	Moyenne écart-type [IC95%]
Nombre des accouchements	2171 66 [2036 ; 2306]	1808 71 [1663 ; 1952]
Nombre des césariennes	42 2 [38 ; 46]	24 2 [19 ; 30]
Nombre de consultations	7558 111 [7330 ; 7785]	7834 135 [7559 ; 8109]

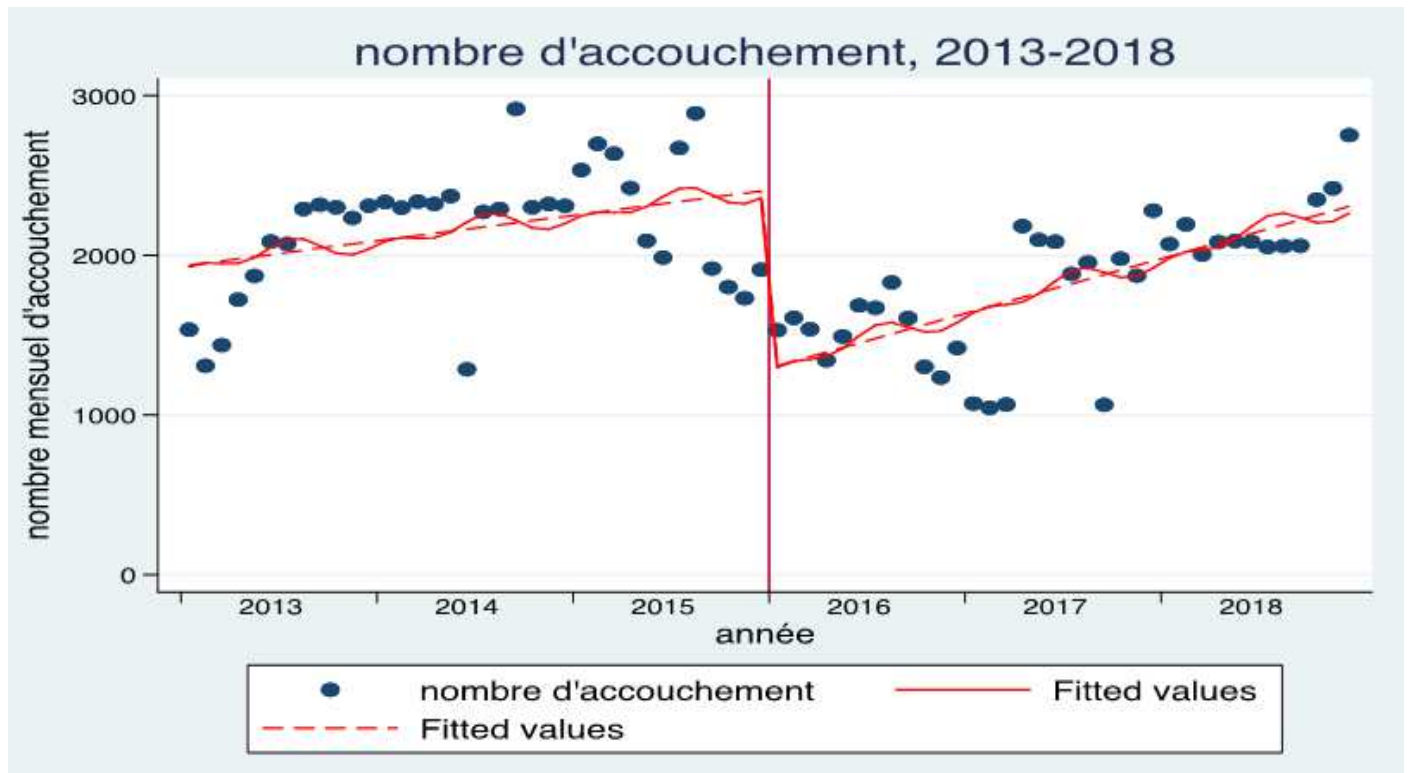


Figure 1 : Évolution du nombre mensuel des accouchements de 2013 à 2018.

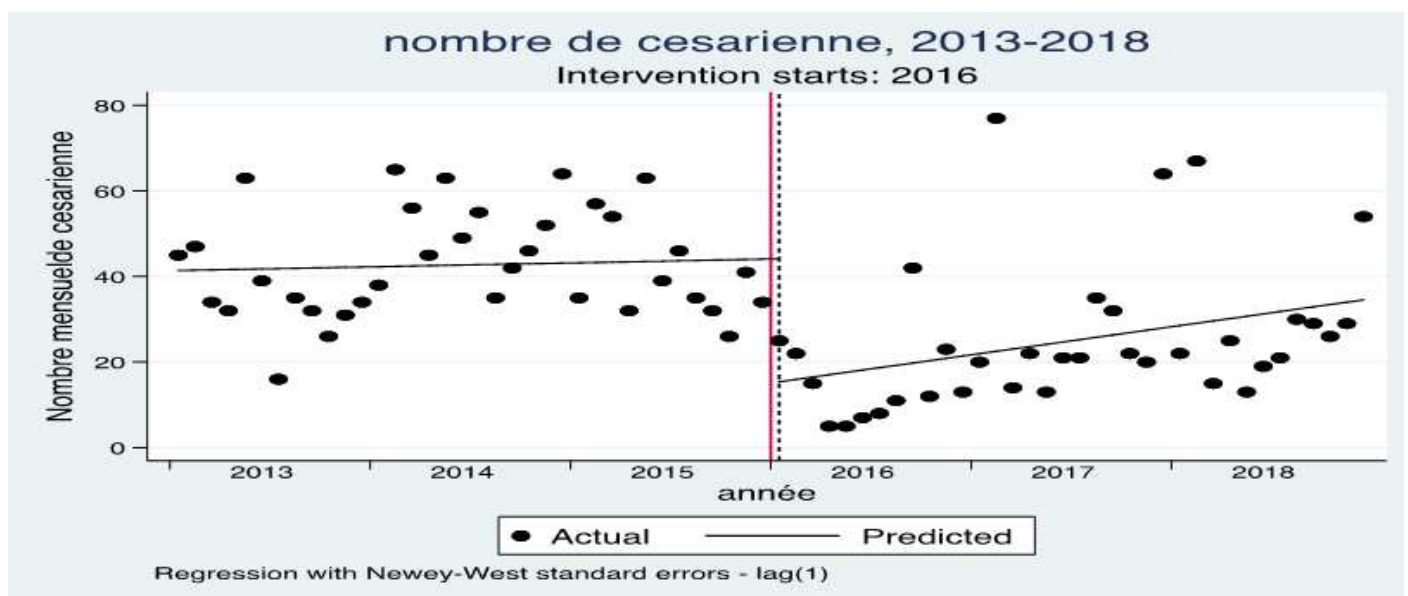


Figure 2 : Évolution du nombre mensuel des césariennes 2013 à 2018.



Figure 3 : Évolution du nombre mensuel de nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5ans 2013 à 2018.

Tableau II : Régression segmentée appliquée aux nombres mensuels des accouchements par voie basse.

Variables	Accouchement		
	Test exact de Fisher n=72 F=7,18 p=0,000		
	Coefficient	p>|t|	[IC95%]
Temps avant la crise (β_1)	13,27	0,124	-3,74 ; 30,60
Effet immédiat après la crise (β_2)	-1123	0,000	-1535 ; -712
Effet au cours du temps de la crise (β_3)	15,28	0,132	-4,73 ; 30,29
Tendance après la crise ($\beta_3 + \beta_1$)	28,29	0,000	19,23 ; 37,34
Constante (β_0)	1925	0,000	1590 ; 2260

Tableau III : Résultats de la régression segmentée appliquée aux nombres mensuels des césariennes.

Variables	Césarienne		
	Test exact de Fisher n=72 F=11,38 p=0,000		
	Coefficient	p>|t|	[IC95%]
Temps avant la crise (β_1)	0,07	0,713	-0,33 ; 0,48
Effet immédiat après la crise (β_2)	-28,72	0,000	-41,14 ; -16,31
Effet au cours du temps de la crise (β_3)	0,47	0,113	-0,11 ; 1,11
Tendance après la crise ($\beta_3 + \beta_1$)	0,54	0,013	0,11 ; 0,97
Constante (β_0)	41	0,000	32,40 ; 50,38

Tableau IV : Résultats de la régression segmentée appliquée aux nombres mensuels de consultations curatives.

Variables	Consultation curative des enfants		
	Test exact de Fisher n=72 F=25,90 p=0,000		
	Coefficient	p>|t|	[IC95%]
Temps avant la crise (β_1)	37,16	0,000	23,63 ; 50,64
Effet immédiat après la crise (β_2)	-1428,10	0,000	-1889 ; -996
Effet au cours du temps de la crise (β_3)	19,82	0,060	-1,51 ; 41,17
Tendance après la crise ($\beta_3 + \beta_1$)	59,57	0,000	47,42 ; 71,72
Constante (β_0)	6870	0,000	6581 ; 7159

Discussion

Cette étude est la première réalisée après la crise financière qu'a connu le Tchad. Elle montre que de façon effective, cette crise a des effets négatifs sur l'utilisation des services de santé pour les accouchements et les consultations curatives des enfants de moins de 5 ans.

La tendance en hausse du nombre mensuel des accouchements, du nombre des césariennes et du nombre des nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans avant la crise financière s'expliquerait par la gratuité des soins avec une bonne situation économique. Des études menées en Afrique qui ont portées sur la gratuité des soins ; ont conclu à une augmentation de l'utilisation des services de santé par la population [11,16,20,23]. Le système a déjà fait ses preuves en termes de prise en charge des accouchements et de consultations curatives des enfants. Au Sénégal le taux des accouchements normaux et des césariennes aurait augmenté de façon significative avec l'implantation de la gratuité des soins [13]. Au Mali le taux de césarienne aurait augmenté avec la prise en charge gratuite [24]. Au Niger, l'abolition des frais usagers appuyés par les

ONG a entraîné une hausse importante de l'utilisation des services de santé de première ligne [23,25].

La baisse significative du nombre mensuel des nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans, du nombre mensuel des césariennes et du nombre d'accouchement institutionnel avec l'installation de la crise financière pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. Premièrement, le gouvernement a instauré des mesures d'austérités avec la réduction du budget de fonctionnement des services publics, abattements de salaires des fonctionnaires de l'Etat. Nous estimons que ces mesures introduites par le gouvernement pour lutter contre la crise financière auraient gravement affecté le secteur de la santé, avec une indisponibilité des ressources, surtout d'ordre financière. Les établissements de santé ne recevant plus de médicaments, plus de kits d'accouchement normal, ni de matériel de soins gratuits dans le cadre du programme de gratuité des soins, les patients sont parfois obligés de payer pour des services essentiels qui devraient être gratuits; amenant les femmes à accoucher à domicile. L'insuffisance des stocks de médicaments et les ruptures de stock fréquentes auraient aggravé la situation et seraient à l'origine d'un marché parallèle des médicaments au sein des

structures sanitaires [26]. Deuxièmement, on peut citer l'absence d'une approche systémique de l'Etat tchadien avant d'instaurer la mesure de gratuité des soins. L'introduction de cette gratuité des soins en 2007 n'a pas été accompagnée des ressources financières et humaines [26]. Elle est financée entièrement par l'Etat, et n'a pu résister à un choc tel que la crise financière. Cela rappelle l'importance de planifier adéquatement la mise en œuvre ; non seulement il faut remplacer les revenus qui étaient tirés des frais aux usagers ; mais il faut aussi anticiper la croissance de la demande de services, et mobiliser davantage de ressources pour y répondre. Troisièmement, par des ruptures de médicaments, des consommables et des réactifs ; conséquences de la réduction du budget de fonctionnement des services publics. La réduction de traitement salarial des agents de l'Etat a amené certains personnels à vendre des médicaments du programme de paludisme dans les centres de santé pour arrondir leur fin du mois. Il est à noter que dans d'autres études, les mauvais salaires, les indemnités insuffisantes et le manque d'incitation sont des facteurs susceptibles d'influer sur les soins prodigués aux patients [27–29]. Plusieurs études ont montré que dans les pays pauvres, le recours aux soins de qualité des populations précaires peut être amélioré par la mise en place de mécanismes de solidarité du risque maladie [30,31]. La crise financière et la politique anticrise adoptées limitent l'accès aux soins de santé public pour certains groupes, des études en Europe analysant la récession ont montré que les restrictions économiques et politiques affectent la détérioration de la santé et des soins [32–34]. Quatrièmement, la période de grève en janvier 2016 instaurée par le syndicat des travailleurs pour contester les mesures d'austérité, a entraîné une indisponibilité des personnels.

La tendance en hausse du nombre mensuel des accouchements, du nombre des césariennes et du nombre des nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans après la crise financière s'expliquerait par la reprise de la croissance économique et l'accessibilité géographique.

L'accessibilité géographique cernée par la distance au centre de soins. En Thaïlande et au Vietnam, l'effet négatif de la distance au centre de santé est démontré à la fois pour le recours aux soins prénatals et pour l'accouchement assisté [35]. De même, au Mali, les femmes qui vivent entre 10 et 15 km d'un centre de santé ont en moyenne 60% moins de chances d'accoucher auprès d'un personnel qualifié par rapport aux femmes qui vivent plus près [36]. Plusieurs études menées en Afrique [37–39] ont abouti à des résultats similaires. Le fait de vivre à moins de 5 km d'un centre de soins de santé primaires était un atout pour l'utilisation des services de soins prénatals.

Limites

Suite à l'utilisation des données secondaires il se pourrait qu'il ait des insuffisances dans le reportage des données avec possibilité des pertes d'informations. Aussi nous aurions pu analyser les données en fonction des districts au lieu d'une délégation. Ceci est lié aux difficultés d'archivage des données aux différents niveaux. Néanmoins notre étude conserve toute sa validité car les séries chronologiques interrompues sont considérées comme un puissant modèle dans la mesure où elles permettent de prendre en compte à la fois les fluctuations aléatoires de mois en mois et la tendance sous-jacente dans l'analyse.

Conclusion

Notre étude montre que la crise financière a affecté les indicateurs de la santé maternelle et infantile. Le nombre des accouchements par voie basse en institution, le nombre des césariennes réalisées et le nombre des nouvelles consultations curatives des enfants de moins de 5 ans ont chuté avec l'installation de la crise financière. Par conséquent, pour ne pas détruire la bonne politique mise en place au profit des personnes vulnérables, l'Etat tchadien doit fournir des efforts supplémentaires en plus de cette politique de gratuité des soins, de développer des stratégies permettant de se prémunir d'un tel choc.

*Correspondance

Tchonfiene Passiri Patedjoré

tchonsoudi@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Janvier 2021

- 1 : Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité du Tchad
- 2 : Institut africain de sante publique, Ouagadougou (IASP)
- 3 : Institut de recherche en science de la santé du Burkina-Faso
- 4 : Cellule de Recherche en santé de la Reproduction en guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. janv 2016;387(10017):462-74.
- [2] OMS. Tendances de la mortalité maternelle: 1991-2015: estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies: résumé d'orientation. Organisation mondiale de la Santé; 2015.
- [3] 3. 7000 nouveau-nés meurent encore chaque jour [Internet]. World Health Organization. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says>
- [4] Witter S, Arhinful DK, Kusi A, Zakariah-Akoto S. The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive health matters*. 2007;15(30):61–71.
- [5] Moyer CA, Mustafa A. Drivers and deterrents of facility delivery in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive health*. 2013;10(1):40.
- [6] Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:853–863.
- [7] Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OM. Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review. *Health policy and planning*. 2013;29(2):137–150.
- [8] Richard F, Witter S, de Brouwere V. Innovative approaches to reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries. *Am J Public Health*. oct 2010;100(10):1845-52.
- [9] Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bull World Health Organ*. nov 2008;86(11):839-48.
- [10] Penfold S, Harrison E, Bell J, Fitzmaurice A. Evaluation of the Delivery Fee Exemption Policy in Ghana: Population Estimates of Changes in Delivery Service Utilization in Two Regions. *Ghana Med J*. sept 2007;41(3):100-9.
- [11] Bosu W, Bell JS, Armar-klemesu M, Tornui JA. Effect of Delivery Care User Fee Exemption Policy on Institutional Maternal Deaths in the Central and Volta Regions of Ghana. *Ghana Med J*. sept 2007;41(3):118-24.
- [12] Morestin F, Ridde V. L'abolition du paiement des services de santé en Afrique. Ce que nous apprennent les écrits scientifiques. Université de Montréal. 2009;
- [13] Ousseini A, Kafando Y. La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. *Afrique contemporaine*. 2012;(3):65–76.
- [14] Haddad S, Zombré D, Queuille L, Ridde V. La gratuité des services aux mères et aux enfants au Burkina Faso améliore fortement et durablement l'accès et la fréquentation des services. 2013.
- [15] Ridde V, Kouanda S, Bado A, Bado N, Haddad S. Reducing the medical cost of deliveries in Burkina Faso is good for everyone, including the poor. *PloS one*. 2012;7(3):e33082.
- [16] De Allegri M, Ridde V, Louis VR, Sarker M, Tiendrebéogo

- J, Yé M, et al. The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity—Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*. 2012;33(4):439–453.
- [17] Gurfinkel EP, Bozovich GE, Dabbous O, Mautner B, Anderson F. Socio economic crisis and mortality. Epidemiological testimony of the financial collapse of Argentina. *Thrombosis Journal*. 2005;3(1):22.
- [18] Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*. 2013;347:f5239.
- [19] Lopez Bernal J, Cummins S, Gasparini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *International Journal of Epidemiology*. 9 juin 2016;dyw098.
- [20] Zombré D, De Allegri M, Ridde V. Immediate and sustained effects of user fee exemption on healthcare utilization among children under five in Burkina Faso: A controlled interrupted time-series analysis. *Soc Sci Med*. 2017;179:27-35.
- [21] Linden A. A comprehensive set of postestimation measures to enrich interrupted time-series analysis. *The Stata Journal*. 2017;17(1):73–88.
- [22] Linden A. Conducting Interrupted Time-series Analysis for Single- and Multiple-group Comparisons. *The Stata Journal: Promoting communications on statistics and Stata*. juin 2015;15(2):480-500.
- [23] DE Sardan J-PO, Ridde V. L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Afrique contemporaine*. 2012;(3):11–32.
- [24] Fournier P, Dumont A, Tourigny C, Philibert A, Coulibaly A, Traore M. The free caesareans policy in low-income settings: an interrupted time series analysis in Mali (2003–2012). *PLoS One*. 2014;9(8):e105130.
- [25] Diarra A. Mise en oeuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger: Évaluation dans les districts sanitaires. *Afrique contemporaine*. 2012;243(3):77.
- [26] Azétsop J, Ochieng M. The right to health, health systems development and public health policy challenges in Chad. *Philos Ethics Humanit Med* [Internet]. 15 févr 2015 [cité 2 juill 2019];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4336701/>
- [27] Nabirye RC, Brown KC, Pryor ER, Maples EH. Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. *J Nurs Manag*. sept 2011;19(6):760-8.
- [28] Delobelle P, Rawlinson JL, Ntuli S, Malatsi I, Decock R, Depoorter AM. Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *J Adv Nurs*. févr 2011;67(2):371-83.
- [29] Kekana HPP, Du Rand EA, Van Wyk NC. Job satisfaction of registered nurses in a community hospital in the Limpopo Province in South Africa. *Curationis* [Internet]. 28 sept 2007 [cité 13 sept 2019];30(2). Disponible sur: <http://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/1068>
- [30] Audibert M, Mathonnat J, De Roodenbeke E. Financement de la santé dans les pays à faible revenu: questions récurrentes, nouveaux défis. *Med Trop*. 2004;64:552–60.
- [31] Manzambi Kuwekita J, Guillaume M, Balula Semutsari M-P, Tshiana Kabongo E, Mayamba Kilela J, Bruyère O, et al. Étude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de sante de Bandalungwa à Kinshasa (Congo) grâce à la micro-assurance santé en 2008. *Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique* [Internet]. déc 2013 [cité 14 sept 2019];12. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/164217>
- [32] Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*. oct 2011;378(9801):1457-8.
- [33] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. juill 2009;374(9686):315-23.
- [34] Legido-Quigley H, Otero L, Parra D I., Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 13 juin 2013;346(jun13 1):f2363-f2363.
- [35] M'Alqvist M, Sohel N, Do TT, Eriksson L, Persson L-ÅAke. Distance decay in delivery care utilisation associated with neonatal mortality. A case referent study in northern Vietnam. *BMC Public Health*. 2010;10(1):762.
- [36] Gage AJ. Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Social science & medicine*. 2007;65(8):1666–1682.
- [37] Parkhurst JO, Rahman SA, Ssengooba F. Overcoming

access barriers for facility-based delivery in low-income settings: insights from Bangladesh and Uganda. *Journal of health, population, and nutrition*. 2006;24(4):438.

[38] Mills S, Williams JE, Adjuik M, Hodgson A. Use of Health Professionals for Delivery Following the Availability of Free Obstetric Care in Northern Ghana. *Matern Child Health J*. 1 juill 2008;12(4):509-18.

[39] Gabrysch S, Cousens S, Cox J, Campbell OMR. The Influence of Distance and Level of Care on Delivery Place in Rural Zambia: A Study of Linked National Data in a Geographic Information System. *PLOS Medicine*. 25 janv 2011;8(1):e1000394.

Pour citer cet article :

T Passiri Patedjore, IB Meda, A Diallo, Y Kamboure, I Kader, S Kouanda. Effets de la crise financière sur l'utilisation des services de santé chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans un contexte de gratuité au Tchad : Analyse de séries chronologiques de 2013 à 2018. *Jaccr Africa 2021; 5(1): 58-68*



Cas clinique

Adénome pléomorphe ou tumeur mixte du palais : quelles approches en contexte sahélien ? Réflexion sur deux cas colligés à Bamako

Pleomorphy adenome or mixed tumor of the palate: what approaches in a Sahelian context?
Reflection on two cases collected in Bamako

K Diarra¹, N Konate¹, MS Ag Med Elmehdi Elansari*², B Guindo¹, MA Keita¹

Résumé

But : Etudier les caractéristiques diagnostiques et thérapeutiques de cette entité histologique rare et de partager notre expérience avec la littérature.

Méthodologie : Analyse de deux observations colligées dans le service ORL du CHU Gabriel Touré de Bamako.

Résultats : Dans les deux cas cliniques rapportés les auteurs ont relevé qu'ils étaient jeunes, 33 ans et 25 ans. Cliniquement la tuméfaction était de consistance ferme, apyrétique et non douloureuse, recouverte par une muqueuse saine. L'évolution était dans les deux cas supérieurs à 1 an. La masse prenait l'hémi palais dure dans un cas et envahissait tout le palais mou refoulant la luette en dedans le second cas. La tomodensitométrie du palais réalisée a objectivé une masse du palais à limite régulière, sans extension à la fosse infra temporale et sans lyse osseuse. L'exérèse totale de la tumeur et un curetage du lit tumoral a été réalisé par voie endobuccale dans les 2 cas. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un adénome pléomorphe du palais. Avec un recul de trois ans, il n'y a pas de récurrence.

Conclusion : L'adénome pléomorphe du palais

soulève un double problème : de transformation maligne et de récurrence. Le respect du principe de la chirurgie de l'adénome et la prise en charge précoce peut pallier à ce double problème. Une surveillance rigoureuse doit être menée enfin de détecter les signes de malignité et de récurrence.

Mots-clés : Palais, adénome pléomorphe, chirurgie.

Abstract

Aim: To study the diagnostic and therapeutic characteristics of this rare histological entity and to share our experience with the literature.

Methodology: Analyze of two observations colligées in service ORL of CHU Gabriel Touré of Bamako.

Results: In both reported clinical cases the authors raised that they were young, 33 years and 25 years. Clinically tumefaction was of firm consistency, apyretic and nonpainful, covered by one healthy mucous membrane. The evolution was in the two cases higher than 1 year. Mass took the hémi hard palate in a case and invaded all the soft palate driving back the luette in inside the second case. The produced tomodensitometry of palate has objectified a mass palate with regular limit, without extension

with pit will infra temporal and without osseous lysis. The total exérèse tumour and a curetting of the tumoral bed was carried out by endo-oral way in the 2 cases. The examination anatomopathologic of the operational part has concluded with a pleomorphic adenoma from the palate. With a three years passing, it y does not have repetition.

Conclusion: The pleomorphic adenoma palate raises a double problem: of malignant transformation and of repetition. The respect principle of the surgery of the adenoma and the assumption of responsibility early can mitigate this double problem. A monitoring rigorous must be finally carried out to detect the signs of malignity and repetition.

Keywords: Palate, pleomorphic adenoma, surgery.

Introduction

Les tumeurs du voile du palais constituent une entité clinique rare comparativement aux tumeurs de la sphère ORL, il s'agit soit de carcinomes épidermoïdes, soit des tumeurs salivaires accessoires (1). Les tumeurs des glandes salivaires sont rares, elles représentent 3 à 5% des tumeurs cervico-faciales et 75% d'entre elles sont bénignes. Ces tumeurs peuvent se développer dans la glande salivaire principale ou accessoire (2). Dans 20% des cas ces tumeurs se développent aux dépens de glandes salivaires accessoires (2). Les natures histologiques développées aux dépens des glandes salivaires accessoires sont très variées dont la plus fréquente est l'adénome pléomorphe (3). Cette entité histologique est rare (3).

L'adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires encore dénommé tumeur mixte est une tumeur épithéliale bénigne hétérogène (2, 3). Leur siège de prédilection est le palais réunissant plus de 50% des glandes salivaires accessoires (3). Ces tumeurs sont douées d'un potentiel de transformation maligne après une longue évolution et de récurrence en cas d'exérèse chirurgicale incomplète ou de rupture capsulaire. Il est alors capital d'évoquer une transformation maligne devant certains signes

comme l'augmentation récente de taille, l'ulcération, l'infiltration et le saignement spontané (4).

Notre étude à pour but d'étudier les caractéristiques diagnostiques et thérapeutiques de cette entité histologique rare ainsi que de partager notre expérience avec la littérature.

Cas cliniques

Cas n°1

KC, 33 ans, de sexe masculin admis au service ORL-CCF pour une tuméfaction palatine évoluant depuis 2ans d'installation progressive dont le volume initial n'a pu être connu. Elle a évolué selon un mode permanent sans rajout de douleur. La tuméfaction a augmenté de taille sans tendance à la fistulisation. A cette tuméfaction non fébrile se sont associées, une rhinolalie fermée et une dyspnée inspiratoire intermittente apparue secondairement à la rhinolalie. Aucun symptôme otologique, rhinologique, de trouble de la déglutition ni d'algie faciale n'a été noté. Le malade n'était porteur d'aucun antécédent médicochirurgical particulier.

L'examen de la cavité buccale retrouve une tuméfaction du palais s'étendant à la région retro molaire droite et gauche. Elle refoulait la luette en dedans et recouvrant la quasi-totalité de l'oropharynx empêchant de voir le pôle proximal, elle était reposée sur la base de la langue. La muqueuse en regard était saine. Elle mesurait environ 5cm dans son diamètre transversal, elle est indolore, de consistance ferme, fixe par rapport aux deux plans.

La posture dentaire était normale. Il n'y a pas de déformation de l'arcade dentaire ni de sensibilité à l'ébranlement dentaire. Les aires ganglionnaires étaient normales aussi bien que les paires crâniennes. L'état général était satisfaisant avec l'indice d'activité OMS était coté à 0. Au terme cet examen la tomodensitométrie oro pharyngée réalisée a permis d'obtenir une masse du palais à limite régulière, sans extension à la fosse infra temporale, il n'y a pas de lyse osseuse. La radiographie du thorax n'a pas visualisé de lésion parenchymateuse.

Les bilans préopératoires ont été tous normaux ceux qui nous ont conduit à faire une exérèse totale de la tumeur après une trachéotomie pour difficulté d'intubation, et la mise en place d'une sonde nasogastrique. Cette sonde est restée en place pendant 7 jours.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire nous a permis de conclure à un adénome pléomorphe du palais. L'état de la plaie opératoire était satisfaisant à J13 post opératoire sans perte de substance. La durée d'hospitalisation a été de 6 jours. Avec un recul de 3 ans, nous n'avons pas noté de récurrence.

Cas n°2

MT, âgé de 25ans de sexe féminin qui nous consulté pour prise en charge d'une tuméfaction palatine. Cette tuméfaction s'est installée progressivement en 3ans. Elle a évolué de façon permanente et a augmenté de volume sans fistulisation. La masse était indolore et saignait lors des petits traumatismes comme le brossage des dents. Une hypersialorrhée, une rhinolalie fermée et des acouphènes bilatéraux intermittents se sont associés à ce tableau. Nous n'avons noté aucun signe rhinologique, de trouble de déglutition ni d'algie faciale. Il n'y a pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers. L'examen de la cavité buccale retrouve une tuméfaction du palais s'étendant jusqu'au trigone rétromolaire droite. Cette tuméfaction occupait l'hémi palais droit la muqueuse en regard est saine. Elle était de consistance ferme, indolore, fixe par rapport aux plans profond et superficiel. La sensibilité dentaire à l'ébranlement est normale, pas de déformation de l'arcade dentaire. L'oropharynx était visible mais la loge amygdalienne droite était recouverte par la tumeur. L'otoscopie était normale. Les aires ganglionnaires étaient libres. Les paires crâniennes étaient normales. L'examen général était normal avec conservation de l'état général. Au terme de ce bilan clinique la tomodensitométrie a mis en évidence une masse développée aux dépens de l'hémi palais gauche bien encapsulée sans extension aux structures avoisines et sans lyse osseuse. Nous avons effectué une exérèse totale de la tumeur et un curetage du lit

tumoral avec mise en place d'une sonde nasogastrique pendant 7 jours. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un adénome pléomorphe. L'évolution en postopératoire a été satisfaisant .la durée d'hospitalisation a été de 5 jours. Avec un recul de 3 ans, nous n'avons pas de récurrence.

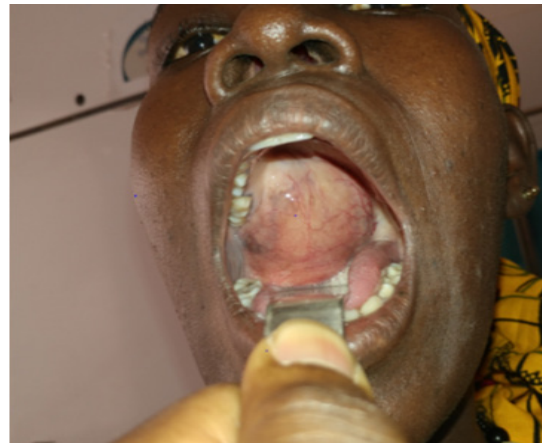


Figure 1 : Image préopératoire de la patiente

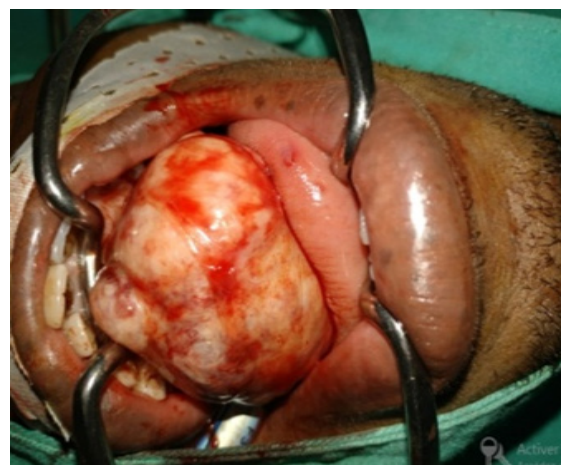


Figure 2 : Image en per opération

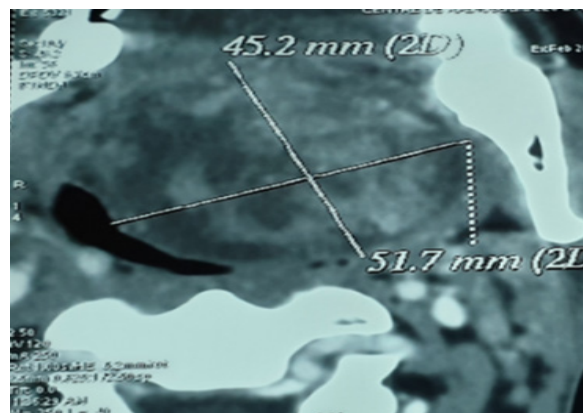


Figure 3 : TDM en coupe axiale montrant une hypodensité ovale au dépend du palais mou, mesurant 45,2mmx51,7mm bien limité rehaussé de façon hétérogène après injection de produit de contraste.



Figure 4 : Pièce opératoire

Discussion

Les glandes salivaires sont disséminées dans l'ensemble des voies aérodigestives supérieures, elles peuvent être le siège de tumeurs surtout au niveau de la muqueuse buccale (3). Ces tumeurs rares surviennent en moyenne entre la troisième et la cinquième décennie et atteint un peu plus la femme que chez l'homme (3). Elles ne sont pas l'apanage de l'enfant (5).

Nous n'avons trouvé aucune différence significative entre les deux sexes et l'âge de nos patients était de 25 ans et 33 ans

Ces tumeurs peuvent poser un problème diagnostique et thérapeutique selon leur siège (palais dur ou mou) et surtout leur taille (5). Le délai d'évolution est long et très varié selon la littérature il est de 10ans dans la série de NOURI H. Les auteurs ont rapporté un délai moyen à 2ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 20ans (2, 4). Le délai d'évolution de nos patients était de 2ans et 3ans.

Le spectre clinique est fonction de la taille de la tumeur, les tumeurs de petite taille sont parfois asymptomatiques et les tumeurs de grande taille sous l'effet de leur masse peut entraîner des signes obstructifs à savoir un gêne endobuccale ou pharyngée, des ronflements, une rhinolalie fermée, voire une dyspnée inspiratoire, la lenteur de la croissance est à rechercher (5). L'examen endo buccal retrouve une masse oropharyngée, ferme, rénitente, indolore, recouverte par une muqueuse saine. La

muqueuse est respectée pendant une longue période n'apparaissant que soufflée par la formation tumorale (5). Les principaux signes ont concerné la rhinolalie, le gêne pharyngé et la ronchopathie chez nos patients dont la muqueuse en regard était saine.

La tomodensitométrie est indispensable dans le bilan préopératoire. Elle permet de caractériser la tumeur, d'évaluer son extension aux tissus avoisinants et de rechercher une lyse osseuse. L'IRM est l'examen le plus performant, elle permet de mettre en évidence l'aspect typique d'un adénome pléomorphe. L'aspect caractéristique est une tumeur lobulée, bien limitée, en hypersignal T1 et hypersignal T2 se rehaussant de manière homogène après injection de produit de contraste (6,7). La tomodensitométrie réalisée chez nos patients nous a permis d'écarter l'extension tumorale ou une lyse. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle l'IRM.

Le diagnostic positif est anatomopathologique (3,4, 5). Cet examen met en évidence macroscopiquement une tumeur de consistance ferme, à surface gris-blanchâtre, par endroits translucide à la coupe et histologiquement il existe une prolifération de cellules épithéliales et myoépithéliales qui produisent une matrice mucopolysaccharidique pouvant subir une métaplasie chondroïde ou osseuse (8).

Les adénomes pléomorphes posent le diagnostic différentiel avec d'autres tumeurs du palais : Adénocarcinome polymorphe de faible malignité : le palais est sa localisation préférentielle, elle survient chez les patients de plus de 40ans et se manifeste par une tuméfaction mobile ou fixe, de croissance lente, indolore avec des métastases ganglionnaires. La muqueuse peut être ulcéreuse et exophytique. Contrairement à l'adénome qui ne donne pas de métastase ganglionnaire et la muqueuse en regard est d'aspect sain (1). Le carcinome adénoïde kystique, ou cylindrome, représente 30 % des tumeurs des glandes salivaires accessoires, son siège de prédilection est la région palatine. La symptomatologie est bruyante (douleur, parésie, adénopathies). La tumeur est solide, criblée de cavités, mal limitée (5). L'adénocarcinome à cellules claires, carcinomes verruqueux,

carcinome à cellules acineuses, fibrosarcome, hémangiopéricytome, hémangioendothéliome. Les douleurs sont plus précoces au niveau du voile qu'au niveau du palais dur. L'envahissement de la tumeur à partir du voile se fait vers le pilier antérieur et la fosse infra temporale homolatéraux (1).

Le traitement de l'adénome pléomorphe du palais est chirurgical d'emblée selon la revue de la littérature (8). L'abord chirurgical dépend de la taille de la tumeur. Les voies d'abord utilisées sont : la voie endo buccale trans-velaire, voie cervicale, voie trans-parotidienne associée à une voie endo buccale en cas de tumeur volumineuse (5).

L'exérèse totale de la tumeur avec curetage du lit tumoral doit être réalisée (5). Certains auteurs ont préconisé une exérèse tumorale large avec 5mm de marge en tissu sain (1).

Toute chirurgie partielle ou effraction capsulaire sont sources de récurrence (9). En cas de perte de substance conséquente une reconstruction secondaire par lambeau est nécessaire (1).

Nos deux patients ont été opérés par voie endo buccale, chez un patient l'intubation a été difficile du fait du volume de la tumeur, nous avons fait recours à la trachéotomie, tous les patients ont bénéficié d'un curetage du lit tumoral après l'exérèse totale de la tumeur, on n'a pas fait recours à la reconstruction par un lambeau. Ces tumeurs ont en général un bon pronostic, mais reste marqué par un risque élevé de récurrence après chirurgie et de dégénérescence carcinomateuse imposant une prise en charge chirurgicale précoce et une surveillance régulière (10). Avec un recul de trois ans il n'y a pas eu de récurrence.

Conclusion

L'adénome pléomorphe du palais soulève un problème de diagnostic différentiel avec les autres tumeurs du palais. La chirurgie occupe une place indéniable pour le traitement.

Selon la revue de la littérature cette tumeur mixte du palais soulève un double problème : de transformation maligne et de récurrence. Sa récurrence constitue un

véritable challenge pour le chirurgien. Le respect du principe de la chirurgie de l'adénome et la prise en charge précoce peut pallier à ce double problème. Une surveillance rigoureuse doit être menée afin de détecter les signes de malignité et de récurrence.

*Correspondance

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari

elansarisaydi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 25 Janvier 2021

1 : Hopital Universitaire Gabriel Toure, Bamako, Mali.

2 : Centre de santé de référence de la commune CVI, Bamako, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] El Bakkouri W, Barry B. Les tumeurs du voile du palais. La lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale 2003 ; 283 : 16-17.
- [2] Ben Brahim E, Ferchiou M, Khayat O, Zribi S Et Al. Les tumeurs des glandes salivaires : Etude anatomo-clinique et épidémiologique d'une série de 180 cas. Tunisie médicale 2010 ; 88: 240-244 .
- [3] Nouri H, Raji A, Elhattab Y, Rochdi Y, Ait M'barek B. Adénome pléomorphe de la voûte palatine. A propos d'un cas. La Lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale 2006 ; 302 :22-23.
- [4] Bouguacha L, Kermani W, Abdelkafi M, Hasni I, Et Al. Adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires. J. Tun orl 2010 ; 24 :35 -39.
- [5] Gattia N, Kachouchia K V Kouassi N, Tanon M, Et Al. Tumeur mixte du palais : à propos de deux cas .Médecine d'afrique noire octobre 2011 ; 58 : 479-481.

- [6] Gassab E, Berkaoui A, Kedous S, Korbi A, Et Al. Adénome pléomorphe à localisation extra-parotidienne. *J. Tun orl* 2009 ; 22 : 36-39.
- [7] Jalal HAMAMA, Saida EL KHAYATI , Adil ARROB, Lahcen KHALFI, Abdeljalil ABOUCHADI , Mohammed Karim ELKHATIB. Adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires. *AOS* 2015;271:4-9
- [8] Lopez-Jornet P. Adénome pléomorphe du palais .*Ann Dermatol Venereol* 2005 ; 132 :928
- [9] Bouaity B, Nadour K, Errami N, Chihani M, Et Al. Adénome pléomorphe de l'oropharynx. *La Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale* 2009 ; 319 : 23-25.
- [10] Khadija MOUKRAM, Mounia EL BOUHAIRI, Ihsane BEN YAHYA. Les localisations rares de l'adénome pléomorphe : à propos de quatre cas cliniques. *AOS* n° 285 – 2017

Pour citer cet article :

K Diarra, N Konate, MS Ag Med Elmehdi Elansari, B Guindo, MA Keita. Adénome pléomorphe ou tumeur mixte du palais : quelles approches en contexte sahélien ? Réflexion sur deux cas colligés à Bamako. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 69-74



Cas clinique

Médiastinite compliquant une cellulite cervicale révélée par une éruption cutanée généralisée : à propos d'un cas

Mediastinitis complicating cervical cellulitis revealed by a generalized eruption: a case report

L Bennis*¹, Y Oudghiri¹, S Touzani¹, N Houari¹, B Boukatta¹, A Bouazzaoui¹, N Kanjaa¹

Résumé

La médiastinite au cours d'une cellulite cervicale résulte de l'extension du processus infectieux cervical vers le médiastin. Cette dissémination cervico-médiastinale est favorisée par la continuité anatomique entre ces deux régions. Ces infections graves doivent être traitées le plus rapidement possible car elles constituent une menace vitale et peuvent laisser des séquelles délabrantes. Cependant, les premiers signes sont parfois frustrés et peuvent conduire à un retard diagnostique. L'examen clé reste la tomographie cervico-thoracique. Nous rapportons le cas d'une femme présentant une médiastinite compliquant une cellulite cervicale révélée par une éruption cutanée généralisée.

Mots-clés : cellulite cervicale, médiastinite, retard diagnostique, éruption cutanée.

Abstract

Mediastinitis in cervical cellulitis results from the extension of the cervical infectious process to the mediastinum. This cervico-mediastinal dissemination is favored by the anatomical continuity between these two regions. These serious infections must be treated

as quickly as possible because they pose a life threat and can leave disastrous consequences. However, the first signs are sometimes crude and can lead to diagnostic delay. The key examination remains the cervico-thoracic computed tomography. We report the case of a woman with mediastinitis complicating cervical cellulitis revealed by a generalized rash.

Keywords: cervical cellulite, mediastinitis, diagnostic delay, rash.

Introduction

La médiastinite est une complication grave de la cellulite cervicale qui peut engager le pronostic vital. La mortalité reste élevée 20-40% et est liée au retard diagnostique et à la prise en charge médico-chirurgicale non optimale. La médiastinite est une affection qui nécessite une prise en charge urgente et une collaboration multidisciplinaire (Otorhinolaryngologie, chirurgie thoracique, anesthésie - réanimation).

Cas clinique

Nous rapportons le cas de Mme S.N. âgée de 29 ans, ayant comme antécédents un kyste hydatique du foie opéré, qui consulte aux urgences pour des lésions érythémateuses polymorphes en cocarde généralisées d'installation aigue (figure 1) évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. L'examen clinique initial retrouve une patiente consciente, fébrile à 40°C, stable sur le plan hémodynamique, sature correctement à l'air ambiant. On note la présence d'une tuméfaction latéro-cervicale haute droite au niveau de la région carotidienne, sensible, ferme et douloureuse à la palpation de 5 cm de grand axe mal limitée (figure 2). Les loges amygdaliennes et la paroi de l'oropharynx étaient libres. L'examen des aires ganglionnaires trouve deux adénopathies latéro-cervicales gauches sensibles de 1.5 cm chacune, mobiles par rapport aux plans profond et superficiel. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Le bilan biologique initial retrouvait une hyperleucocytose à 17000 éléments/mm³ avec une prédominance de polynucléaires neutrophiles et une CRP à 522. La patiente a bénéficié d'une tomodensitométrie cervico-faciale et thoracique objectivant un phlegmon latéro-laryngé droit (figure 3 et 4) intéressant l'espace sous glottique en cours d'organisation, fusant au niveau des espaces latéro-cervical et postérieur ainsi qu'au niveau de la graisse médiastinale antérieure responsable d'une médiastinite sans individualisation de collection (figure 5). La patiente était hospitalisée initialement en service de dermatologie pour diagnostic étiologique mais à la suite d'une instabilité hémodynamique et respiratoire faite d'une tachycardie à 120 bpm, une polypnée à 20 cycles/min puis une hypotension artérielle à 70/40 mm Hg, elle fut transférée en réanimation pour prise en charge. La patiente a bénéficié d'un remplissage intravasculaire, oxygénothérapie au masque et mise sous noradrénaline. Devant l'absence d'indication chirurgicale de drainage, des hémocultures étaient réalisées puis une antibiothérapie probabiliste intraveineuse à large spectre à base d'ertapénème, métronidazole et teicoplanine était instaurée associée à une corticothérapie par l'hydrocortisone 100mg

et une anticoagulation préventive. L'évolution clinico-biologique était favorable avec sevrage de la noradrénaline, régression des lésions érythémateuses et de la tuméfaction latéro-cervicale ainsi qu'une amélioration du bilan biologique à 10 jours du traitement sans pour autant pouvoir identifier de germe aux hémocultures. Patiente transférée par la suite en service d'otorhinolaryngologie.

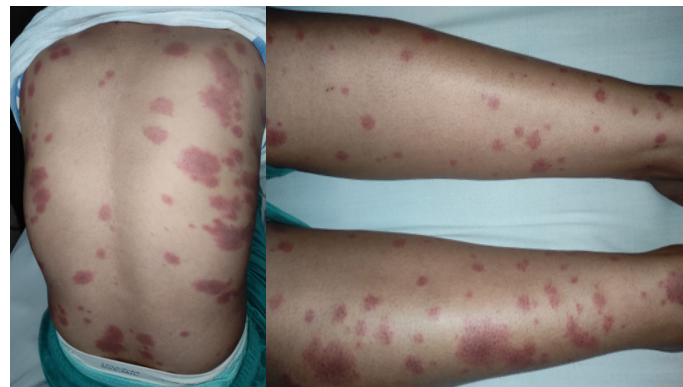


Figure 1 : lésions érythémateuses généralisées au niveau du dos et des membres inférieurs.



Figure 2 : plaque érythémateuse inflammatoire cervicale en rapport avec la cellulite cervicale.

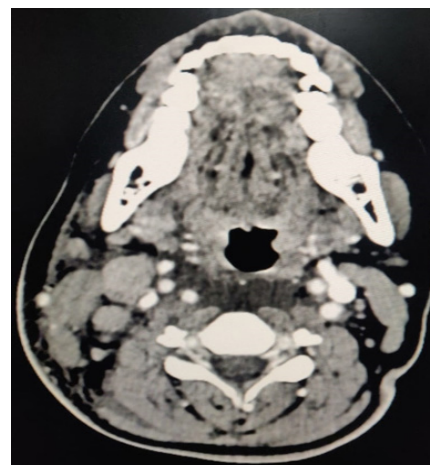


Figure 3 : Scanner cervico-facial, coupe transversale objectivant le phlegmon latéro pharyngé.



Figure 4 : Scanner cervico-facial, coupe longitudinale objectivant le phlegmon latéro-pharyngé.

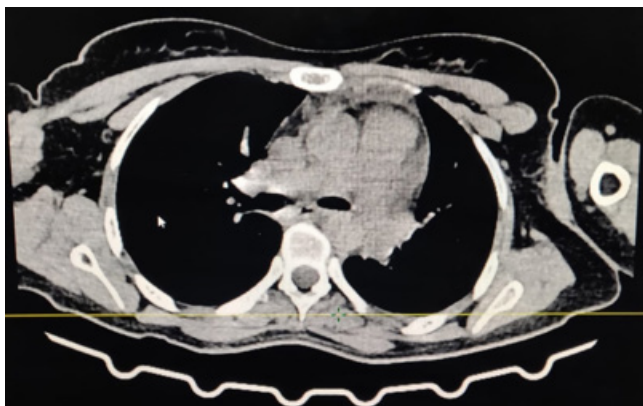


Figure 5 : coupe transversale du scanner thoracique objectivant une infiltration de la graisse médiastinale signant une médiastinite.

Discussion

Le terme cellulite cervicale regroupe des entités anatomo-pathologiques variées allant d'une atteinte du derme superficiel jusqu'aux plans musculaires [1]. L'évolution de la cellulite cervicale vers la médiastinite est due au retard dans le diagnostic ou dans le traitement inadéquat [2]. L'origine dentaire de la cellulite est identifiée par la plupart des études comme un facteur favorisant l'extension vers le médiastin. Les facteurs de risque classiques d'immunosuppression comme l'alcoolisme, le diabète, les pathologies néoplasiques, la prise d'anti inflammatoire non stéroïdiens ou de corticoïdes sont fréquemment incriminés [3]. Sur le plan clinique, il n'existe pas de signes spécifiques ce qui explique souvent le retard diagnostique [4,5]. Les patients sont souvent hospitalisés pour des douleurs

persistantes après une extraction dentaire ou par la sensation de masse liée au développement d'un abcès oro-pharyngée, parfois au stade de complication pour une dyspnée, une dysphagie ou une altération de l'état général. L'examen clinique est souvent pauvre initialement, il peut retrouver un érythème ou un œdème local souvent discret. Il doit rechercher des signes d'extension notamment une dysphagie et une dyspnée laryngée qui témoignent d'un retentissement sur les voies aériennes supérieures [3]. Dans notre cas, la patiente a consulté pour une éruption cutanée généralisée avec découverte fortuite d'un phlegmon cervicale. L'état général peut être longtemps conservé et s'altérer brutalement, le cas de notre patiente. Le bilan biologique retrouve un syndrome inflammatoire biologique non spécifique. Le diagnostic de certitude repose sur la tomodensitométrie cervico-thoracique avec injection de produit de contraste. C'est l'examen clé qui permet le diagnostic précoce en identifiant le point de départ de l'infection (dentaire ou pharyngée) et les signes témoignant de l'atteinte des parties molles notamment l'infiltration des tissus, les collections et la présence de gaz [3]. Dans notre cas, le scanner a objectivé un phlegmon latéro-laryngé avec une infiltration de la graisse médiastinale antérieure sans nette individualisation d'une collection circonscrite et sans pouvoir identifier de porte d'entrée. Concernant le traitement, la plupart des études considèrent l'antibiothérapie comme adjuvante à la chirurgie permettant de limiter l'extension de l'infection aux zones saines périphériques et la septicémie [6]. Chez notre patiente, une antibiothérapie seule à large spectre bactéricide contre les anaérobies et aérobie, synergique et administrée à fortes doses à intervalles rapprochés a permis une bonne évolution de la patiente. La durée de l'antibiothérapie varie selon les habitudes des équipes, la gravité de l'infection initiale et surtout l'évolution du patient. Elle est maintenue à un minimum 15 jours jusqu'à plusieurs semaines après disparition des signes d'infection locaux et généraux. Certaines équipes la préconisent jusqu'à disparition complète des lésions cutanées mais il n'existe pas de données factuelles à l'heure

actuelle [6]. Concernant le drainage chirurgical, justifié en présence de collections, le foyer infectieux est abordé par une large incision cervicale et le médiastin est drainé selon l'extension de l'infection par des lames descendues à partir de la cervicotomie, médiastinotomie aidée par une médiastinoscopie, par sternotomie ou par thoracotomie lorsque les collections sont plus profondes [7].

Conclusion

La médiastinite au cours de la cellulite cervicale représente une pathologie infectieuse grave avec une mortalité qui reste élevée. L'examen clinique est souvent pauvre ce qui peut conduire à un retard diagnostique au stade de complication. Pour préciser au mieux l'extension de l'infection, une tomodensitométrie cervico-thoracique est nécessaire. Elle permet de guider au mieux la stratégie thérapeutique tout en sachant que lorsqu'elles s'étendent en dessous de l'arc aortique, son taux de morbi-mortalité est très augmenté. La précocité de la prise en charge est seule garante d'une bonne évolution.

- prise en charge. *Ann Dermatol Venereol.* 2001; 128: 463-82.
- [2] Panda.N.K, Mann.S.B.S, Sharma.S.C, Mediastinitis following deep neck infections a therapeutic challenge. *Indian Journal of Otolaryngology and head and neck surgery* 2000; 52 (4): 391-394.
- [3] Petitpas F., Mateo J., Blancal JP, Mimos O. Fasciites cervicales nécrosantes. *Le Prat Anesth Rean.* 2010: 14.
- [4] Verma. N, Iqbal. S M, Murthy. J G, Retrospective study of descending cervical mediastinitis. *Indian J Otolaryngol. Head Neck Surg* 2007; 59: 313-316.
- [5] Jarbaoui. S, Jerraya. H, Moussi. A, Médiastinite nécrosante descendante odontogénique. *La Tunisie Médicale* 2009 ; 87 (11) : 169-172.
- [6] Bédos J. Dermohypodermes bactériennes nécrosantes et fasciites nécrosantes: quels antibiotiques et comment? *Ann Fr Anesth Rean.* 2006: 982-5.
- [7] La Rosa J., Bouvier S., Langeron O. Prise en charge des cellulites maxillo-faciales. *Le Prat Anesth Rean.* 2008: 309-15.

Pour citer cet article :

L Bennis, Y Oudghiri, S Touzani, N Houari, B Boukatta, A Bouazzaoui, N Kanjaa. Médiastinite compliquant une cellulite cervicale révélée par une éruption cutanée généralisée : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 75-78

*Correspondance

Bennis Lamiae

drlamiae@bennis@gmail.com

Disponible en ligne : 25 Janvier 2021

1 : Service de réanimation polyvalente A4 (CHU Hassan 2 Fès).

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante :



Clinical case

Giant parathyroid adenoma complicated with hungry bone syndrome

Adénome parathyroïdien géant compliqué du syndrome de l'os affamé

A Dieye*^{1,5}, MS Diouf-Ba¹, A Thiam¹, AN Kasse², MC Dial³, ES Diom⁴

Abstract

Objective: This study aims to report our experience on the diagnostic and therapeutic approach of a case of giant parathyroid adenoma with 15g of weigh, responsible for pathological fractures and who underwent a syndrome of hungry bones after parathyroidectomy.

Clinical case: We report the case of a 42-year-old patient referred to us by orthopedic colleagues for the management of an anterior cervical swelling associated with pathologic femoral fractures secondary to primary hyperparathyroidism (PHPT). The laboratory findings revealed hypercalcemia at 142.5 mg/L (80-100mg/L) and an elevation of parathyroid hormone (PTH) to 50 times normal. Cervical ultrasound showed a parathyroid adenoma. She had undergone parathyroidectomy and histology concluded to a parathyroid adenoma of 15g of weigh. She had presented on day 3 a hungry bone syndrome and functional renal failure. The patient died in intensive care unit secondary to a severe hypocalcemia and renal failure.

Conclusion: Giant parathyroid adenoma is a rare entity in primary hyperparathyroidism. Their treatment

is surgical. This observation reflects the morbidity related to the bone and metabolic complications of this pathology as well as the need for multidisciplinary approach, which raises a problem in our practice.

Keywords: adenoma, hypercalcemia, hungry bone syndrome, parathyroidectomy.

Résumé

Objectif: Cette étude vise à faire état de notre expérience sur l'approche diagnostique et thérapeutique d'un cas d'adénome parathyroïdien géant de 15g de poids, responsable de fractures pathologiques et qui a subi un syndrome d'os affamés après parathyroïdectomie.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'un patient de 42 ans qui nous a été adressé par des collègues orthopédistes pour la prise en charge d'un gonflement cervical antérieur associé à des fractures fémorales pathologiques secondaires à une hyperparathyroïdie primaire (PHPT). Les résultats de laboratoire ont révélé une hypercalcémie à 142,5 mg/L (80-100mg/L) et une élévation de l'hormone parathyroïdienne (PTH) à 50 fois la normale. L'échographie cervicale a montré un adénome parathyroïdien. Elle avait subi une parathyroïdectomie et l'histologie a conclu à un

adénome parathyroïdien de 15g de poids. Elle avait présenté le troisième jour un syndrome de l'os affamé et une insuffisance rénale fonctionnelle. La patiente est décédée en unité de soins intensifs suite à une grave hypocalcémie et une insuffisance rénale.

Conclusion : L'adénome parathyroïdien géant est une entité rare dans l'hyperparathyroïdie primaire. Leur traitement est chirurgical. Cette observation reflète la morbidité liée aux complications osseuses et métaboliques de cette pathologie ainsi que la nécessité d'une approche multidisciplinaire, ce qui pose un problème dans notre pratique.

Mots-clés : adénome, hypercalcémie, syndrome de l'os affamé, parathyroïdectomie

Introduction

Giant parathyroid adenoma is a rare entity of primary hyperparathyroidism [5]. It features an excessive secretion of parathormone inducing significant hypercalcemia [4]. The treatment is based on surgical excision. This case describes our experience in the diagnostic and therapeutic approach of giant parathyroid adenoma responsible for pathologic fractures and hungry bone syndrome.

Clinical case

We report the case of a 42-year-old patient, with no personal and family medical history, who was referred to us by the orthopedic surgeons for the management of a painless anterior cervical swelling that had been evolving for 5 months. She was hospitalized in orthopedics for pathologic fractures involving both femoral diaphysis, secondary to primary hyperparathyroidism (PHPT). The ENT examination revealed a painless, well-limited anterior paramedian right cervical mass, mobile at swallowing, measuring about 05 cm, and without adenopathy. The biology test revealed a corrected serum calcium levels of 142.5 mg/L (80-100 mg/L) and a significant increase in parathyroid hormone (PTH) at 4245 pg/

mL (126-586) (50 times normal). Standard X-Rays revealed a bilateral femoral fracture associated with severe diffuse bone demineralization (image 1). This bone demineralization pattern made conjure up a secondary bone tumor before the diagnosis of PHPT being confirmed by the internal medicine team after the measurement of serum calcium levels and intact PTH. Cervical Ultrasound outlined a right parathyroid swelling of 55mm suggestive of a parathyroid adenoma. The urinary tract Ultrasonography did not show calculi. She had benefited from medical treatment based on biphosphonates, analgesic palliate II and orthopaedic traction of both limbs. We had performed a right upper para thyroidectomy associated with a left lobo-isthmectomy by cervical approach through a Kocher incision, and without difficulty on the removal. The specimen showed a very limited rounded whitish mass measuring 6cm and weighing 15g (image 2). Histological examination concluded at a parathyroid adenoma (image 3). The postoperative serum calcium level was 72mg/l. After surgery, the transfer to orthopedics was made on D1 where she was assessed by the internal medicine team. On day 3 postoperatively, she had presented with worsening hypocalcemia condition and a hungry bone syndrome despite calcium supplementation by injection. Hypocalcemia worsened 7 days later and functional renal failure occurred on day 7 as well. After transfer and a short resuscitation stay due to consciousness impairment, death occurred at D15 in a course of severe hypocalcemia and impaired renal function.



Figure 1: Bilateral femoral fracture associated with severe and diffuse bone demineralisation.



Figure 2: Right upper parathyroid adenoma: well-limited rounded whitish lump measuring 6cm and weighing 15g.

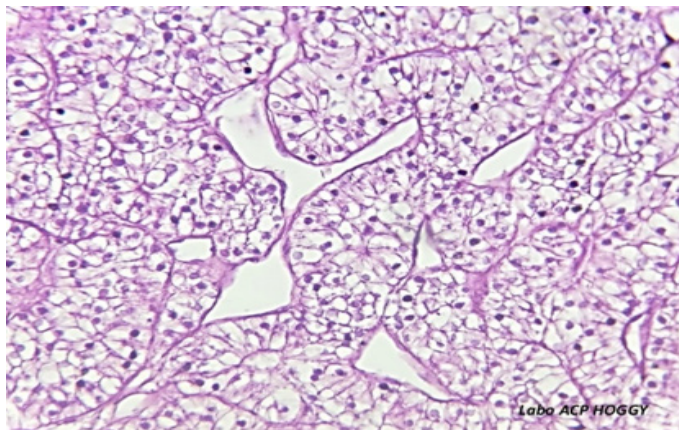


Figure 3: Parathyroid adenoma in microscopic view at x200 magnification: tumour proliferation of columnar cells, with clear cytoplasm, organized in trabeculae and follicles of variable size. Discrete stroma and anastomosed capillaries. HEx200.

Discussion

Solitary parathyroid adenoma is the main cause of primary hyperparathyroidism (PHPT) in 80% to 85% of cases [2]. It occurs predominantly in postmenopausal women [5]. This was not the case in our patient. The discovery of a parathyroid adenoma should also systematically lead to research a underlying condition of multiple endocrine neoplasia (MEN) [7]. But the examination did not reveal any associated endocrinopathy in our patient. Generally parathyroid adenomas are small in size (600 mg) and

weigh less than 1g [8]. Notwithstanding their weight can reach 3.5g, they are then called «giant adenomas» [3]. In our patient, the weight of the adenoma reached 15g. This entity is very rare especially since the literature is scarce in that condition [5].

For several authors, giant parathyroid adenomas are considered as a distinct clinical entity with specific genomic aberrations [6]. If the symptoms are those of hypercalcemia with urinary signs, muscle weakness, abdominal pain, our observation was outlined by signs of bone demineralization responsible for pathologic fractures. Bone signs of PHPT would account for 4.5% in adults [3]. Cases of giant parathyroid adenoma are accompanied by very high preoperative PTH and serum calcium levels, but are less likely to show symptoms of hypercalcemia, the reason is still unknown [9]. The occurrence of signs of morbidity, namely pathologic fractures and impaired renal function in our case can be explained by the delay in consultation (5 months of evolution) and the diagnosis slag due to lack of means. In our patient, the examination showed a clearly visible and palpable swelling, which is very rare, as parathyroid adenoma is generally not palpable [6]. The determination of serum calcium levels and parathyroid hormone (PTH) is a crucial element in the diagnosis of giant adenomas [6]. They are associated with very high hypercalcemia [4,5]. On radiological approach, cervical ultrasonography can reveal the adenoma with an approximate sensitivity and specificity of 75% and 85% respectively [5]. In our case, ultrasonography helped us locate the adenoma and guide the excision, however the adenoma may be ectopic and Sesta MIBI scintigraphy becomes essential for the localization of ectopic parathyroid tissue [5]. Kitada reports a case of adenoma with anterior mediastinal localization [4]. Diom reports one case of adenoma localized in the retropharyngeal space [1]. Surgical excision remains the gold standard [4]. It consists of an external resection through a cervical incision after exploration of all 4 glands. Postoperative calcium supplementation is a routine approach as it can help avoid or prevent severe deleterious hypocalcemia or hungry bone

syndrome. Hungry Bone Syndrome (HBS) is the severe and rapid fall in serum calcium levels due to abrupt withdrawal of parathyroid adenoma in patients with severe PHPT due to excessive demineralization of the skeletal bone [8]. Our patient presented with HBS on the D3 postoperative when the serum calcium levels decreased from 142mg/l to 72mg/l, which is explained by a lack of adequate calcium intake. It is a rare condition (less than 13%) in patients undergoing PHPT surgery [3]. Some authors argue that patients with preoperative bone signs have a higher risk of developing a hungry bone syndrome [8], and the size of the adenoma is thought to be proportional to the risk of developing a hungry bone syndrome [3]. In this case the patient had all these life-threatening risk factors. The main criticism is the diagnosis lag in this patient, but this case illustrates other difficulties, namely the insufficient calcium supply in the postoperative period, but also the delay in multidisciplinary management involving orthopaedic surgeons, ENT specialists and internal medicine specialists. Basically the death of our patient is clearly linked to this severe hypocalcemia and renal failure due to a lack of water intake. Because of their certain molecular similarities, giant parathyroid adenomas mimic parathyroid carcinomas in terms of size and the deep hypercalcemia they induce, so that many researchers wonder whether giant parathyroid adenomas do not have malignancy characteristics. This calls for close monitoring after treatment [6].

Conclusion

We have reported a rare case of giant parathyroid adenoma with surgical management that associated pathologic fractures and hungry bone syndrome. This observation illustrates the particularities of giant parathyroid adenoma by the significant hypercalcemia and bone demineralization responsible for pathologic fractures. This case also reflects the morbidity associated with the bone and metabolic complications of this pathology, in particular the hungry bone syndrome, a serious condition that must

be prevented after adenoma surgery. Finally, this case underlines the need to strengthen multidisciplinary collaboration, which poses a problem in our practice.

*Correspondence

Abdoulaye Dieye

adieye90@gmail.com

Available online : January 25, 2021

- 1 : ENT Department, Idrissa Pouye General Hospital, Dakar, Senegal
- 2 : Orthopedic-traumatology Department, Idrissa Pouye General Hospital, Dakar, Senegal
- 3 : Pathological laboratory, Idrissa Pouye General Hospital, Dakar, Senegal
- 4 : ENT Department, Hôpital de la paix, Ziguinchor, Senegal
- 5 : ENT Department, Fann Teaching Hospital, Dakar, Senegal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflict of interest : None

References

- [1] Diom ES, Fagan J, Govender D. Giant Cystic Parathyroid Adenoma Masquerading as a Retropharyngeal Abscess. *Otolaryngology*. 2014;04(01). doi:10.4172/2161-119X.1000154
- [2] Duan K, Gomez Hernandez K, Mete O. Clinicopathological correlates of hyperparathyroidism. *J Clin Pathol*. 2015;68:10. 771-87. doi:10.1136/jclinpath-2015-203186
- [3] Ebina K, Miyoshi Y, Izumi S, et al. A case of adolescent giant parathyroid adenoma presenting multiple osteolytic fractures and postoperative hungry bone syndrome. *Clin Case Rep*. 2015;3:10. 835-40. doi:10.1002/ccr3.360
- [4] Kitada M, Yasuda S, Nana T, et al. Surgical treatment for mediastinal parathyroid adenoma causing primary

hyperparathyroidism. *J Cardiothorac Surg.* 2016;11:1. 44.
doi:10.1186/s13019-016-0461-8

- [5] Mantzoros I, Kyriakidou D, Galanos-Demiris K, et al. A Rare Case of Primary Hyperparathyroidism Caused by a Giant Solitary Parathyroid Adenoma. *Am J Case Rep.* 2018;19:1334-7. doi:10.12659/AJCR.911452
- [6] Rutledge S, Harrison M, O'Connell M, et al. Acute presentation of a giant intrathyroidal parathyroid adenoma: a case report. *J Med Case Reports.* 2016;10:1. 286. doi:10.1186/s13256-016-1078-1
- [7] Traxer O, Mouton A, Abbecassis R. Adénome parathyroïdien géant responsable d'une récurrence lithiasique précoce. *Prog Urol* 2004 14 398-400.
- [8] Witteveen JE, van Thiel S, Romijn JA, et al. Hungry bone syndrome: still a challenge in the post-operative management of primary hyperparathyroidism: a systematic review of the literature. *Eur J Endocrinol.* 2013;168:3. R45-53. doi:10.1530/EJE-12-0528
- [9] Yao K, Singer FR, Roth SI, et al. Weight of Normal Parathyroid Glands in Patients with Parathyroid Adenomas. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:7.3208-13. doi:10.1210/jc.2003-031184

To cite this article :

A Dieye, MS Diouf-Ba, A Thiam, AN Kasse, MC Dial, ES Diom. Giant parathyroid adenoma complicated with hungry bone syndrome. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 79-83



Cas clinique

Hypersensibilité médicamenteuse au Diclofénac : cas du sujet âgé

Drug hypersensitivity to Diclofenac: case of the elderly

S Nga Nomo*¹, P Binyom², A Kuitchet³, C Iroume⁴, G Chewa¹, E Zoumenou⁵, M Chobli⁵

Résumé

Les réactions d'hypersensibilité médicamenteuse font partie des effets secondaires les plus fréquemment liés aux médicaments avec une prévalence estimée à environ 10 cas pour 1000 introductions de traitement [1]. Les réactions d'hypersensibilité médicamenteuse retardée sont généralement peu symptomatiques et d'évolution favorable à l'arrêt du traitement causal, mais il existe des présentations graves et potentiellement létales. Nous rapportons ici la prise en charge tardive en milieu de réanimation, d'une forme sévère et mortelle d'hypersensibilité médicamenteuse retardée, la nécrolyse épidermique toxique, due à la réexposition au diclofénac chez un sujet âgé aux antécédents de pustulose exanthématique aiguë généralisée. L'intérêt de la présentation réside sur la nécessité d'une prise en charge spécialisée optimale, précoce et multidisciplinaire des formes sévères d'hypersensibilité médicamenteuse en milieu de soins intensifs et l'importance de la déclaration au centre de pharmacovigilance.

Mots-clés : Hypersensibilité médicamenteuse, nécrolyse épidermique toxique, diclofénac.

Abstract

Drug hypersensitivity reactions are among the most common drug-related side effects with an estimated prevalence of around 10 cases per 1000 treatment initiation [1]. Delayed drug hypersensitivity reactions are generally not symptomatic and progress in favor of discontinuation of causal therapy, but there are serious and potentially fatal presentations. We report here the late management in an intensive care setting of a severe and fatal form of delayed drug hypersensitivity (toxic epidermal necrolysis) due to re-exposure to diclofenac in an elderly subject with a history of acute generalized exanthematous pustulosis. The interest of the presentation lies in the need for optimal, early and multidisciplinary specialist management of severe forms of drug hypersensitivity in intensive care unit and the importance of reporting to the pharmacovigilance center.

Keywords: Drug hypersensitivity, toxic epidermal necrolysis, diclofenac.

Introduction

Les réactions d'hypersensibilité médicamenteuse font partie des effets secondaires les plus fréquemment liés

aux médicaments avec une prévalence estimée à environ 10 cas pour 1000 introductions de traitement [1]. La nécrolyse épidermique toxique (TEN) ou syndrome de Lyell est la forme la plus sévère d'hypersensibilité médicamenteuse retardée caractérisée par une destruction brutale de la couche superficielle de la peau et des muqueuses. Nous rapportons ici une forme sévère et mortelle d'hypersensibilité médicamenteuse retardée, la nécrolyse épidermique toxique (TEN), due à la réexposition au diclofénac par voie intraveineuse chez un sujet âgé aux antécédents de pustulose exanthématique aiguë généralisée. L'intérêt de la présentation réside sur la nécessité d'une prise en charge spécialisée optimale, précoce et multidisciplinaire des formes sévères d'hypersensibilité médicamenteuse en milieu de soins intensifs et l'importance de la déclaration au centre de pharmacovigilance.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente de 71 ans, pesant 70 kg et sans tares particulières. Elle a été transférée en réanimation du centre hospitalier d'Essos/Yaoundé le 25/11/2020, via le service d'accueil des urgences vitales, pour la prise en charge d'une importante destruction cutanée suite à une injection de diclofénac, associée à une altération profonde de l'état général. La symptomatologie initiale remontait à 2 semaines avant son admission dans le service de réanimation, marquée par la survenue d'une inflammation de la main gauche, motivant une administration de 75 mg de diclofénac, par voie intramusculaire, par un agent de santé en clientèle privée. Trois jours plus tard, la patiente observait des lésions cutanées à type de macules érythémateuses avec des bulles qui envahissaient prioritairement la partie supérieure du tronc et le visage, puis les paumes des mains. Il s'y associait des érosions des muqueuses buccales et oculaires. L'histoire médicale de la patiente retrouvait une notion de pustulose exanthématique aiguë généralisée causée par l'administration intraveineuse de diclofénac en 2016, soit quatre ans auparavant,

ayant nécessité une prise en charge infirmière à domicile. La sévérité de l'atteinte cutanée et muqueuse justifiait une consultation au service des urgences de l'hôpital central de Yaoundé ou le diagnostic de nécrolyse épidermique toxique était posé. La surface corporelle atteinte était estimée à 40%. Les contraintes financières limitaient les possibilités thérapeutiques et contraignaient la patiente à signer une sortie contre avis médical. Une prise en charge à domicile était alors initiée. Cette dernière se fondait essentiellement sur le traitement local des lésions et l'administration de thiamphenicol (thiobactin®) 500 mg en double dose journalière. L'évolution sous ce traitement était marquée par l'altération profonde de l'état général et l'installation d'une dysphagie aux solides justifiant le transfert en réanimation pour une prise en charge optimale. L'examen clinique de réanimation retrouvait un syndrome anémique, un syndrome de réponse inflammatoire systémique, des signes de choc. Les lésions cutanées étaient en voie de cicatrisation, mais souillées (figure I). Le bilan biologique retrouvait une anémie inflammatoire à 5 g/dL, une leucopénie à 1500/mm³, une hypoalbuminémie sévère à 13g/l, une perturbation de la fonction rénale avec l'urée sanguine à 2,17g/l et la créatinine plasmatique à 43mg/l. L'ionogramme sanguin et la troponine I étaient normales, la lactatémie était à 6 mmol/l. La sérologie HIV était négative. Il n'était pas réalisé de biopsie cutanée. Ce faisceau d'arguments, en l'absence de la prise d'autres médicaments pouvant expliquer ce tableau, faisait conclure à un état de choc septique avec défaillance multiviscérale compliquant une forme sévère d'hypersensibilité médicamenteuse retardée type nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell), causée par une réexposition au diclofénac par voie parentérale.

Le traitement de réanimation consistait en une hydratation par voie veineuse centrale, la correction de l'anémie par une transfusion sanguine, la correction de l'hypoalbuminémie par perfusion d'albumine humaine, l'antibiothérapie à large spectre à base de lévofloxacine, le support hémodynamique par des catécholamines exogènes (noradrénaline,

dobutamine). La stratégie antalgique reposait sur l'association paracétamol et néfopam. La prévention de la maladie thromboembolique veineuse était assurée par l'énoxaparine sodique à dose prophylactique. Le décès survenait dans les 48 heures malgré des soins adaptés de réanimation. En l'absence d'un centre régional de pharmacovigilance, le cas était signalé au comité thérapeutique du centre hospitalier d'Essos et classé dans les archives de cette même structure hospitalière.



Figure 1 : Lésions cutanées surinfectées à l'admission en réanimation (14ème jour post-exposition au diclofénac).

Discussion

Les réactions d'hypersensibilité retardée font partie des effets secondaires les plus fréquents des médicaments. La nécrolyse épidermique toxique ou syndrome de Lyell représente la forme la plus sévère et potentiellement mortelle de cette entité nosologique. La TEN est rare, son incidence dans la population générale est de 1 à 2 cas par million d'habitant par année [2]. Les manifestations cutanées apparaissent typiquement 4 à 28 jours après l'introduction d'un médicament [3]. En cas de réexposition, les symptômes cutanés peuvent apparaître déjà dans les 48 heures [4]. L'étude EuroSCAR, publiée en 2008 [3], a permis de stratifier le risque de TEN pour différents médicaments. Le risque de survenu de TEN est modéré avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens de type dérivé arylacétique comme le diclofénac. Le diagnostic de la TEN est essentiellement clinique.

La biopsie cutanée permet d'écartier les diagnostics différentiels comme le « Staphylococcal Scalded Skin Syndrome » et des maladies bulleuses auto-immunes. L'image histopathologique montre une nécrose transépidermique. Le décollement cutané survient au niveau sous-épidermique. La détermination de l'agent causal se base sur le délai entre l'introduction d'un médicament et l'apparition des premiers symptômes. Le socle physiopathologique de la TEN est une médiation par des lymphocytes T CD8+ présents en grande quantité dans le liquide des bulles cutanées [6,7,8]. Une prédisposition génétique pour développer une TEN semble exister dans certaines populations. La stratégie thérapeutique repose sur l'arrêt de tout médicament à risque de déclencher une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse, la correction des troubles hydro-électrolytiques, le traitement local des lésions cutanées, le traitement immunomodulateur par les corticoïdes. Les Immunoglobuline humaines IV sont également prometteuses dans cette indication. Le taux de mortalité liée au TEN est de 25 à 35% [5]. Dans notre cas, il s'agissait d'un sujet âgé, fragile, qui a été exposé une seconde fois à une molécule (diclofénac) pour laquelle il a présenté 4 ans auparavant une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse légère avec évolution spontanément favorable. Cette seconde exposition a été d'emblée grave et fatale. Siah S. et al rapporte une incidence 2,7 fois supérieure du TEN chez le sujet de plus de 65 ans que dans une population plus jeune [9]. Les signes cliniques évocateurs d'une TEN sont apparus précocement, dans les 72 premières heures post-exposition au diclofénac chez la patiente, ce qui nous autorise à utiliser le terme d'hypersensibilité médicamenteuse retardée au diclofénac par opposition à une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse immédiate. Il s'agissait principalement d'une atteinte cutanée prédominant au tronc et rapidement extensive au visage et aux membres. Les cas de TEN consécutifs à la prise de diclofénac sont décrits dans la littérature, mais restent anecdotiques [10]. L'indigence de notre patiente lors de la première consultation justifiait la sortie contre avis médical, malgré la gravité des lésions

initiales. Ceci représente une entorse grave à la prise en charge. En Afrique subsaharienne, la pauvreté des ménages est un véritable frein à l'accès aux soins de santé, aggravant ainsi la mortalité de certains groupes de population. Les pays à faible revenu d'Afrique font face à de nombreux défis sanitaires. Les services de santé en place aujourd'hui y répondent avec peine. L'insuffisance de moyens a des conséquences tragiques. Un effort accru est nécessaire pour palier à la faible performance des systèmes de santé. Si les arrangements institutionnels actuellement en place sont peu efficaces, un programme de réformes est à mettre sur l'agenda pour une prise en charge globale et optimale des couches défavorisées. Le traitement administré à domicile, à notre patiente, par un agent de santé s'est avéré inadapté. Le pronostic des formes graves de TEN dépend essentiellement de la précocité de la prise en charge, de la multidisciplinarité de l'équipe de soins et de la spécialisation de cette dernière. Notre patiente était admise en réanimation au stade de choc septique avec défaillance multiviscérale. Ce tableau de choc septiques était associé aux autres complications tardives de la TEN : l'anémie et la dénutrition. C'est une patiente qui cumulait de nombreux facteurs de mortalité qui pourraient expliquer le décès malgré un traitement adapté en réanimation. La sécurité des traitements administrés aux patients est une composante essentielle de la qualité des soins de santé. En plus des effets bénéfiques qui justifient leur utilisation en thérapeutique, les médicaments peuvent aussi être à l'origine d'effets indésirables. À ce titre, la pharmacovigilance, science visant à détecter, évaluer et prévenir les effets indésirables des médicaments [11], apparaît comme un outil essentiel pour la santé publique. Le diclofénac, substance responsable de la TEN chez notre patiente, est un médicament largement utilisé en Afrique subsaharienne. Il est fréquemment délivré sans prescription médicale préalable. La TEN est une toxidermie rare, grave et potentiellement mortelle, s'exprimant par des détachements épithéliaux cutanés et muqueux [12]. Au regard de la problématique liée aux effets indésirables qui découlent de son

utilisation, il est urgent de mettre en place un système de pharmacovigilance à même de faire face à ce défi et d'améliorer la qualité des prestations offertes par le système de santé camerounais.

Conclusion

La TEN est une toxidermie rare, grave et potentiellement mortelle, s'exprimant par des détachements épithéliaux cutanés et muqueux. La survie des patients dépend grandement de la précocité et de la qualité de la prise en charge initiale en milieu de réanimation. Le traitement est essentiellement symptomatique et se rapproche de celui d'un grand brûlé. Le meilleur moyen de prévention en Afrique subsaharienne demeure la prescription médicale raisonnée, l'usage rationnel des médicaments et le « reporting » des effets indésirables des médicaments auprès des centres de pharmacovigilance.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la correction du manuscrit

***Correspondance**

Nga Nomo Serge Vivier

sergevivier@yahoo.fr

Disponible en ligne : 25 Janvier 2021

- 1 : Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier d'Essos, Yaoundé, Cameroun.
- 2 : Département de chirurgie et spécialités, Institut Supérieur de Technologies médicales, Yaoundé, Cameroun.
- 3 : Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Régional, Maroua, Cameroun.
- 4 : Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier universitaire, Yaoundé, Cameroun.
- 5 : Département d'anesthésie-Réanimation, Faculté

des sciences de la santé, cotonou, Bénin.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Stern RS. Clinical practice. Exanthematous drug eruptions. *New Engl J Med* 2012 ;366 :2492-501.
- [2] Rzany B, Mockenhaupt M, Baur S, et al. Epidemiology of erythema exsudativum multiforme majus, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis in Germany (1990-1992) : Structure and results of a population-based registry. *J Clin Epidemiol* 1996;49: 769-73.
- [3] Mockenhaupt M, Viboud C, Dunant A, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis : Assessment of medication risks with emphasis on recently marketed drugs. The EuroSCAR-study. *J Invest Dermatol* 2008;128:35-44.
- [4] Roujeau JC. Immune mechanisms in drug allergy. *Allergol Int* 2006;55:27-33.
- [5] Christa-Maria Maniu, Guillaume Buss, Laurence Feldmeyer, François Spertini, Camillo Rib. Formes sévères d'hypersensibilité médicamenteuse retardée. *Rev Med Suisse* 2013; 9 : 803-81.
- [6] Le Cleach L, Delaire S, Boumsell L, et al. Blister fluid T lymphocytes during toxic epidermal necrolysis are functional cytotoxic cells which express human natural killer (NK) inhibitory receptors. *Clin Exp Immunol* 2000;119:225-30.
- [7] Chung WH, Hung SI, Hong HS, et al. Medical genetics : A marker for Stevens-Johnson syndrome. *Nature* 2004;428:486.
- [8] Hung SI, Chung WH, Liou LB, et al. HLA-B 5801 allele as a genetic marker for severe cutaneous adverse reactions caused by allopurinol. *Proc Nat Acad Sci U S A* 2005;102:4134-9.
- [9] Siah S, Baite A, Bakkali H, Atmani M, Ababou K, Ihrari H. Prise en charge du syndrome de Lyell ou necrolyse épidermique toxique. *Annals of burns and fire disasters* 2009 ; 19(3) : 142-146.
- [10] G.S. Irie Bi, Y. Pete, M. Kamagate, N. Koffi, C. Nda-

Koffi et al. Syndrome de Lyell d'évolution fatale suite à la réadministration de diclofénac, au CHU de Bouaké (Cote d'Ivoire). *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2018, 11 : 9-11.

- [11] Lassané Kaboré, Téné Marceline Yaméogo, Issiaka Sombié, Moussa Ouédraogo, Abdramane Berthé et al. Plaidoyer pour un renforcement du système de pharmacovigilance au Burkina Faso. *Santé Publique* 2017 ; 29 : 921-925.
- [12] A. Mokline, I. Rahmani, L. Garsallah, S. Tlaili, R. Hammouda, et A.A. Messadi. La nécrolyse épidermique toxique. *Ann Burns Fire Disasters* 2016 ; 29(1): 37-40.

Pour citer cet article :

S Nga Nomo, P Binyom, A Kuitchet, C Iroume, G Chewa, E Zoumenou et al. Hypersensibilité médicamenteuse au Diclofénac : cas du sujet âgé. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 84-88



Cas clinique

Eviscération vaginale post coïtale à propos d'un cas

Post coital vaginal in a case report

B Traoré*¹, P Coulibaly², M Coulibaly³, O Guindo⁴, A Traoré⁵, D Traoré¹, D Cisse¹, FM Kéita¹, PA Togo⁶

Résumé

Nous rapportons un cas d'éviscération intestinale consécutive à une perforation du cul de sac postérieur de Douglas provoquée par rapport sexuel consentant. A la suite du rapport sexuel s'est produit un saignement vaginal abondant. L'examen clinique a retrouvé une éviscération de 80 cm d'intestin grêle dévascularisé perforé (3 orifices) et nécrosée ; un état de choc hémorragique ayant nécessité une réanimation pré opératoire. La procédure chirurgicale a été une résection de 90 cm d'anse grêle avec anastomose terminoterminal et une fermeture de la perforation du cul de sac postérieur de Douglas après une toilette péritonéale au sérum physiologique. Les suites opératoires ont été simples, la patiente était sortie de l'hôpital le 10^{ème} jour postopératoire.

Ce cas clinique montre l'existence des formes graves de complications des perforations du cul de sac de Douglas.

Mots-clés : Eviscération, Vagin, post coïtale.

Abstract

We report a case of intestinal evisceration following a perforation of the posterior fornix of vagina caused by consenting intercourse. After intercourse, heavy

vaginal bleeding has occurred. Clinical examination found an evisceration of 80 cm of necrotic small intestine; a state of hemorrhagic shock requiring preoperative resuscitation. The surgical procedure was a 90 cm resection of the small intestine with end-to-end anastomosis and closure of the perforation of the posterior fornix of vagina after peritoneal cleansing. The postoperative outcomes was simple, the patient was discharged from the hospital on the 10th postoperative day.

This clinical case shows the existence of serious forms of complications from perforations of vagina fornix.

Keywords: Evisceration, Vagina, Intercourse.

Introduction

L'éviscération traumatique est l'issue des viscères intra abdominaux par un orifice acquis suite à un traumatisme abdominal, celle que nous rapportons est particulièrement rare de par son issue et son mécanisme.

L'éviscération vaginale post coïtale par perforation du cul de sac postérieur du vagin est rare et grave et met en jeu le pronostic vital [1, 2].

Cas clinique

Mme MD de 23 ans, nuligeste, mariée, admise en urgence dans notre service à l'Hôpital Sominé DOLO de Mopti pour hémorragie. Suite à un rapport sexuel consenti dans la chambre nuptiale, elle a présenté une douleur vive suivie de saignement très important. MD a été transporté par des moyens personnels au centre de santé de sa localité d'où elle nous a été référée.

Au cours du transport par pirogue et engin à deux roues, elle a constaté l'issue de l'intestin par le vagin. A l'admission, elle présentait une douleur abdominale diffuse ; un état de choc hémorragique associé à une fièvre de 38,5 degré. L'interrogatoire a retrouvé une consommation de décoction traditionnelle aphrodisiaque par son conjoint.

A l'examen gynécologique nous avons noté une éviscération trans-vaginale des anses grêles dévascularisées, perforées et nécrosées (figure 1).

Nous avons ainsi retenu le diagnostic d'éviscération vaginale post coïtale chez une jeune patiente sans autre comorbidité.

Une numération réalisée en urgence met en évidence un taux d'hématocrite à 20% et un taux d'hémoglobine 6,66 g/dl, une hyperleucocytose à 10000 éléments / mm³.

Après une réanimation, MD a été opéré. A la laparotomie médiane sous ombilicale, nous avons trouvé les anses grêles incarcérées dans une brèche de 3 cm dans le cul de sac postérieur du vagin, un hémopéritoine de 1,5 litre a été aspiré.

Nous avons réalisé une résection emportant 90 cm du grêle nécrosé et perforé suivi d'une anastomose iléo iléale à 30 cm de l'angle iléo-caecale ; extraction du grêle nécrosé par le vagin ; fermeture du cul de sac de Douglas ; lavage et Fermeture de l'abdomen sur un drain dans le cul de sac de Douglas. Les soins postopératoires ont été la transfusion iso groupe iso rhésus et l'antibiothérapie. La reprise progressive de l'alimentation liquide. Les Suites opératoires ont été simples. Elle a été autorisée de sortir de l'hôpital le 10^{ème} jour après l'intervention. L'examen de contrôle à 1 mois était sans particularité.



Figure 1 : Eviscération vaginale

Discussion

Les hémorragies post coïtales observées pendant les rapports sexuels consensuels sont rares environ 1% des urgences gynécologiques [2]. Elles sont le plus souvent dues à des lésions préexistantes du col de l'utérus et les anciennes opérées par voie basse [1]. Les hémorragies post coïtales comme dans notre cas sont plus fréquentes chez les adolescents [3,] et sont en rapport avec des positions permettant une pénétration profonde de la verge (décubitus dorsal, hyper flexion de la cuisse ou position assise sur les cuisses de l'homme) [3] associées à une hyper excitation de l'homme et la brutalité de l'acte sexuel. La situation de nuptialité comme dans notre cas est signalé dans la littérature [3]. L'éviscération vaginale est une urgence chirurgicale décrite dans la littérature [3,4]. La chirurgie vaginale et les manœuvres endoutérine sont les principales causes par rupture du sommet du vagin 60 à 73% dans la littérature [4,5]. Le transport en motocycle et en pirogue sont à l'origine de cette éviscération avec nécrose intestinale dans notre cas. L'abord par voie vaginale est indiqué en l'absence de nécrose intestinale, d'hémopéritoine ou d'une péritonite associée. La laparotomie médiane avec résection anastomose des anses nécrosées a été notre attitude comme cité dans la littérature [3, 4 5,]. Les suites opératoires sont habituellement simples comme dans les séries décrites dans la littérature si la patiente est prise en charge dans les 6 heures après le traumatisme. Cependant un cas de décès pour prise en charge tardive a été décrit dans la littérature [5].

Conclusion

L'éviscération vaginale sont des urgences médico chirurgicales dont la prise charge est pluridisciplinaire impliquant une synergie d'action entre le biologiste, chirurgien et le réanimateur. Malgré la faiblesse de son incidence elle présente un tableau clinique gravissime nous incitant à y penser devant tout cas d'hémorragie vaginale et à adopter la prise en charge adaptée.

*Correspondance

Brehima Traore

drbrehimat2@gmail.com

Disponible en ligne : 25 Janvier 2021

- 1 : Service de chirurgie générale, Hôpital Sominé DOLO de Mopti,
- 2 : Service de gynéco obstétrique Hôpital Sominé Dolo de Mopti,
- 3 : Service du laboratoire de biologie médicale, Hôpital Sominé DOLO de Mopti,
- 4 : Service de Santé Publique, Hôpital Sominé DOLO de Mopti,
- 5 : Service d'anesthésie/réanimation et bloc opératoire,
- 6 : Service de chirurgie générale, CHU Gabriel Touré.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mclean L, Roberts SA, White C, Paul S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. Forensic Science International 204 (2011) 27–33
- [2] Fletcher H, Bambury I, Williams M. Post-coital posterior

fornix perforation with peritonitis and haemoperitoneum. International Journal of Surgery Case Reports. 2013;4(2):153-5

- [3] Lahssen Boukhanni, Hanane Dhibou, Wafaa Zifi, Kawtar Iraki Housseini, Yasser Ait Benkeddour, Abderrahim Aboufalah, Hamid Asmouki, et Abderraouf Soummani. Les hémorragies post coïtales : à propos de 68 cas et revue de littérature. Pan African Medical Journal. 2016; 23:131
- [4] Boubacar Zan Traoré¹, Anis Benmansour¹, Hajar Hachim¹, Oumar Saoud¹, Jean Claude Ekogha Ekogha¹, Rachida Mbida¹ et Rachid Mohammed Chkoff¹. Eviscération vaginale post hystérectomie récidivante. Pan Afr Med J. 2010 ;19 :42.
- [5] Sanou A, Bazongo M, Zida M, Bounkougou PG, Zongo N, Windsouri M, Kabore M, Ouangre E2, Sano D2, Traoré SS2. REVUE de Chirurgie d'Afrique Centrale 2014; 2(4): 75-78

Pour citer cet article :

B Traoré, P Coulibaly, M Coulibaly, O Guindo, A Traoré, D Traoré et al. Eviscération vaginale post coïtale à propos d'un cas. Jaccr Africa 2021; 5(1): 89-91



Article original

Qualité de la marche de l'hémiplégique vasculaire

Ambulation quality of patients with stroke

R Diagne*¹, NS Diagne², MBMCM Andie², KA Mbaye¹, O Cissé¹, M Ndiaye¹, AG Diop

Résumé

Introduction : L'hémiplégie est un déficit d'un hémicorps de causes multiples dominées par l'accident vasculaire cérébral. L'évolution d'une hémiplégie est fonction de la topographie lésionnelle mais aussi de l'étiologie. Après accident vasculaire cérébral, il est souvent observé une reprise de la marche mais de caractéristiques plus ou moins normales. L'objectif de notre étude a été de déterminer les aspects quantitatifs et qualitatifs de la marche de l'hémiplégique vasculaire.

Méthodologie : Nous avons mené une étude tri-centrique, prospective, transversale et descriptive dans des services de Médecine Physique et de Réadaptation et de neurologie à Dakar au Sénégal, sur une durée de 6 mois. Nous avons inclus tout patient avec une hémiplégie vasculaire, évolutive d'au moins de 6 mois. La marche a été évaluée par le test de 6 mètres, le Get-up and go test et le FAC modifié.

Résultats : Nous avons inclus 100 patients avec un âge moyen de 57,5 ans. Le sexe ratio (H/F) a été de 0,75. L'AVC était ischémique dans 84% des cas, hémorragique dans 16% des cas. Aucune thrombolyse n'a été effectuée. La vitesse de marche a été inférieure à 0,5m/s dans 67% des cas. Le score

moyen du Get-up and Go test a été de 3,96/4 et la durée moyenne de 40,15. Les différentes classes de marche les plus fréquemment retrouvées ont été les classes IV, V, VI à des taux respectifs de 26%, 28% et 41%. Les facteurs de mauvaise performance de la marche ont été les anomalies qualitatives de la marche et l'existence de douleurs d'épaule homolatérale à l'hémiplégie (3, 36, 37).

Discussion et Conclusion : La reprise de la marche est fréquente après AVC et survient à la première année [1, 38]. Quoique fréquente, elle reste précaire. Elle peut davantage être améliorée par des programmes ciblés de rééducation tels que la stimulation fonctionnelle, le renforcement par isocinétisme [39, 40].

Mots-clés : AVC, Evaluation, Marche, Dakar, Sénégal.

Abstract

Introduction: Hemiplegia is a deficit of a half of body, causes dominated by stroke. The course of a hemiplegia depends on the lesion topography but also on the etiology. After a stroke, it is often observed a resumption of walking but with more or less normal characteristics. The objective of our study was to determine the quantitative and qualitative aspects of the ambulation in vascular hemiplegic.

Methodology: We conducted a tri-centric, prospective, transversal and descriptive study in rehabilitation and neurology services in Dakar, Senegal, over a period of 6 months. We included all patients with vascular hemiplegia, evolved more 6 months. The walking was evaluated by the 6-meter test, the Get-up and go test and the modified FAC.

Results: We included 100 patients aged 57.5 years. The sex ratio (M / F) was 0.75. Ischemic stroke represented 84% of the cases. No thrombolysis was performed. The walking speed was less than 0.5m / s in 67% of the cases. The average score for the Get-up and Go test was 3.96 / 4 and the average duration was 40,15. The most frequent walking classes found were classes IV, V, VI at respective rates of 26%, 28% and 41%. The factors for poor gait performance have been qualitative abnormalities in gait and shoulder pain, homolateral to hemiplegia (3, 36, 37).

Discussion and Conclusion: Resumption of walking is frequent after stroke and occurs in the first year [1, 38]. Although frequent, it remains precarious. It can be further improved by targeted rehabilitation programs such as functional stimulation, strengthening by isokinetics [39, 40].

Keywords: stroke, Evaluation, Walking, Dakar, Senegal.

Introduction

L'hémiplégie est la principale conséquence du handicap de l'individu après un AVC. Elle est caractérisée par une paralysie totale ou partielle du côté du corps opposé à la lésion cérébrale, pouvant atteindre la face, le membre supérieur et le membre inférieur de façon inégale. Près de 90 % des patients ont un déficit moteur après un AVC. Au niveau des membres inférieurs, cette déficience motrice va directement et principalement affecter la marche de la personne. Souvent impossible à la phase aiguë, la marche de l'hémiplégique vasculaire est rapidement reprise dès la première année post ictus [1] mais reste précaire [39, 23, 22, 24]. Des programmes

spécifiques, intensifs permettraient d'obtenir une marche plus efficace mais les performances diminuent au-delà d'un an après l'arrêt du programme [39, 40, 26]. Au Sénégal, la rééducation est peu développée et le manque de personnel a un impact direct sur la fréquence et la qualité des séances de rééducation des patients AVC. Dans ces conditions de travail, améliorer la qualité et surtout la vitesse de marche reste un problème majeur chez les patients hémiplégiques vasculaires. L'objectif de notre étude a été de déterminer les aspects quantitatifs et qualitatifs de la marche de l'hémiplégique vasculaire.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale et descriptive menée au service de Médecine physique et Réadaptation Fonctionnelle du CHU Fann, Dakar, au Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) et à la clinique de Neurosciences Ibrahima Pierre Ndiaye du Centre Hospitalier Universitaire de Fann à Dakar (Sénégal) entre Juin 2018 et Novembre 2018. Nous avons inclus tout patient avec une hémiplégie vasculaire évolutive d'au moins 06 mois. L'existence d'une pathologie neurologique associée, susceptible d'expliquer l'hémiplégie a été un critère d'exclusion. Les informations ont été recueillies auprès des malades et/ou leurs accompagnants après obtention de leur consentement grâce à une fiche d'enquête. Les caractéristiques sociodémographiques, les données cliniques et paracliniques de l'AVC, le traitement reçu, les complications neuro-orthopédiques des membres du côté hémiplégique ont été recueillis. Secondairement, une évaluation, par une étudiante en année de thèse sur les capacités fonctionnelles du membre supérieur et la qualité de la marche a été effectuée. Au préalable, cette étudiante a assisté aux consultations du médecin rééducateur pendant 2 semaines afin d'acquérir des connaissances sur l'analyse observationnelle de la marche et le principe de détermination de la vitesse de marche.

Evaluation :

La marche a été évaluée par :

- Une analyse observationnelle de la phase d'oscillation et de la phase d'appui.
- La vitesse de marche a été évaluée par le test de 6 mètres.
- Le «Get up and go test» : où le patient est assis sur une chaise à accoudoirs, doit se lever et marcher sur 3 mètres devant lui. Enfin le patient doit retourner vers sa chaise et s'asseoir. Il évalue le temps nécessaire pour effectuer une série de manœuvres de mobilité élémentaires.
- La «FAC modifiée» (Functional Ambulation Classification modified) est une échelle fonctionnelle de marche avec un score allant de 0, où le patient a besoin de l'aide de plus d'une personne à 8 où le patient est autonome. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel Sphinx2 plus version 5.1.0.3.

Résultats

Nous avons inclus 100 cas d'hémiplégie vasculaire dont 57 femmes (57%) et 43 hommes (43%) soit un sex-ratio de 0,75. L'âge moyen des patients était de 57,5 ans avec des extrêmes de 14 ans et 83 ans. Nos patients étaient majoritairement mariés (80%) et droitiers (98%). Quatre-vingt-dix-sept pour cent (97%) des patients étaient victimes d'un premier épisode d'AVC, dont 26 patients (26%) en phase de séquelles. L'hypertension artérielle était le principal facteur de risque (88%). L'hémiplégie a été non proportionnelle dans 93% des cas. Les principaux signes neurologiques associés ont été la spasticité (22%), les troubles sensitifs (36%) et les troubles cognitifs (12%). Ces derniers sont constitués des troubles du langage (10%) et de la mémoire (2%). La douleur de l'épaule (27%), une gonalgie (21%), la griffe des orteils (15%), la subluxation de la gléno-humérale (12%) ont été les signes orthopédiques associés. Les lésions siégeaient à l'hémisphère gauche dans 50% des cas et étaient ischémiques dans 84% des cas. La rééducation a été effectuée dans 87% des cas et aucune thrombolyse n'a été effectuée. Nous avons retrouvé que 72% des patients étaient capables

d'effectuer une prise globale, et que les gestes main-bouche, le lâchage des objets, main-nuque, main-poche étaient possibles respectivement dans 67%, 65%, 55% et 52%. Qualitativement, la marche s'effectuait avec aide dans 91% des cas, par fauchage (66%), recurvatum du genou en phase d'appui (12%), à petits pas (5%) et avec un steppage dans 2% des cas. Elle a été normale chez 14% des patients. La vitesse de marche a été inférieure à 0,5m/s dans 67% des cas, comprise en 0,5-1m/s dans 28% et supérieure à 1m/s dans 5% des cas. La durée moyenne du Get-up and Go test a été de 40,15 secondes avec un écart type de 36,30 dont 74% avec une durée supérieure à 20 secondes. D'après l'échelle de « la FAC modifiée», la classe VI était largement dominante (41%) (Figure 1). En analyse bivariée, la marche avec une canne ou avec une surveillance physique a été associée à une douleur d'épaule respectivement dans 51,1% (p=0,005) et 28,3% (p= 0,009).

Le steppage était associé à une vitesse de marche de moins de 0,5 m/s dans 1,6% des cas, contre 73,8% pour le fauchage. La durée du Get-up and Go était de moins de 20 secondes chez 50% des patients avec une marche normale et de 45% de ceux avec un fauchage. La marche avec surveillance était associée à une douleur d'épaule dans 28,3% contre 71,7% sans douleur (p=0,009), contre respectivement 51,1% et 48,9% (p=0,005), sans surveillance.

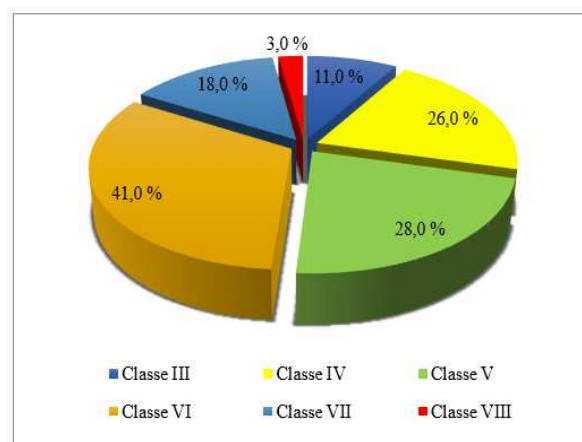


Figure 1 : Différentes classes selon la FAC modifiée.

Discussion

L'accident vasculaire en Afrique touche une population jeune de moins de 60 ans d'âge. La prédominance selon le sexe est variable mais on observe une tendance féminine [3, 4, 2,5,6,7]. Nos données sont en accord avec la littérature Africaine avec une prédominance féminine. L'HTA demeure le facteur de risque principal, est décrite partout, que ce soit en Afrique [9, 10, 12, 13, 14] comme dans les pays développés [15]. La rééducation est de plus en plus demandée au CHU de Fann, après accident vasculaire cérébral comme le montre nos résultats, comparé à ceux de Diouf et al [4]. La douleur de l'épaule de l'hémiplégique vasculaire est fréquente. Elle est secondaire souvent à une subluxation gléno-humérale, un syndrome douloureux régional complexe [17,18,19]. Datie et al, ont retrouvé une fréquence plus élevée à la nôtre, de douleurs d'épaule. L'âge, l'ancienneté de l'AVC, un index moteur faible du membre supérieur sont les facteurs de risque [3]. Nous avons trouvé dans notre étude, qu'une marche précaire, nécessitant une aide, s'associait significativement de douleur d'épaule du côté hémiplégique. Une reprise de la marche est fréquente après une hémiplégie vasculaire, et représente un facteur de bon pronostic [20,21, 3, 8,1,22,23]. Cependant, cette marche reste précaire, avec des anomalies qualitatives intéressant les deux phases de la marche. Celles de la phase d'appui sont dominées par le recurvatum du genou en milieu d'appui (12%), une diminution de la longueur du pas lors du doubles appui (5%) et une bascule transversale du bassin (1%). Contrairement à l'étude de Mourad où les anomalies qualitatives à la phase d'appui étaient dominées par le recurvatum (45%). En phase d'oscillation, elles sont essentiellement représentées par le fauchage (66%) et steppage (2%). Alors que dans l'étude de Mourad et al, le fauchage représentait 65% mais le steppage 10% sur 20 patients. M. Eyssette [22] dans son étude en 1997, démontrait que la reprise de la marche se situe, pour la plupart des hémiplégiques, la première année suivant l'accident vasculaire cérébral: entre 3

et 6 mois dans 73 % des cas, entre 6 et 12 mois dans 10 % des cas. À l'issue de la première année, 7 % ne marchent pas, sans grand espoir de reprise ultérieure. Dans certaines observations cependant, au-delà du 13e mois, la dégradation constatée et les améliorations obtenues même tardivement par un programme de rééducation limité dans le temps justifient des périodes de rééducation d'entretien. Heller et al. [24] quant à eux dans leur étude comparative en 2005, démontrait que quelle que soit la méthode de rééducation à savoir la rééducation classique seule ou associée à la rééducation par barobiofeedback (BPM Monitor), les scores cliniques s'amélioraient entre J0 et JM + 30 hormis pour la spasticité. Le délai de reprise de la marche par rapport à la date de l'accident vasculaire n'était pas différent entre les deux groupes. Le schéma de marche était amélioré pour les groupes avec une augmentation significative du temps d'appui monopodal sur le membre parétique. Le groupe expérimental a significativement amélioré le temps de double appui de réception du côté hémiplégique à JM et JM + 30, par rapport au groupe témoin ($p = 0,03$). Sur 100 patients, 67% avaient une vitesse de marche inférieure à 0,5m/sec. Ceci est en accord avec la littérature. La marche hémiplégique se caractérise tout d'abord par une réduction de la vitesse de marche [25, 26]. Leclair [27] retrouve une vitesse moyenne de marche à 0,41m/s chez 4 patients et Mourad et al [16] 0,48m/s chez 51 patients ce qui traduit un « état de fragilité » [27]. Contrairement à celles de V. Brun et al [21] et Huntin E et al [41] qui avaient retrouvé une vitesse confortable moyenne de marche à 0,65 m/s respectivement chez 60 patients et 27 patients. Ce résultat s'explique par l'évolution et la sévérité de l'atteinte, l'existence des troubles orthopédiques au membre inférieur et l'âge. Dans une étude comparative réalisée par Ailis D et al. [28] en 2011, ils ont démontré sur différentes études l'intérêt de la stimulation électrique fonctionnelle (SEF) dans la rééducation de la marche chez l'hémiplégique. En moyenne, une amélioration de la vitesse de marche de 20% est retrouvée, ainsi qu'une réduction du coût physiologique (PCI) et

du score de dépression. Tous ces paramètres ont permis une amélioration de la qualité de marche et de vie. En 1999, S. Rouleaud et al. [29] démontraient que : Les performances musculaires isocinétiques s'améliorent de façon significative. La spasticité n'est pas majorée par le renforcement isocinétique. La vitesse de marche confortable (0,76m/sec pour l'aller et de 0,81m/sec pour le retour) augmente de façon significative. Le temps nécessaire pour monter cinq marches (7,24sec) est amélioré, mais pas de façon significative. M. Vaucher et al. [30] en 2012 dans une étude rétrospective démontraient que : Le TDM6 s'améliore significativement de $78,39 \pm 54,26$ m au cours du programme, soit $39,2 \pm 24,6$ %. Ce bénéfice persiste à plus d'un an avec un gain moyen significatif par rapport à l'évaluation initiale de $60,89 \pm 53,79$, soit $34,3 \pm 27,0$ %. Par contre, on note une altération significative des performances sur ce TDM6 entre la fin du programme et l'évaluation à plus d'un an avec une perte moyenne de $31,39 \pm 41,34$, soit $8,4 \pm 17,6$ %. Les résultats des tests sur 10 m et GUGT s'améliorent significativement après le programme et se maintiennent à plus d'un an. Dans notre étude, 74% des patients pendant le «Get-up and go» Test avaient une durée supérieure ou égale à 20 secondes résultats similaires à ceux retrouvés par Simpson et al [33] 20 secondes chez 80 patients mais aussi Leclair et al [27] qui avaient retrouvé 38 secondes chez 4 patients. Le Timed Up and Go Test a été validé chez les hémiplegiques et est reproductible. C'est un test simple et fiable [35]. Le risque de chute est présent si la durée du test est supérieure à 15 secondes [31, 33]. Une durée supérieure ou égale à 30 secondes témoigne un risque de dépendance physique pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne [30]. Dans notre étude il en ressort que les classes IV, VI, V, de marche selon le FAC modifié ont été plus fréquemment rencontrées. Mourad Aderkichi [16] dans son étude, avait 29% des patients avec une FAC modifiée à 0, 20% avec une FAC modifiée à I, 46% avec une FAC modifiée à IV et 5% avec une FAC modifiée à V.

Les types de marche rencontrés entraînent un ralentissement significatif de la vitesse de marche

chez nos patients ($p=0,011$).

Nadeau et al. [11] démontraient que : Les participants cérébrolésés peuvent marcher plus rapidement ($n=20$; $0,92$ vs $0,63$ m/s ; $p < 0,05$) mais l'augmentation de la vitesse de marche augmente la difficulté à maintenir l'équilibre et les efforts aux membres inférieurs. L'asymétrie spatiotemporelle n'est pas uniforme chez tous les participants post-AVC. Plusieurs d'entre eux peuvent marcher plus symétriquement lorsqu'ils sont soumis à un protocole d'adaptation du tapis roulant DC ($n = 12/20$; ratio parétique/non parétique pour la longueur de pas pré- vs post-adaptation : $1,15$ vs $0,93 \pm 0,18$; $p < 0,05$). Les participants qui montrent une amélioration de la symétrie spatiotemporelle ne sont pas plus instables à la marche que les personnes plus asymétriques. Par contre, la symétrisation des paramètres spatiotemporels nécessite une réorganisation des actions musculaires aux deux membres inférieurs avec une prédominance des muscles de la cheville, notamment les fléchisseurs plantaires du côté parétique présentent des efforts passant de $73,7$ % à $86,6$ % ($p < 0,05$).

Dans notre étude, les anomalies qualitatives de marche entraînent un ralentissement très significatif pendant le Get-up and go chez nos patients ($p=0,000$). Okio et al. [42] dans une étude Get-up and go Test en 2015 démontraient : quatre-vingt pourcent des patients avaient un risque de chute élevé et 96 % avaient acquis la possibilité de maintenir et de conserver un équilibre tronculaire. Les mécanismes qui contribuent au maintien de la posture, de l'équilibre et de la marche après un AVC sont multiples. Simpson et al. [33] quant à eux dans une étude prospective et comparative en 2011, montraient que : Les patients hémiplegiques (ainsi que les personnes âgées) sont à haut risque de chute. Le risque de chute était 1.77 fois plus élevé pour les sujets après une hémiplegie. 59 % des chutes se produisaient à domicile pour les patients versus 39 % pour les sujets valides. Les scores au BBS (45 secondes) et au TUG (20 secondes) semblaient être associés avec le risque de chutes chez les personnes hémiplegiques.

Tsur et al en 2010 [34], montraient que le risque de

chute est toujours présent chez les patients atteints d'hémiplégie. 54% des patients atteints d'hémiplégie risquent de chuter durant la phase de réadaptation et les patients atteints d'hémi-parésie ont 46% de risque de chute.

Conclusion

La marche de l'hémiplégie vasculaire au-delà de six mois d'évolution reste précaire, à cause des anomalies de la phase d'oscillation et d'appui. Elle est lente, associée à une diminution de la longueur du pas lors du double appui, une absence de flexion combinée du membre inférieur lors du passage du pas. Selon le FAC modifié, des difficultés d'affranchissement des escaliers sont prédominantes.

*Correspondance

Diagne Rokhaya

dabaya16.rd@gmail.com

Disponible en ligne : 25 Janvier 2021

- 1 : Clinique de Neurosciences Ibrahima Pierre Ndiaye¹, CHNU FANN, Dakar, Sénégal
- 2 : Service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle, CHU Fann, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Debelleix X. : La rééducation de l'hémiplégie vasculaire de l'adulte améliore-t-elle la marche? *Ann Readapt Med Phys* 1997 ; 40 :121-130
- [2] EL Mabrouki B, Moustadraf L, EL Fatimi : Evaluation du handicap et du pronostic fonctionnel après accident vasculaire cérébral : à propos de 60 cas. *Annales de*

Réadaptation et de Médecine Physique. Octobre 2011, Vol.54, N°1, p.25.

- [3] Datié A M, Cowppli-Bony P, Akani F, Kotchi B E, Touré G, Kouassi E B. Complications de l'épaule de l'hémiplégique vasculaire : prévalence et facteurs associés au sein d'une population de cérébrolésés vasculaires au CHU d'Abidjan. *AJNS*. 2008;27: 22-9.
- [4] Diouf S F, Basse A M, Ndao A K, Ndiaye M, Touré K, Thiam A et al. Pronostic fonctionnel des accidents vasculaires cérébraux dans les pays en voie de développement : Sénégal, *Ann Readap Med Phys* 2006;49:100-104
- [5] Riah L, Elanbari Y, Khadir A, Lmidmani F, Elfatimi A. Fluoxétine et dépression chez l'hémiplégique : étude réalisée au service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle de Casablanca, *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* Volume 55, n° S1 page e23 (octobre 2012).
- [6] Assi B, Datie A-M, Kouassi E B, Manou K B, Nandjui B M, Ses E et al. Problèmes liés à la prise en charge rééducative des hémiplégies vasculaires à Abidjan (Côte d'Ivoire), *AJNS* 2002 VOL 21 N°1
- [7] Diagne S N, Ndao A K, Seck L B, Sene M D, Faye A B, Lmidmani F et al. Equilibre postural et risque de chute après accident vasculaire cérébral (AVC) chez les patients vivant à domicile. *Journal de réadaptation médicale* 2013 ;33 :127-130.
- [8] Benzaoui S, Touahri H, Benturkia O, Daoudi D, Farsi M, Boukari S et al.: Hémiplégie post-AVC à propos de 188 cas service MPR EHS DOUERA 3ème congrès SAMER TLEMEN 2012 22,23 septembre.
- [9] Nandjui B M, Datié A-M, Tuo B : Profil épidémiologique des hémiplégies en rééducation Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (11)
- [10] Napon C, Tougma L, Kaboré R, Kaboré J : Pronostic du handicap moteur au cours des accidents vasculaires cérébraux au Burkina Faso. *Médecine et Santé Tropicales* 2013 ; 23 : 320-323.
- [11] Nadeau S M, Lauzière S, Miéville C, Betschart M : Equilibre et marche des personnes cérébrolées : implications pour la rééducation ; *neurophysiologie clinique* volume 46, 2016
- [12] Coulibaly S, Diakité S, Diall IB, Menta I, Sacko AK, Diallo B.: Accidents vasculaires cérébraux: facteurs de risque,

- évolution et pronostic dans le service de cardiologie «B» du CHU du point G, Bamako. *Mali Med.* 2010; 25(1):32-6.
- [13] Damorou F, Togbossi E, Pessinaba S, Klouvi Y, Balogou A, Belo M et al. Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et affections cardio-vasculaires emboligènes. *Mali Méd.* 2008; 23 (1): 33.
- [14] Sagui E, M'Baye P S, Dubecq C, Ba Fall K, Niang A, Gning S et al.
- [15] Ischemic and hemorrhagic strokes in Dakar, Senegal: a hospital-based study. *Stroke.* 2005; 36(9): 1844-7
- [16] Hajat C, Dundas R, Stewart J A, Lawrence E, Rudd A G, Howard R et al. Cerebrovascular risk factors and stroke subtypes, differences between ethnic groups. *Stroke.* 2001; 32(1): 37-42.
- [17] Aderkichi Mourad. Retentissement de la spasticité sur la marche de l'hémiplégie vasculaire. Thèse de Médecine. Médecine Physique et Réadaptation Hôpital BELLOUA, Centre Hospitalo-Universitaire de TIZI-OUZOU, Algérie 2016 ; 77-91.
- [18] Chaory K, Desfontaines S, Vincent S, Mazevet D. Epaule douloureuse de l'hémiplégique. *Neurologie* 2005; vol 8:47-50
- [19] Kondo I, Hosokawa K, Sonia M, Iwata M, Maltais D. The shoulder-hand syndrome after stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001; 82(11):1619-23
- [20] Lindgren I, Johnsson AC, Norrving B, Lindgren A. Shoulder pain after stroke A prospective population-based study. *Stroke* 2007;38:343-8
- [21] Benezet P: Rééducation de la marche de l'hémiplégique vasculaire de l'adulte. In: Péliissier J (eds) Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation. Problème en médecine de rééducation. Paris ; Masson 1988: 177-85
- [22] Brun V, Labange P, Robinson A: les facteurs influençant la reprise de la marche après hémiplégie vasculaire. *Ann Réadaptation Méd Phys* 1996, 39: 191-99
- [23] Eyssette M. : Dans quels délais se fait la reprise de la marche et faut-il poursuivre la rééducation au-delà du 13emois? *Ann Readapt Med Phys* 1997; 40 :131-137.
- [24] Stroke unit trialists 'collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *Br Medj* 1997; 314:1151-1159.
- [25] Heller F, Beuret-Blanquart F, Weber J. Barbiofeedback et rééducation de la marche de l'hémiplégique ; *Annales de réadaptation et de médecine physique* 2005 ; 48 : 187–195.
- [26] Turnbull G, Charteris J, Wall J C. A comparison of the range of walking speeds between normal and hemiplegic subjects. *Scand J Rehabil Med.* sept 1995; 27(3):175-182
- [27] Hsu AL, Tang P, Jan F. Analysis of impairments influencing gait velocity and asymmetry of hemiplegic patients after mild to moderate stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2003, vol. 84, n°8: pages 1185–119
- [28] Leclair F. Proposition d'un atelier équilibre chez le patient hémiplégique post AVC : Etude auprès de 4 cas cliniques. institut de formation régional aux métiers de la rééducation et réadaptation 2011 - 2012
- [29] Aïlis D, Frelin C, Sitbon M. : Apport de la stimulation électrique fonctionnelle dans le réapprentissage de la marche chez l'hémiplégique. *Kinesither Rev* 2011;(115-116):20-28.
- [30] Rouleaud S, Gaujard E, Petit H, Picard D, Dehail P, Joseph PA et al. Isocinétisme et rééducation de la marche de l'hémiplégique ; *Ann Réadaptation Méd Phys* 2000 ; 43 : 279-88.
- [31] Vaucher M, Froger J, Loscos M, Dupeyron A. : Bénéfice à court et long terme d'un programme de réentraînement à l'effort sur la marche chez le patient hémiplégique chronique ; *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2012 ;55 : e312-e313.
- [32] MOUREY F. : Evaluation clinique de l'équilibre chez le sujet âgé. *Kinésithérapie, la revue.* Juillet 2010, Vol.10, N° 103, pp. 18-22.
- [33] Nadeau S M, Lauzière S, Miéville C, Betschart M : Posture, équilibre, mouvement : équilibre et marche des personnes cérébrolésées : implications pour la Rééducation neurophysiologie clinique volume 46, issues 4–5, november 2016, page 239
- [34] Simpson L A, Miller W C, Eng J J: Effects of stroke on fall rate, location and predictors: A prospective comparison of older adults with and without stroke. *Plos One*, 2011 ;6(4)
- [35] Tsur A, Segal Z.: Falls in stroke patients: Risks factors and risk management. *IMAJ-Israel Medical Association Journal* 12(4): 216
- [36] Gellez-Leman M-C, Colle F, Bonan I, Bradai N, Yelnik A. Évaluation des incapacités fonctionnelles chez le patient hémiplégique : mise au point *Annales de réadaptation et de médecine physique* Volume 48, n° 6 pages 361-368 (juillet

2005)

- [37] Chen G, Patten C: Joint moment work during the stance-to-swing transition in hemiparetic subjects. *Journal of Biomechanics*. 2008;41:877-83
- [38] Curvale G, Rochwerger A, de Belenet H, Groulier P: Traitement du pied varus équin spastique de l'adulte hémiplégique par amarrage rétrograde du tendon du court fibulaire sur le tibia antérieur. A propos d'une série de 41 cas. *Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur* 1999 Juin, Vol 85, Num 3, pp 286-92
- [39] Le Guiet J L, Le Claire G: Pendant combien de temps doit-on pratiquer la rééducation du membre supérieur chez l'hémiplégique? *Ann Réadaptation Méd Phys* 1998; 41: 107-13
- [40] Ottenbacher K j, Jannell S: The results of clinical trials in stroke rehabilitations research. *Arch Neurol* 1993; 50:37-44
- [41] Brandstater M E, DeBruin H, Gowland G, Clack B M: Hemiplegic gait: Analysis of temporal variables. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1983, 64: 583-587.
- [42] Huntin E, Pradon D, Barbier F, Bussel B, Gracies JM, Roche N : Walking velocity and lower limb coordination in hemiparesis. *Gait & Posture* 2012 juin; 36 (2): 205-11
- [43] Okio W D, Lusengi K W C. Aptitudes posturales et maintien de l'équilibre chez les hémiplégiques adultes lors de la rééducation au Kinshasa *Neurophysiologie clinique* volume 45, Issues 4-5, November 2015, p418-419

Pour citer cet article :

R Diagne, NS Diagne, MBMCM Andie, KA Mbaye, O Cissé, M Ndiaye et al. Qualité de la marche de l'hémiplégique vasculaire. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 92-99



Cas clinique

Une anémie ferriprive récidivante révélant un diverticule de Meckel : à propos d'un cas

A recurrent iron deficiency anaemia revealing a Meckel's diverticulum: about a case

M Essamlali¹, CT Fabove¹, M Edima¹, L Kabbage¹, I Dadamessi¹

Résumé

Le diverticule de Meckel est une anomalie congénitale du tractus gastro-intestinal qui apparaît sur un segment de l'intestin grêle situé entre 40 et 100 cm de la valve iléocœcale, mesurant généralement 5 cm de longueur pour un diamètre de 2 cm. Le diverticule de Meckel est vascularisé par une branche de l'artère mésentérique supérieure.

La plupart des patients restent asymptomatiques durant toute leur vie et devient cliniquement significatif lorsque des complications apparaissent.

Nous rapportons le cas d'un adulte de sexe masculin chez qui le diverticule était découvert dans un tableau d'hémorragie digestive, évoqué sur images scannographiques et confirmé en opératoire.

Abstract

Meckel's diverticulum is a congenital anomaly of the gastrointestinal tract that appears in a segment of the small bowel between 40 and 100 cm from the ileocecal valve, usually measuring 5 cm in length and 2 cm in diameter. Meckel's diverticulum is supplied by a branch of the superior mesenteric artery.

Most patients remain asymptomatic throughout their lives and become clinically significant when

complications appear.

We report the case of an adult male in whom the diverticulum was discovered in a context of digestive bleeding, raised on CT images and confirmed during surgery.

Introduction

Le diverticule de Meckel est la malformation congénitale du tractus digestif la plus fréquente (environ 2 % de la population générale). Le risque de survenue de complication au cours de la vie est évalué à 2 %, sous la forme d'une hémorragie digestive, d'une occlusion ou d'une diverticulite.

Le diverticule de Meckel a une structure histologique iléale, au sein de laquelle peuvent se développer des plages de muqueuse ectopique, gastrique le plus souvent, mais aussi pancréatique, duodénale, colique, endométriale, des glandes de Brunner, et même du tissu hépatobiliaire (1).

Le diagnostic est rarement évoqué et les examens d'imagerie, notamment en l'absence de complication, sont peu contributifs. C'est souvent la cœlioscopie exploratrice qui permet d'incriminer le diverticule.

La probabilité de survenue de complication diminue avec l'âge, et la découverte du diverticule de Meckel est donc souvent fortuite chez l'adulte. La résection est indiquée en cas de complication mais reste discutée en cas de découverte fortuite.

L'étude des grandes séries de la littérature est en faveur de l'abstention en l'absence des facteurs de risque de complications : le sexe masculin, l'âge inférieur à 40 ans, un diverticule supérieur à 2 cm et la présence d'anomalie muqueuse macroscopique lors de la résection (2).

L'objectif de notre travail est de décrire cette pathologie congénitale qui ; bien que rare, n'est pas négligeable, peut expliquer des hémorragies digestives.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 59 ans, ayant comme antécédent ; un carcinome épidermoïde de l'œsophage traité par radio chimiothérapie exclusive, hépatopathie chronique d'origine alcoolique décompensée, une hypertension artérielle, tabagisme actif sévère.

L'histoire de la maladie remonte au mois de juillet 2019 par la survenue de mélaenas sans hématoméses sans autre signe digestif, associés à un syndrome anémique ayant nécessité quatre hospitalisations pour mise en condition et bilan étiologique.

Au bilan, le taux d'hémoglobine bas arrivant jusqu'à 4.8g/dL justifiait une transfusion sanguine avec un total de 17 actes de transfusions pour un objectif hémoglobinique de 10g/dL. On trouvait une anémie hypochrome microcytaire, par carence martiale (figure 1).

Dans le cadre de l'exploration de l'hémorragie digestive plusieurs explorations endoscopiques avaient été réalisées ; sept fibroscopies œsogastroduodénales avaient été réalisées et trouvaient à chaque reprise un aspect de gastropathie d'hypertension portale, pas de stigmate de saignement, ni de lésion pouvant expliquer l'extériorisation, zone lésionnelle de la néoplasie cicatricielle saine, orifice de gastrostomie fermé non hémorragique anciennement utilisé pour nutrition

entérale, trois coloscopies complètes étaient en faveur d'une pathologie diverticulaire non compliquée.

Des compléments scannographiques n'objectivaient pas de lésion pouvant expliquer le saignement ; notaient une disparition complète de la lésion œsophagienne avec bonne visibilité de la lumière œsophagienne, pas de lésion secondaire, signes d'hypertension portale.

A ce stade du suivi du patient une supplémentation martiale avait été démarrée.

Une vidéocapsule endoscopique avait été indiquée, avec un aspect noirâtre de la muqueuse intestinale rendant la lecture de l'examen difficile.

La relecture d'un scanner abdominal réalisé au cours de la dernière hospitalisation, mettait en évidence une structure tubulaire borgne mesurant 2.85cm de grand axe dans la région sous-ombilicale droite associée à une infiltration de la graisse de voisinage, vraisemblable rehaussement de la paroi tubulaire. Pas de signe de perforation ou d'abcédation. L'aspect est suggestif d'un diverticule de Meckel (figure 2).

La décision d'une prise en charge chirurgicale était retenue, confirmait l'existence du diverticule, la voie d'abord était une mini-laparotomie cœlio-assistée avec résection anastomose extracorporelle.

L'évolution post-opératoire était progressivement favorable avec tarissement des saignements.

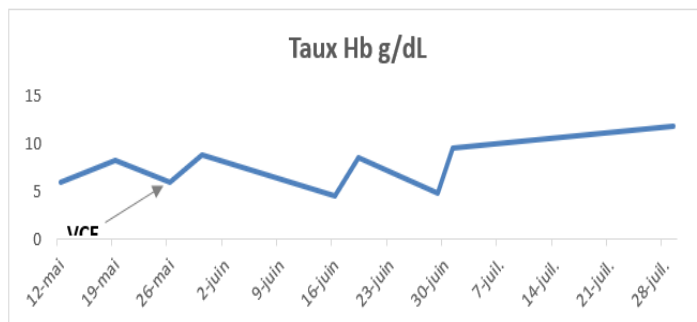


Figure 1 : courbe de l'évolution du taux d'Hémoglobine.

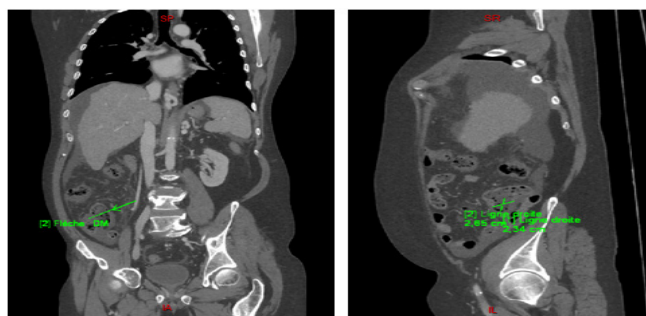


Figure 2 : Coupes scannographiques mettant en

évidence le diverticule de Meckel.



Figure 3 : Image peropératoire du Diverticule de Meckel.

Discussion

La spécificité de l'imagerie reste faible et le diagnostic se fait souvent en peropératoire pour une indication non exclusivement guidée par la suspicion du DM [4, 5].

Le diverticule de Meckel étant rare chez l'adulte, il existe peu d'études dans la littérature, la majorité des publications étant des cas cliniques ou de petites séries.

La prise en charge idéale n'est pas consensuelle, que ce soit sur la voie d'abord, l'intervention à réaliser mais reste chirurgicale cas de diverticule de Meckel symptomatique.

La conduite à tenir en cas de découverte fortuite d'un diverticule de Meckel de l'adulte est depuis toujours l'objet de controverses. La balance bénéfices/risques penche selon les auteurs en faveur d'une résection systématique, mettant le patient à l'abri de la survenue d'une complication tardive, ou en faveur d'une abstention afin de ne pas lui faire courir les risques de complications chirurgicales immédiates ou à distance liées à la résection.

Les défenseurs de l'abstention chirurgicale chez l'adulte s'appuient sur la diminution progressive de l'incidence des complications avec l'âge. En 1976, Soltero et al. estimaient, sur une série de 202 malades, que le risque de survenue d'une complication

chirurgicale après résection prophylactique d'un diverticule de Meckel chez un adulte était nettement supérieur à la probabilité de survenue d'une complication du diverticule de Meckel lui-même et ne pouvait justifier qu'on recommande l'exérèse systématique [6]. Il estimait que la résection de 800 diverticules de Meckel asymptomatiques (chez l'adulte) était nécessaire pour prévenir un décès, au prix d'une morbidité d'environ 9 %. Un peu plus de 30 ans plus tard, Zani et al., sur une étude de 2975 cas, arrivaient aux mêmes conclusions.

Conclusion

Le diverticule de Meckel reste rare, souvent asymptomatique chez l'adulte de découverte fortuite. Il s'agit de la malformation congénitale la plus fréquente du tube digestif. Son incidence se situe entre 1 et 4% de la population générale [3]

Selon les données de la littérature, on ne peut conclure à la nécessité ou non de réséquer de manière systématique les diverticules de Meckel de découverte fortuite, mais il semble raisonnable de se baser sur les facteurs de risque de complication au cas par cas : sexe masculin, âge < 40 ans, taille > 2 cm, et hétérotopie muqueuse macroscopiquement visible.

*Correspondance

Mehdi Essamlali

mehdi.essamlali3761@gmail.com

Disponible en ligne : 25 Janvier 2021

1 : Service d'hépatogastroentérologie, centre hospitalier de Saint Quentin, France.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. *J R Soc Med* 2006;99(10):501—5.
- [2] J. Lequet a , B. Menahema, □, b, A. Alves a , A. Fohlenc, d, A. Mulliri a a Service de chirurgie viscérale et digestive, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14000 Caen, France
- [3] Bani-Hani KE, Shatnawi NJ. Meckel's Diverticulum: comparaison of incidental and symptomatic cases. *World J Surg.* 2004 Sep;28(9):917–20.
- [4] Hansen C-C, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21stst century. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(35):e12154. PubMed
- [5] Diop A, Thiam O, Guèye ML, Seck M, Touré AO, Cissé M et al. Diverticules de Meckel compliqués: à propos de 15 cas. *Pan African Medical Journal.* 2018;29:81. PubMed
- [6] Soltero MJ, Bill AH. The natural history of Meckel's Diverticulum and its relation to incidental removal. A study of 202 cases of diseased Meckel's diverticulum found in King County, Washington, over a fifteen year period. *Am J Surg* 1976;132(2):168—73.

Pour citer cet article :

M Essamlali, CT Fabove, M Edima, L Kabbage, I Dadamessi.
Une anémie ferriprive récidivante révélant un diverticule de Meckel : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 100-103



Article original

Etude clinique, thérapeutique et anatomo-pathologique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la Commune VI du district de Bamako (Mali)

Clinical, therapeutic and anatomicopathological study of ectopic pregnancy at commune VI healthcare centre in district of Bamako (Mali)

M Keita*¹, B Coulibaly^{2,3}, A Samake¹, S Tall⁴, M Diallo¹, S Soumaoro¹, D Haidara¹, M Diassana¹, B Diassana¹, M Konate¹, IK Diakite¹, M Sy Konake¹, M Maiga¹, M Traore¹, SM Diarra¹, MS Ag Med Elmehdi Elansari¹, M Coulibaly⁵, B Kamate^{2,6}, CB Traore^{2,6}, Y Traore^{3,7}

Résumé

Introduction : Au Mali la grossesse extra utérine est une pathologie fréquente, mais aussi une urgence chirurgicale car souvent le diagnostic est tardif.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence de la grossesse extra-utérine, de déterminer le type anatomopathologique et étiologique, mais aussi de préciser les aspects thérapeutiques dans une structure sanitaire de deuxième niveau de Bamako.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude prospective descriptive sur douze mois allant du 01 janvier au 31 décembre 2018 dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI et le service d'Anatomie et Cytologie pathologiques du CHU Point G, portant sur 116 patientes. L'étude a concerné toutes les femmes qui avaient été opérées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI pour grossesse extra-utérine, dont le compte rendu anatomopathologique est disponible et qui avaient acceptés de participer à l'étude.

Résultats : L'étude a concerné 116 patientes opérées pour grossesse extra utérine. Nous avons enregistré une fréquence de 5,45 %.

La tranche d'âge la plus touchée est de 20-35 ans. L'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes de 15 et 104 ans. Notre échantillon était constitué de Ménagère (87%), mariée (95%) et non scolarisée (78%). L'antécédent de salpingite (35%) ou de vulvovaginite (65%) a été retrouvé chez nos patientes. Les signes cliniques retrouvés ont été, douleurs pelviennes, associées à des saignements vaginaux dans un contexte de trouble du cycle (86%). La grossesse extra-utérine était rompue dans 98%.

Le traitement a été chirurgical dans 96% ; il s'agissait d'une salpingectomie subtotale.

Le diagnostic étiologique à l'examen anatomopathologique a retrouvé la salpingite chronique (35%), la salpingite bilharzienne (26%), et l'endométriiose tubaire (13%)

Conclusion : Notre étude a trouvé que la grossesse extra utérine reste une pathologie fréquente. La chirurgie classique garde toute sa place dans le

contexte d'urgence. La prise en charge correcte des étiologies pourraient améliorer la situation.

Mots-clés : Grossesse extra-utérine, étiologies, traitement chirurgical ; Bamako (Mali).

Abstract

Introduction: In Mali, ectopic pregnancy is a frequent pathology, but also a surgical emergency because diagnosis is often late. The aim of this study meant to evaluate the frequency of ectopic pregnancy, to determine the anatomicopathological and etiologic type, as well as to specify the therapeutic means in a level-two healthcare facility of Bamako.

Methodology: We carried out a descriptive prospective study over twelve months from January 1 to December 31, 2018 in the gynecology and obstetrics department of the reference health center of commune VI and at the Pathological Anatomy and Cytology Unit of Point G Teaching Hospital. 116 patients actually participated. All women, who have been operated on due to ectopic pregnancy in Obstetrics and Gynecology Service of Commune VI healthcare center, were concerned with the study. A pertaining anatomicopathological review is available. These women willingly participated in the study.

Result: The study concerned with 116 women who were operated on due to ectopic pregnancy. A 5.45% frequency was recorded.

The most affected patients were in the 20-35 age bracket. The average age was 27, with a 15-104 age bracket. Our sample consisted of homemakers (87%), married women (95%), and those who did not attend school (78%). Our patients had a medical history of salpingitis (35%) or of vulvovaginitis (65%) when diagnosed. The diagnosed clinical signs were pelvic pain, accompanied by vaginal bleeding in a situation of menstrual cycle disorders (86%). In 98% cases, the ectopic pregnancy is terminated.

In 96% cases, the treatment was surgical, chiefly a subtotal salpingectomy.

Aetiological diagnosis, through anatomicopathological examination, revealed chronic salpingitis (35%), bilharzia salpingitis (26%), and tubal endometriosis

(13%)

Conclusion: Through our study, we happened to find out that ectopic pregnancy is a common pathology. The classical surgery remains a much important means to deal with the issue in case of emergency. Insofar as aetiologies are better taken care of, the situation would much improve.

Keywords: Ectopic pregnancy, aetiologies, surgical treatment, Bamako (Mali).

Introduction

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des motifs fréquents de consultation dans le service de gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de commune VI du District de Bamako. Parmi ces causes, la grossesse extra utérine (G E U) est la complication la plus redoutable et menace le pronostic vital et obstétrical de la femme.

Le terme de GEU s'applique aux grossesses qui s'implantent et se développent en dehors de la cavité utérine.

En France, on estime que 15000 femmes auront une GEU chaque année dont 2 à 5 auront une issue fatale ; 400 environ auront des problèmes de fertilité ultérieure et 1000 devront recourir à l'assistance médicale à la procréation (A M P). [1]

Aux Etats-Unis, malgré la haute technologie, la GEU demeure un problème de santé publique. [1]

En Afrique le problème est crucial et est lié à un diagnostic tardif (au stade de rupture) ; ainsi la GEU reste une urgence avec un pronostic obstétrical réservé [2].

Au Mali, les G E U occupent le second rang du tableau des urgences gynéco obstétricales après la césarienne [2].

Cette place est liée à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST). D'autres facteurs de risques sont évoqués notamment les interruptions volontaires de grossesses (IVG) clandestines compliquées d'infection génitale, le tabagisme au moment de la conception, la chirurgie tubaire (plastie

tubaire), les antécédents de chirurgie abdominale compliquée d'adhérence pelvienne, le fibromyome de la corne utérine, les malformations tubaires (diverticules).

Il s'agit d'une affection redoutable :

D'une part : à cause de son caractère urgent, lié à la rupture tubaire le plus souvent avec son corollaire d'hémorragie cataclysmique dont la gestion est toujours délicate dans les pays en développement faute d'infrastructures adéquates ; et d'autre part : à cause du caractère dramatique de ses séquelle ; dont la stérilité secondaire, surtout chez une femme sans enfant, ayant un antécédent de grossesse extra-utérine avec salpingectomie antérieure.

Le pronostic et les modalités thérapeutiques sont en relation étroite avec le stade de dépistage de la maladie.

A ce jour peu d'études spécifiques, ont été réalisées au Mali sur les aspects anatomopathologiques et particulièrement au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako qui est une maternité de deuxième référence dans la pyramide sanitaire du Mali.

Ce qui justifie la présente étude dont les objectifs étaient d'évaluer la fréquence de la grossesse extra-utérine, de déterminer le type anatomopathologique et étiologique, mais aussi de préciser les aspects thérapeutiques dans une structure sanitaire de 2e niveau de Bamako.

Méthodologie

L'étude a été réalisée à deux niveaux :

- A la maternité du centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako où a eu lieu la prise en charge des cas de grossesse extra -utérine, c'est une structure de deuxième référence selon l'organisation de la pyramide sanitaire du Mali, le centre de santé référence est situé dans la commune la plus vaste de Bamako et accueille des patientes venant de plusieurs quartiers périurbains de Bamako.
- Et au service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU du point G, où a eu lieu le diagnostic

histologique. C'est dans ce service que sont adressés la grande majorité des frottis, les liquides biologiques, les biopsies et les pièces opératoires provenant de tout le pays.

En plus des activités de diagnostic, le service est aussi actif dans des domaines de la recherche scientifique. Il héberge le registre des cancers du Mali et les activités de dépistage du cancer du col utérin en collaboration avec le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC) de Lyon.

Nous avons réalisé une étude prospective sur 12 mois allant du 01 janvier au 31 décembre 2018, de type descriptif, dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI et le service d'Anatomie et Cytologie pathologiques du CHU Point G, portant sur 116 patientes.

Ont été incluses dans notre étude toutes les femmes qui avaient été opérées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI pour grossesse extra -utérine, dont le compte rendu anatomopathologique est disponible et qui avaient acceptées de participer à l'étude.

Pièces opératoires de GEU : ont été fixées avec du formol dilué au 1 /10 puis transportées immédiatement au service d'anatomie pathologique du CHUP « G ». Ont été exclues, tous les cas GEU non opérés dans le service, les cas de GEU opérés en dehors de la période d'étude et les cas GEU sans le diagnostic anatomopathologique.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire remplie à partir des dossiers obstétricaux, le registre d'accouchement, le registre du protocole opératoire, une copie a été remplie pour chaque patiente.

Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel Epi-info version 7.2.2.6.

Le test statistique Khi² a été utilisé pour étudier les relations entre les variables. L'obtention d'une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative.

Résultats

Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 116 cas de GEU sur 2128 grossesses soit une fréquence de 5.45%.

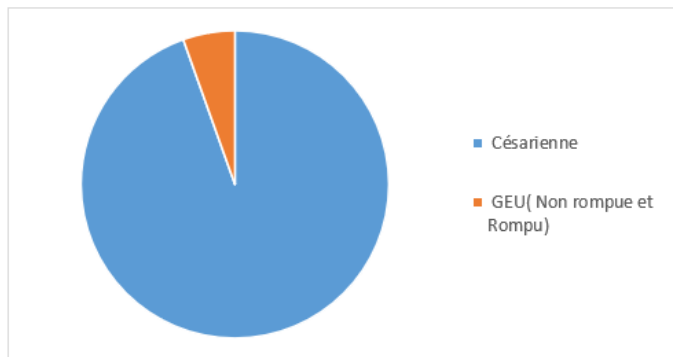


Figure 1 : fréquence de survenue de la GEU.

Profil sociodémographique

Age : l'âge variait de moins de 20 à plus de 35 ans avec une moyenne de 27 à 32 ans.

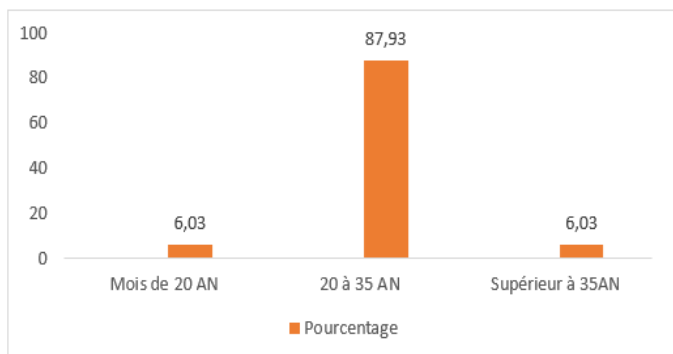


Figure 2 : Répartition des patientes selon l'âge.

Etude clinique

Antécédents d'infections vaginales

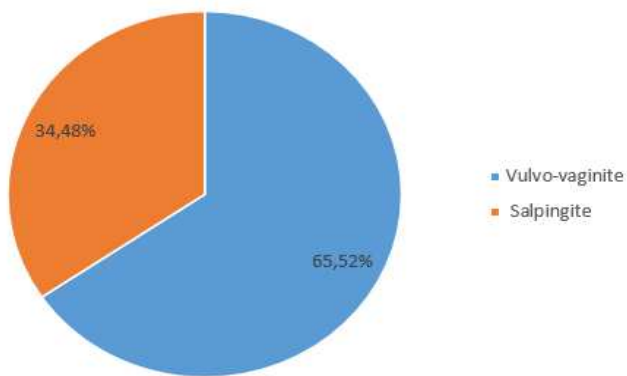


Figure 3 : Répartition des patientes selon l'antécédent d'infection génitale.

Antécédent de contraception

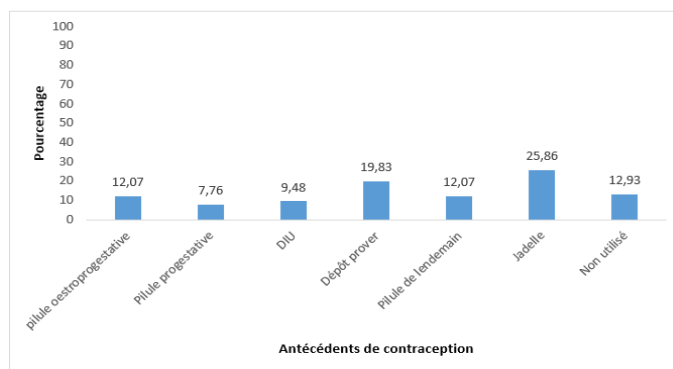


Figure 4 : Répartition des patientes selon l'antécédent de contraception

Signes cliniques

Tableau I : Signes cliniques

Signes cliniques	Fréquence	Pourcentage
Douleur pelvienne	42	36,21
Métrorragie (M)	16	13,79
D + M	32	27,59
Aménorrhée	12	10,34
Non mentionnée	14	12,07
Total	116	100

Diagnostic

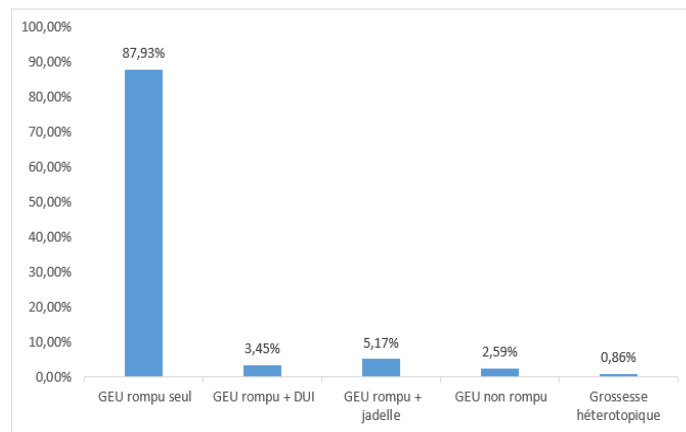


Figure 5 : Répartition des patientes selon la forme clinique

Siège de la GEU

Tableau II : localisation de la GEU

Siège de la nidation	Fréquence	Pourcentage
Ampulaire	108	93,10
Ampulo-isthmique	5	4,31
Interstitiel	3	2,59
Total	116	100

Traitement chirurgical

Technique chirurgicale

Tableau III : technique chirurgicale

Gestes	Fréquence	Pourcentage
Salpingectomie Subtotale	108	95,57
Annexectomie	5	4,42
Total	113	100

Histologie

Tableau IV : histologie

Anatomopathologie	Fréquence	Pourcentage
Salpingite chronique	41	35,26
Sans étiologies spécifiques	30	25,80
Bilharziose tubaire	30	25,86
Endométriose tubaire	15	12,93
Total	116	100

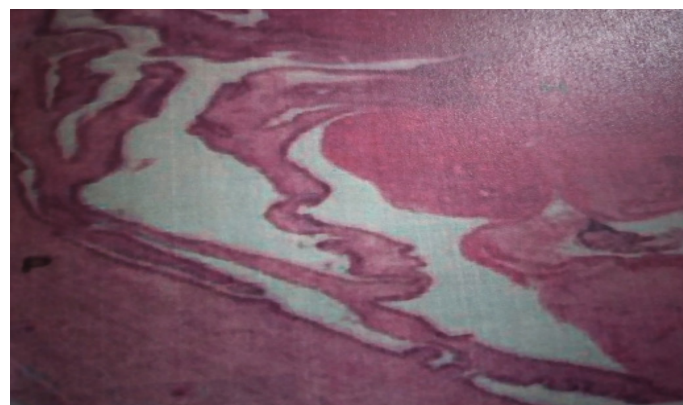


Figure 8 : Aspect microscopique d'une GEU.



Figure 6 : pièce opératoire GEU tubaire de 15 SA avec embryon vivant.



Utérus Ovaire Trompe fissurée

Figure 7 : pièce opératoire de GEU rompue.

Discussion

• Fréquence

La fréquence de la grossesse extra -utérine (GEU) est en augmentation au cours des dernières années dans les pays industrialisés. Sa fréquence est estimée à 20 pour 1000 grossesses en France [3].

Dans les pays en développement ; notamment en Afrique subsaharienne, l'incidence de la GEU est située entre 0,5 à 3,5% selon Bruno au Cameroun [4], Akaba au Nigeria [5], Nayama au Niger [6].

Au Mali sa fréquence est estimée de 1,38% à 1,89% [2]. Notre étude à trouver une fréquence de 5,45%. Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'évolution concomitante de la fréquence de certains facteurs de risques comme les infections sexuellement transmissibles ;

• Age maternel

Concernant l'âge maternel comme facteur de risque de GEU, les résultats sont différents selon les séries. Ainsi A. FAHIMI [7] a trouvé que le risque de survenu de grossesse extra-utérine est très significatif à partir de 31 ans et il est sensiblement élevé chez les femmes dont l'âge est compris entre 16 et 25 ans.

Dans notre série comme celle de MAKINEN JL [8], nous n'avons pas trouvé d'association entre l'âge et le risque de GEU ; cependant la GEU était plus observée dans la tranche d'âge de 20 à 35ans, dans notre échantillon.

• Contraception

Dans notre échantillon soixante-seize des patientes étaient sous contraception hormonale soit 65% dans

les antécédents, et six cas de GEU (5%) sont survenus sous implant type JADELLE.

De même onze des patientes avaient déjà bénéficié d'une pose de stérilet dans les antécédents et quatre cas de GEU (3%) sont survenus sous stérilet.

Nos résultats sont proches de ceux A FAHIMI [7] et de celui de HERNANDEZ [1].

Beaucoup d'auteurs [7,1] ont estimés que le risque de survenue de GEU sous stérilet était de 0,8 à 10%, en effet il semblerait que le stérilet prévient mieux contre les grossesses intra-utérines que les GEU [1].

- Infections génitales

Elles sont considérées comme le principal facteur de risque de survenue de GEU [9] de du fait qu'elles endommagent la trompe empêchant une migration normale de le l'œuf.

D'après JOB SPIRA [9] les altérations de la muqueuse tubaire secondaire aux infections seraient responsables de 50% de GEU. EGGER et al. [10] ont montrés que les actions de prévention pour diminuer le taux des infections génitales à chlamydiae ont diminué l'incidence de GEU ;

Dans notre étude les infections génitales ont été retrouvées chez toutes nos patientes

- Manifestations cliniques

Le diagnostic clinique a été évoqué devant les douleurs pelviennes, saignements vaginaux dans un contexte de trouble cycle chez 86% de nos patientes comme dans plusieurs études Africaines [5, 6].

L'échographie pelvienne demeure le seul outil diagnostique accessible dans notre contexte, elle a pu suspectée le diagnostic dans 86% des cas ;

La grossesse extra -utérine rompue a été la forme clinique la plus retrouvée dans notre échantillon (88%). Ces résultats sont proches de ceux des études Africaines [4, 5, 6]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans le recours tardif aux soins dus aux facteurs environnementaux, et les erreurs de diagnostic contribuent à la rupture tubaire.

- La localisation GEU

Dans notre étude la localisation ampullaire a été retrouvée chez cent huit de nos patientes soit 93%. Le siège isthmique vient en second lieu (4%). Ces

données sont proches de ceux de la littérature [1, 7]. La localisation extra-tubaire ne représente que 1% [1], elle n'a été retrouvée dans notre série.

- Le traitement

La cœlioscopie est le traitement de référence de la grossesse extra-utérine. Cependant en Afrique subsaharienne la laparotomie reste le choix thérapeutique à cause du retard du diagnostic et de l'insuffisance du plateau technique [5].

Ainsi dans notre série nous avons réalisé une laparotomie chez toutes nos patientes comme dans beaucoup d'études africaines [11] et [12].

La salpingectomie subtotale a été la technique chirurgicale la plus utilisée dans notre étude (95%).

- Données histologiques

Dans notre échantillon les étiologies suivantes ont été observées : Une salpingite chronique dans 35%, en second lieu la bilharziose tubaire dans 26% des cas puis l'endométriase tubaire dans 13% ;

Nos résultats sont inférieurs à ceux rapporté par SANOGO [13]. Mais sont nettement supérieurs à ceux de PICAUD [14] qui a trouvé 25,1% de salpingite chronique, 0,5% de bilharziose et d'endométriase.

La fréquence élevée de la salpingite bilharzienne pourrait s'expliquer par le fait la bilharziose sévit de façon endémique dans nos pays, et la situation géographique de notre structure qui se situe en zone péri-urbaine.

Conclusion

Notre étude a trouvé que la grossesse extra utérine reste une pathologie fréquente. Dans notre contexte le recours tardif aux soins, favorise la rupture tubaire ; La chirurgie classique garde toute sa place dans le contexte d'urgence.

La prise en charge correcte des étiologies en amont pourrait améliorer la situation.

*Correspondance

Mamadou Keita

madoukeit@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Janvier 2021

- 1 : Centre de Santé de Référence de la Commune VI : Service de Gynéco-Obstétrique, Chirurgie Générale, Pédiatrie, Ophtalmologie et ORL
- 2 : Faculté de médecine et d'odontostomatologie, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako.
- 3 : Service d'Anatomie Cytologie pathologiques du CHU Point G
- 4 : Service de Gynéco-Obstétrique : Centre de Santé de Référence de la Commune V
- 5 : Service de Gynécologie Hopital du Mali
- 6 : Service d'Anatomie cytologie pathologiques du CHU Point G
- 7 : Département Gynéco-Obstétrique CHU G TOURE

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] FERNANDEZ H, POTTIER. S, DOUMERS S, LELAIDIER C, OLIVENNES VILLE Y et al. Ultrasound guided injection of methotrexate versus laparoscopic salpingotomy in ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1995 ; 63 : 25-29
- [2] Keita M. Aspects Epidémio-clinique et thérapeutique de la grossesse extra-utérine au Centre de Santé de Référence de la Commune IV de Bamako, Thèse de Médecine, Université de Bamako (Mali), F MPOS, 2006, 84 : 35-45
- [3] GERVAISE A, FERNANDEZ H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la GEU. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 ; 39S : 14-24.
- [4] BRUNO K, MICHEL N, ADAMO B, et al. La grossesse extra-utérine dans une région semi-rurale en Afrique: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun. *Pan Afr Med J* 2012; 13: 71.
- [5] AKABA GO, AGIDA TE, ONAFOWOKAN O. Ectopic pregnancy in Nigeria's federal capital territory: a six year review. *Niger J Med* 2012; 21(2): 241-5.
- [6] NAYAMA M, GALLAIS A, OUSMANE N, et al. Management of ectopic pregnancy in developing countries: example of a Nigerian referencematernity. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(1): 14-8
- [7] A. FAHIMI, A. ANSAR. K. HICHOURE. L BOUKHANE, L. EL BARNOUSSI, R BEZAD, M.H. ALAMI., C. CHRAIBI, *Médecine du Maghreb*, Num 160 Oct 2008, p 36, 39.
- [8] MAKINEN JL. Increase of ectopic pregnancies in Finland. Combination of time and cohort effect. *Obstet Gynecol* 1989. 73 : 21-4.
- [9] JOB-SPIRA N, COLLET P, COSTE J, BREMOND A, LAUMAN B, Facteurs de risque de la grossesse extra-utérine Résultats d'une enquête de cas témoins dans la région Rhône-Alpes. *Contracept. Fertil. Sex*; 1993; 21: 307-312.
- [10] EGGER M. LOW N. SMITH GD. LINBLOM B. HERMAN R. Screening for risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden. Ecological analysis. *Br Med J*; 1998; 316: 1776-80.
- [11] GABKIKI BRAY MADOUÉ, ABDELSALAM SALEH, ILBOUDO SERGE R. WILFRIED, ADOUMTCHARI, DOMGAKOLOMSO : Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologiques et Pronostic maternel à l'Hôpital de district de N'Djamena sud (Tchad), *Kisangani Médical* Juin 2015, Vol 6 num 1, p 115
- [12] D M A RANDRIAMBOLOLONA et al: Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de BEFELATANANA ANTANANARIVO Madagascar, *Revue d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2012; 4(1): 1619. p17
- [13] DAOUDA B SANOGO. Aspect Epidémiologiques et Anatomopathologiques de la GEU au CS Réf CVI du district de BAMAKO. Thèse de Médecine, Université de Bamako

(Mali) F MPOS, 2012, 88 : 30-40.

[14] A PICAUD. Evolution de la fréquence de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) de 1977 à 1989. Med. Afr. Noire ; 1992-39 ; 12 : 798-805.

Pour citer cet article :

M Keita, B Coulibaly, A Samake, S Tall, M Diallo, S Soumaoro et al. Etude clinique, thérapeutique et anatomo-pathologique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la Commune VI du district de Bamako (Mali). Jaccr Africa 2021; 5(1): 104-111

*Article original*

Apport de l'imagerie dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës non traumatiques au centre hospitalier de Saint Louis

Contribution of imaging in the management of acute non-traumatic abdominal pain at Saint-Louis hospital center

FG Niang^{*1,4}, A Haykel¹, A Ndong², RE Nsia¹, JN Tendeng², M Diedhiou³, AN diop⁴

Résumé

Introduction : Les douleurs abdominales non traumatiques constituent un motif de consultation fréquent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Les examens complémentaires restent incontournables car les étiologies sont variées et la clinique souvent peu explicite et trompeuse.

But : Évaluer l'apport de l'imagerie dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës non traumatiques au CHR de Saint-Louis.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective, sur une période de 5 mois ayant porté sur les dossiers de 112 patients adressés au service de radiologie de l'hôpital régional de Saint Louis pour exploration d'un abdomen aiguë non traumatique. Nous avons recherché les étiologies des douleurs abdominales à l'échographie et au scanner et réalisé une confrontation des résultats de l'imagerie avec les données de l'exploration chirurgicale. Les examens d'échographie ont été réalisés avec un appareil de marque « CHISON » modèle LCD 1502 et les examens tomodensitométriques, à l'aide d'une machine « SIEMENS » 16 barrettes. Le test statistique Chi2 et le test exact de Fisher ont été appliqués pour confirmer

nos résultats avec un $p < 0,0001$.

Résultats : L'âge moyen de la série était de 41 ans [1 mois-81 ans] avec un genre ratio de 1,54. La douleur abdominale était diffuse chez 25 patients soit 22,4% et localisée dans 87 des cas soit 77,6%. L'échographie a été réalisée chez 65 patients soit 58 % et le scanner abdominal chez 49 patients soit 43,7%. Les pathologies lithiasiques urinaires et/ou biliaires ont été les plus retrouvées (40 cas soit 35,7%), suivies des appendicites (15 cas soit 13,4%), des suspicions d'adénolymphite mésentérique (11 cas soit 9,8%), des occlusions intestinales (10 cas soit 8,9%) et des infarctus mésentériques (6 cas soit 5,4%). Les différentes modalités d'imagerie ont permis de confirmer le diagnostic clinique initial chez 53 patients (48%) et de rectifier le diagnostic chez 59 patients (52%). La sensibilité globale de l'imagerie par rapport au diagnostic retenu était de 97%. La sensibilité diagnostique de l'échographie était de 100% et celle du scanner de 94%. Le diagnostic radiologique a été rectifié par l'exploration chirurgicale chez 2 patients soit 1,8% des cas et par l'évolution chez 1 patient soit 0,9%.

Conclusion : L'échographie et le scanner constitue

des modalités d'imagerie très sensibles permettent de retrouver la plupart des étiologies de douleurs abdominales. Dans notre contexte, les pathologies lithiasiques urinaires et/ou biliaires, les appendicites, les suspicions d'adénolymphite et les occlusions intestinales constituent les étiologies les plus fréquentes.

Mots-clés : Douleur abdominale aiguë, Non traumatique, Echographie, Tomodensitométrie.

Abstract

Introduction: Non-traumatic abdominal pain is a common reason for consultation in both children and adults. Complementary examinations remain essential because the etiologies are multiple and the clinic often not explicit and misleading.

Purpose: To assess the contribution of Imaging in the management of acute non-traumatic abdominal pain at Saint-Louis regional hospital.

Methodology: This was a prospective study, over a 5-month period, involving the records of 112 patients referred to the radiology department of the Saint-Louis Regional Hospital for exploration of a non-traumatic acute abdomen. We had researched the etiologies of abdominal pain on ultrasound and CT scans and compared the imaging results with the surgical exploration data. Ultrasound examinations were performed with a «CHISON» model LCD 1502 device and CT scans, using a 16 slices «SIEMENS» machine. The Chi2 statistical test and Fisher's exact test were applied to confirm our statistical results with a $p < 0.0001$.

Results: The mean age of the series was 41 years [1 month-81 years] with a gender ratio of 1.54. Abdominal pain was diffuse in 25 patients or 22.4% and localized in 87 of the cases or 77.6%. Ultrasound was performed in 65 patients or 58% and abdominal scan in 49 patients or 43.7%. The main pathologies found in imaging were urinary and/or biliary lithiasis (35,7%), followed by appendicitis whether complicated or not (13.4%), suspicion of mesenteric lymphadenitis (9.8%), intestinal obstruction (8,9%) and mesenteric infarction (5.4%). Different imaging

modalities confirmed the initial clinical diagnosis in 53 patients (48%) and correct the diagnosis in 59 patients (52%). The overall sensitivity of the imaging to the selected diagnosis was 97%. The diagnostic sensitivity of the ultrasound was 100% and that of the CT scan was 94%. The radiological diagnosis was rectified by surgical exploration in 2 patients or 1.8% of cases and by progression in 1 patient or 0.9%.

Conclusion: Ultrasound and CT scans are very sensitive imaging modalities that can identify most of the etiologies of abdominal pain. In our context urinary and/or biliary lithiasis, appendicitis, suspicion of mesenteric lymphadenitis and intestinal obstruction are the most common etiologies.

Keywords: Acute abdominal pain, Non-Traumatic, Ultrasound, CT scan.

Introduction

Les douleurs abdominales aiguës non traumatiques représentent environ 10% des consultations dans les centres d'urgences [1]. L'abdomen aigu est défini comme une douleur nécessitant un traitement médical ou chirurgical urgent : il est donc logique de diriger l'imagerie en fonction de la localisation de cette douleur. L'examen clinique des abdomens aiguës est sensible mais peu spécifique. C'est pourquoi l'échographie et le scanner jouent un rôle décisif dans la mesure où ils permettent de dépister rapidement les malades chirurgicaux. En effet, le délai de diagnostic est un élément clef influant sur le pronostic des patients. Au cours des trois dernières décennies, l'apport de la radiologie a augmenté, permettant une réduction des interventions chirurgicales, jadis aussi utilisées à but diagnostique [2]. Compte tenu des difficultés diagnostiques souvent rencontrées, il semble important de réfléchir sur la meilleure stratégie à employer. Au Sénégal, la démographie des radiologues et des spécialistes en générale et les plateaux techniques souvent limités nous amènent à adopter des démarches adaptées aux contextes existants. L'objectif de notre travail étaient de faire

une évaluation du rôle de l'imagerie dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës non traumatiques grâce à des corrélations radio-cliniques et anatomo-radiologiques.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective, sur une période de 5 mois, ayant porté sur les dossiers de 112 patients adressés au service de radiologie de l'hôpital régional de Saint Louis pour exploration d'un abdomen aigu non traumatique. Nous avons inclus tous les patients qui ont bénéficié d'un examen d'imagerie motivé par une douleur abdominale aiguë et ayant eu un diagnostic final de certitude.

Les examens d'échographie ont été réalisés avec un appareil de marque « CHISON » modèle LCD 1502 disposant 4 sondes permettant une étude systématique complète de toutes les structures abdominales et pelviennes en insistant sur la zone douloureuse. Les examens tomodensitométriques étaient pratiqués, à l'aide d'une machine « SIEMENS » 16 barrettes. Des acquisitions spiralées sur la cavité abdomino-pelvienne, sans et avec injection de produit de contraste ont été réalisées avec des coupes de 5mm d'épaisseur suivies de reconstructions sagittales et coronales. Nos données ont été saisies et analysées avec Excel et Word de Microsoft Office 2013. Le test statistique Chi2 a permis de faire une analyse comparative entre les diagnostics suspectés et les diagnostics obtenus grâce aux différentes modalités d'imagerie. Le test exact de Fisher a également été appliqué pour confirmer nos résultats statistiques.

Résultats

L'âge moyen dans notre série était de 41 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 82 ans. La tranche d'âge 20-39 ans était prédominante avec 39 cas soit 34,8 % (Figure 1). Le genre ratio était de 1,54 (68 hommes contre 44 femmes). La douleur abdominale était diffuse chez 25 patients soit 22,4% et localisée dans 87 des cas soit 77,6% (Tableaux I).

L'échographie a été demandée chez 65 patients soit 58 % et le scanner abdominal a été réalisé chez 49 patients soit 43,7%. Les résultats de l'échographie et du scanner sont représentés respectivement par les tableaux II et III. Les données cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutifs nous avaient permis d'établir le diagnostic étiologique final retenu chez les patients après l'hospitalisation. De façon globale, les pathologies lithiasiques urinaires et/ou biliaires ont été les pathologies les plus responsables de douleur abdominale (40 cas soit 35,7%), suivies des appendicites qu'elles soient compliquées ou pas (15 cas soit 13,4%), des adénolymphites (11 cas soit 9,8%), des occlusions intestinales (10 cas soit 8,9%), et des infarctus mésentériques (6 cas soit 5,4%). Les différentes modalités d'imagerie ont permis de confirmer le diagnostic clinique initiale chez 53 patients (48%) et de rectifier le diagnostic chez 59 patients (52%). La sensibilité globale de l'imagerie par rapport au diagnostic retenu était de 97%. La sensibilité diagnostique de l'échographie était de 100% et celle du scanner de 94%. Le diagnostic radiologique a été rectifié par l'exploration chirurgicale chez 2 patients soit 1,8% des cas et par l'évolution chez 1 patient soit 0,9%.

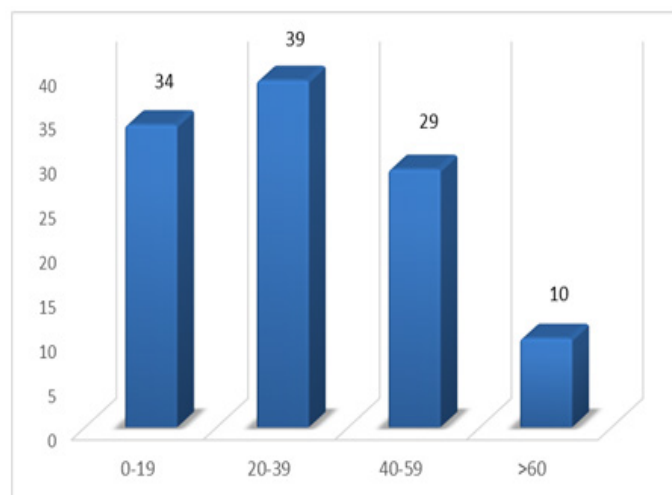


Figure 1: Répartition des patients selon l'âge

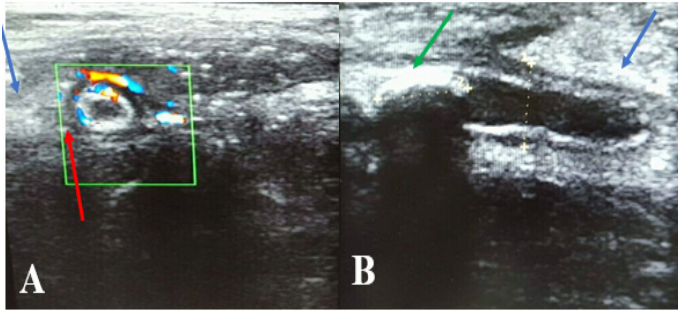


Figure 2: appendicite aigue non compliquée chez un patient de 20 ans : appendice augmenté de taille mesurant 11mm de diamètre antéropostérieur avec une paroi épaisse estimée à 5,2 mm, hyperhémique au Doppler (flèche rouge) avec image de stercolithe intra-luminal (flèche verte) et infiltration de la graisse péri-appendiculaire (flèches bleues)

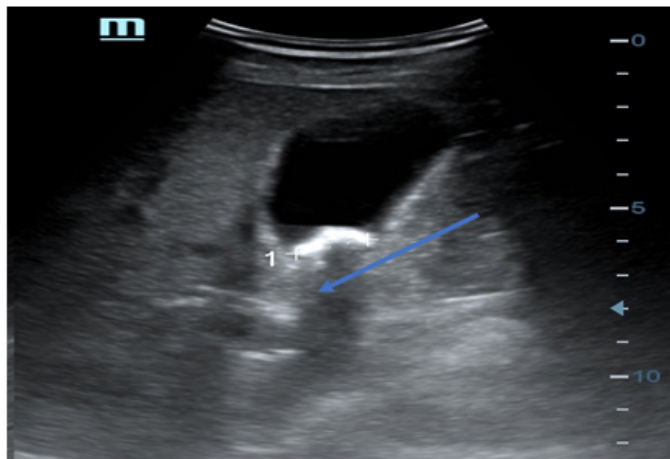


Figure 3: lithiase vésiculaire non compliquée chez un patient de 42 ans : formation calcique intra vésiculaire de 13,5 mm (flèches bleue) avec une vésicule biliaire de taille normale, a paroi fine

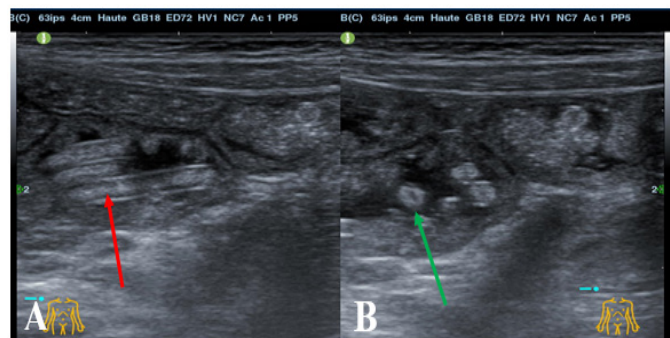


Figure 4 : multiples images intra digestives en « bull's eyes » (flèche rouge) et « rail road tracks » (flèche verte) suggestives d'une ascariodiose chez un patient de 13 ans.

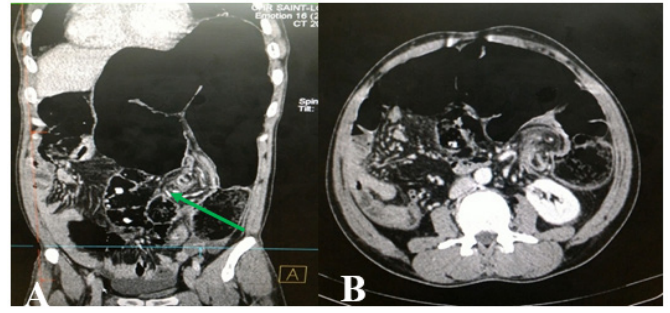


Figure 5 : occlusion intestinale avec « Whirl sign » (flèche verte) et sténose en bec d'oiseaux de la lumière colique gauche avec distension digestive d'amont compatible avec un volvulus du colon gauche chez un patient de 52 ans.

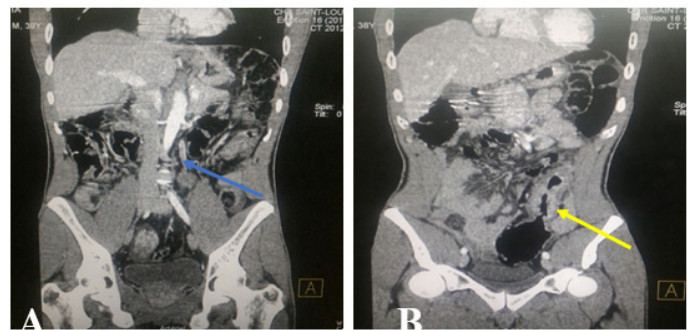


Figure 6 : thrombose partielle de la veine mésentérique inférieure (flèche bleue) avec un épaissement circonférentiel de la paroi colique gauche (flèche jaune) compatible avec un infarctus mésentérique veineux chez un patient de 38 ans.

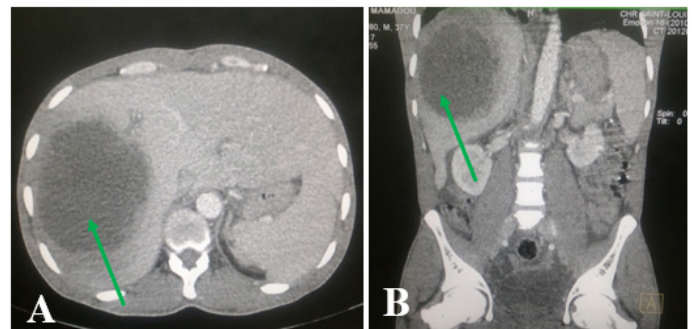


Figure 7 : TDM abdominale avec injection de PDC chez un patient de 37 ans reçu pour douleur HC + fièvre : présence au niveau du foie droit d'une formation liquidienne (flèche verte) à paroi épaisse, irrégulière rehaussée par le PDC réalisant l'aspect classique « en cocarde » compatible avec un abcès hépatique.

Tableau I : Topographie de la douleur abdominale

Localisation de la douleur	Effectifs	Pourcentage
Diffuse	25	22,4%
Flanc droit	24	21,4%
Flanc gauche	18	16%
Hypochondre droit	18	16%
Fosse iliaque droite	14	12,5%
Pelvis	5	4,5%
Hypogastre	4	3,6%
Péri ombilicale	2	1,8%
Fosse iliaque gauche	2	1,8%
Total	112	100%

Tableau II : Les résultats de l'échographie

Diagnostics	Effectif	Pourcentage
Lithiase vésiculaire	14	21,5%
Adénolymphite mésentérique	11	16,9%
Appendicite	11	16,9%
Lithiase urinaire	8	12,3%
Kyste ovarien simple ou compliqué	5	7,7%
Parasitose intestinale	3	4,6%
Infection urinaire	2	3,1%
Polype vésiculaire	2	3,1%
Cholécystite	2	3,1%
Invagination intestinale aigue	2	3,1%
Autres ^{&}	5	7,7%
Total	65	100

[&]Autres : endométriose, kyste ovarien hémorragique, hydrosalpinx, mucocèle appendiculaire et volvulus du grêle sur malrotation

Tableau III : Les résultats du scanner

Diagnostics	Effectif	Pourcentage
Lithiase urinaire	11	22,5%
Occlusion intestinale	10	20,4
Lithiase vésiculaire	7	14,3
Infarctus mésentérique	6	12,2%
Abcès hépatique	5	10,2%
Appendicite	4	8,2%
Autres ^{&}	6	12,2%
Total	49	100%

[&]Autres : Tumeur urothéliale, Tuberculose péritonéale, Tératome annexiel, Hydrosalpinx, Pyélonéphrite, Invagination intestinale

Discussion

Dans notre centre l'échographie est souvent demandée en première intention devant une douleur abdominale aigue. Un choix rapide de la technique la plus adaptée, la plus efficace et la plus rapide entre scanner et échographie est essentiel et est toujours d'actualité. Même si les performances du scanner sont globalement supérieures, la disponibilité, la mobilité, le moindre coût de l'échographie et l'absence d'irradiation du patient conduisent à proposer l'échographie en première intention aux urgences [3]. Les pathologies lithiasiques urinaires et/ou biliaires viennent en première position dans notre série. Elles étaient en 4ème position dans l'étude de Cissé et al. [4], et en 5ème position dans les séries de Taourel P. [5] et Dembélé E. [6]. Ceci peut être expliqué par la fréquence élevée dans la région des infections intestinales et urinaires notamment bilharziennes, les facteurs climatiques et socio- économiques de la région et les mauvaises habitudes nutritionnelles. L'appendicite aigue a été la 2ème pathologie la plus responsable de douleur abdominale aigue alors qu'elle est la première étiologie évoquée dans plusieurs études [7,8,9]. Ceci peut être expliqué par la fréquence élevée des pathologies lithiasiques dans notre série reléguant l'appendicite au 2ème rang. L'adénolymphite mésentérique occupe la troisième place avec 9,8 % des urgences abdominales dans notre pratique. Elle est fréquente surtout chez l'enfant mais sous diagnostiquée et très peu d'études statistiques ont été consacrées à cette pathologie. Sa fréquence dans notre série peut être expliquée par le nombre élevé des enfants et la recrudescence des infections ORL et pulmonaires bénignes dans notre région. L'occlusion intestinale fait partie des urgences chirurgicales les plus fréquentes et peut représenter jusqu'à 20 % des admissions d'urgence dans un service de chirurgie [10]. Dans notre étude elle occupait la quatrième place des étiologies des DAANT ; lorsqu'elle représentait la pathologie la plus fréquente dans l'étude de Diop [11] et la troisième dans l'étude de Sifane [12].

Dans notre série l'infarctus mésentérique occupe la 5ème place et touche surtout des personnes âgées, comme le soulignent beaucoup d'autres études [13,14]. Il s'agit d'une maladie, dont l'incidence semble avoir augmenté au cours des dernières décennies, en corrélation avec l'allongement de l'espérance de vie, du nombre croissant des patients atteints de maladies cardio-vasculaires évoluées et par une particulière attention à ce type de pathologie [15,16].

L'exactitude diagnostique de l'examen clinique était de 48%. Un résultat rapporté par plusieurs travaux qui montrent que cette exactitude ne dépasse pas 50 % [17,18]. Ce qui signifie aussi que dans 52% des cas, il y a eu « rectification » du diagnostic présumé par la réalisation de l'échographie ou du scanner. Ainsi, les examens complémentaires d'imagerie, permettent de préciser voire corriger le diagnostic présumé.

La sensibilité de l'échographie était de 100%, une sensibilité supérieure à celle rapportée par la littérature qui est de 70% [19]. Ceci peut être expliqué par le fait que notre population est relativement jeune, immunocompétente, non multi tarée. La réalisation d'une échographie, nous a permis de modifier la démarche thérapeutique décidée sur la clinique dans 57% des cas alors que la littérature rapporte un pourcentage qui varie entre 19 et 23% [17]. Ceci peut être expliqué par le manque de médecins seniors au service d'urgences ; la garde étant faite par des médecins stagiaires. Les situations dans lesquelles l'échographie abdominale se révèle particulièrement performante sont essentiellement les pathologies des voies biliaires (Se 94%) [20], les appendicites non compliquée (Se 78% chez l'enfant Se 88-97%) [21], les pathologies gynécologiques chez la femme jeune (Se 92%) [22] et les lithiases urinaires (Se 79-100%) [23].

La sensibilité du scanner était évaluée à 7% ce qui se rapproche des résultats de la littérature qui rapporte 90% [17,24]. Dans notre série et après la réalisation d'un scanner abdominale, nous avons observé 45% de modification de la démarche thérapeutique décidée sur la clinique. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature qui rapporte un pourcentage

variant entre 27% et 60% [17,24]. Les situations dans lesquelles le scanner abdominale se révèle particulièrement performant sont essentiellement les appendicites qu'elles soient compliquées ou pas (Se 88-97%) [21], les occlusions digestives (Se 95%) [25], les pathologies des voies biliaires non explorés par l'échographie (Se 94%) [26], les lithiases urinaires (Se 96%) [27] et les pathologies vasculaires (Se 98-100%) [28]. L'exploration chirurgicale avait permis de rectifier le diagnostic radiologique chez 2 patients. Dans le premier cas, le diagnostic d'abcès hépatique a été retenu à l'imagerie mais l'exploration chirurgicale avait retrouvé une tumeur hépatique nécrosée. Dans le second cas, l'imagerie était en faveur d'une tuberculose péritonéale et l'exploration chirurgicale avait retrouvé une péritonite par rupture d'abcès appendiculaire. Chez un patient, une tumeur urothéliale était évoquée à l'imagerie mais l'évolution clinique favorable avait permis de rectifier le diagnostic radiologique et de retenir finalement une infection urinaire.

Conclusion

Les douleurs abdominales non traumatiques restent un motif de consultation fréquent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Les étiologies sont diverses et variées et la clinique souvent peu explicite et trompeuse. L'imagerie permet d'avoir une orientation étiologique rapide et de redresser la suspicion clinique. L'échographie et le scanner constituent des modalités d'imagerie très sensibles permettent de retrouver la plupart des étiologies de douleurs abdominales. Dans notre contexte, les pathologies lithiasiques urinaires et/ou biliaires les appendicites, les adénolymphites et les occlusions intestinales constituent les étiologies les plus fréquentes.

***Correspondance**

Fallou Galass Niang

niang.fallou-galass@ugb.edu.sn

Disponible en ligne : 01 Février 2021

- 1 : Service d'imagerie médicale, Hôpital Régional de Saint-Louis, Sénégal
- 2 : Service de chirurgie générale, Hôpital Régional de Saint-Louis, Sénégal
- 3 : Service d'anesthésie, Hôpital Régional de Saint-Louis, Sénégal
- 4 : Université Gaston Berger de Saint-Louis, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Excoffier S, Poletti PA, Brandstatter H. Douleurs abdominales aiguës hautes : quelle imagerie ? *Rev Med Suisse* 2013;9:1710-4.

[2] Hainaux B, Borens-Fefer B. Imagerie des urgences abdominales de l'adulte *Rev Med Brux* 2010;31:298-303.

[3] Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA Return visits to the emergency department: the patient perspective.. *Ann Emerg Med* 2015 Apr;65(4):377-386

[4] Cisse MS. Imagerie des urgences abdomino-pelviennes de l'adulte à l'hôpital du Point«G » de Bamako. Thèse, Med., Bamako, 2000 ; n°115.

[5] Taourel P, Bruel JM. Apport de l'imagerie dans les urgences du tube digestif *Gastroenterol Clin Biol* 2001;25:178-82.

[6] Dembele E. Apport de l'imagerie dans la prise en charge des urgences abdomino-pelviennes non traumatiques dans le service de radiologie de l'hôpital Gabriel TOURE Thèse, Med., Bamako, 2005.

[7] Olimann C, Franke C, Qin Y. Clinical benefit of a diagnostic

score for appendicitis : results of a prospective interventional study. *Archives of surgery* 1999;134(9):993-6.

[8] Emil S, Laberge JM, Mikhail P et al. Appendicitis and children a ten year update of therapeutic recommendations. *Pediatric surg* 2003;38(2):236-42.

[9] Etienne JC, Fingerhut A, Eugene C et al. Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. Edition technique Enc Méd Chir (Paris) Urgences 1994;24.039 B10 : 27p.

[10] Pelletier G, Muscari F, Payen J. Recommandations de pratique clinique: prise en charge de la lithiase biliaire. *Hepatogastro Cancerol Dig.* 2011;18:11-20.

[11] Diop P, Ba PA, Ka I, Ndoeye JM, Fall B. Prise en charge diagnostique des abdomens aigus non traumatiques au service des urgences de l'hôpital général de Grand-Yoff : à propos de 504 cas. *Bull Med Owendo.* 2011;13(37):42-46.

[12] Sifane S. Apport de l'imagerie dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës non traumatiques au centre hospitalier régional de Saint-Louis [Mémoire DES Radiologie]. Dakar: UCAD: FMPO, 2015; n°1144.

[13] Heys SD, Brittenden J, Crofts TJ. Acute mesenteric ischaemia: the continuing difficulty in early diagnosis. *Postgrad Med J* 1993;69:48-51

[14] Levy PJ, Krausz MM, Manny J. Acute mesenteric ischemia: improved results. A retrospective analysis of ninety-nine patients. *Surgery* 1990;107(4):372-80

[15] Stoney RJ, Cunningham CG. Acute mesenteric ischemia. *Surgery* 1993;114(3):489-90.

[16] Bufalari A, Ferri, Cao P et al. Surgical care in octogenarians. *Br J Surg* 1996;83:1783-7

[17] Rosen M. Impact of Abdominal CT on the Management of Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Abdominal Pain. *AJR.* 2000;174:1391-6.

[18] Chaan SN, Christopher JE. Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. *BMJ.* 2002;325:1387.

[19] Wytze L, Van Randen A et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ* 2009;339:2431.

[20] Pelletier G, Muscari F, Payen JL et al. Recommandations de pratique clinique: prise en charge de la lithiase biliaire. *Hepatogastro Cancerol Dig.* 2011;18:11-20.

[21] Rosen MP, Ding A, Blake MA et al. Appropriateness Criteria®

right lower quadrant pain-suspected appendicitis. *Journal of the American College of Radiology*.2011;8(11):749-55.

- [22] Bruel. Fosse iliaque gauche. In : Schouman-Claeys E, Taourel P, eds. *Imagerie TDM et IRM des urgences non traumatiques*. 56ème journées françaises de radiologie 2008., Paris.
- [23] Coursey C, Casalino D, Remer E et al. ACR Appropriateness Criteria® acute onset flank pain–suspicion of stone disease. *Ultrasound quarterly*, 2012;28(3):227-33.
- [24] Salem TA, Molloy RG, O’dwyer PJ. Prospective study on the role of the CT scan in patients with an acute abdomen. *Colorectal disease*, 2005;7(5):460-6.
- [25] Danse E. Imagerie TDM et IRM des urgences non traumatiques – Douleur abdominale diffuse. In Schouman-Claeys E, Taourel P, eds : *Imagerie TDM et IRM des urgences non traumatiques* . 56èmes journées françaises de radiologie. 2008. Paris .
- [26] Stoker J, Van Randen A, Laméris W et al. Imaging patients with acute abdominal pain. *Radiology*, 2009;253(1):31-46.
- [27] Nikolaidis P, Casalino DD, Remer EM et al. ACR appropriateness criteria–acute pyelonephritis. ACR Criteria. 2012. Disponible sur <https://acsearch.acr.org/docs/69489/Narrative/>. Consulté le 04/12/2019.
- [28] Hanley M, Donahue J, Rybicki FJ et al. ACR Appropriateness Criteria® Clinical condition: suspected lower-extremity deep vein thrombosis. American College of Radiology (ACR); 2013. 6 p. disponible sur <https://acsearch.acr.org/docs/69416/Narrative/> Consulté le 04/12/2019.

Pour citer cet article :

FG Niang, A Haykel, A Ndong, RE Nsia, JN Tendeng, M Diedhiou et al. Apport de l’imagerie dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës non traumatiques au centre hospitalier de Saint Louis. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 112-119



Article original

Epistaxis : Aspects épidémiologiques cliniques thérapeutiques et évolutifs au CHU Régional de Ouahigouya

Epistaxis: epidemiological clinical therapeutic and outcomes characteristics at Ouahigouya Regional University Hospital

NI Lengane^{1*}, NC Meda², LR Lompo¹, A Coulibaly³, M Kadyogo², M Sereme²

Résumé

Introduction : L'épistaxis est une urgence fréquente dans la pratique ORL. Il est souvent difficile de préciser sa fréquence réelle car la majorité des cas s'amende spontanément. Le but de cette étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des cas d'épistaxis admis en urgence au CHU Régional de Ouahigouya.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive menée dans le service d'ORL et de chirurgie cervico faciale du CHU Régional de Ouahigouya entre janvier 2017 et décembre 2018. La collecte des données était rétrospective et concernait tous les patients admis en urgence pour une épistaxis.

Résultats : Au total 124 patients ont été admis en urgence pour une épistaxis sur une période de 2 ans. L'âge moyen des patients était de 39 ans et le sex ratio était de 1,43. Les traumatismes étaient les causes les plus retrouvées dans 32,26% des cas. Le traitement a été réalisé par tamponnement nasal dans 90,32% des cas.

Conclusion : L'épistaxis représente une urgence fréquente dans notre contexte. Elle touche préférentiellement les adultes jeunes de sexe masculin.

Mots-clés: épistaxis; épidémiologie; traumatisme ; Ouahigouya.

Abstract

Introduction: Epistaxis is a frequent emergency in ENT practice. It is often difficult to specify its actual frequency because the majority of cases stop spontaneously. The aim of this study is to describe the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary aspects of cases of epistaxis admitted to the Ouahigouya Regional University Hospital.

Methodology: This was a descriptive study carried out in the ENT and neck and neck surgery department of the Ouahigouya Regional University Hospital between January 2017 and December 2018. Data collection was retrospective and concerned all patients admitted in emergency for an epistaxis.

Results: A total of 124 patients were admitted in emergency for an epistaxis over a period of 2 years. The mean age of the patients was 39 years and the sex ratio was 1.43. Trauma was the most common cause in 32.26% of cases. The treatment was carried out by nasal packing in 90.32% of cases.

Conclusion: Epistaxis is a frequent emergency in our

setting. It preferentially affects young male adults.

Keywords : epistaxis ; epidemiology ; trauma ; Ouahigouya.

Introduction

L'épistaxis est une urgence fréquente dans la pratique ORL. Il est souvent difficile de préciser sa fréquence réelle car la majorité des cas s'amende spontanément. Dans la littérature, on retrouve en moyenne 1 cas d'épistaxis sur 200 admissions aux urgences [1]. Une connaissance de l'épidémiologie des épistaxis pourrait permettre une meilleure organisation et améliorer la prise en charge des patients. Dans la région du Nord du Burkina Faso, l'épidémiologie des épistaxis est inconnue.

Le but de cette étude est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs des cas d'épistaxis admis au CHU Régional de Ouahigouya.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive menée dans le service d'ORL et de chirurgie cervico faciale du CHU Régional de Ouahigouya entre janvier 2017 et décembre 2018. La collecte des données était rétrospective et concernait tous les patients admis en urgence pour une épistaxis. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, le délai de consultation, les antécédents des patients, les signes physiques, les étiologies, le traitement et l'évolution. Le recueil des données a été fait à partir d'une fiche individuelle de collecte qui comporte les variables de l'étude, puis l'analyse a été faite sur un micro-ordinateur à l'aide du logiciel EPI info 7.

Résultats

Données épidémiologiques

Au total 124 patients ont été admis en urgence pour une épistaxis sur une période de 2 ans, soit une

fréquence annuelle de 62 cas. L'épistaxis a représenté 2,39% des motifs d'admission dans le service. L'âge moyen des patients était de 39 ans avec des extrêmes de 6 mois à 82 ans. Le sex ratio était de 1,43.

Le délai moyen de consultation était de 43,77 heures. La majorité des patients soit 75,81% ont consulté dans les 24 heures et 24,19% dans les 48 heures suivant le début de l'épistaxis.

Aspects cliniques

Les patients avaient un antécédent d'épistaxis dans 28,20% des cas. L'épistaxis était bilatérale chez 79 patients soit 63,71%, unilatérale gauche dans 20,16% des cas et unilatérale droite dans 15,32% des cas. Sur le plan étiologique, les traumatismes étaient les causes les plus retrouvées chez 40 patients soit 32,26% des cas (Tableau I).

Données thérapeutiques

Le tamponnement nasal antérieur a été réalisé chez 112 patients soit 90,32% (Tableau II). Un traitement hémostatique par voie générale a été administré chez 28,42% des patients. Une transfusion sanguine a été effectuée chez 12,90% des patients.

Aspects évolutifs

Le traitement initial a permis le contrôle de l'épisode d'épistaxis dans 95,96% des cas.

Tableau I : étiologies des épistaxis

Etiologies	Effectifs	Pourcentage
Traumatiques	40	32,26
Idiopathiques	35	28,22
Infections nasosinusiennes	16	12,90
Hypertension artérielle	11	8,87
Pathologie à potentiel hémorragique		
Insuffisance rénale	6	4,83
Insuffisance hépatocellulaire	5	4,03
Thrombopénie	2	1,61
Tumorale	7	5,64
Endocriniennes (grossesse)	2	1,61

Tableau II : modalités thérapeutiques

Modalités thérapeutiques	Effectifs	Pourcentage
Tamponnement nasal antérieur	112	90,32
Cautérisation au nitrate d'argent	8	6,45
Tamponnement nasal antérieur et postérieur	2	1,61
Irrigation nasal au sérum froid	2	1,61

Discussion

L'Épistaxis est une urgence ORL fréquente avec 124 cas colligés en 2 ans. Elle a représenté 2,39% de l'ensemble des motifs d'admission dans le service. Elle représentait 0,5% des motifs de consultation dans la série de Kodiya au Nigeria [2]. Reis et al. notaient une fréquence de 3,31% des admissions aux urgences [1]. La fréquence réelle est difficile à préciser en fonction des habitudes de recours aux centres de santé des populations et les services d'admissions des patients (urgences, ORL). L'âge moyen des patients était de 39 ans et le sex ratio de 1,43. Badou en Côte d'Ivoire, Reis au Portugal et Adoga au Nigeria retrouvaient respectivement un âge moyen de 29,8 ans, 56 ans et 37,7 ans [1, 3, 4]. Une prédominance masculine est retrouvée dans la littérature [1 - 6]. Cette prédominance des sujets jeunes de sexe masculin pourrait être liée à une plus grande activité les exposants ainsi aux traumatismes. Le délai d'admission était en moyenne de 43,77 heures. Adoga notait un délai d'admission de 58,5 heures en moyenne dans sa série [4].

Les patients avaient un antécédent d'épistaxis dans 28,20% des cas. Akinpelu et Badou retrouvaient respectivement un antécédent d'épistaxis chez 29,24% des patients au Nigeria et 11% en Côte d'Ivoire [3, 5]. L'antécédent l'épistaxis est un facteur prédictif d'admission aux urgences pour épistaxis [7]. L'épistaxis était bilatérale chez 79 patients soit 63,71%, unilatérale gauche dans 20,16%. Gilyoma en Tanzanie notait une latéralité droite dans 59,6% et une bilatéralité dans 13,5% des cas [8].

Les étiologies étaient dominées par les causes

traumatiques dans 32,26% des cas. Elles ont représenté respectivement 70,9% et 30,8% dans les séries de Akinpelu et Gilyoma [5, 8]. L'insuffisance rénale était retrouvée chez 4,83% des patients contre 1,9% dans la série de Akinpelu [5]. Les causes idiopathiques ont été notées chez 28,22% des patients. Badou et Boko retrouvaient respectivement 20,25% et 43,6% de causes idiopathiques [3, 9]. Les causes infectieuses ont représenté 12,90% des étiologies. Badou et Kodiya notaient respectivement 17,68% et 11,88% de causes infectieuses rhinosinusiennes [2, 3]. L'hypertension artérielle était la cause chez 8,87% des patients. Les causes traumatiques sont les plus fréquentes dans la littérature. Il s'agit des traumatismes digitaux de la tache vasculaire surtout chez l'enfant et des accidents de la voie publique [10]. Elles sont suivies par les causes idiopathiques et hypertensives [2, 8, 11]. L'hypertension est souvent retrouvée comme une des principales étiologies dans certaines études [4]. Mais le lien de causalité entre l'hypertension et l'épistaxis demeure difficile à établir [10, 12].

Un tamponnement nasal antérieur a été réalisé chez 90,32% des patients. Dans la série d'Adoga et de Eziyi le tamponnement nasal antérieur et/ou postérieur a été réalisé respectivement chez 96,8% et 79,1% des patients [4, 6]. Il est la procédure la plus utilisée dans la littérature pour le contrôle de l'épistaxis [11, 13, 14]. Un hémostatique par voie générale a été administré chez 28,42% des patients. Il a été administré chez 10,9% des patients de la série d'Adoga [4]. Une cautérisation au nitrate d'argent a été effectuée chez 6,45% des patients. Quand le saignement provient une petite zone localisée de la muqueuse nasale, la cautérisation chimique ou électrique est le traitement de choix [6]. Une transfusion sanguine a été réalisée chez 12,90% des patients. Ce taux pourrait être lié aux pertes sanguines importantes lors des traumatismes qui sont la première cause dans notre série.

Le traitement initial a permis le contrôle de l'épisode d'épistaxis dans 95,96% des cas. Dans la série de Gilyoma le taux de réussite du traitement initial était de 92% [8]. Eziyi notait un échec au traitement non chirurgical dans 1,9% des cas [6].

Conclusion

L'épistaxis représente une urgence fréquente dans notre contexte. Elle touche préférentiellement les adultes jeunes de sexe masculin. Les étiologies étaient dominées par les causes traumatiques. Le traitement est basé principalement sur le tamponnement nasal antérieur.

*Correspondance

Nogognan Ignace Lengane

ignace210@yahoo.fr

Disponible en ligne : 01 Février 2021

- 1 : Service ORL et Chirurgie Cervicofaciale; CHU Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso
- 2 : Service ORL et Chirurgie Cervicofaciale ; CHU Bogodogo ; Burkina Faso
- 3 : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillofaciale, CHU Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Reis LR, Correia F, Castelhana L, Escaa P. Epidemiology of epistaxis in the emergency department of a southern European tertiary care hospital. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2018; 69(6): 331 – 8.
- [2] Kodiya AM, Labaran AS, Musa E, Mohammed GM, Ahmad BM. Epistaxis in Kaduna, Nigeria: a review of 101 cases. *Afr Health Sci.* 2012; 12(4): 479 – 82.
- [3] Badou KE, Melleu LV, M'Pessa EM, Buraima F, Yoda M, Kouassi YM et al. Aspects épidémiologiques des épistaxis au chu de yopougon. *Rev Int Sc Med.* 2013 ; 15(1) : 9 – 11
- [4] Adoga AA, Kokong DD, Mugu JG, Okwori ET, Yaro JP. Epistaxis: The Demographics, Etiology, Management, and

Predictors of Outcome in Jos, North-Central Nigeria. *Ann Afr Med.* 2019; 18(2): 75 – 9.

- [5] Akinpelu OV, Amusa YB, Eziyi JAE, Nwawolo CC. A Retrospective Analysis of Aetiology and Management of Epistaxis in a South-Western Nigerian Teaching Hospital. *Wesr Afr J Med.* 2009; 28(3): 165 – 8.
- [6] Eziyi JAE, Akinpelu OV, Amusa YB, Eziyi AK. Epistaxis in Nigerians: A 3-year Experience. *East Cent Afr J Surg.* 2009; 14(2): 93 – 8.
- [7] Côte FC, Orfao T, Dias CC, Moura CP, Santos M. Risk factors for the occurrence of epistaxis: Prospective study. *Auris Nasus Larynx.* 2018; 45(3): 471 – 5.
- [8] Gilyoma JM, Chalya PL. Etiological profile and treatment outcome of epistaxis at a tertiary care hospital in Northwestern Tanzania: a prospective review of 104 cases. *BMC ear, Nose Throat Disord.* 2011. 11(8) doi:10.1186/1472-6815-11-8.
- [9] Boko E, Goune L, Kpemissi E. Epidémiologie et étiologies des épistaxis dans notre pratique : à propos de 250 cas colligés de 1986 à 1997 au chu de Lomé. *J Rech Sci Univ Lomé Série D.* 2006 ; 8(1) : 5 – 9.
- [10] Crampette L, Herman P, Malard O. Les épistaxis. Paris: Elsevier Masson; 2015.
- [11] Iseh KR, Muhammad Z. Pattern of epistaxis in Sokoto, Nigeria: a review of 72 cases. *Ann Afr Med.* 2008. 7(3): 107 – 11.
- [12] Kim C, Kim C, Chung JH, Shin JH. Is epistaxis associated with high blood pressure and hypertension? Propensity score matching study. *Am J Emerg Med.* 2020; 38(7): 1319 – 21.
- [13] Abdesallam HA, Mahrous AK, Hashim AH. Epistaxis management. *Egypt J Hosp Med.* 2007; 26 : 55 – 62
- [14] Awuah P, Amedofu GK, Duah M. Incidence of epistaxis in a tertiary hospital in Ghana. *Journal of Science and Technology.* 2012; 32(2): 34 – 8.

Pour citer cet article :

NI Lengane, NC Meda, LR Lompo, A Coulibaly, M Kadyogo, M Sereme. Epistaxis : Aspects épidémiologiques cliniques thérapeutiques et évolutifs au CHU Régional de Ouahigouya. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 120-123



Article original

Fonctionnalité des ASACO du district sanitaire de Kayes en 2016

Functionality of the ASACO at the health district of Kayes in 2016

S Diarra¹, M Cisse², B Macalou³, A Diallo⁴, TA Dia⁵, IB Bengaly⁶, F Dakouo⁷, CT Kone⁸,
Y Diarra⁹, S Sidibe¹⁰, I Goita¹⁰

Résumé

Introduction : Au Mali, les centres de santé communautaires (cscm) constituent un maillon important dans le système de santé. En 2016, leur nombre est passé à 1294 [1]. Ce chiffre contraste avec une amélioration progressive de certains indicateurs de la santé de 1972 à 2013 tels que la mortalité infantile, juvénile, et néonatale [2,3]. Le fonctionnement correct des cscm nécessite celui des ASACO (association de santé communautaire). La présente étude évalue la fonctionnalité des ASACO du district sanitaire de Kayes en 2016 selon la grille nationale d'évaluation de la fonctionnalité des ASACO.

Méthodologie : Etude rétrospective descriptive, réalisée dans le district sanitaire de Kayes en 2017. Elle a porté sur 44 ASACO.

Résultats : La majorité des ASACO (59,1%) n'était pas fonctionnelle. Pour 86,36% d'entre elles, la CAM (convention d'assistance mutuelle) n'était pas signée avec la mairie. Aucune réunion du conseil d'administration n'avait été tenue par 56,82% des ASACO. Seuls 29,55% avaient fait les 12 réunions mensuelles du comité de gestion. Par rapport au financement du système de référence-évacuation,

34,09% des ASACO avaient totalement payé la quote-part.

Discussion : la majorité des ASACO n'était pas fonctionnelle. Ce constat est contraire à celui de DABO L. [5] qui a trouvé à Kita en 2006 que toutes les ASACO (8) étaient fonctionnelles selon les critères du ministère de la santé. Une proportion importante d'ASACO (86,36%) n'avait pas signé la CAM. Notre taux est plus élevé que celui de Dabo L. qui avait constaté 64% d'ASACO non signataires dans son étude [5].

Mots-clés : Fonctionnalité ASACO Kayes.

Abstract

Aims: The purpose of the study was to evaluate the functionality of the ASACO (community health association) of the health district of Kayes in 2016.

Methodology: this is a retrospective descriptive study, carried out in the sanitary district of Kayes in 2017. It focused on 44 ASACO. Included were the ASACO who ran cscm officially launched.

Results: At the end of the study, 59.1% of the ASACO were not functional versus 40.1% functional. For 86.36% of them, the CAM (mutual assistance

agreement) was not signed with the town hall. No meeting of the board of directors was tenuous for 56.82%. And 20.45% had a meeting; 22.73% two meetings. Only 29.55% had made the 12 monthly meetings of the management committee. Compared to the funding of the evacuation referral system, 34.09% of the Asaco had fully paid the share, 27.27% had partially paid and 38.59% had paid nothing. Asaco offices were regularly renewed for 86.36% of cases. At least, there was a woman in the office for 95.45% of the ASACO. All ASACO (100%) had staff recruited at their expense. For 72.27% of the ASACO, at least one staff was supported by the mayor, the communities or the state.

Conclusion: Our study found that in Kayes in 2016; 59.1% of the ASACO were not functional and for 86.36% of them the CAM was not signed.

Keywords: functionality of the ASACO, Kayes.

Introduction

Les centres de santé communautaires constituent un maillon important dans le système de santé du Mali. En effet en 2016, selon le système local d'information sanitaire, le nombre de ces structures est passé à 1294 au Mali [1]. Ce chiffre contraste avec une amélioration progressive de certains indicateurs de la santé de 1972 à 2013 tels que la mortalité infantile, juvénile, infanto-juvénile et néonatale [2,3]. Lesdites améliorations ont sans doute une relation avec l'augmentation progressive du nombre des centres de santé communautaire. Or un fonctionnement correct de ces centres nécessite un fonctionnement correct des ASACO (association de santé communautaire) particulièrement leurs organes de gestion, c'est-à-dire le conseil d'administration (CA) et le comité de gestion (CG). La présente étude évalue la fonctionnalité des ASACO du district sanitaire de Kayes en 2016 selon la grille nationale d'évaluation de la fonctionnalité des ASACO. L'intérêt de l'évaluation réside dans l'analyse du socle de l'offre des soins et services de qualités en première ligne ;

c'est-à-dire la fonctionnalité des ASACO. L'objectif général de l'étude est d'évaluer la fonctionnalité des ASACO du district sanitaire de Kayes en 2016.

Méthodologie

L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Kayes en 2017. C'est une étude rétrospective descriptive qui a concerné les activités des ASACO de l'année 2016.

Critère d'inclusion et de non inclusion

- Critères d'inclusion : ont été incluses, toutes les ASACO qui dirigent des cscom lancés officiellement.
- Critère de non inclusion : les organes de gestion des centres qui n'ont pas le statut d'ASACO ou qui dirigent des centres qui n'ont pas le statut de cscom.

Echantillon : 44 ASACO ont été concernées.

Les Variables :

- Paiement de la Convention d'assistance mutuelle
- Tenue des réunions du conseil d'administration
- Tenue des réunions du comité de gestion
- Paiement de la quotepart
- Recrutement du personnel
- Régularité dans le renouvellement du bureau
- Présence de femme dans le bureau
- Présence de jeune dans le bureau

Déroulement :

En 2016, une évaluation concernant l'intégration de la nutrition dans le PMA (Paquet Minimum d'activités) s'est déroulée dans le district sanitaire de Kayes. C'est au décours de cette évaluation que la grille nationale sur la fonctionnalité des ASACO par aire de santé a été renseignée. La collecte des données a été effectuée sur la base de la grille DNPSES (Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire). Après la collecte des données, elles ont été analysées par le logiciel EPI INFO 7 et saisies sur Word 2007.

Résultats

Les ASACO n'étaient pas fonctionnelles dans 59,1%

des cas contre 40,9% fonctionnelles

Pour 86,36% des ASACO, la CAM (convention d'assistance mutuelle) n'était pas signée avec la mairie.

Pour 56,82% des ASACO, les réunions du conseil d'administration n'étaient pas tenues. Et 20,45% avaient tenu une réunion ; 22,73% deux réunions.

Seuls 29,55% avaient fait les 12 réunions mensuelles du comité de gestion.

Par rapport au financement du système de référence-évacuation, 34,09% des ASACO avaient totalement payé la quote-part, 27,27% avaient partiellement payé et 38,59% n'avaient rien payé.

Les bureaux des ASACO étaient régulièrement renouvelés pour 86,36% des cas

Au moins, il y avait une femme dans le bureau pour 95,45% des ASACO

Pour 93,18% des ASACO, il existait au moins un jeune dans le bureau

Pour 100%, les ASACO avaient des personnels recrutés à leurs frais

Pour 72,27% des ASACO, au moins un personnel était pris en charge soit par la mairie, les collectivités ou l'Etat.

Discussion

Notre étude a concerné 44 ASACO dans le district sanitaire de Kayes. Elle a été menée au décours de l'évaluation de l'intégration de la nutrition dans le paquet minimum d'activité dans les cscom en 2017.

Fonctionnalité des ASACO

La majorité des ASACO n'était pas fonctionnelle soit 59,1%. Cette fonctionnalité a été mesurée par deux paramètres : avoir la moyenne des points selon le canevas d'évaluation utilisée (qui est de 16 points) et avoir au moins 1 point au niveau de la contribution à la caisse de solidarité pour le système de référence évacuation.

Ce constat est préoccupant, d'autant plus que d'une part l'Etat a délégué la gestion des cscom aux associations de santé communautaire, et d'autre part une ASACO non fonctionnelle ne peut efficacement

accomplir les missions du cscom (fournir le paquet minimum d'activités et notamment de gérer la mise en œuvre des actions socio-sanitaires au sein de la population, de dispenser des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, explorations paracliniques courantes, d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels, de développer les activités de soins préventifs (santé maternelle et infantile /planning familial, vaccination, éducation pour la santé), d'initier et de développer des activités promotionnelles (hygiène -assainissement, développement communautaire, information éducation communication), de promouvoir la participation communautaire dans la gestion des centres de santé communautaires et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu, de la famille et de la collectivité) [4]. Ce constat est contraire à celui de DABO L. [5] qui a trouvé dans son étude à Kita en 2006 que tous les ASACO (8) étaient fonctionnelles selon les critères du ministère de la santé.

Organes de gestion de l'ASACO

L'étude a constaté que les organes de gestion ne tenaient pas régulièrement leurs réunions.

- Conseil d'administration : pour 56,82% des ASACO, aucune réunion du conseil d'administration n'avait été tenue en 2016. Pour 20,45%, une seule réunion avait été tenue et deux réunions pour 22,73%.
- Comité de gestion : seules 29,55% avaient tenu les 12 réunions mensuelles du comité de gestion. Ce taux est faible par rapport à celui de Maigari Oumarou [6] qui rapporte dans son étude au Niger à Tillabéri en 2008 que les réunions de comité de gestion étaient tenues dans 70% des cas. Aussi, Doumbia Abdoul K. affirme que les réunions du conseil d'administration et du comité de gestion des ASACO étaient régulièrement tenues [7] idem Kassambara D. [8]. Par contre Traoré M. dans son étude a signalé l'absence du conseil d'administration et du comité de surveillance au niveau de l'ASACO de Garantiguiougou entre 2011 et 2013. Le conseil d'administration était

remplacé par une commission de crise de neuf membres avec des objectifs définis et jouait du même coup le rôle de comité de gestion avec des rencontres à périodicité mensuelle [9].

La signature de la CAM

Pour 86,36% des ASACO, la CAM n'était pas signée avec la mairie. Ce qui est contraire aux dispositions du décret n° 05-299/PRM du 24 juin 2002 qui fait de cette signature la base de la collaboration entre la mairie (responsable de la santé au niveau de la commune) et l'ASACO. Ce décret stipule que l'association de santé communautaire signe une convention d'assistance mutuelle avec le maire de la commune du lieu d'implantation du centre de santé communautaire. Cette convention définit les engagements réciproques de la commune et de l'association de santé communautaire notamment : les possibilités d'allocation de subventions pour le financement des activités de santé, la contribution de la commune à la prise en charge de certains agents du centre de santé communautaire, la dotation en médicaments essentiels en DCI (dénomination commune internationale), en équipements et moyens logistiques (matériel roulant), le financement des travaux de construction du centre de santé communautaire, le suivi et le contrôle de la gestion du centre de santé communautaire, le concours de l'association de santé communautaire dans la mise en œuvre du plan communal de santé, la lutte contre la vente illicite des médicaments, la lutte contre les catastrophes et les épidémies.

La convention précise également les obligations de collaboration du centre de santé communautaire avec le centre de santé de référence du cercle ou de la commune.

Ce taux des ASACO n'ayant pas signé la CAM dans notre évaluation est plus élevé que celui de Dabo L. qui avait constaté dans son étude à Kita en 2006 que sur huit ASACO ; seulement 36% avaient signé la convention d'assistance mutuelle soit 64% d'ASACO non signataires. [5] Il en était de même dans les études de Kassambara D. [8] et Sacko H. [10]. Dans l'étude de TRAORE M. ; bien que la CAM soit signée, cette

signature n'avait pas été suivie de la mise en place du comité paritaire. Cependant, rapporte-t-il, l'ASACO avait bénéficié des soutiens de la mairie [9].

Le système de référence-évacuation

En 2016 dans le district sanitaire de Kayes, seules 34,09% des ASACO avaient totalement payé la quote-part ; 27,27% l'avaient partiellement payée et 38,59% n'avaient rien payé. Le taux d'ASACO non payeuses de notre étude était inférieur à celui de Dabo L. à Kita où il était de 87% [5].

Le renouvellement régulier du bureau de l'ASACO

Les bureaux des ASACO étaient régulièrement renouvelés pour 86,36% des cas. Dabo L. quant à lui a constaté qu'entre 2001 et 2005, aucune des huit ASACO n'avait procédé au renouvellement de son bureau 2 fois. Aussi que l'ASACO de Bougaribaya ne se rappelait même pas de la date du dernier renouvellement de son bureau [5].

Représentativité de femme et jeune dans le bureau

Dans notre étude, 95,45% des ASACO avaient au moins une femme dans le bureau. Pour 93,18% des ASACO, il existait aussi au moins un jeune dans le bureau. Selon Dabo L. 100% ASACO avaient des jeunes dans leurs bureaux et 62% présentaient des femmes en leurs seins [5].

Le recrutement du personnel

Dans toutes les ASACO (100%), il existait des personnels payés par elles. Dans 27,73%, le personnel était uniquement à leur charge. Pour 72,27% des ASACO, des personnels étaient pris en charge par une autre source (mairie, collectivité, Etat).

Kassambara D. rapporte dans son étude que 47.7 % des catégories de salariés étaient de l'ASACO, suivi de ceux de l'Etat et du fonds PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) 23.8 % [8]. Aussi à l'ASACOboul 1, la majorité du personnel était recrutée par l'ASACO ; soit 65,0%, suivie des fonctionnaires de l'Etat avec 25,0% et enfin le fonds PPTE avec 10,0% [11]. Il en était de même à Garantiguibougou (commune IV du district de Bamako) où plus de la moitié des salariés soit 55,6% étaient payés par l'ASACO suivi des fonctionnaires de l'Etat 25,9% et du font PPTE 11,1% [9].

577p.

- [4] Arrêté interministériel n° 94 - 5092 / MSSPA-MATS-M F
- [5] Dabo L. Etude des facteurs influençant la pérennité des acquis du projet de survie de l'Enfant de Plan Mali après son retrait de 8 aires de santé à Kita. Thèse de médecine. FMPOS. Bamako (Mali). 2006. 144p.
- [6] Maigari O. La non fonctionnalité des organes de participation communautaire (OPC) a-t-elle des répercussions sur le PEV de Routine dans le district sanitaire de Tillabéri (Niger). Mémoire. Novembre 2008. 21p.
- [7] Doumbia Aldoul K. Problématique de l'utilisation des services de santé communautaire du quartier de Daoudabougou; commune v du district de Bamako. Thèse de médecine. FMPOS. 2007. 117p.
- [8] Kassambara D. Evaluation du centre de santé communautaire de Sabalibougou II en commune V du district de Bamako. Thèse de médecine. FMPOS. 2014. 93p.
- [9] Traoré M. Viabilité du centre de santé communautaire de Garantigoubougou en commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine. 2013. 78p.
- [10] Sacko H. Viabilité du centre de santé communautaire de Hamdallaye en commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine. 2014. 90p.
- [11] Madegnan Mahouto J. Viabilité du centre de santé communautaire de Boukassoumbougou de 2010 à 2012 : cas de l'ASACOboul. Thèse de pharmacie. 2013. 92p.

Pour citer cet article :

S Diarra, M Cisse, B Macalou, A Diallo, TA Dia, IB Bengaly et al. Fonctionnalité des ASACO du district sanitaire de Kayes en 2016. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 124-128

Conclusion

La fonctionnalité des ASACO est indispensable à l'offre des soins et services de qualité dans les centres de santé communautaires. Notre étude nous a permis de constater qu'à Kayes en 2016 ; plus de la moitié (59,1%) des ASACO n'étaient pas fonctionnelles et pour plus de la majorité (86,36%) d'entre elles, la CAM n'était pas signée.

*Correspondance

Samou DIARRA

samoudiarra85@yahoo.fr

Disponible en ligne : 01 Février 2021

- 1 : Centre de Santé de Référence de Kayes,
- 2 : Centre de Santé Communautaire de Diamou,
- 3 : Hôpital Fouisseny Daou de Kayes,
- 4 : Service de Néphrologie du CHU Point G,
- 5 : Centre de Santé de Référence de Bafoulabé,
- 6 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary,
- 7 : Plan Mali,
- 8 : Save The Children Mali,
- 9 : Consultant national OMS, Mali
- 10 : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bamako.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Annuaire du système local d'information sanitaire 2016. 186p.
- [2] Enquête démographique et de santé au Mali. 1987. 214p.
- [3] Enquête démographique et de santé (EDSM V) 2012-2013.



Article original

Affections parodontales chez les patients tabagiques au service de parodontologie du CHU-CNOS de Bamako, Mali

Periodontal disorders in smoking patients in the periodontology department of the CHU-CNOS in Bamako, Mali

O Diawara¹, A Niang², L Essama Eno Belinga³, B Berthe¹, A Nimaga¹, M Ba⁴, M Kone⁴, M Diallo², M Dembele, AST Kané⁵, K Kayentao⁶, B Ba^{4,6}, Y Toloba⁶, B Kamaté⁶

Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude était d'étudier les affections parodontales chez les patients tabagiques vus en consultation au service de parodontologie du CHU-CNOS.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale basée sur l'observation de l'état parodontale des patients consommant un produit à base de tabac venus en consultation au service de Parodontologie du CHU-OS sur une période de six (6) mois (Mai à Octobre 2018). Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, saisies et analysées avec le logiciel Epi Info 3.5.3 (Version Française). Le consentement libre et éclairé verbal de chaque participant était obtenu avec respect strict de l'anonymat

Résultats : Notre étude a porté sur 167 patients vus en consultation avec le service de parodontologie du CHU-OS consommant un produit à base de tabac Le sexe masculin a été le plus représenté 97,60% avec un sex ratio de 40 ,75 ; La tranche d'âge de 16-35 ans a été la plus représentée avec 56,89%. Ils étaient ouvriers dans 47,90%.

Les patients se brossaient au moins une fois par jour

dans 64,67% et avec des brosses à dents 74,85 %. Nos enquêtés consommaient le tabac quotidiennement dans 86,20% des cas à une fréquence excessive de 51,50%. Dans 47,3% des cas le nombre d'année de consommation était de 0 à 10 ans. La cigarette a été fumée par les patients dans 98,80% des cas. Les patients connaissaient les effets du tabac dans seulement 12% des cas. Les patients avaient un indice de plaque faible dans 68,90 % des cas. L'inflammation sévère était retrouvée chez 38,30% des patients. Les patients (155/167) de notre étude présentaient une maladie parodontale (inflammation légère à sévère) dans 92,80 % ; La poche parodontale était la conséquence la plus observée soit 86,20% des cas. Les patients ayant besoin de traitement complexe représentaient 10,20%.

Conclusion : Cette étude montre une fréquence élevée des pathologies parodontales chez nos patients dont les principaux sont : l'inflammation gingivale, la poche parodontale et la perte d'attache clinique.

Mots-clés : affections parodontales ; tabac ; hygiène buccale ; besoins de traitement ; CHU-CNOS.

Abstract

Objective: The objective of this study was to study periodontal diseases in smoking patients seen in consultation with the periodontology department of CHU-CNOS.

Methodology: We carried out a cross-sectional descriptive study based on the observation of the periodontal state of patients consuming a tobacco-based product who came for consultation at the Periodontology department of the CHU-OS over a period of six (6) months. (May to October 2018). Data were collected from medical records, entered and analyzed with Epi Info 3.5.3 software (French version). The free and verbal informed consent of each participant was obtained with strict respect for anonymity

Results: Our study focused on 167 patients seen in consultation with the periodontology department of the CHU-OS consuming a tobacco-based product. The male sex was the most represented 97.60% with a sex ratio of 40.75; The 16-35 age group was the most represented with 56.89%. They were workers in 47.90%.

Patients brushed at least once a day in 64.67% and with toothbrushes 74.85%. Our respondents consumed tobacco daily in 86.20% of cases with an excessive frequency of 51.50%. In 47.3% of cases the number of years of use was from 0 to 10 years. Cigarettes were smoked by patients 98.80% of the time. The patients knew the effects of tobacco in only 12% of the cases. The patients had a low plaque index in 68.90% of the cases. Severe inflammation was found in 38.30% of patients. The patients (155/167) in our study presented with periodontal disease (mild to severe inflammation) in 92.80%; The periodontal pocket was the most observed consequence, ie 86.20% of cases. Patients requiring complex treatment accounted for 10.20%.

Conclusion: This study shows a high frequency of periodontal pathologies in our patients, the main ones being: gingival inflammation, periodontal pocket and clinical loss of attachment.

Keywords: periodontal disease; tobacco; oral hygiene;

treatment needs; CHU-CNOS.

Introduction

Les maladies parodontales (MP) sont considérées comme des infections opportunistes résultant d'interactions entre les agents responsables et les réponses de l'hôte qui peuvent être modulées par des facteurs de risque génétiques, environnementaux et acquis [1]. Les MP sont des affections à composante inflammatoire pouvant causer la perte prématurée des dents. Elles sont très répandues à travers le monde et affectaient en 2016 750 847 000 de personnes [2]. Au Mali, elles constituent 41,5 % des motifs de consultation au CHU-OS [3].

Le tabac est à la fois la substance psychoactive dont l'usage est le plus répandu dans la population, et celle dont le pouvoir addictif est le plus élevé. Le tabagisme est défini comme étant l'usage prolongé, « donc abusif » de n'importe quelle forme de produits à base de tabac (cigare, pipe, chique, cigarette) [4]. Les chiffres concernant la consommation tabagique restent inquiétants. Selon l'OMS, environ 6 millions de personnes sont victimes chaque année du tabac, dont 5 millions par tabagisme actif. Près d'un milliard de personnes fument dans le monde. Selon le baromètre santé 2014 mené par l'INPES, la France compte près de 14 millions de fumeurs soit 34% de la population, dont 28% sont des fumeurs quotidiens [5]. Les conséquences du tabagisme sur la santé sont considérables, et il n'y a pas de seuil en dessous duquel la consommation de tabac serait sans danger. Le risque est proportionnel à la quantité consommée et plus encore à la durée de la consommation [6]. Le tabagisme constitue également un des principaux facteurs de risque des pathologies. Le tabac fumé ou non-fumé sont des facteurs de risque importants dans le développement et la progression de la maladie parodontal [7]. Les pathologies parodontales chez le patient fumeur sont souvent bien plus sévères que chez le non-fumeur [8]. Le tabac a des effets néfastes sur la santé de la reproduction (diminution de la fertilité

masculine et féminine ; augmentation du risque de fausse couche et d'accouchement prématuré ; un petit poids de naissance et un retard de croissance intra-utérin ; risque plus élevé de mort subite du nourrisson [9,10].

Le tabagisme a des effets systémiques répandus, dont beaucoup peuvent fournir des mécanismes pour la sensibilité accrue à la parodontite et la faible réponse au traitement. Ses effets sont liés à la durée du tabagisme ainsi qu'au nombre de cigarettes consommées. Le statut tabagique des membres de la famille peut également être pertinent pour les influences comportementales et les conséquences potentielles du tabagisme passif. La perte osseuse alvéolaire et la mobilité dentaire étaient significativement augmentées ; une plus grande perte d'attachement parodontal, une récession gingivale et la formation de poches parodontales chez les fumeurs [11].

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive basée sur l'observation de l'état bucco-dentaire (parodontal en particulier) des patients consommant un produit à base de tabac au service de Parodontologie du CHU-OS sur une période six (6) mois (Mai à Octobre 2018). Notre échantillon était constitué de 167 patients venus des jours de consultation pendant les jours ouvrables. Ils ont été soumis à un questionnaire médical puis examinés sur le plan bucco-dentaire (les dents, les muqueuses buccales, l'examen parodontal). Nous avons utilisé l'indice de plaque pour apprécier la qualité de l'hygiène buccodentaire, l'indice gingival de LOË et SILNES l'inflammation gingivale. L'indice de Mühlemann et Miller ont été utilisés pour évaluer la mobilité dentaire et la récession parodontale. Les renseignements contenus dans le dossier médical, les registres, les carnets et fiches de références ont été transcrits sur le questionnaire médical.

Résultats

Notre étude a porté sur 167 patients vus en

consultation avec le service de parodontologie du CHU-OS consommant un produit à base de tabac Le sexe masculin a été le plus représenté 97,60% avec un sex ratio de 40,75 ; La tranche d'âge de 16-35 ans a été la plus représentée avec 56,89%. Ils étaient mariés dans 61,08% et ouvriers dans 47,90%.

Les patients se brossaient au moins une fois par jour dans 64,67% des cas avec des brosses dents (74,85 %) de qualité dure (64,00%). Nos enquêtés consommaient le tabac quotidiennement dans 86,20% des cas à une fréquence excessive de 51,50%. Dans 47,3% des cas le nombre d'année de consommation était de 0 à 10 ans. La cigarette a été fumée par les patients dans 98,80% des cas. Les patients connaissaient les effets du tabac dans seulement 12% des cas et comme effet la coloration des dents a été la plus reconnue dans 75% des cas. Ils avaient comme motif de consultation la carie dentaire 32,34%, la douleur 28,74% et la présence de tartre 12,58%. Les pathologies les plus retrouvées comme antécédents médicaux ont été la gastrite/ulcère (38,32%) suivi de diabète (10,78%). Les patients (68) qui avaient au moins effectué une visite chez le chirurgien-dentiste ont représenté 40,70% mais la prise en charge parodontale n'a concerné que 10,30% des cas. Les patients avaient un indice de plaque faible dans 68,90 % des cas. L'inflammation sévère était retrouvée chez 38,30% des patients. Les patients (155/167) de notre étude présentaient une maladie parodontale (inflammation légère à sévère) dans 92,80 % ; La poche parodontale était la conséquence la plus observée soit 86,20% des cas. Les patients ayant besoin de traitement complexe représentaient 10,20%.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	N	%	
Sexe	Féminin	4	2.40
	Masculin	163	97.60
Tranche d'âge (année)	16 -35	95	56.89
	36 – 55	58	34.73
	56 – 75	11	6.58
	76 – 95	3	1.80
Niveau d'instruction	Fondamental	54	32.33
	Secondaire	36	21.56
	Universitaire	40	23.95
	Non alphabétisé	37	22.16
Statut matrimonial	Célibataire	65	38.92
	Marié	102	61.08
Occupation socioprofessionnelle	Elève/étudiant	31	18.56
	Femme au foyer	2	1.20
	Salarie	48	28.74
	Cultivateur	4	2.40
	Ouvrier	80	47.90
	Retraite	2	1.20

Tableau II : Caractéristiques d'hygiène buccodentaire

Caractéristiques d'hygiène buccodentaire	N	%	
Fréquence du brossage	Ne se brosse pas	1	0,60
	Se brosse 1 fois	108	64,67
	Se brosse 2 fois	50	29,94
	Se brosse 3 fois	8	4,79
Matériel de brossage	Bâtonnet frotte dents	31	18.56
	Brosse à dents	125	74.85
	Les deux	11	6.59
Type de brosse à dents	Dure	80	64.00
	Medium	35	28.00
	Souple	10	8.00

Tableau III consommation du tabac

Consommation du tabac		N	%
Formes de tabac	Cigarette	165	98.80
	Tabac à chiquer	2	1.20
Fréquence de consommation	Excessive	86	51.50
	Raisonnable	39	23.40
	Faible	42	25.10
Rythme de consommation	Consommation Occasionnelle	23	13.80
	Consommation quotidienne	144	86.20
Nombre d'années de consommation	0 -10 ans	79	47.31
	11- 20 ans	49	29.34
	21- 30ans	19	11.38
	31- 40 ans	14	8.38
	41 – 50 ans	5	2.99
	51 – 60 ans	1	0.60

Tableau IV : connaissances des effets du tabac sur la santé bucco-dentaire

Effets du tabac sur la santé bucco-dentaire		N	%
Connaissances des effets sur SBD	Non	147	88.00
	Oui	20	12.00
Si oui les effets connus	Cancer de la gorge, problèmes dentaires	1	5.00
	Coloration des dents	15	75.00
	Coloration des dents et de la langue	2	10.00
	Coloration des dents et perte de gout	1	5.00
	Coloration et mobilité des dents	1	5.00

Tableau V : caractéristiques cliniques

caractéristiques cliniques		N	%
Motif de consultation	Carie dentaire	54	32.34
	Douleur	48	28.74
	Halitose	17	10.18
	Mobilité	10	5.99
	Saignement	6	3.59
Antécédents familiaux de maladies parodontales	Non	158	94.60
	Oui	9	5.40
Consultation chez le chirurgien-dentiste	Non	99	59.30
	Oui	68	40.70
Prise en charge parodontale	Non	61	89.70
	Oui	7	10.30

Tableau VI : caractéristiques cliniques parodontales

Caractéristiques parodontales		N	%
Indice de plaque	Excellente (0)	1	0.60
	Bonne (0,1 - 0,9)	12	7.20
	Moyenne (1 - 1,9)	39	23.40
	Faible (2 - 3)	115	68.90
Indice gingival	Pas d'inflammation (0)	12	7,20
	Inflammation légère (0,1-0,9)	30	18,00
	Inflammation moyenne (1 -1,9)	61	36,50
	Inflammation sévère (2 -3)	64	38,30	92,80
Atteinte parodontale	Perte d'attache clinique	103	61.70
	Poche parodontale	144	86.20
	Récession Parodontale	103	61.70
	Mobilité dentaire	86	51.50
Score CPITN	0 : parodonte sain	Aucun traitement	00,00
	1 : Au moins une dent avec saignement	Enseignement en hygiène buccodentaire (EHBD)	2(1,20%)
	2 : Au moins une dent avec tartre	EHBD et détartrage	148 (88,60%)
	3 : Au moins une dent avec une poche de 4 à 5 mm	EHBD,détartrage et curetage	17 (10,20%)
	4: au moins une dent avec une poche de 6mm	Traitement complexe	00,00

Discussion

Dans notre étude, nous rapportons une large prédominance masculine 97,60 %. Il ressort que le plus grand nombre de fumeurs (56.89%) était rencontré dans la tranche d'âge de 16 à 35 ans. Nos patients ont abandonné les études au niveau fondamental (32.33 %) suivi du niveau universitaire 23.95 %, les non alphabétisés représentaient 22.16 %. Les ouvriers représentaient la majorité de nos patients avec 47.90 %, suivis des salariés (28.74 %) ; les femmes au foyer et les retraités ont été les moins représentés avec 1.20 %. Dans l'étude Diallo B la population d'étude est majoritairement constituée de jeunes âgés en moyenne de 18 ans, la tranche d'âge la plus représentée était de 28 à 37 ans avec 37% des cas [12] Ce résultat est comparable à celui d'Akinkugbe AA. et al. [13] qui ont rapporté le plus grand nombre de fumeurs dans la tranche d'âge 18 - 44 ans.

Dans notre étude 64,67% de nos patients se brossaient 1 fois /jour ; 29,94% 2 fois /jour ; 4,79% 3 fois /jour et 0,60% ne pratiquaient aucun brossage. Ce résultat est supérieur à ceux de O diawara .al. [14] et Ba B et al au Mali [15] qui ont rapporté respectivement 42,60% et 26,40% des cas de fréquence de brossage une fois par jour.

Les motifs de consultation les plus représentés furent respectivement la carie avec 32,34%; la douleur 28,74%, les tartres 12,58%, l'halitose 10,18%. Au Mali Ba M [3] dans son étude rapportait la douleur avec 46,6%; le saignement 31,4% et la mobilité 10,5%.

Les patients avaient un indice de plaque faible dans 68.90 % des cas. L'inflammation sévère était retrouvée chez 38,30% des patients. Les patients (155/167) de notre étude présentaient une maladie parodontale (inflammation légère à sévère) dans 92,80 % ; La poche parodontale était la conséquence

la plus observée soit 86,20% des cas. Les patients ayant besoin de traitement complexe représentaient 10,20%. Nous avons constaté que 33% des fumeurs fumaient entre 16-20 battements par jour et par personne et 26% des fumeurs qui fumaient entre 6-10 ans.

Dans l'étude Diallo B la récession gingivale était la plus fréquente dans 42% des cas [12]. Selon une méta-analyse, la prévalence de la récession gingivale et de la perte d'attachement parodontal est plus importante chez les fumeurs que chez les non-utilisateurs et est le principal signe clinique de la maladie parodontale (MP) touchant l'ensemble des dents et surtout les dents de la région maxillaire antérieure [16].

Cette prévalence élevée des affections parodontales chez les patients fumeurs a été rapportée par d'autres auteurs. D'après Mahmoud A-T. la prévalence et la gravité accrues de la destruction parodontale associée au tabagisme suggèrent que les interactions hôte-bactérien normalement observées dans la parodontite chronique sont modifiées, entraînant une dégradation parodontale plus agressive [17]. Dans l'étude de Tomar et coll. [18] le pourcentage de parodontites attribuables au tabac est de 52,8 %. Ce pourcentage varie de 51 % chez les sujets âgés de 19 à 30 ans à 32 % chez les sujets âgés de 31 à 40 ans [19]

L'arrêt du tabac a un effet bénéfique sur la MP, diminuant sa prévalence et sa progression. Dans l'étude de Tomar et coll., le risque de MP diminue significativement avec le nombre d'années écoulées depuis l'arrêt du tabac [20]

Les chirurgiens-dentistes doivent jouer leur participation dans la lutte contre le tabac.

Conclusion

Cette étude montre une fréquence élevée des pathologies parodontales chez nos patients dont les principaux sont : l'inflammation gingivale, la poche parodontale et la perte d'attache clinique.

*Correspondance

Ousseynou Diawara

ousseynou@gmail.com

Disponible en ligne : 01 Février 2021

- 1 : Service de Parodontologie CHU-CNOS
- 2 : Service de Pédodontie CHU-CNOS
- 3 : Service de Stomatologie Hôpital Général de Douala, Cameroun
- 4 : Service de chirurgie buccale CHU-CNOS
- 5 : Hôpital Infirmerie de Bamako
- 6 : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] K-Y Zee. Smoking and periodontal disease. *Australian Dental Journal* 2009; 54:(1 Suppl): S44-S50.
- [2] L Essama Eno Belinga, W. Bell.Ngan, AD Sangaré, O. Diawara, A Njifou Njimah Relation entre santé parodontale et rigidité artérielle : étude transversale réalisée au cameroun *Odonto-Stomatologie Tropicale* Decembre 2019, Vol.42, n°168]
- [3] Ba M, Diawara O. Ba B Niang A, Koita H, Touré A et al. Contribution à l'étude des maladies parodontales en omni pratique : à propos de 153 cas. *Afr J. Dent. Implantol* N°11,2018
- [4] OMS : L'épidémie de tabagisme : Dimensions sanitaires Aide mémoire ; N°155 ; Mai 1997
- [5] ARAGON Amélie Tabac et cavité buccale : prise en charge du patient fumeur en cabinet libéral Thèse Chir Dent UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER, 2017
- [6] ORS Pays de la Loire La consommation de tabac des jeunes dans les Pays de la Loire. Mars 2016 www.ors-pdl.fr

santepaysdelaloire.com]

- [7] Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR, Winn DM: Cigar pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. *Journal of Periodontology* 2000;71(12):1874-1881
- [8] Clément Arveux Maladies parodontales chez le fumeur. Prise en charge à l'officine. Thèse Pharma Université Toulouse III Paul Sabatier, 2016
- [9] Inserm, Les troubles de la fertilité. État des connaissances et pistes pour la recherche. Agence de la biomédecine. (2012)
- [10] Dautzenberg B. (2001). Tabagisme passif. Rapport du groupe de travail. Direction générale de la santé. 109 p.].
- [11] Parviz Torkzaban ; Zahra Khalili ; Narges Ziaei Smoking and Periodontal Diseases Avicenna J Dent Res. 2013;5(2):e202184.
- [12] Diallo B, Kane A S. T., Ngatil M, Traore A-A, Kone M Epidemiological Aspect of Periodontal Diseases in Smoking Patients Consulting in the Service of Odontology Hospital Military of Bamako (IHB). *International Journal of Medical Science and Health Research* Vol. 4, No. 05; 2020
- [13] Akinkugbe AA, Sanders AE, Preisser JS, Cai J, Salazar CR, Beck JD. Environmental tobacco smoke exposure and periodontitis prevalence among nonsmokers in the hispanic community Health Study/Study of Latinos. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017 A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd,
- [14] O. Diawara, A. Niang, T. Konaté, M. Diallo, EE Belinga Lawrence. Etat parodontal des patients atteints d'affections respiratoires au service de Pneumologie - phtisiologie du CHU- Point G. *Jaccr Africa* 2020, Vol 4, Num 3 www.jaccrafrica.com
- [15] Boubacar Ba, Issa Konate, Drissa Goïta, MBento Gilles Armel, Amady Coulibaly Affections bucco-dentaires associées à l'infection à VIH dans le service de maladies infectieuses du CHU de Point-G, Bamako *Med Buccale Chir Buccale* 2017;23:5-11
- [16] UNDERNER M. ET AL. Effets du tabac sur la maladie parodontale, *Rev Mal Respir* 2009 ; 26 : 1057-73,106
- [17] Mahmoud Abu-Ta'a .The effects of smoking on periodontal disease: An evidence-based comprehensive literature review. *Open Journal of Stomatology*, 2014, 4, 33-41
- [18] Tomar SL, Asma S: Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. *National*

Health and Nutrition Examination Survey. J Periodontol 2000 ; 71 : 743-51

- [19] Haber J, Wattles J, Crowley M, Mandell R, Joshipura K, Kent RL: Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J Periodontol* 1993 ; 64 : 1623
- [20] M. Underner I. Maes, T. Urban, J.-C. Meurice Effets du tabac sur la maladie parodontale. *Rev Mal Respir* 2009 ; 26 : 1057-73

Pour citer cet article :

O Diawara, A Niang, L Essama Eno Belinga, B Berthe, A Nimaga, M Ba et al. Affections parodontales chez les patients tabagiques au service de parodontologie du CHU-CNOS de Bamako, Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 129-136



Cas clinique

Le mégacôlon congénital ou maladie d'Hirschsprung. Particularités chez l'adulte.

Congenital megacolon or Hirschsprung disease. Characteristics in adults.

T Elabbassi^{1,2}, O Lafkih¹, O Elyamine¹, MR Lefriyekh^{1,2}

Résumé

Le mégacôlon congénital ou maladie de Hirschsprung chez l'adulte (MH) est un trouble moteur intestinal, souvent diagnostiqué à tort comme une constipation réfractaire. Le principal défaut pathogène de la MH chez l'adulte est identique à celui observé dans la petite enfance et se caractérise par l'absence totale de cellules ganglionnaires intra murales des plexus neuraux sous-muqueux dans le segment intestinal affecté. Le mégacôlon congénital révélé tardivement pose essentiellement des problèmes de diagnostic et d'approche opératoire particulière chez l'adulte.

Nous rapportons deux observations de deux patients qui présentent une constipation chronique depuis leurs bas âges, dont la colonoscopie, la TDM abdominale et le lavement baryté ont montré une distension colique en amont d'un rétrécissement rectal serré.

Le diagnostic de MH a été confirmé par l'étude anatomo-pathologique de la biopsie chirurgicale rectale qui a décelé une aganglionnie. Une coloproctectomie avec anastomose colo-anale a été réalisée chez les deux malades.

Mots-clés mégacôlon congénital, maladie de Hirschsprung, une aganglionnie, coloproctectomie.

Abstract

Congenital megacolon or adult Hirschsprung's disease (HD) is an intestinal motor disorder, often wrongly diagnosed as refractory constipation. The major pathogenic defect of adult HD is identical to the child form and characterized by the total absence of intramural ganglionic cells from submucosal neural plexus in the affected intestinal segment. The late-revealed congenital megacolon essentially poses problems of diagnosis and particular surgical approach in adults.

We report two observations of two patients with chronic constipation since childhood, the colonoscopy, abdominal CT and barium enema showed colonic distension upstream a rectal narrowing area.

The diagnosis of HD confirmed by the histological study of rectal surgical biopsy, which detected an aganglionny. Coloproctectomy with colo-anal anastomosis realized to the both patients.

Keywords Congenital megacolon, Hirschsprung's disease, aganglionny, coloproctectomy.

Introduction

La maladie de Hirschsprung, se définit par l'absence

de cellules ganglionnaires, tant au niveau de la sous-muqueuse (absence du plexus de Meissner) qu'au niveau de la musculuse (absence du plexus d'Auerbach) dans la partie distale de l'intestin. C'est une pathologie habituellement rencontrée à la vie néonatale et au bas âge, rarement découverte à l'âge adulte [1]. L'étiologie de cette pathologie reste encore méconnue.

Rolland Parc écrivait, « il n'y a pas de maladie de Hirschsprung qui se révèle à l'âge adulte, il n'y a que des maladies de Hirschsprung méconnues jusqu'à l'âge adulte »[2].

Le diagnostic doit généralement être évoqué devant toute constipation chronique de cause non évidente chez l'adulte.

Le bilan paraclinique d'orientation, notamment la colonoscopie, la TDM abdominale et le lavement baryté montre une zone transitionnelle au niveau du segment intestinal aganglionnaire avec importante distension stercorale du colon sus-jacent [1,3].

La confirmation diagnostic est rapportée par l'étude histologie de la biopsie chirurgicale de la zone intestinale suspecte.

Les patients assurent leur défécation en utilisant des laxatifs, des lavements et en réalisant parfois des évacuations digitales. Hormis, la chirurgie reste la solution curative radicale.

Nous rapportons deux observations de MH chez l'adulte et nous décrivons leurs particularités cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Cas cliniques

Cas n°1

Homme de 33 ans, opéré en 2014 pour une occlusion intestinale aiguë sur un volvulus du sigmoïde et ayant eu une résection sigmoïdienne et une colostomie iliaque gauche, l'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire n'a pas montré de particularité en dehors d'une ischémie pariétale. Repris en 2015 pour un rétablissement de continuité colique.

Devant la persistance de la constipation chronique et la distension abdominale rapportées par le patient

et qui datent depuis son enfance, soulagées par une automédication à base de laxatif des moyens physiques, la suspicion de la MH de l'adulte a été soulevée.

L'examen abdominal a trouvé en dehors des cicatrices de laparotomie, une distension abdominale et tympanisme à la percussion, le toucher rectal a trouvé une marge anale saine avec un bon tonus sphinctérien et une ampoule rectale vide sans hémorragie extériorisée.

La colonoscopie trouvait une lumière rectale rétrécie jusqu'à 15 cm de la marge anale et distension colique d'amont. Le scanner abdominale a montré une importante distension du cadre colique, siège de niveaux hydro-aériques, arrivant jusqu'à 100 mm de diamètre avec zone transitionnelle au niveau colorectale rappelant un aspect en bec d'oiseau. L'opacification colique à la gastrograffine a objectivé une disparité de calibre de l'anastomose colo-rectale avec dilatation colique sus-jacente. La manométrie ano-rectale a détecté un asynchronisme sphinctérien avec une hypertonie du sphincter interne et contraction paradoxale anale au repos et absence du réflexe recto-anal inhibiteur. Une biopsie rectale chirurgicale a été faite et le résultat anatomopathologique a montré une paroi rectale aganglionnaire.

Le patient fut opéré et une colostomie première de décharge pour préparer le colon a été faite, il a été réopéré après deux mois, où il a eu une colo-proctectomie avec anastomose colo-anale termino-terminale avec iléostomie de protection. Les suites post-opératoires immédiates ont été simples, mais à moyen terme le malade a présenté une éjaculation rétrograde améliorée par un traitement médical.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a montré une exérèse complète du rectum qui contenait des filets nerveux hyperplasiques et dépourvu de cellules ganglionnaires. Le rétablissement de continuité iléale a été réalisé un mois plus tard. Le transit est devenu régulier avec un recul de 1 an et demi.

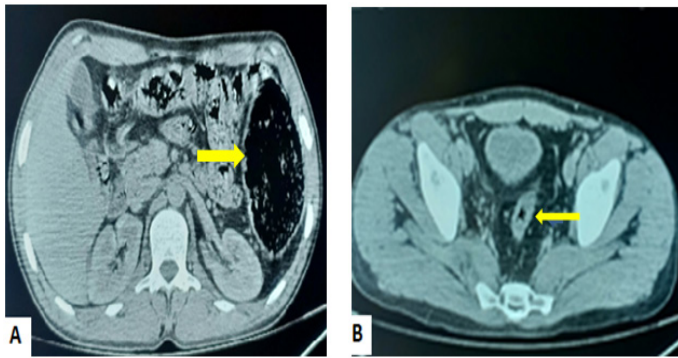


Figure 1 : La TDM abdominale objectivait une importante distension du cadre colique avec stase stercorale (A), et disparité de calibre au niveau de l'anastomose recto-colique (B).

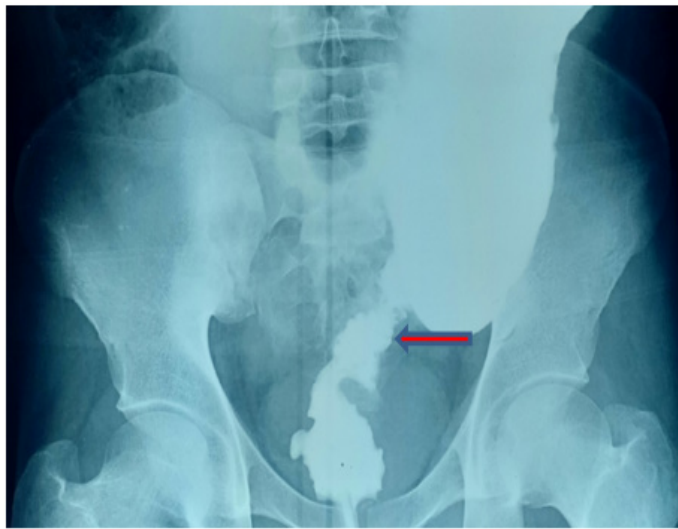


Figure 2 : Opacification à la gastrograffine montrait une disparité de calibre de l'anastomose recto-colique avec dilatation colique d'amont.



Figure 3 : Vue per opératoire du segment colorectal réséqué par voir trans anale(A) et de l'anastomose colo-anale réalisée (B).

Cas n°2

Patiente âgée de 25 ans, qui a présenté depuis l'enfance une constipation chronique pour laquelle elle utilisait des moyens physiques ainsi que des laxatifs pour

assurer la vidange.

Opérée en 2017 pour une occlusion intestinale aiguë, dont l'exploration chirurgicale a trouvé une importante distension du cadre colique en amont d'une disparité de calibre au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne sans obstacle décelable, une colostomie sigmoïdienne de décharge a été réalisée. Une Colonoscopie trouvait un épaissement très inflammatoire de la charnière recto-sigmoïdienne et l'étude anatomo-pathologique de sa biopsie a été non spécifique. Un rétablissement de la continuité a été fait après 1 an, hormis la patiente a continué d'avoir des épisodes de subocclusion soulagées par des laxatifs.

Devant la persistance de la symptomatologie, la suspicion de la MH de l'adulte a été soulevée. Le scanner abdominal a montré une importante distension colique en amont d'un rétrécissement très serré, court au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne. L'opacification à la gastrograffine a révélé un rétrécissement régulier de la jonction recto-sigmoïdienne avec dilatation d'amont. La manométrie ano-rectale était caractérisée par l'absence du réflexe ano-rectal inhibiteur. Une biopsie rectale chirurgicale a été faite, trouvait des filets nerveux hyperplasiques au niveau des deux plexus Meissner et Auerbach, avec absence de cellules ganglionnaires au niveau de la sous muqueuse et de la musculuse, compatible avec la maladie d'hirschprung.

La malade fut opérée et une colo-proctectomie avec anastomose colo-anale termino-terminale avec iléostomie de protection a été réalisée. Les suites post-opératoires étaient sans incidents. Le rétablissement de la continuité iléale a été fait deux mois plus tard avec un recul d'un an et régularisation satisfaisante de son transit.

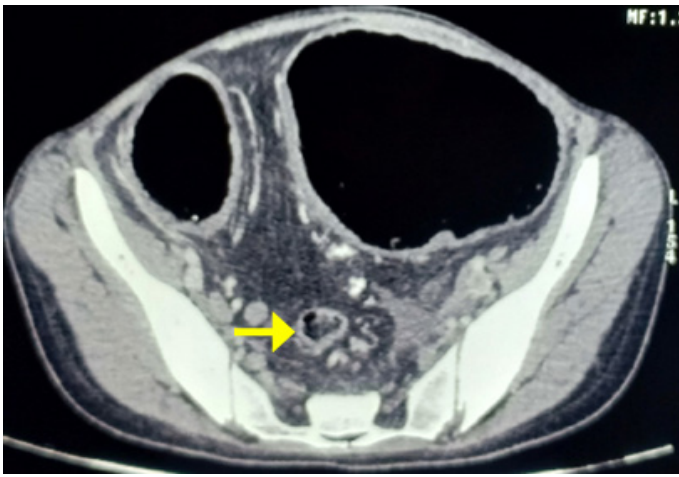


Figure 4 : La TDM abdominale montrait la présence au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne d'un rétrécissement très serré responsable d'une importante distension colique.

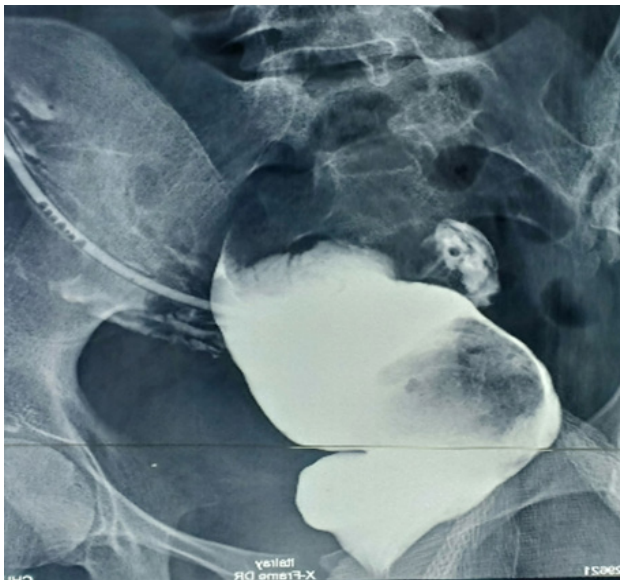


Figure 5 : L'opacification à la gastrograffine objectivait un rétrécissement régulier de la jonction recto-sigmoïdienne avec dilatation d'amont et perte des haustrations du colon gauche.

Discussion

La MH chez l'adulte est une maladie rare, son incidence à l'heure actuelle n'est pas connue [1] et le premier cas documenté chez l'adulte a été décrit par Rosin en 1950 [3,4]. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes [3,5].

Le diagnostic doit être évoqué devant une constipation chronique qui dure depuis l'enfance, chez des patients qui la soulagent en utilisant des laxatifs, lavements et parfois des évacuations digitales.

Physiquement marquée par la distension abdominale, avec tympanisme à la percussion et des fécalomes palpables à la palpation de l'abdomen.

Le lavement opaque montre une disparité de calibre entre le rectum et parfois la partie basse du sigmoïde, avec le côlon d'amont qui est distendu siège de stase stercorale [1,3,6]. La tomodensitométrie permet d'une part d'éliminer essentiellement une cause tumorale plus fréquente à cet âge et d'autre part de détecter la zone de transition radiologique qui correspond au niveau de l'aganglionnie. La manométrie anorectale détecte l'absence de réflexe recto-anal inhibiteur et une augmentation de la pression de base du sphincter interne, hormis elle reste un examen non spécifique pour le diagnostic de la MH, car ce réflexe peut être absent dans le mégacôlon idiopathique comme il peut être présent dans les formes ultra courtes de l'aganglionnie limitée au canal anal. La biopsie de la paroi rectale intéressant la musculature permet d'avoir le diagnostic histologique et l'étude anatomopathologique de spécimen montre l'absence de cellules ganglionnaires, avec une hyperplasie des filets nerveux, qui sont parfois dystrophiques [1,3,6]. Le principe du traitement chirurgical de la maladie de Hirschsprung consiste à réséquer la partie aganglionnaire du tube digestif tout en préservant l'innervation et la fonction de l'appareil sphinctérien.

L'approche opératoire recommandée est la procédure en deux étapes pour le traitement de la MH chez l'adulte, une colostomie première, suivie d'une résection de la zone d'achalasia plusieurs mois plus tard. Cette recommandation est basée sur le fait qu'une surcharge fécale chronique entraîne une dilatation colique d'amont et une disparité de calibre importante entre les deux segments intestinaux, entraînant des difficultés à réaliser l'anastomose. Cette préparation permet au côlon de revenir progressivement à son calibre normal et de réduire le risque de complications per et post-chirurgicales [7,8,10].

D'autres procédés chirurgicaux pour traiter la MH chez les enfants peuvent être appliqués aux adultes avec quelques modifications. La technique de Duhamel est basée sur le principe d'un court-circuit

de la zone aganglionnaire, en abaissant le côlon sain en arrière du rectum pathologique laissé en place. Le principe de l'opération de Soave consiste à réséquer le côlon distendu et la partie supérieure du rectum pathologique, l'abaissement du côlon se fait ici au travers du rectum dépouillé de sa muqueuse [9]. La myectomie par voie transanale est réservée aux formes courtes.

On conclut que le traitement de base de la maladie de Hirschsprung reconnue à l'âge adulte est la résection chirurgicale. Les résultats fonctionnels à long terme sont habituellement satisfaisants, des complications à type de souillure, d'incontinence anale ou de sténose anale peuvent être observées.

Conclusion

La maladie d'Hirschsprung à la forme adulte doit être prise en compte dans le diagnostic différentiel des patients présentant un syndrome occlusif avec dolichocôlon et un segment colique distal rétréci sans autre cause obstructive, associés à des antécédents de constipation chronique dès le bas âge. La résection chirurgicale complète de la zone d'aganglionnie reste le traitement optimal définitif.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article. Selon la norme internationale ou la norme universitaire, le consentement du patient a été recueilli et conservé par les auteurs.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Taoufik Elabbassi

elabbassi.taoufik@gmail.com

Disponible en ligne : 01 Février 2021

1 : Département de Chirurgie Générale, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

2 : Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Faucheron J-L, Poncet G, Voirin D, Moreno W, Stathopoulos L. Maladie de Hirschsprung chez l'adulte. EMC - Tech Chir - Appar Dig. 2009;4(3):1-9.
- [2] Parc R. Traitement de la maladie de Hirschsprung chez l'adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-602, 1991 : 3p.
- [3] Qiu J-F, Shi Y-J, Hu L, Fang L, Wang H-F, Zhang M-C. Adult Hirschsprung's disease: report of four cases. Int J Clin Exp Pathol. 2013; 6(8):1624-1630.
- [4] Rosin JD, Barga JA, Waugh JM. Congenital megacolon of a man 54 years of age: report of case. Proc Staff Meet Mayo Clin. 1950; 25(26):710-715.
- [5] Miyamoto M, Egami K, Maeda S, Ohkawa K, Tanaka N, Uchida E, et al. Hirschsprung's disease in adults: report of a case and review of the literature. J Nippon Med Sch Nippon Ika Daigaku Zasshi. 2005;72(2):113-120.
- [6] Meurette G. La maladie de Hirschsprung à l'âge adulte. Archives de Pédiatrie 2014;21:10-11.
- [7] Veras Lv, Arnold M, Avansino Jr, Bove K, Cowles Ra, Durham Mm, et al. Guidelines for synoptic reporting of surgery and pathology in Hirschsprung disease. J Pediatr Surg. 2019; 54(10):2017-2023.
- [8] Nakatake R, Hamada Y, Miki H, Shirai T, Nakamura Y, Hamada H, et al. A case of Hirschsprung's disease underwent surgery in adulthood. J Pediatr Surg Case Rep. 2016; 13:1-5.
- [9] Lupon E, Labbe F, Nini E, Sondji S. Hirschsprung disease in an adult with intestinal malrotation and

volvulus: an exceptional association. J Med Case Reports. 2019;13(1):124.

[10] Arencibia Pérez B, Delgado Sánchez JJ, Marchena Gómez J. Megacolon agangliónico en el adulto. Urgente y sorprendente causa de oclusión intestinal. Rev Esp Enfermedades Dig. 2019;111(5):405–405.

Pour citer cet article :

T Elabbassi, O Lafkih, O Elyamine, MR Lefriyekh. Le mégacôlon congénital ou maladie d'Hirschsprung : particularités chez l'adulte. Jaccr Africa 2021; 5(1): 137-142



Article original

Rhabdomyosarcome orbitaire : à propos d'une série de cas

Orbital rhabdomyosarcoma: cases serie

H Moutei¹, A Bennis¹, F Chraibi¹, M Abdellaoui¹, AB Idriss¹

Résumé

Le rhabdomyosarcome (RMS) est la tumeur orbitaire maligne primitive la plus fréquente chez l'enfant. Le traitement multimodal permet à presque tous les enfants de guérir leur maladie. L'objectif de ce travail était de rapporter notre propre série et de présenter la prise en charge proposée aux enfants de moins de 15 ans atteints de RMS, et de donner nos résultats.

Méthodologie : Nous avons collecté rétrospectivement les données à partir des dossiers des malades hospitalisés au service d'ophtalmologie. Les patients dont le diagnostic de RMS orbitaire a été confirmé entre 2015 et 2019 ont été inclus.

Résultats : Au total, sept patients traités pour RMS ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen a été de 6.71 ans. Le délai moyen de diagnostic a été de deux mois, avec des extrêmes allant de 15j à 6 mois.

Le diagnostic, suspecté devant le tableau clinique et l'imagerie (TDM, IRM), a été confirmé par une biopsie ; L'examen histopathologique du tissu prélevé a révélé un RMS embryonnaire chez six patients et un RMS alvéolaire chez un patient.

Tous les patients ont été traités par des cures de chimiothérapie, comprenant de la Vincristine, d'Actinomycine et d'Ifosfamide. Quatre patients

ont montré une régression tumorale complète avec la chimiothérapie et la radiothérapie, tandis que deux patients ont complètement répondu à la chimiothérapie seule. Un autre patient a montré une résistance à la chimiothérapie et la radiothérapie. L'évolution immédiate a été favorable dans quatre cas, et marquée par une régression incomplète du RMS dans deux cas qui ont nécessité des cures de chimiothérapie de consolidation. Le dernier cas a été perdu de vue.

Conclusions : Le RMS orbitaire est l'une des maladies rares mortelles qui se présente d'abord à l'ophtalmologiste. Par conséquent, la connaissance des caractéristiques cliniques, histopathologiques et radiographiques ainsi que des avancées plus récentes dans la gestion de cette entité est nécessaire.

Mots-clés : Rhabdomyosarcome ; tumeur orbitaire ; oncopédiatrie.

Abstract

Rhabdomyosarcoma (RMS) is the most common primary malignant orbital tumor in children. Multimodal treatment allows all children to recover from their illness. The objective of this work is to report our own series and present the care offered to

children under 15 years old with RMS, and to give our results.

Methodology: We retrospectively collected data from the files of patients hospitalized in the ophthalmology department. Patients with a confirmed diagnosis of orbital MSR between 2015 and 2019 were included.

Results: A total of seven patients treated for RMS were included in this study. The mean age was 6.71 years. The mean time to diagnosis was two months, with extremes ranging from 15 days to 6 months. The diagnosis, suspected in front of the clinical picture and imaging (CT, MRI), was confirmed by a biopsy; Histopathological examination of the tissue removed revealed embryonic RMS in six patients and alveolar RMS in one patient. All patients were treated with chemotherapy courses, including Vincristine, Actinomycin and Ifosfamide. Four patients showed complete tumor regression with chemotherapy and radiotherapy, while two patients completely responded to chemotherapy alone. Another patient showed resistance to chemotherapy and radiotherapy. The immediate course was favorable in four cases, and marked by an incomplete regression of the RMS in two cases which required the courses of consolidation chemotherapy. The last case was lost to follow-up.

Conclusion: Orbital RMS is one of the rare fatal diseases that first presents itself to the ophthalmologist; Therefore, knowledge of the clinical, histopathological and radiographic characteristics as well as more recent advances in the management of this entity is necessary.

Keywords: Rhabdomyosarcoma; orbital tumor; oncopediatrics.

Introduction

Le RMS (RMS) est la tumeur orbitaire maligne primitive la plus fréquente chez l'enfant et l'une des rares maladies potentiellement mortelles qui se présentent d'abord à l'ophtalmologiste. Il s'agit d'une tumeur ubiquitaire qui peut se développer à partir de tout tissu mou de l'organisme. Plus d'un tiers des

RMS (35 à 40 %) se situent dans la région de la tête et du cou et 10 % plus spécifiquement au niveau de l'orbite.

Les signes cliniques les plus fréquents sont l'apparition d'une exophtalmie et/ou un syndrome de masse orbitaire, caractérisé par une croissance rapide. L'imagerie présente un rôle essentiel pour l'évaluation préopératoire, la stadification et le suivi du RMS orbitaire. Cependant, Le diagnostic est confirmé par un examen histologique, cytogénétique et moléculaire. Il repose sur la positivité des marqueurs musculaires en immunohistochimie. La mise en évidence de la présence de la translocation t (2,13) permet de diagnostiquer les formes alvéolaires. La prise en charge de ces tumeurs a connu des progrès considérables grâce à une meilleure stadification de la maladie et à une collaboration multidisciplinaire associant le radiologue ; l'ophtalmologue ; le pathologiste ; l'oncologue et le radiothérapeute. Le pronostic du RMS est lié à l'âge de l'enfant, la localisation, la taille de la tumeur, le type histologique, l'absence de métastase au diagnostic et à l'opérabilité de la tumeur.

Le but de ce travail est de rapporter notre propre série et de présenter la prise en charge proposées aux enfants de moins de 15 ans atteints de RMS, et de donner nos résultats.

Méthodologie

Nous avons collecté rétrospectivement les données à partir des dossiers des malades hospitalisés au service d'ophtalmologie. Les patients dont le diagnostic de RMS orbitaire a été confirmé entre 2015 et 2019 ont été inclus.

Les variables démographiques et clinico-pathologiques suivantes ont été collectées : âge, sexe, année de diagnostic, taille de la tumeur, grade histologique et le grade du RMS.

Le diagnostic du RMS doit être évoqué chez tout enfant qui présente une symptomatologie orbitaire évolutive. Une imagerie est pratiquée en urgence (tomodensitométrie (TDM) ou imagerie par résonance

magnétique (IRM).

Lorsqu'une masse ou une infiltration suspecte est mise en évidence, une biopsie est rapidement programmée. La quantité de tissu prélevé doit être suffisante pour permettre une étude histologique qui sera complétée par un examen immunohistochimique et en microscopie électronique, en général suivi encore par un examen cytogénétique.

Le bilan d'extension comprend une tomodensitométrie thoraco-abdominale, et une scintigraphie osseuse. Cependant, l'étude du liquide céphalo-rachidien, et une biopsie ostéo-médullaire est réalisée dans les formes paraméningées.

La prise en charge thérapeutique est basée sur la confirmation histopathologique ainsi que sur la stadification du RMS orbitaire. Le protocole actuel du groupe d'étude européen pédiatrique sur le sarcome des tissus mous (EpSSG-RMS-2005) propose la stratégie thérapeutique suivante : (1)

- Groupe I : chimiothérapie composée de : Vincristine et actinomycine (VA)
- Groupes II et III : chimiothérapie VA avec Ifosfamide (VAI) ; en cas de rémission complète après trois cures de chimiothérapie, le protocole consiste soit à renforcer le traitement par l'Ifosfamide et d'abandonner la radiothérapie soit à ajouter de la radiothérapie (36 Gy) et à exclure davantage l'Ifosfamide. Ceux qui ne sont pas en rémission complète après la chimiothérapie d'induction reçoivent une radiothérapie (45 Gy) sans Ifosfamide.
- Groupe IV : chimiothérapie intensifiée (VAI et doxorubicine) suivie d'un an de chimiothérapie d'entretien avec une radiothérapie sur tous les sites impliqués (si possible).

Les patients présentant une extension paraméningée sont systématiquement irradiés à partir de la neuvième semaine (environ 45 Grays en 25 fractions quotidiennes de 1,8 Gy). À la fin du traitement, une troisième évaluation est faite. Quoique, Les RMS alvéolaires ont un pronostic plus réservé et sont traités comme des sites paraméningés avec une radiothérapie dès la 9^e semaine de traitement en plus

des cures de chimiothérapie résumées ci-dessus. La chirurgie d'exentération est réservée aux récurrences après chimiothérapie et radiothérapie.

En cas de métastases, il existe des protocoles particuliers appliquant d'emblée des traitements agressifs. Nous ne nous y attarderons pas ici puisqu'aucun des patients de notre collectif n'a été dans cette situation.

Le suivi des patients sous traitement consiste à un examen physique 1x/semaine pour documenter la réponse tumorale et la toxicité avec un contrôle de la formule sanguine complète. Un contrôle radiologique tous les trois mois à la recherche de récurrence local ou de métastase à distance est souhaitable (IRM orbitaire, scintigraphie osseuse). Le suivi ultérieur et à long terme consiste en un bilan clinique une fois par année avec étude des séquelles à long terme (croissance somatique, oculaire, hypoplasie orbitaire éventuelle, en particulier chez les enfants irradiés).

Consentement

Cette recherche adhère aux principes de la Déclaration d'Helsinki. Tous les patients ont donné leurs consentements éclairés écrit pour que leurs informations médicales soient incluses dans notre étude.

Résultats

Au total, sept patients traités pour RMS entre janvier 2015 et juin 2019 ont été inclus dans cette étude. Tous nos patients sont des enfants âgés de 5 à 12 ans (moyen : 6.71 ans), trois patients ont été de sexe féminin et quatre de sexe masculin. Le délai moyen de diagnostic a été de 2 mois, avec des extrêmes allant de 15j à 6 mois.

Sur le plan clinique : six patients ont présenté une exophtalmie à début rapide. Parmi ces patients, un a présenté une exophtalmie vers le haut et vers l'extérieur, quatre patients avec une exophtalmie vers le bas et vers l'extérieur et un autre a présenté une exophtalmie axiale. Cependant, un patient s'est présenté avec un globe oculaire masqué par une grande masse vascularisée inflammée faisant saillie

entre les paupières. (Figure 1) (Figure 2)

De point de vue radiologique : La tumeur a occupé les compartiments intra et extraconique dans 1 cas (14.28%), il a été extraconique dans 5 cas (71.42%) et intraconique dans un seul cas (14.28%). Dans l'orbite, le quadrant supéro-interne a été le site le plus fréquemment touché (Cinq cas). La taille moyenne de la tumeur a été de 28 × 19 mm. Elles ont été de densité tissulaire avec des marges modérément bien définies et une forme irrégulière, avec une prise de contraste légère à modérée, sans calcifications visible chez aucun cas. (Figure 3)

Une extension intracrânienne a été présente chez un seul patient (14.28%) avec une érosion osseuse sans invasion des sinus paranasaux.

Le diagnostic, suspecté devant le tableau clinique et l'imagerie (TDM, IRM), a été confirmé par une biopsie ; L'examen histopathologique du tissu prélevé a révélé un RMS embryonnaire chez six patients et un RMS alvéolaire chez un patient.

L'Intergroup RhabdomyoSarcoma Study IRSS classe les RMS selon l'extension locale, l'atteinte ganglionnaire et l'opérabilité au diagnostic. Dans notre étude, 57.41% ont été classés grade III, les patients classés grade II ont représenté 28.57% des cas et 14.28% des cas ont été classés grades IV.

Sur le plan thérapeutique : Une chimiothérapie a été instaurée dès les résultats de la biopsie, Tous les patients ont été traités par des cures de chimiothérapie, comprenant de la Vincristine, d'Actinomycine et d'Ifosfamide. Quatre patients ont montré une régression tumorale complète avec la chimiothérapie et la radiothérapie, tandis que deux patients ont complètement répondu à la chimiothérapie seule. Un autre patient a montré une résistance à la chimiothérapie et à la radiothérapie, d'où la décision d'une exentération comme mesure de sauvetage, mais le patient a été perdu de vue. (Figure 4)

L'évolution immédiate a été favorable dans quatre cas, et marqué par une régression incomplète du RMS dans deux cas qui ont nécessité des cures de chimiothérapie de consolidation (Figure 5). À moyen terme, une récurrence locale a été observée chez deux

cas d'où la réalisation d'une chimiothérapie de rattrapage, associée dans un cas à une radiothérapie néo-adjuvante.



Figure 1 : A) image photographique d'un enfant objectivant un processus tumoral inférieur refoulant le globe en supéro-nasal. B) image photographique d'un enfant objectivant un processus tumoral supérieur refoulant le globe en inférieur.



Figure 2 : image photographique d'un enfant objectivant une exophthalmie axiale responsable d'une kératite d'exposition.

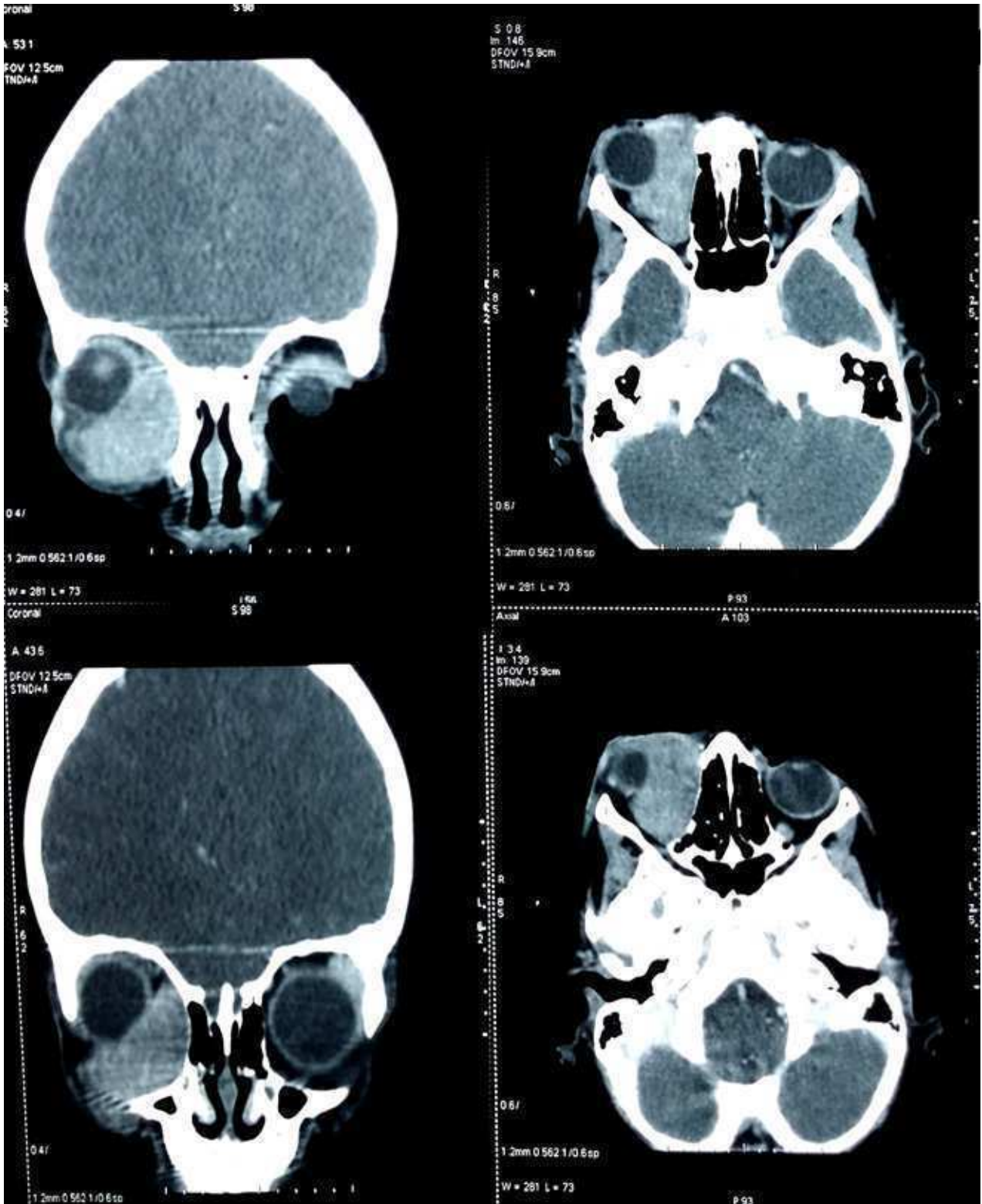


Figure 3 : coupe axiale scanographie, objectivant un processus tumoral orbitaire droit intra- et extraconique occupant l'angle inféro-interne, mesurant 40*20*30 mm, envahissant le muscle droit interne et le droit inférieur, arrivant en contact avec le globe oculaire.

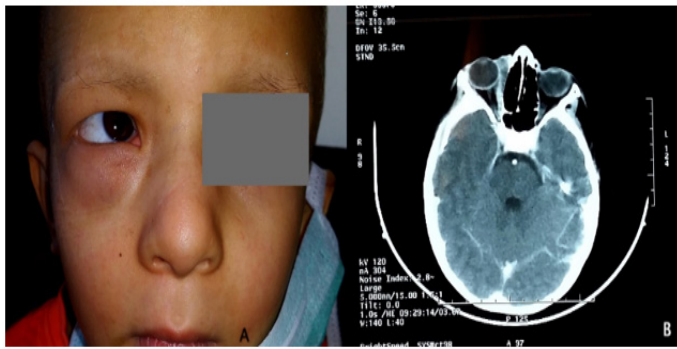


Figure 4 : A) image photographique d'un enfant lors de la première évaluation après radio-chimiothérapie. B) coupe axiale scanographique, objectivant une légère régression du processus tumoral.



Figure 5 : image photographique d'un enfant après la fin du traitement, objectivant la régression du processus tumoral.

Discussion

Le RMS est la tumeur mésoenchymateuse la plus fréquente chez les enfants et les adolescents (60 à 70 % d'entre elles) (3). Il représente 4 % des cancers de l'enfant. Ses localisations préférentielles sont par ordre de fréquence la tête et le cou (40 %), l'appareil génito-urinaire (20 %), les extrémités (20 %) et le tronc (10 %) (2). Parmi les localisations orbitaires, 76 % se situent dans la cavité orbitaire ; 12 % sont conjonctivales, et seulement 3 % sont palpébrales (3). Les localisations intraoculaires sont exceptionnelles et se développent à partir du corps ciliaire ou de l'iris (4).

Le RMS est souvent observé au cours de la première décennie de la vie. Bien que la présentation du RMS chez l'adulte soit très rare, elle a été rapportée (5). Elle se situe dans 40 % des cas au niveau de la tête et du cou, et dans 10 % des cas au niveau de l'orbite.(6)

Les signes cliniques révélateurs les plus fréquents sont l'apparition d'une exophtalmie et/ou un syndrome de masse orbitaire (tuméfaction conjonctivale ou palpébrale), caractérisés par une croissance rapide (80–100%) (7). Il s'agit dans la majorité des cas d'une maladie à développement exclusivement orbitaire, les atteintes à distance ganglionnaires, prétragiennes cervicales, ou métastatiques est exceptionnelles (< 2 %) (7). Cependant, des signes d'inflammation peuvent être présents, tels que le chémosis, l'hyperhémie conjonctivale, l'érythème cutané palpébral et la fièvre. Par conséquent, le RMS imitant la cellulite orbitaire est une considération importante à garder à l'esprit.

Il existe également des rapports de cas dans lesquels le RMS s'est présenté sous forme de nodule palpable, des lésions kystiques et parfois ressenti comme un chalazion. La sensibilisation à ces présentations moins courantes de cette tumeur maligne mortelle est essentielle pour assurer la détection précoce et l'initiation du traitement. Une telle présentation atypique n'a pas été observée dans notre étude.

La propagation métastatique du RMS est rare, il peut se faire vers les poumons, l'os et la moelle osseuse principalement par propagation hématogène. Localement, le RMS orbitaire peut envahir les parois orbitaires et peut s'étendre en intracrânienne (8).

D'un point de vue radiologique, l'imagerie n'est pas pathognomonique, mais fournit des arguments en faveur du diagnostic, notamment : la densité tissulaire de la lésion, le rehaussement après injection d'iode ou de gadolinium, et l'aspects d'ostéolyse des parois orbitaires. Elle permet de visualiser la lésion, de la localiser dans l'orbite, de la mesurer, d'identifier ses rapports, de préciser l'extension orbitaire ou encéphalique, et enfin, assurer un suivi du RMS orbitaire.

La TDM est particulièrement importante pour la détection de l'atteinte osseuse, et l'IRM est importante pour une meilleure résolution spatiale, le contraste des tissus mous et la détection de la propagation intracrânienne. Les deux sont également utilisés pour le suivi post-traitement. Par conséquent, TDM et IRM sont complémentaires. Le RMS orbitaire est généralement extraconique (37–87%) ou à la fois intra-extraconique (13–47%), et le plus souvent en supéro-nasal pour les RMS embryonnaires (la localisation inférieure est plus fréquente pour les alvéolaires) (9), ce qui correspond aux résultats de notre étude. Aux stades précoces, la tumeur est bien circonscrite, mais aux stades ultérieurs, où il y a une invasion pseudo-capsulaire, les bordures sont irrégulières. Il peut y avoir une atteinte osseuse associée, dans ce cas on parle du RMS paraméningé. (9)

Dès lors, une biopsie-exérèse chirurgicale diagnostique doit être réalisée en urgence. La biopsie peut être incisionnelle ou excisionnelle en fonction des résultats cliniques et de l'imagerie, mais l'aspiration à l'aiguille fine est moins utile car la quantité de tissu obtenue est généralement insuffisante pour le diagnostic pathologique. Certains chirurgiens pensent qu'une biopsie incisionnelle est suffisante (protocole européen) car les marges de sécurité ne peuvent pas être respectées et le RMS orbitaire a un bon pronostic après radiothérapie et chimiothérapie quelle que soit la quantité de tissu excisé (10), tous nos patients ont bénéficié d'une biopsie incisionnelle. Le diagnostic de RMS est posé par un examen histologique, cytogénétique et moléculaire. Le RMS est divisé en trois sous-groupes histologiques : pléomorphe, embryonnaire et alvéolaire ; la majorité des RMS orbitaires est de type embryonnaire. Il représente environ 71% des cas de RMS orbitaire (11). Notre étude a également montré une fréquence similaire avec cinq cas de RMS embryonnaire (83%). Cependant, le sous-type pléomorphe se produit presque exclusivement chez l'adulte (sixième décennie). Le type alvéolaire représente environ 20 à 30% de la RMS orbitaire. Ce type a un mauvais pronostic et tout foyer de morphologie alvéolaire est suffisant pour classer la

tumeur comme RMS alvéolaire. La distinction entre les différents types de RMS est importante et peut être facilitée par la coloration immunohistochimique et les études cytogénétiques.

Outre un examen clinique attentif, un bilan d'extension avec tomodensitométrie thoraco-abdominale, une scintigraphie osseuse, et une biopsie ostéo-médullaire est souvent nécessaire.

Ce tableau clinique, bien que très évocateur de RMS orbitaire, doit cependant conduire à discuter d'autres diagnostics. Premièrement, d'autres atteintes tumorales peuvent être évoquées, notamment : une atteinte métastatique orbitaire osseuse d'un neuroblastome (syndrome de Hutchinson), une tumeur vasculaire bénigne (angiome caverneux, hémangiome chez le nourrisson), une localisation d'hémopathie (lymphome de Burkitt). Certaines pathologies orbitaires inflammatoires, infectieuses, malformatives ou traumatiques pourront aussi parfois poser des problèmes de diagnostic différentiel avec un RMS (cellulite orbitaire, myosites orbitaires inflammatoires, lymphangiome kystique en poussée ou hématome post-traumatique intraorbitaire). (12)

Avant 1968, le traitement du RMS de l'orbite a consisté le plus souvent en une exentération de l'orbite ; le taux de survie à cinq ans a été compris selon les séries entre 25 % et 35 % (13). Depuis l'introduction du traitement multimodal par chimiothérapie, radiothérapie et/ou chirurgie pour le RMS localisé de l'enfant et de l'adolescent, le pourcentage de survie s'est nettement amélioré aujourd'hui (14). Un traitement est alors institué qui suit le schéma IRS V (Intergroup Rhabdomyosarcoma Study) américain ou le schéma SIOP (Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique). Les deux schémas reposent sur des études visant à trouver le traitement le plus efficace et le moins mutilant pour les RMS, selon leur localisation, leur extension et leur type histologique. Disons d'emblée que le RMS orbitaire est considéré comme un site favorable, quelle que soit sa taille et quel que soit le résidu tumoral après la réalisation de la biopsie. Les deux grands groupes semblent d'accord sur le fait qu'un traitement par chimiothérapie

seule, simple, avec Vincristine et Actinomycine D, est suffisant pour le RMS orbitaire embryonnaire non-métastatique en cas de réponse complète après quelques cures, mais divergent sur l'indication de la radiothérapie versus chimiothérapie plus intense en cas de réponse partielle.

La chimiothérapie par ifosfamide, vincristine et actinomycine D est le traitement de référence. La radiothérapie est indiquée uniquement en cas de rechute locale après chimiothérapie ou la présence de l'un des facteurs suivants de mauvais pronostic chez l'enfant : âge > 10 ans, taille > 5cm, histologie alvéolaire, extension paraméningée, mauvaise réponse à la chimiothérapie (15). En cas de résidu tumoral après chimiothérapie, la brachythérapie associée à une reprise chirurgicale semble présenter une efficacité similaire à la radiothérapie externe, mais avec moins des effets secondaires locaux (16). La chirurgie d'exentération est réservée aux récurrences après chimiothérapie et radiothérapie (16). Dans notre série, nous avons noté une régression complète de la tumeur avec chimiothérapie et radiothérapie dans quatre cas et avec seulement chimiothérapie dans deux cas. Cependant, chez le patient restant, une exentération a dû être réalisée malgré un traitement antérieur par chimiothérapie et radiothérapie, la régression n'a pas été complète. La procédure d'exentération pour ces cas de RMS réfractaire s'est avérée utile pour prolonger le taux de survie.

Avec l'amélioration de la survie des enfants atteints de cancer, la morbidité à long terme sous forme des séquelles induites par le traitement, devient une préoccupation importante de l'oncologue. La radiothérapie appliquée surtout en bas âge entraîne des effets secondaires tardifs, comme connus dans le traitement du rétinoblastome, tels que l'oeil sec, la rétinopathie postactinique, la neuropathie optique, la cataracte, la dysmorphie faciale, et l'hypoplasie orbitaire (17). Ceci explique la tendance de restreindre l'indication de la radiothérapie, de réduire les doses et de développer de nouvelles techniques. La radiothérapie aux protons, une technique d'irradiation plus précise, ciblée et épargnant mieux les structures

adjacentes semble prometteuse.

Une récurrence ou une propagation métastatique à la suite d'un RMS survient généralement dans les trois premières années suivant le traitement. La récurrence du RMS orbitaire peut survenir dans environ 17% des cas dans un délai moyen de 18 mois, d'où la nécessité d'un suivi à long terme de ces patients traités pour RMS orbitaire. Cependant, Il n'y a pas de consignes claires pour le traitement en cas de récurrence. Les options possibles incluent le débulking en plus de la chimiothérapie, l'EBRT supplémentaire, la curiethérapie; et si tout échoue, l'exentération est l'option restante (18). Deux de nos patients ont développé une récurrence au cours de la première année suivant le diagnostic, d'où la réalisation d'une chimiothérapie de rattrapage, associée dans 1 cas à une radiothérapie néo adjuvante.

Le pronostic actuel des RMS, notamment embryonnaires, a été transformé par les nouvelles chimiothérapies. La survie des enfants atteints de RMS orbitaire non paraméningé est de 90 % à 5 ans. La survie globale est excellente pour les groupes I, II et III (92% à 5 ans et 87% à 10 ans). (7). La survie après une rechute dépend de l'âge à la présentation initiale, de l'histologie, du grade et du traitement antérieur. Le pronostic est beaucoup plus mauvais en cas d'atteinte paraméningée, ganglionnaire et du RMS alvéolaire.

Conclusion

Le RMS orbitaire est l'une des maladies rares mortelles qui se présente d'abord à l'ophtalmologiste. Par conséquent, la connaissance des caractéristiques cliniques, histopathologiques et radiographiques ainsi que des avancées plus récentes dans la gestion de cette entité est nécessaire.

Le traitement multimodal permet à presque tous les enfants souffrant d'un RMS orbitaire de guérir de leur maladie. Ces résultats doivent être maintenus tout en réduisant les séquelles tardives liées au traitement, tant pour la radiothérapie que pour la chimiothérapie.

*Correspondance

Hassan Moutei

mouteihassan@yahoo.fr

Disponible en ligne : 01 Février 2021

1 : Service d'ophtalmologie – centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès – Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Beverly Raney R, Walterhouse DO, Meza JL, Andrassy RJ, Breneman JC, Crist WM, et al. Results of the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group D9602 Protocol, Using Vincristine and Dactinomycin With or Without Cyclophosphamide and Radiation Therapy, for Newly Diagnosed Patients With Low-Risk Embryonal Rhabdomyosarcoma: A Report From the Soft Tissue Sarcoma Committee of the Children's Oncology Group. *J Clin Oncol*. 1 avr 2011;29(10):1312-8.
- [2] Maurer HM, Beltangady M, Gehan EA, Crist W, Hammond D, Hays DM, et al. The Intergroup Rhabdomyosarcoma Study-I. A final report. *Cancer*. 15 janv 1988;61(2):209-20.
- [3] Shields CL, Shields JA, Honavar SG, Demirci H. Clinical spectrum of primary ophthalmic rhabdomyosarcoma. *Ophthalmology*. déc 2001;108(12):2284-92.
- [4] Wilson ME, McClatchey SK, Zimmerman LE. Rhabdomyosarcoma of the ciliary body. *Ophthalmology*. nov 1990;97(11):1484-8.
- [5] Chess J, Ni C, Yin RQ, Wang WJ, Cassady JR, Weichselbaum RR, et al. Rhabdomyosarcoma. *Int Ophthalmol Clin*. Spring 1982;22(1):163-182.
- [6] Crist W, Gehan EA, Ragab AH, Dickman PS, Donaldson SS, Fryer C, et al. The Third Intergroup Rhabdomyosarcoma Study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. mars

1995;13(3):610-30.

- [7] Rootman J. Diseases of the orbit: a multidisciplinary approach [Internet]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10865292>
- [8] Shields JA, Shields CL. Rhabdomyosarcoma: review for the ophthalmologist. *Surv Ophthalmol*. févr 2003;48(1):39-57.
- [9] Conneely MF, Mafee MF. Orbital rhabdomyosarcoma and simulating lesions. *Neuroimaging Clin N Am*. févr 2005;15(1):121-36.
- [10] Neudorfer M, Leibovitch I, Stolovitch C, Dray J-P, Hermush V, Nagar H, et al. Intraorbital and periorbital tumors in children--value of ultrasound and color Doppler imaging in the differential diagnosis. *Am J Ophthalmol*. juin 2004;137(6):1065-72.
- [11] Boparai MS, Dash RG. Clinical, ultrasonographic and CT evaluation of orbital rhabdomyosarcomas with management. *Indian J Ophthalmol*. sept 1991;39(3):129-31.
- [12] M B, M el B, H A, F B, A B. [Epidemiology of orbital processes in children. 54 cases]. *J Fr Ophtalmol*. 1 avr 1999;22(3):394-8.
- [13] Multimodality Management of Orbital Rhabdomyosarcoma : International Ophthalmology Clinics [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: https://journals.lww.com/international-ophthalmology/Citation/1980/02020/Multimodality_Management_of_Orbital.19.aspx
- [14] Donaldson SS. The value of adjuvant chemotherapy in the management of sarcomas in children. *Cancer*. 1985;55(S9):2184-97.
- [15] Boutroux H, Levy C, Mosseri V, Desjardins L, Plancher C, Helfre S, et al. Long-term evaluation of orbital rhabdomyosarcoma in children. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2015;43(1):12-9.
- [16] Local Resection and Brachytherapy for Primary Orbital Rhabdomyosarcoma...: Ingenta Connect [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/iop/2016/00000032/00000005/art00019>
- [17] Quantification of Orbital and Mid-facial Growth Retardation after Megavoltage External Beam Irradiation in Children with Retinoblastoma - ScienceDirect [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0161642096307069>
- [18] Sohaib SA, Moseley I, Wright JE. Orbital rhabdomyosarcoma

— the radiological characteristics. Clin Radiol. 1 mai 1998;53(5):357-62.

Pour citer cet article :

H Moutei, A Bennis, F Chraibi, M Abdellaoui, AB Idriss.
Rhabdomyosarcome orbitaire : à propos d'une série de cas. Jaccr Africa 2021; 5(1): 143-152



Cas clinique

Hernie diaphragmatique congénitale : à propos d'un cas et revue de la littérature

Congenital Diaphragmatic Hernia: About a Case and Literature Review

E Lemrabott*¹, M Mohamedlemine¹, K Aboufatih¹, K Mohammed Saoud¹, N Mamouni¹,
S Errarhay, C Bouchikhi¹, A Banani¹

Résumé

La hernie congénitale de la coupole diaphragmatique (HCCD) est une embryopathie Congénitale qui se définit par l'absence de développement de tout ou d'une partie d'une coupole diaphragmatique. La fréquence de cette pathologie est de l'ordre de 1/3500 naissances vivantes avec une prédominance masculine. La mortalité et morbidité néonatales dans les cas isolés d'hernie diaphragmatique congénitale (HCD) dépend de la gravité de l'hypoplasie pulmonaire et artérielle pulmonaire (HTAP) et l'occlusion trachéale fœtale. Cependant, l'évaluation prénatale du pronostic fœtale avec une forme sévère de CDH à la naissance est difficile. En outre, les taux de mortalité néonatale varient entre les différents centres. Nous rapportons un cas d'hernie diaphragmatique diagnostiqué chez une patiente primipare non suivie en phase active du travail, avec l'accouchement d'un nouveau-né avec détresse respiratoire décédé au 2ème jour de vie.

Mots-clés : Hernie diaphragmatique congénitale, échographie prénatale, Lung-to-head ratio, hypoplasie pulmonaire.

Abstract

Congenital hernia of the diaphragmatic dome (CDC)

is a congenital embryopathy where all or part of the diaphragmatic dome fails to form. Its rate is 1/3500 live births with a male predominance. Neonatal mortality and morbidity in cases with isolated congenital diaphragmatic hernia (CDH) depend on the severity of pulmonary hypoplasia and pulmonary arterial hypertension (PAH), and fetal tracheal occlusion. However, prenatal prediction of those fetuses that will present with a severe form of CDH at birth is challenging, furthermore, neonatal mortality rates appear to vary between different centers. We report a case of diaphragmatic hernia diagnosed in a primiparous patient not followed in the active phase of labor, with the delivery of a newborn with respiratory distress who died on the 2nd day of life.

Keywords: Congenital diaphragmatic hernia, prenatal ultrasound, Lung-to-head ratio, pulmonary hypoplasia.

Introduction

La hernie de coupole diaphragmatique (HCD) touche environ un enfant né vivant sur 3000 [1]. La hernie diaphragmatique congénitale (HDC) se définit par

l'absence de développement de tout ou d'une partie d'une coupole diaphragmatique, cette anomalie entraîne la présence dans le thorax de certains viscères abdominaux aux moments cruciaux du développement pulmonaire fœtale [2]. Au cours de la vie fœtale, le poumon en développement est rempli de liquide. Ce liquide, produit par l'épithélium pulmonaire, joue un rôle crucial dans le développement de l'organe. La rétention de liquide dans les futurs espaces aériens est nécessaire au maintien du poumon dans un état d'expansion indispensable à sa croissance et sa maturation. Toute modification de cet équilibre altère le développement pulmonaire et rend précaire, à la naissance, l'adaptation à la vie extra utérine.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 26 ans, sans antécédentes pathologique, primigeste, pas de notion de consanguinité, admise pour la prise en charge des douleurs abdomino pelviennes à type de contraction utérine sur une grossesse de 39 semaine d'aménorrhée selon une date de dernier règle précise, l'examen clinique a trouvé une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, tension artérielle normale, fréquence cardiaque normale, apyrétique, conjonctive normo coloré, avec hauteur utérine normale par rapport de l'Age gestationnel, bruit de cœur fœtal présence et régulier le touches vaginal objectivant une patiente en phase active de travail, l'échographie obstétrical objectivant une grossesse mono fœtal évolutive en présentation céphalique avec la mise en évidence d'une hernie diaphragmatique avec l'estomac en intra thoracique refoulant et comprimant le cœur à droite avec hypoplasie pulmonaire (Fig. 1), biométrie correspond en 50ème percentile, la quantité de liquide amniotique normale. L'évolution a été marquée par une progression harmonieuse du travail avec accouchement par voie basse d'un nouveau-né de sexe masculin APGAR 6/10, poids de naissance : 3200g, pris en charge immédiatement par la néonatalogie avec une intubation et la réalisation d'un radio thorax

sonde gastrique en place, qui a confirmé l'ascension gastrique (Fig. 2), puis il est décédé au deuxième jour de vie, par ailleurs suite de couche ont été simples.

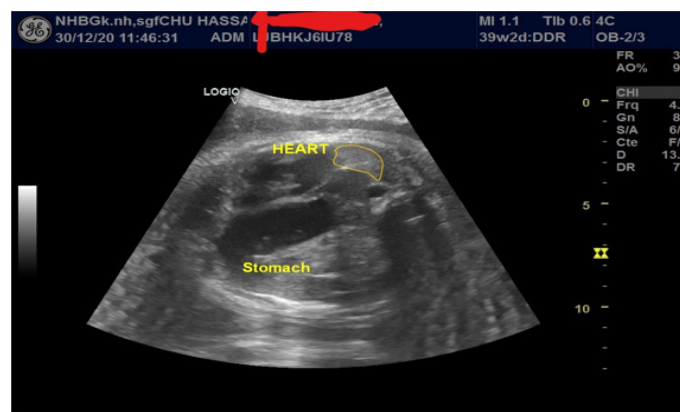


Figure 1 : hernie diaphragmatique avec l'estomac en intra thoracique refoulant et comprime le cœur à droite avec hypoplasie pulmonaire.



Figure 2 : Radiographie du thorax sonde gastrique en place, qui a confirmé l'ascension gastrique.

Discussion

L'incidence de la hernie diaphragmatique congénitale varie entre 1/3000 à 1/5000 naissances vivantes [2,3]. Un défaut très précoce de fermeture du diaphragme est responsable d'une altération du développement et de la physiologie pulmonaire. La plupart des études rapportent une prédominance masculine nette dans la hernie diaphragmatique congénitale (HDC): elle survient de 30 à 50% plus chez les garçons que chez les filles [4]. Dans notre cas, le patient est de sexe masculin. L'atteinte diaphragmatique est habituellement unilatérale, avec une prédilection pour le côté gauche dans près de 80 à 90% des cas et dans

10 à 15% des cas à droite, elle est exceptionnellement bilatérale moins de 1% [4,5]. Ceci pourrait s'expliquer par une fermeture plus précoce du canal pleuro-péritonéal droit ou par la présence hépatique [6]. Les enfants porteurs de HCD ont des poumons hypoplasiques qui présentent un développement vasculaire anormal associé à une hypertension artérielle pulmonaire secondaire. Il existe une grande disparité clinique de cette pathologie : 40 % des HCD sont associées à d'autres malformations et/ou à des anomalies chromosomiques, et parmi les HCD isolées, certaines sont très graves et aboutissent à un décès de l'enfant dans les premières heures de vie, alors que d'autres sont compatibles avec une vie normale après un traitement chirurgical [7]. La prise en charge des fœtus porteurs de HCD a bénéficié des progrès de l'échographie et des techniques d'endoscopie. Une échographie prénatale est apparue prédictif de l'issue indésirable dans les Cas dans lesquels trois facteurs de mauvais pronostic ont été identifiés. Les différents éléments intervenant dans l'élaboration du pronostic des HCD isolées sont actuellement : le LHR, la position du foie, la mesure du volume pulmonaire à l'IRM. La méthode la plus utilisée à ce jour en échographie 2D est une évaluation indirecte du volume pulmonaire. Il s'agit de la mesure du LHR, qui est le rapport de la surface pulmonaire sur le périmètre crânien. Cette méthode a d'abord été décrite par Metkus et al. En 1996 et consistait en la mesure de la surface pulmonaire controlatérale à la HCD sur une coupe de quatre cavités du cœur et à diviser cette surface par le périmètre crânien) [8]. Cette mesure permet de corriger l'effet de l'âge gestationnel sur la taille des poumons. Une série d'études ont examiné l'apport du LHR dans la prédiction de la survie postnatale et ont rapporté des résultats contradictoires, probablement dus aux petits nombres de cas examinés dans chaque étude, ainsi qu'à des erreurs méthodologiques dans l'utilisation du LHR [9]. La prise en charge anténatale actuellement par technique trachéoscopie percutanée moins invasive permettant de placer un ballon détachable en dessous des cordes vocales. L'optimisation de la durée et de la période

du développement au cours de laquelle l'occlusion est réalisée a permis d'envisager l'utilisation de cette technique comme un traitement de la HCD. L'Age préférable pour réaliser l'intervention à la fin de la période canaliculaire du développement pulmonaire c'est-à-dire entre 26 et 28 semaines d'aménorrhée. La complication principale est la rupture prématurée des membranes, mais le taux d'accouchement prématuré diminue avec l'expérience de l'opérateur. Actuellement, le terme moyen d'accouchement est 35 SA. L'évaluation prénatale des fœtus porteurs de HCD devrait actuellement se dérouler ainsi : une fois le diagnostic de HCD Isolée porté (pas d'anomalie du caryotype, pas d'anomalie associée). La morbidité des enfants porteurs de HCD est encore importante. La plupart des enfants subiront un séjour en réanimation, puis en pédiatrie qui peut parfois durer plusieurs mois. Les reflux gastro-oesophagiens et les troubles de l'oralité sont fréquents. L'évaluation de la mortalité néonatale est primordiale.

Conclusion

La hernie diaphragmatique congénitale est une pathologie rare, mais grave avec une mortalité très élevée. Le diagnostic, vu le polymorphisme sémiologique de cette maladie et ses différents degrés de gravité, reste un gros problème et peut impacter le pronostic et la prise en charge ultérieure. L'obstruction par ballonnet diminue la mortalité, mais la morbidité reste à évaluer.

*Correspondance

Ezza Ahmed Lemrabott

sena.lemrabett@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Février 2021

1 : Service de Gynécologie Obstétrique « I » –
Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès
– Maroc

meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30:897—
906.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Pour citer cet article :

E Lemrabott, M Mohamedlemine, K Aboufatih, K Mohammed
Saoud, N Mamouni et al. Hernie diaphragmatique congénitale
: à propos d'un cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021;
5(1): 153-156

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] [1] Puri P. Epidemiology of congenital diaphragmatic hernia. In: Puri P, éditeur. *Congenital diaphragmatic hernia*. New York: Kerger; 1989. p. 22—7.
- [2] Benachi A, Saada J, Martinovic J, de Lagausie P, Storme L, Jani J. Hernie congénitale du diaphragme: prise en charge anténatale. *Rev Mal Respir*. Juin 2011;28(6): 800-8. Epub 2011 May 25.
- [3] Chao PH, Huang CB, Liu CA, Chung MY, Chen CC, Chen FS et al. Congenital diaphragmatic hernia in the neonatal period: review of 21 years' experience. *Pediatr Neonatol*. 1 avr 2010;51(2): 97-102.
- [4] Gorincour G, Bach-Segura P, Ferry-Juquin M, Eurin D, Chaumoitre K, Bouvenot J et al. Signal pulmonaire foetal en IRM: valeurs normales et application à la hernie diaphragmatique congénitale. *J Radiol*. 1 Janv 2009;90(1): 53-8.
- [5] Thébaud B, de Lagausie P, Forgues D, Mercier JC. [Congenital diaphragmatic hernia I. Simple defect of the diaphragm or anomaly of the pulmonary mesenchyme?]. *Arch Pédiatrie*. 1 Sept 1998;5(9): 1009-19.
- [6] Fahed R, Menassa-Moussa L, Sader-Ghorra C, Haddad-Zebouni S. Intrathoracic acute appendicitis. A case report. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. Déc 2012;19(12): 1334-6.
- [7] Adzick NS, Harrison MR, Glick PL, et al. Diaphragmatic hernia in the fetus: prenatal diagnosis and outcome in 94 cases. *J Pediatr Surg* 1995;20:357—61.
- [8] Metkus AP, Filly RA, Stringer MD, et al. Sonographic predictors of survival in fetal diaphragmatic hernia. *J Pediatr Surg* 1996;31:148—52.
- [9] Ba'ath ME, Jesudason EC, Losty PD. How useful is the lung-to-head ratio in predicting outcome in the fetus with congenital diaphragmatic hernia? A systematic review and



Article original

Les appendicites aiguës au CHU BSS de Kati : expérience du service à propos de 120 cas. (Mali)

Acute appendicitis at Kati BSS CHU: service experience about 120 cases. (Mali)

K Keita*¹, A Diarra¹, S Keita², O Coulibaly³, A Koné¹, S Coulibaly⁴, A Traoré⁵, I Tounkara⁵, L Soumaré², M Diallo³, Issa Traoré¹, O Traoré¹, A Koné¹, I Konaré¹, FK Tall⁶, A Kassogué⁷, B Togola², D Traoré², PA. Togo⁵, N Ongoïba².

Résumé

Introduction : L'appendicite aiguë est une urgence chirurgicale, son diagnostic est en général clinique et son traitement est chirurgical. Non prise en charge dans les meilleurs délais, elle entraîne de graves complications

But : Notre objectif dans ce travail est de déterminer la place de l'appendicite aiguë dans les urgences abdomino-chirurgicales du service et évaluer les résultats de sa prise en charge.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive, mono centrique, allant du 1er Janvier 2011 au 31 Décembre 2014 dans le service de chirurgie générale du CHU BSS-Kati. Elle a porté sur les patients opérés pour appendicite aiguë dans notre service.

Résultats : Nous avons colligé 120 dossiers d'appendicite aiguë. Elle a représenté: 5,68% des activités chirurgicales viscérales (120/2112); 15,85% des abdomens aigus chirurgicaux (122/757). La tranche d'âge de 21- 40 ans a représenté 47,5%. Le sexe ratio était de 2,75 en faveur des hommes. La douleur de la FID a été le motif de consultation chez 91,7% des patients. A noter que 96% des patients ont

consulté dans les 72 heures après le début de la maladie.

Le signe de Bloomberg et Rovsing ont représenté respectivement 79,2% et 68,3%. L'échographie abdominale a été réalisée chez 74 patients soit 61,5%. L'hyperleucocytose a été observée chez 55% des patients. La voie d'abord par l'incision de Mac Burney a été pratiquée chez 85,8% des patients. L'appendicectomie sans enfouissement du moignon a été effectuée chez 77,5% des patients. L'appendice était en position latérocoecale dans 82,5% des cas. La morbidité était de 2,8% et la mortalité a été nulle. Le séjour moyen d'hospitalisation était de 4,7 jours.

Conclusion : L'appendicite aiguë occupe le 2e rang des urgences abdomino-chirurgicales au CHU BSS de Kati, sa morbidité était de 2,8% avec une mortalité nulle dans notre période d'étude.

Mots-clés : Appendicite aiguë- traitement- CHU SBB Kati.

Abstract

Introduction: Acute appendicitis is a surgical emergency; its diagnosis is usually clinical and its treatment is surgical. Not taken care of as soon as possible, it leads to serious complications.

Aim: Our goal in this work is to determine the place of acute appendicitis in abdomino-surgical emergencies in the department and to assess the results of its treatment. **Methodology:** This was a descriptive, mono-centric retrospective study, from January 1, 2011 to December 31, 2014 in the general surgery department of CHU BSS-Kati. It focused on patients operated on for acute ap-pendicitis in the ward.

Results: We have collected 120 records of acute appendicitis. It represented: 5.68% of visceral surgical activities (120/2112); 15.85% of acute surgical abdomens (122/757). The 21-40 age group accounted for 47.5%. The sex ratio was 2.75 in favor of men. Pain from IDF was the reason for consultation in 91.7% of patients. Note that 96% of patients consulted within 72 hours of the onset of the disease. Bloomberg and Rovsing's sign accounted for 79.2% and 68.3% respectively. Ultrasound abdominal pain was performed in 74 patients or 61.5%. Hyperleukocytosis has been observed in 55% of patients. The Mac Burney incision-first approach was performed in 85.8% of patients. Appendectomy without stump burial was performed in 77.5% of patients. The appendix was in the laterocecal position in 82.5% of cases. Morbidity was 2.8% and mortality was zero. The mean hospital stay was 4.7 days. **Conclusion:** Acute appendicitis ranks second among ab-domino-surgical emergencies at CHU BSS in Kati. Her morbidity was 2.8% with zero mortality in our study period.

Keywords: Acute appendicitis - treatment - CHU SBB Kati.

Introduction

L'appendicite aigüe se définit comme une inflammation aigüe de l'appendice de l'appendice iléo-caecale. Elle représente l'urgence chirurgicale la plus fréquente que tout chirurgien viscéraliste rencontrera au cours de sa vie professionnelle. [1]. Son diagnostic est essentiellement clinique. Cependant des difficultés diagnostiques peuvent apparaître souvent, surtout

chez les femmes. Selon [2] le risque de faire une appendicite aigüe dans sa vie oscille entre 6 et 9%. Si le perfectionnement des moyens diagnostiques (échographie, scanner) et la coeliochirurgie ont beaucoup contribué à l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie dans les pays développés il n'en demeure pas moins qu'en Afrique elle constitue un problème de santé. Le but de ce travail était de déterminer la place de l'appendicite aigüe dans les activités chirurgicales digestives du CHU BSS de Kati.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude mono centrique, rétrospective, descriptive et analytique réalisée au CHU BSS de Kati sur une période allant de janvier 2011 à Décembre 2014. L'étude a porté sur les patients des deux sexes opérés dans le service pour appendicite aigüe et les plastrons appendiculaires refroidis. Les données ont été collectées à partir des fiches d'enquête et des registres de compte rendu opératoire. La coeliochirurgie n'étant pas faisable dans notre structure tous les patients ont été opérés par laparotomie sous anesthésie locorégionale ou générale. La saisie et l'analyse des données ont été faites sur Microsoft Office Word 2007 et SPSS version 17.0. Le test statistique de comparaison était le Khi² avec un risque $p < 0,05$ % considéré comme statistiquement significatif.

Résultats

Nous avons colligé en 4 ans 120 dossiers, l'appendicite aigüe a représenté 15,85% des abdomens aigus chirurgicaux (120/757). L'âge moyen était de 26,22 ans avec des extrêmes de 6 ans et 67 ans. La tranche d'âge de 21- 40 ans a représenté 47,5%. Le sexe masculin représentait 73,3% (n=88) contre 26,7% (n=32) pour le sexe féminin. Ainsi, le sexe ratio était de 2,75. Soixante-seize virgule sept (76,7%) des patients résidaient à Kati et 18,3% venaient de Bamako. Quarante-neuf pour cent (49%) des patients ont été référés par les structures sanitaires de Kati.

Les élèves et étudiants ont représentés 39,1% des patients. La douleur de la fosse iliaque droite (FID) était le motif de consultation chez 91,7% des patients. Quatre-vingt-seize pour cent (96%) des patients ont consulté dans les 72 heures après le début de la maladie. La douleur siégeait à 95% dans la FID. Les nausées et les vomissements ont représenté 88,3%. Enfin 40% des patients avaient une température $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Avant l'admission à l'hôpital 52,3% des patients avaient reçu des antibiotiques et ou des antalgiques. Les signes de Bloomberg, de Rovsing et de Jacob étaient positifs respectivement 79,2%, 68,3% et 75%. La douleur au toucher rectal à droite dans le Douglas a été notée chez 98,4% des patients. En plus, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles a été observée chez 55% des patients. L'échographie abdominale a été réalisée chez 74 patients soit 61,5%. Elle a objectivé une atteinte appendiculaire dans 97% des cas. Sur le plan chirurgical la voie d'abord privilégiée était l'incision de Mac Burney à 85,8% puis celle de Jalaguier 14,2%. Les différents sièges de l'appendice ont été consignés sur le tableau I. L'appendicectomie sans enfouissement du moignon a été pratiquée chez 77,5% des patients. Les différentes formes cliniques ont été décrites dans le tableau II. Les suites opératoires étaient simples dans 97,5% des cas (n=117). La morbidité était de 2,5% dominée par les suppurations pariétales. La mortalité était nulle. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4,7 jours avec des extrêmes de 02 et 10 jours. Tous nos patients opérés ont été suivis en postopératoire sur une période allant de 1 à 3 mois.

Tableau I: Siège de l'appendice.

Siège de l'appendice	Effectifs	Pourcentage
Latéro-caecale	99	82,5
Pelvien	1	0,8
Rétro-caecale	12	10
Méso-cœliaque	7	5,9
Sous- hépatique	1	0,8
Total	120	100

Tableau II : Aspect macroscopique.

Diagnostic peropératoire	Effectifs	Pourcentage
Appendicite catarrhale	59	49,1
Appendicite abcédée	13	10,9
Appendicite phlegmoneuse	24	20
Appendicite perforée	7	5,9
Appendicite gangrenée	2	1,6
Appendicite non spécifique	15	12,5
Total	120	100

Discussion

Au terme de cette étude, nous avons colligé 120 dossiers d'appendicite aigue, ce qui a représenté 15,85% des urgences viscérales aigus chirurgicaux. Ce taux est bas par rapport à ceux des séries nationales et africaines [3, 4] qui varie de 20 à 57% ($p>0,05$). Cela s'expliquerait par la multiplicité des structures sanitaires communautaires et privées où grand nombre de cette pathologie sont prises en charge en périphérie. La référence évacuation de l'appendicite aigue vers les grands hôpitaux a beaucoup diminué de 2005 à nos jours au Mali. L'appendicite aigue occupait le 2e rang des urgences chirurgicales viscérales au CHU de Kati. Selon Patel [5], cette incidence élevée de l'appendicite par rapport aux autres urgences, serait liée à des facteurs alimentaires, des parasitoses intestinales, des infections par contiguïté (annexite). L'âge moyen était 26,22 ans ; La tranche d'âge de 21- 40 ans représentait 47,5%. Le sexe ratio était de 2,75 en faveur des hommes. Cette moyenne d'âge est comparable à celle de Ibrahim A Magagi [6] et de Ahmed El kader, [7] ($p>0,05$) qui avaient respectivement trouvé un âge médian de 24,5 ans et 34,36 ans. L'appendicite aigue est une pathologie de l'adolescent et du jeune adulte de sexe masculin comme décrite par les auteurs [8,9]. Selon Malvy P [10] le sexe ne constitue pas un facteur de risque.

Au plan clinique :

La douleur siégeait au niveau de la FID chez 91,7% des patients associée aux nausées et vomissements

dans 88,3 % des cas. Ces résultats concordent avec ceux des séries africaines [11,12] qui varie de 62 à 93,7% ($p>0,5$). Nous n'avons pas constaté de différence statistiquement significative ($p>0,05$) entre les 40% de fièvre de notre étude et les 53% de SAMAKE [13]. Par contre les 40% de fièvre dans notre étude diffèrent ($p<0,05$) des taux de fièvre de Zoguereh [14] et Polliand [15] qui ont respectivement trouvé 65% et 73%. Cette différence pourrait être due à l'automédication à base d'antalgiques et d'antibiotiques que nos patients ont observés avant l'admission au service. Le signe de Bloomberg était positif (douleur provoquée dans la FID) chez 79,2% des patients. Cette étude concorde avec les données des auteurs [13, 3] qui ont respectivement trouvé 86,1% et 87,2%. C'est un signe pathognomonique de l'appendicite aigue. En plus le signe de Jacob était positif (la percussion du talon droit, membre inférieur droit tendu réveille la douleur dans le FID) chez 75% des patients. Le toucher rectale était douloureux chez 96,7% des patients, Zoguereh [14] Hartwing [16] ont trouvé respectivement 42,1% et 40 %. Nous avons trouvé une différence significative avec leurs résultats ($p<0,05$). Le polymorphisme anatomique de l'appendice pourrait expliquer cette différence. La présence de masse dans la FID après une crise appendiculaire dénote d'une complication nommée le plasron appendiculaire. En effet, les anses grêles et l'épiploon viennent circonscrire rapidement l'appendice en formant une masse dure douloureuse. Ce processus permet de circonscrire le mal afin d'éviter toute extension de l'infection vers la grande cavité péritonéale. C'est un moyen de défense de l'organisme. Nous l'avons observé chez 12,5% de nos patients. Ces patients ont été hospitalisés, perfusés et mis sous antibiothérapie avec une vessie de glace dans la FID. Ils ont observé une diète totale pendant 2 à 3 jours. Ceci avait permis en général de faire fondre la masse. Ces patients ont été suivis pendant 2 à 3 mois avec des séries d'échographies. Ensuite ils ont été programmés et opérés pour plastron refroidi.

Sur le plan para clinique, l'hyperleucocytose a été observée chez 66% des patients avec un taux supérieur

à 10000/mm³. Cela pourrait s'expliquer par le retard de consultation de nos patients dont 86% ont consulté dans les 72H après le début de la symptomatologie. Son absence n'innocente pas non plus une appendicite aigue.

L'échographie abdomino-pelvienne n'a pas été demandée systématique devant les cas de douleur de la FID. Elle a été réalisée chez 74 patients soit 61,5%. Nous l'avons demandée devant les cas de doute diagnostique, en général chez les patients de sexe féminin ou les obèses. Elle a permis d'objectiver une atteinte appendiculaire dans 97% des cas.

Traitement : Tous les patients ont subi une consultation pré anesthésique avant la chirurgie. La voie d'abord fut l'incision Mac Burney qui a été pratiquée chez 85,6% des patients. Nos résultats sont proches de ceux de la littérature [17,3] qui ont respectivement trouvé 82,2%, 94,4%. Par contre la voie de Jalaguier a été utilisée chez 14,4% des patients. Cette voie offre une meilleure exploration et a l'avantage d'être facilement agrandi surtout chez les obèses. Il faut signaler que la coeliochirurgie est de nos jours le gold standard (la référence) dans la prise en charge de l'appendice aigue. Aucun de nos patients n'a bénéficié de cette technique chirurgicale qui n'est pas entrée dans l'arsenal thérapeutique de notre service. Malgré l'avènement de la coeliochirurgie, les voies d'abord classique (Mac Burney et de Jalaguier) auront de beaux jours devant elles dans nos pays. Le siège de l'appendice était latérocoecale dans la FID dans 82,5% des cas. Ce résultat est proche de ceux de Harouna Y [11] au Niger en 2000 qui était de 62,2%.

D'après les résultats de l'examen histopathologique la forme inflammatoire (catarrhale) représentait 49,1% ce qui ne diffère pas statistiquement ($p>0,05$) de l'étude de Issiaka [18,3] qui ont trouvé 48,5% et 62,2%. Elle était suivie par les formes phlegmoneuses 24%. La durée moyenne de séjour était de 4,7 jours. Elle ne diffère pas statiquement ($p>0,05$) de celle de Young [19] en Chine et de Issiaka et OHENE [18,8] en Afrique qui ont respectivement trouvé 3 et 7 jours. Le taux de morbidité était de 2,5% dominée par l'abcès de paroi. Il est comparable à celui de

Garcia (p=0,56) [20] qui avait trouvé une morbidité de 2,2% ; mais diffère de celui de Issiaka, Mungadi et Yong [18, 21,19] qui avaient respectivement trouvé 9,4% 13,7% et 15,6%, (p<0,05). Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de leur échantillon ou les conditions d'intervention. A signaler que le site opératoire de nos patients était savonné avant d'être badigeonné à la Bétadine. Ensuite on évitait au maximum le contact de la pièce opératoire avec les berges de la laparotomie. Toutes les formes catarrhales ont subi une antibioprophyllaxie avec le ceftriaxone 1g en préopératoire répété le lendemain. Par contre, les appendicites phlegmoneuses, gangreneuse ou perforées ont subi une antibiothérapie pendant 7 jours. Le pronostic de l'appendicite aigue est en général bon. Les auteurs ont rapporté un taux de mortalité de 0 à 1,6 [59,60]. La mortalité³³ dans notre étude était nulle comme celle rapportée dans les séries africaines et Espagnoles [3, 20,22, 23].

Elle diffère des 3,37% (p<0,05) de taux de mortalité dans l'étude Koumaré AK [24]. Dans cette étude l'auteur avait trouvé 68% de formes compliquées (appendice suppuré, nécrosé ou perforé) différent des 38,3% de notre étude. En plus les conditions d'intervention ont beaucoup évolué dans ces 40 dernières années au Mali.

Conclusion

L'appendicite aigue est une pathologie de l'adolescent et du jeune adulte. Elle occupe le 2e rang des urgences abdomino-chirurgicales au CHU BSS de Kati, sa morbidité était de 2,8% avec une mortalité nulle dans notre période d'étude.

*Correspondance

Koniba Keita

koniskeita73@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Février 2021

- 1 : Service de Chirurgie générale CHU BSS, Kati.
- 2 : Service de Chirurgie générale, CHU Point-G, Bamako.
- 3 : Centre de Santé de Référence de la Commune IVI District de Bamako.
- 4 : Service d'Imagerie et Radiologie, CHU BSS, Kati,
- 5 : Service de chirurgie générale, CHU Gabriel Touré,
- 6 : Service d'Anesthésie et de réanimation CHU BSS, Kati.
- 7 : Service d'Urologie, CHU BSS, Kati.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Houcine Maghrebi,1, Hamida Maghraoui,2 Amine Makni,1 Amine Sebei,1 Sabri Ben Fredj,2 Ali Mrabet,3 et al. Intérêt du score d'Alvarado dans le diagnostic des appendicites aiguës. *Pan Afr Med J.* 2018; 29:56.
- [2] Laméris W, van Randen A, Van Es HW, van Heesewijk JP, van Ramshorst B, Bouma WH, et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *Br Med J.* 2009;338:b2431.
- [3] Poudiougou M Barthélémy. Appendicites aiguës: aspect épidémioclinique et thérapeutique au CS Réf-CI. Thèse Méd. Bamako 2015.
- [4] Ngove Ngove M, Bissou Mahop J, Atangana R, Eyenga VC, Pison-Tangnym C et Sosso AM. Aspects cliniques actuels des appendicites aiguës de l'adulte à Yaoundé, Cameroun. *Bull Soc Pathol Exot.* 2008;101, 5,398-399.
- [5] Patel J.C: Pathologie chirurgicale, éd. Masson, Paris 1978;
- [6] Ibahim Amadou Magagi, Harissou Adamou, Oussénou Adakal, Oumarou Habou. L'appendicite aigue et ses complications dans un pays à ressources limitées: étude d'une série de 254 patients à l'hôpital national de zinder, Niger. *J Afr Chir Digest.* 2019; 19(2) : 2792 – 2796.
- [7] Ahmed El Kader, Mohamed Lahkim, Rachid El Barni,

- Abdessamad Achour. Appendicite non compliquée : Ya-t-il une place pour le traitement conservateur ? Pan Afr Med J. 2015 ; 21 : 44.
- [8] Ohene, Yeboah M, Togbe B. Appendicite et appendicectomie à Kumassi, Ghana. Etude rétrospective à propos de 638 cas à l'hôpital de Kompo ; Ghana. J Med. 2006; 25 (2) : 138-43.
- [9] Villazon Davico O, Espinosa Jaramillo A, Cardenas Castaneda O, Valdes Castaneda A. Appendectomy by minimally invasive surgery. Rev Gastroenterol Mex. 2004; 69:58-64.
- [10] Malvy P, Neel JC, Helaury PC. Analyse statistique et réflexion à propos de 2845 appendicites opérées en 5 ans. Bordeaux Med. 1982 ; 15 : 207-216.
- [11] Harouna Y, Amadou S, Gazi M, Gamatie Y, Abdou I, Omar GS et coll. Les appendicites au Niger: Pronostic actuel. Bul Soc Pathol. 2000; 93:314-16.
- [12] Chavda SK, Hassan S, Mogoha GA. Appendicitis at Kenyatta National, Nairobi. East Afr Med J. 2005;82:526-30.
- [13] Samake AB. Prise en charge des appendicites aiguës dans le service de chirurgie <A> du CHU du Point G de 1998 à Novembre 2010. [Thèse Med] Bamako : 2011. N°147
- [14] Zoguereh DD, Lemaitre X, Ikoli JF, Delmont J, Chamlian A, Mandaba JL, Nali NM. Acute appendicitis at the National University Hospital in Bangui, Central African Republic: epidemiologic, clinical, paraclinical and therapeutic aspects. Sante. Apr-Jun 2001 ; 11 (2) :117-25
- [15] Polliand C, Bayeh PJ, Barrat C, Champault G. Faut-il opérer les appendicites aiguës par laparotomie étude prospective 1319 Cas. Bandy-France. Journal de coeliochirurgie. 2004 ; n°51
- [16] Hartwing K, Karl S, Jon A S, Arne N, Lars V. The history is important in patients with suspected acute appendicitis/ with invited commentary. Digestive Surgery. 2000; 17:364-369.
- [17] Guller U, Hervey S, Puves H, Muhlbaier LH, Peterson ED, Eubanks S and al. Laparoscopic versus open appendicectomy outs comes comparison based on a large administrative data base. Ann surg. 2004 ; 239 (1) :43-52.)
- [18] Issiaka D. Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des appendicites aiguës à l'hôpital de Gao [Thèse Méd.]. Bamako ; 2008 N° 74.
- [19] Young JL, Law WL, Lo CY, Lam CM. Comparative study of routine laparoscopic versus open appendicectomy. JLS. 2006;10:18892.
- [20] Garcia JC. Gargouillement de la fosse caecale. J Chir. 1989 ; 1 :630-632
- [21] Mungani I, Jabo BA, AG wu NP. A review of appendicectomy in Sokoto, Northwest Nigeria. Niger J Med. 2004; 13(3):240-3
- [22] Cahuda, Hassan S, Mogoha GA. Appendicis at kenyatta National Hospital, Nairobi. East Afr Med J. 2005 ; 82 :526-30.
- [23] Farthouat P, Fall O, Ogougbemy M, Sow A, Million A, Dieng D, Diouf MB. Appendicectomy in the tropics : Prospective study At Hospital Principal in Dakar. Med Trop. 2005 ; 65 :549-5377.
- [24] Koumaré A K, Traoré IT, Ongoïba N, Traoré AKD, Simpara D, Diallo A. Les appendicites à Bamako (Mali). Méd. Afr Noire. 1993; 40 (4):259-62.

Pour citer cet article :

K Keita, A Diarra, S Keita, O Coulibaly, A Koné, S Coulibaly et al. Les appendicites aiguës au CHU BSS de Kati : expérience du service à propos de 120 cas. (Mali). Jaccr Africa 2021; 5(1): 157-162

*Article original*

Epidémiologie de la rétinopathie diabétique au centre d'application du diplôme d'études spécialisées en ophtalmologie (CADES/O) de Conakry

Epidemiology of diabetic retinopathy at the Centre of Application of the Diploma of Specialized Studies in Ophthalmology (CADES/O) of Conakry

TM Bah*¹, R Baldé², I Fofana¹, HG Aichetou¹, AI Baldé³, S Diané¹

Résumé

Introduction : La rétinopathie diabétique est la complication microvasculaire spécifique du diabète et affecte une personne sur trois atteintes de diabète. Elle demeure la principale cause de cécité évitable dans la population active. Sa prévalence générale peut être influencée par le nombre de personnes diagnostiquées avec diabète débutant. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques de la rétinopathie chez les patients diabétiques reçus en consultation.

Méthodologie : L'étude était transversale et a porté sur des patients diabétiques au fond d'œil accessible, suivis au centre d'application du diplôme d'étude spécialisées en ophtalmologie de Conakry. Chaque patient a bénéficié d'un examen ophtalmologique complet et les facteurs de risque de la rétinopathie ont été évalués. La classification de l'ALFEDIAM a été utilisée pour définir la rétinopathie.

Résultats : 343 diabétiques ont été inclus. L'âge moyen des patients était de $57,82 \pm 12,54$ ans avec des extrêmes (20 – 93 ans), le sex-ratio était de 0,69. La durée moyenne d'évolution du diabète était de $6,40 \pm 6,33$ ans. 96,21% des patients étaient atteints

du diabète de type 2. Une rétinopathie était présente dans 22,74% et la maculopathie dans 15,16%. L'âge moyen des patients présentant une RD était de $55,69 \pm 9,35$ ans avec des extrêmes (25–75 ans), le ratio (H/F) de 0,69 sans différence statiquement significative. La durée moyenne d'évolution du diabète chez ces patients était de $8,02 \pm 6,18$ ans.

Conclusion: La rétinopathie diabétique est relativement fréquente en Guinée. Son incidence augmente avec l'âge du diabète. Un suivi pluridisciplinaire précoce est nécessaire pour une prise en charge optimale du patient diabétique afin de réduire le risque potentiel de cécité liée à la rétinopathie diabétique.

Mots-clés : Epidémiologie- Diabète-Rétinopathie-CADES/O-Conakry.

Abstract

Introduction: Diabetic retinopathy is the specific microvascular complication of diabetes and affects one in three people with diabetes. It remains the leading cause of preventable blindness in the working population. Its overall prevalence may be influenced by the number of people diagnosed with early onset diabetes. The objective of this work was to study the

epidemiological aspects of retinopathy in diabetic patients seen in consultation.

Methodology: The study was cross-sectional and involved diabetic patients with an accessible fundus, followed at the application center of the diploma in ophthalmology. Each patient received a complete ophthalmologic examination and risk factors for retinopathy were evaluated. The ALFEDIAM classification was used to define retinopathy.

Results: 343 diabetics were included. The mean age of the patients was 57.82 ± 12.54 years with extremes (20-93 years), the sex-ratio was 0.69. The mean duration of diabetes progression was 6.40 ± 6.33 years. 96.21% of patients had type 2 diabetes. Retinopathy was present in 22.74% and maculopathy in 15.16%. The mean age of patients with diabetic retinopathy was 55.69 ± 9.35 years with extremes (25-75 years), the ratio (M/F) of those patients was 0.69 with no statically significant difference. The mean duration of diabetes progression in these patients was 8.02 ± 6.18 years.

Conclusion: Diabetic retinopathy is relatively common in Guinea. Its incidence increases with the age of diabetes. Early multidisciplinary follow-up is therefore necessary for optimal management of the diabetic patient in order to reduce the potential risk of blindness related to diabetic retinopathy.

Keywords : Epidemiology- Diabetes-Retinopathy- CADES/O- Conakry.

Introduction

Le diabète est une épidémie globale avec une morbidité significative, la rétinopathie qui en résulte est la complication microvasculaire spécifique de la pathologie et affecte une personne sur trois atteintes de diabète¹. Dans la population active, cette rétinopathie demeure la principale cause de cécité évitable^{1,2}. La prévalence générale de la rétinopathie diabétique peut être influencée par le nombre de personnes diagnostiquées avec diabète débutant.

Dans les pays développés, plus de personnes

diabétiques sont diagnostiqués et suivis¹. Ce qui contribue à réduire de façon significative la prévalence générale de la rétinopathie diabétique dans ces pays.

Dans les pays en voie de développement, moins de personnes avec un diabète débutant sont diagnostiquées. Le diagnostic n'est souvent posé que lorsque le patient devient symptomatique ou développe des complications. Ce retard diagnostique augmente significativement la prévalence de la rétinopathie diabétique dans ces pays. Globalement la prévalence de la rétinopathie diabétique varie entre 8% et 60% selon les études³⁻⁵. L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques de la rétinopathie diabétique dans une population de diabétique reçus en consultation au Centre d'Application du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Ophtalmologie (CADES) CHU de Conakry.

Méthodologie

L'étude était transversale et a porté sur 343 patients diabétiques au fond d'œil accessible, ayant consulté au centre d'application du diplôme d'études spécialisées en Ophtalmologie. Les patients diabétiques présentant un trouble des milieux (cornée et cristallin) n'étaient pas inclus dans l'étude. Chaque patient a bénéficié d'un examen ophtalmologique complet (Acuité visuelle, biomicroscopie, examen du fond sur dilatation pupillaire totale) et un bilan sanguin comportant la glycémie à jeun. La classification de l'association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM)⁶ a été utilisée pour définir la rétinopathie. Le logiciel Epi Info 7 a été utilisé pour l'analyse des données. Les fréquences ont été calculées pour les variables qualitatives ; les moyennes, médianes et modes pour les variables quantitatives (tels que l'âge, les valeurs de la glycémie et les durées d'évolution). Le test de Chi 2 a été utilisé pour les comparaisons ; une p-value < 0,05 a été considérée comme statistiquement significative. La fiche d'enquête a été prétestée et le protocole approuvée et validée par le comité scientifique établi à cet effet par la chaire de chirurgie

cervico-faciale et d'ophtalmologie.

Résultats

Caractéristiques de la population diabétique

L'étude avait inclus 343 diabétiques. L'âge moyen des patients était de 57,82 ± 12,54 ans avec des extrêmes 20 ans et 93 ans. La population de 45 ans et plus (88,33% ; n=303) était la plus touchée. L'incidence du diabète augmentait avec l'âge pour atteindre un pic vers 60 ans. Le ratio était de 0,69 homme pour 1 femme, notant ainsi une prédominance féminine de 59,18% dont la majorité des ménagères (34,40% ; n=118). 60,64% (n=208) de la population était non scolarisée ; 98,54% (n=338) résidait en zone urbaine. 96,21% (n=330) des patients étaient atteints du diabète de type 2 contre 3,79% (n=13) du diabète de type 1. Plus de la moitié des patients (63,56% ; n=218) avaient un diabète datant de 0 à 5 ans avec une durée moyenne d'évolution du diabète de 6,40± 6,33ans, des extrêmes 1 mois et 34 ans, la médiane de 2 ans et le mode de 3 ans (figure 1).

La découverte du diabète était fortuite chez 95,34% (n=327) des patients contre 3,76% (n=13) pour des signes d'hyperglycémie. Le délai moyen de la première consultation ophtalmologique était de 3,28 ± 2,96 ans (figure 2).

70,26% (n=241) des patients étaient à leur première consultation ophtalmologique au moment de l'étude. Selon le mode d'admission, 45,19% (n=155) des patients étaient reçus dans le cadre d'un bilan du diabète, 54,81% (188) étaient venus d'eux-mêmes à la suite d'une plainte ophtalmique dont la principale était la baisse de l'acuité visuelle (79,25% ; n=149).

Caractéristiques de la population avec atteintes rétinienne du diabète

Parmi les 343 diabétiques étudiés, 130 patients avaient présenté une atteinte rétinienne dont 22,74% (n=78) de rétinopathies diabétiques (RD) et 15,16% (n=52) de maculopathies diabétiques (Tableau I). La maculopathie était isolée dans 11 cas (3,21%). L'âge moyen des patients présentant une RD était de 55,69 ± 9,35ans avec des extrêmes (25–75 ans), la médiane de 56 ans et le mode 50 ans (p=0,0104 <0,05) (figure 3).

La RD était plus observée chez les femmes (58,97% ; n=46) avec un ratio (H/F) de 0,69 sans différence statistiquement significative (p= 0,533>0,05).

71,79% de nos patients présentant une RD étaient à leur première consultation ophtalmologique. Les lésions du fond d'œil étaient à l'origine de la découverte du diabète chez 94,87% (n=74) des patients ayant une rétinopathie.

Le délai moyen de consultation était de 3,28 ± 2,96 ans chez les sujets qui avaient une RD et de 1,75 ± 1,87 ans chez les sujets qui n'avaient pas de RD (p=0,0041<0,05). La RD était plus fréquemment rencontrée chez la population diabétique de type 1 (3/13) par rapport au type 2 (75/330) sans qu'il y'ait une différence statistique significative (p=0,228>0,05). La durée moyenne d'évolution du diabète chez les patients avec RD était de 8,02 ± 6,18 ans (p=0,0013<0,05) (figure 4). La RD était fortement associée aux valeurs de la glycémie > 2 g/L avec des valeurs moyennes de 1,39 ± 0,53 g/L pour les patients sans RD contre 2,53 ± 0,70g/L pour les patients avec RD (p=0,000<0,05).

93,6% (n=73) des patients présentant une rétinopathie avaient la forme non proliférative, dominée par la RDNP modérée (71,79 %) (tableau II).

La survenue de la rétinopathie pouvait être liée à certains facteurs démographiques, clinique et/ou biologique (tableau III).

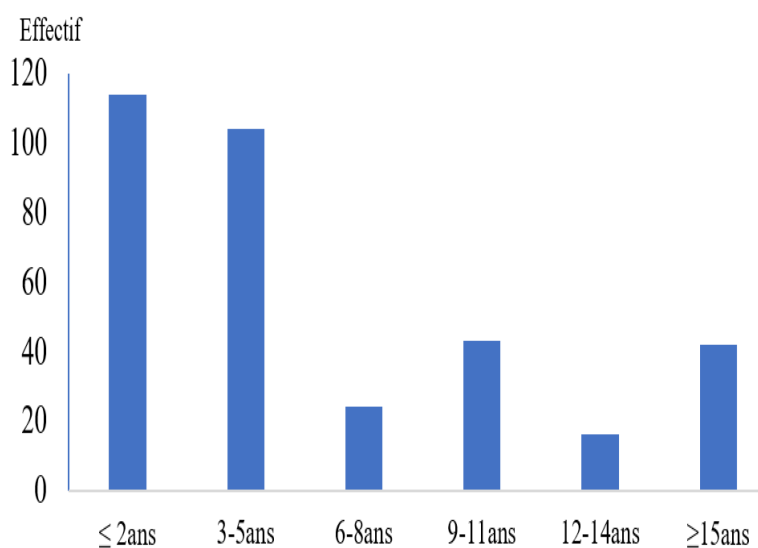


Figure 1: Durée d'évolution du diabète

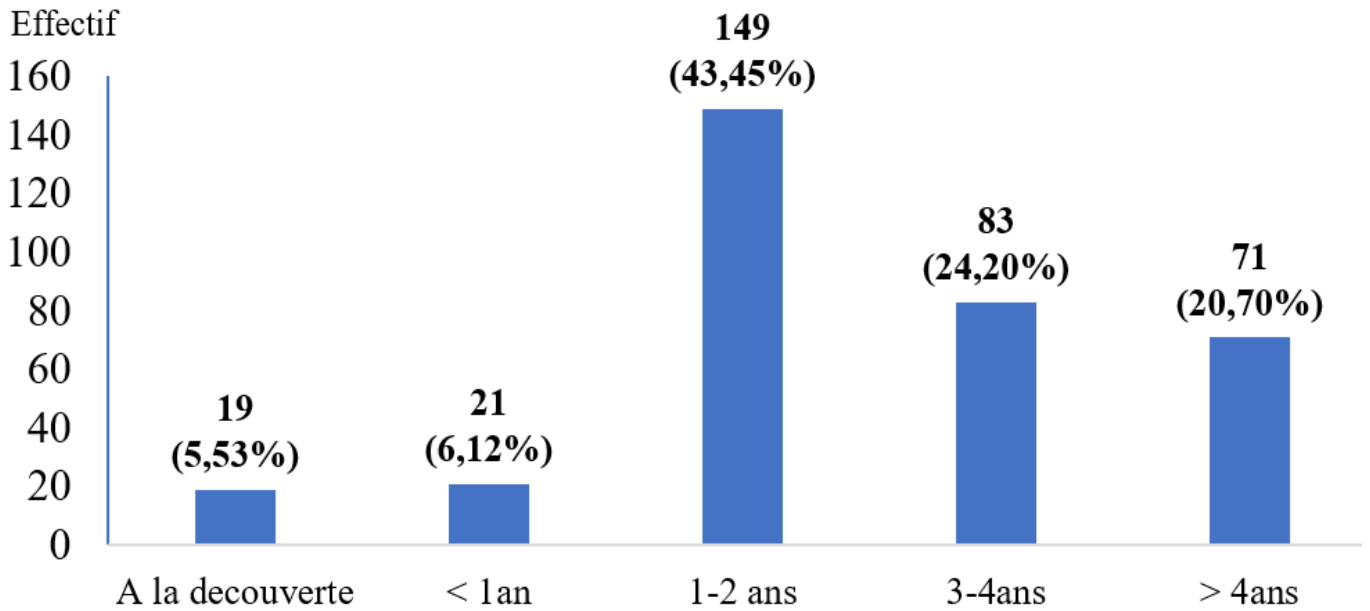


Figure 2 : Délai de 1ère consultation ophtalmologique

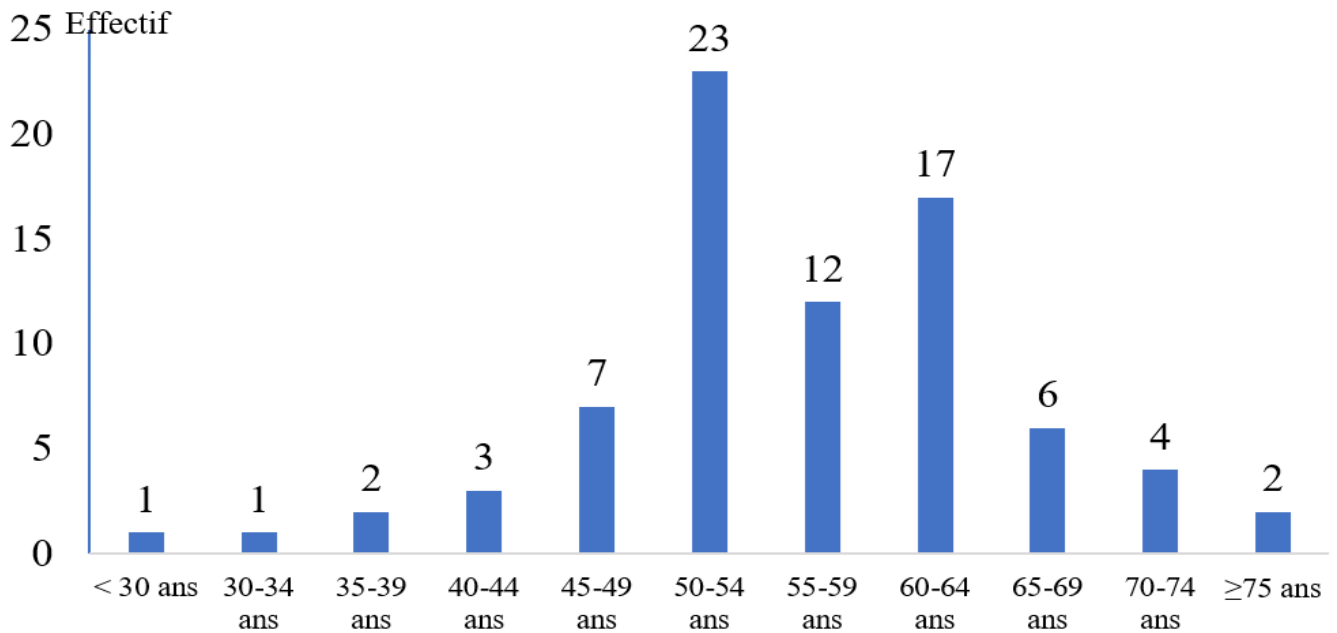


Figure 3 : Répartition des rétinopathies diabétiques et l'âge (n=78) (p=0,0104).

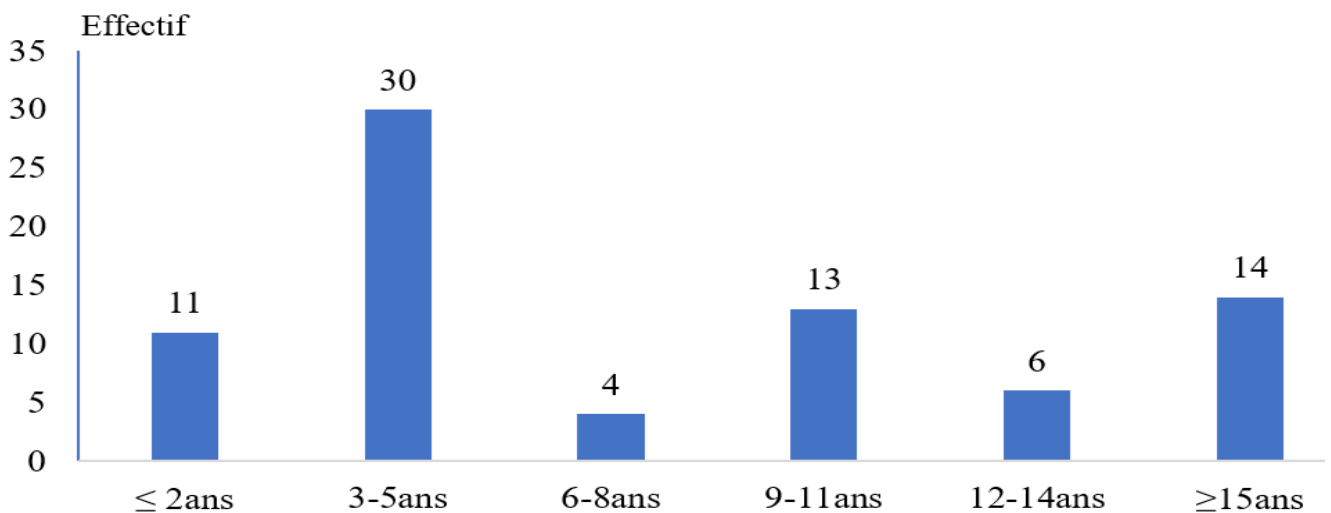


Figure 4 : Durée d'évolution du diabète chez les patients avec RD

Tableau I : Répartition des lésions du fond d'œil (N=343)

	Maculopathie		Total
	Présente	Absente	
Rétinopathie diabétique	41 (11,95%)	37 (10,79%)	78 (22,74%)
Pas de Rétinopathie diabétique	11 (3,21%)	254 (74,05%)	265 (77,26%)
Total	52 (15,16%)	291 (84,84%)	343 (100%)

(p=0,000 < 0,05).

Tableau II : Répartition des rétinopathies (n=78)

	Effectif	%
RDNP minime	9	11,54
RDNP modérée	56	71,79
RDNP sévère	8	10,26
RDP compliquée de		
Hémorragie du vitré	3	3,85
Glaucome néovasculaire	1	1,28
Décollement de rétine	1	1,28
Total	78	100

RDNP : Rétinopathie diabétique non proliférative

RDP : Rétinopathie diabétique proliférative

Tableau III : comparaison des caractéristiques démographiques, cliniques et paracliniques des patients avec et sans rétinopathie diabétique

	RD Absente	RD présente	N=343	(p-value)*
Moyenne d'âge	58,49±13,24	55,69±9,35	57,82±12,54	0,0104
Sex-ratio (H/F)	0,68	0,69	0,68	0,533
Scolarité (%)	59,25	65,38	60,64	0,199
Profession (%)	67,17	70,51	67,93	0,849
Moyenne glycémie (g/l)	1,39±0,53	2,53±0,70	1,65±0,74	0,000
DME* du diabète (ans)	5,84±6,39	8,02±6,18	6,33±6,40	0,0013
Type Diabète (%)	96,23	96,15	96,21	0,598
Présence de HTA (%)	48,68	58,97	51,02	0,040
Découverte du diabète (%)	95,47	94,87	95,34	0,506
Nbre de Consultation (%)	71,79	67,92	56,52	0,307
Délai 1 ^{ère} consultation (%)	46,04	34,62	43,44	0,0041
Maculopathie (%)	4,15	52,56	15,16	0,000

Association significative si p<0,05

(*) : Durée moyenne d'évolution du diabète

Discussion

Caractéristiques de la population diabète

Le diabète, étant une maladie chronique liée à une production insuffisante d'insuline par le pancréas ou à une incapacité de l'organisme d'utiliser l'insuline produite, est caractérisé dans son évolution par la survenue d'un arsenal de complications responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevée^{7,8}. Le diabète affecte les personnes de tous les âges pour atteindre un maximum aux alentours de la 5ème décennie. Dans notre étude, l'incidence du diabète augmentait proportionnellement avec l'âge pour atteindre un pic vers 60 ans. L'âge moyen des patients était de 57,82 ± 12,54 ans avec des extrêmes (20 et 93 ans). Ce résultat corrobore nombreuses études africaines⁸⁻¹¹.

La prédominance féminine retrouvée dans cette étude est en accord avec les publications maliennes récentes^{9,10} par opposition à d'autres séries plus anciennes^{8,11,12} sans différence statistique significative.

La prédominance du diabète de type 2 dans notre série est en parfaite adéquation avec nombreuses études africaines⁸⁻¹⁴ et européens¹⁵.

La durée moyenne d'évolution du diabète dans la série était proche de celle énoncée par Makita et al.¹³ avec un diabète plus jeune chez nos patients, sous réserve de la certitude de l'âge de début de leur affection au moment où le diagnostic est posé. Cette étude nous a permis de savoir qu'il existe un bon programme sur le dépistage précoce du diabète en Guinée (95,34% de découverte fortuite). Mais en même temps elle nous a permis de constater également qu'il existe un manquement dans la prise en charge de ces patients. Ce qui se justifie par une faible demande de consultation en ophtalmologie à la découverte du diabète (5,53%, n=19) et une durée plus longue pour la première consultation dans la série. 88,34% (n=303) de nos patients ont bénéficié de leur première consultation ophtalmique après un an de suivi du diabète ; 70,26% (n=241) étaient à leur première consultation ophtalmologique au moment de l'étude. Cette durée serait trop longue pour le dépistage des atteintes oculaires du diabète surtout qu'elles peuvent

potentiellement menacer la vue. Plus de la moitié des patients (54,81% ; n=188) ont d'ailleurs été admis en consultation à leurs propres initiatives pour une plainte ophtalmique dont la principale était la baisse de l'acuité (149 cas). Seulement 45,19% (n=155) des patients ont été reçus dans le cadre d'un bilan du diabète, ce qui est trop faible par rapport au dépistage. Il faudra noter que toutes les études s'accordent que les lésions rétinienues peuvent déjà exister au moment du diagnostic de la maladie diabétique de type 2.

Caractéristiques de la population avec rétinopathie diabétique

Selon l'OMS, la rétinopathie diabétique (RD) serait la 3ème cause de cécité dans les pays industrialisés et la 4ème dans le monde¹⁶. La prévalence de la RD varie selon les pays et les études dans la littérature mondiale^{8,9}. La prévalence retrouvée dans notre série (22,74%) est superposable à celle de Diallo JW et al (25,92%)¹⁷ au Burkina Faso, légèrement inférieure à celle trouvée, en Guinée, par Baldé NM et al.¹⁸ qui avaient rapporté une prévalence de 31,0% en 2001. Dans leur ensemble, les prévalences guinéennes sont nettement inférieures aux proportions rapportées dans les autres études africaines variant entre 35% et 85%^{9,10,12-14}. Mais elles restent quand-même supérieures à celle de Arej N et al¹⁹(11,97%) et proches de celle de Chelala E et al²⁰ (30,3%) dans les études libanaises. En considérant la prévalence mondiale (34,6%)¹⁶ comme valeur seuil, nous constaterons, globalement, que les études guinéennes semblent indiquer une faible proportion de la RD dans le pays. Cette variabilité proportionnelle des études pourrait résider dans la périodicité des enquêtes et la différence des méthodes d'études employées.

La prédominance de la RD non proliférative (RDNP) (93,6% ; n=73) en majorité la forme modérée (71,79 %) dans notre série s'accorde avec nombreuses études africaines^{9,10,13} et Française¹⁵. La RD semble plus fréquente chez les diabétiques de type 1 (23,07%) par rapport au type 2 (22,72%) sans différence statique observée dans notre série (p=0,228>0,05). Ce constat avait été fait par certains auteurs africains^{12,14}. Bakayoko et al¹⁰, Makita et al¹³ avaient observé le

contraire.

Dans la série, la maculopathie (MD) était œdémateuse et présente dans 15,16% (n=52) ; elle était isolée dans 11 cas (3,21%). Néanmoins, nous avons noté une forte liaison entre la survenue de la RD et la maculopathie diabétique œdémateuse ($p=0,000 < 0,05$). La prévalence de la MD dans notre étude est restée nettement inférieure à celle trouvée par Bakayoko S et al¹⁰ qui rapportaient 37,1%. Cette différence pourrait résider dans la différence des méthodes d'investigation. La maculopathie diabétique est une cause majeure de détérioration de l'acuité visuelle, son incidence semble être liée à la durée du diabète^{13,21}. La prédominance féminine de la RD dans notre étude s'accorde avec les études africaines récentes publiées dans la littérature^{10,11}. Bien que les ménagères soient les plus affectées par le diabète dans la série, nous n'avons pas trouvé de liaison statistique entre la survenue de la RD et la profession ($p=0,849 > 0,05$). L'influence du sexe sur la fréquence globale de la rétinopathie est différemment appréciée par les auteurs¹². Pour notre cas, malgré que nous n'ayons pas trouvé de différence statistique significative ($p=0,533 > 0,05$), nous nous accordons avec Bakayoko S et al¹⁰ que cette prédominance pourrait être liée à la sédentarité à laquelle sont exposées les femmes. Concernant l'âge, nous avons noté une forte significativité entre la survenue de la rétinopathie et l'âge des patients ($p=0,010 < 0,05$). Cette liaison avait été déjà établie il y'a plus de 20 ans par les études africaines^{12,22} qui estimaient que la fréquence de la rétinopathie diabétique augmente avec l'âge avec un très net maximum au-delà de 40 ans¹². Ce qui corrobore avec notre étude (maximum à 50 ans). Nous estimons clairement que cet état de fait est lié à l'ancienneté du diabète car toutes les études s'accordent à reconnaître une augmentation de la rétinopathie en fonction de l'ancienneté du diabète^{12,23}. Chelala E et al. n'avaient observé aucune association significative entre la présence de la RD et l'âge du patient²⁰. Si les études européennes s'accordent que la durée moyenne d'évolution du diabète pour qu'une rétinopathie diabétique soit observée est de 10 ans 24,25, celle-

ci est de $8,02 \pm 6,18$ ans ($p=0,001 < 0,05$) dans notre série, de l'ordre de 5 ans dans les séries de Moukouri et al¹² et Abouki et al¹⁴ ; sous réserve de la certitude de l'âge de début de l'affection au moment où le diabète est découvert. On peut avoir raison de penser que la rétinopathie diabétique apparaît plus précocement chez les africains que chez les européens.

Dans l'étude, le délai de la 1ère consultation ophtalmologique au-delà d'un an de la découverte du diabète (dépistage de la RD) a été identifié comme un facteur prédictif très significatif à la survenue de la RD. Le délai moyen, dans notre série, était de $3,28 \pm 2,96$ ans chez les patients ayant une RD contre $1,75 \text{ ans} \pm 1,87$ ans chez les sujets qui n'avaient pas de RD ($p=0,004 < 0,05$). Ce long intervalle entre la découverte du diabète et le premier bilan ophtalmologique concourt à rassurer les patients de l'absence de menace fonctionnelle surtout que leur majorité méconnaissait les complications oculaires du diabète. Cette constatation avait été déjà faite par ailleurs en Afrique^{22,26}. Le médecin traitant peut porter une grande responsabilité dans le retard apporté au diagnostic de la rétinopathie en négligeant l'examen ophtalmologique ou en négligeant d'informer le patient du risque de la perte fonctionnelle qu'il court. 71,79% de nos patients présentant une RD étaient à leur première consultation ophtalmologique au moment de l'étude. Les 94,87% de diabète de découverte ophtalmologique montre la contribution que l'ophtalmologiste aussi peut apporter au diagnostic de la maladie diabétique.

Nous avons observé une corrélation nettement significative entre le taux de glycémie et la prévalence de la rétinopathie diabétique ($p=0,000$) comme l'avaient constaté Bakayoko S et al¹⁰. Ngoie-maloba V et al⁸ concluaient ne pas pouvoir établir cette corrélation mais que la discordance entre le taux de glycémie et la prévalence de la rétinopathie diabétique ne permettait pas d'affirmer l'absence de risque de l'hyperglycémie sur la survenue et la progression de la rétinopathie diabétique dans la population africaine. Les résultats de l'hémoglobine glycosylée (HbA1c), qui est le meilleur indicateur de l'état de

l'équilibre du diabète sur un moyen terme n'était pas à notre disposition. Les conditions de travail ne nous permettaient d'en avoir, vu que l'étude n'était pas subventionnée et que les patients n'étaient pas à mesure de faire la biologie par manque de moyens financiers. Toute fois les études s'accordent qu'une HbA1c <7 % est confirmée avoir un effet réducteur sur la survenue et la progression de la rétinopathie diabétique²⁷.

Par ailleurs, cette étude a permis de confirmer l'influence de l'hypertension artérielle sur la survenue et la progression de la RD (p=0,04<0,05). Une relation entre l'équilibre tensionnel artériel et la rétinopathie diabétique avait été déjà suggérée dans certaines études épidémiologiques^{8,27}.

Conclusion

La rétinopathie diabétique est relativement fréquente en Guinée. Son incidence augmente avec l'âge du diabète sans prédominance de sexe. Bien que des études aient démontré qu'un contrôle optimal de la glycémie, de la tension artérielle et des lipides sanguins, par l'endocrinologue, parviendrait à réduire le risque de rétinopathie et de ralentir sa progression, un dépistage précoce chez l'ophtalmologiste aiderait à mieux prévenir la cécité liée aux atteintes rétinienne du diabète. C'est dire donc qu'un suivi pluridisciplinaire précoce est nécessaire pour une prise en charge optimale du patient diabétique afin de réduire le risque potentiel de cécité liée à la rétinopathie diabétique.

Remerciements :

Nous remercions le Dr KETEMA Amde-Michael pour nous avoir soutenu dans la réalisation de ce travail. Nos remerciements aux professeurs Jeannette Traoré, Oumar Raphiou DIALLO et Naby Moussa BALDE pour le temps qu'ils ont consacré à la correction de ce manuscrit et pour la qualité scientifique de leurs analyses.

*Correspondance

Thierno Madjou Bah

madjdesso6@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Février 2021

- 1 : Centre d'application du diplôme d'études spécialisées en ophtalmologie (CADES/O), Hôpital National Donka.
- 2 : Service d'ophtalmologie, Hôpital National Ignace Deen
- 3 : Service d'ophtalmologie du centre médicochirurgical interarmées du camp Samory Touré.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] ICO, International Council of Ophthalmology. Lignes directives du conseil international d'ophtalmologie (ICO) pour les soins oculaires chez les diabétiques. San-Francisco : ICO ; Février 2014.
- [2] Aubert JP, Massin P. et al. Dépistage de la rétinopathie diabétique par des photographies du fond d'œil : Evaluation d'un programme en médecine libérale (étude DODIA). Rev Prat 2007 ; 57 : 1203–9.
- [3] Soulie-strougar M., Charles A, Metrai P. Dépistage de la rétinopathie diabétique en Bourgogne par un rétinographe non mydriatique itinérant. J Fr Ophtalmol. 2007 ; 30 (2) : 121–6.
- [4] Trana THC, Rahmouna J, Huibonhoaa A. Dépistage de la rétinopathie diabétique par télé-médecine en utilisant des rétinophotographies non mydriatiques dans un groupe hospitalier du Nord-Pas-de-Calais. J Fr Ophtalmol 2009 ; 32 (10) : 735-41.
- [5] Dali-dannepond K., Boissonot M., Miot A. Dépistage de la

- rétinopathie diabétique par rétinographie non mydriatique (RMN) : Évaluation des pratiques au CHU de Poitiers : *Diabetes metab* 2012 ; 38 (S2) : A 85.
- [6] Massin P, Angio -Duprez K, Bacin F, Cathelineau B, Cathelineau G, Chaine G et al. Recommandation de l'ALFEDIAM pour le dépistage et la surveillance de la rétinopathie diabétique. *Diabete Metab* 1996 ; 22 : 203–9.
- [7] OMS, Organisation Mondiale de la Santé : Thème de santé 2020. Diabète-mellitus. [En ligne]. <http://www.who.int>, [consulté le 26/10/2020 à 15 heures].
- [8] Ngoie-maloba V, Chenge-borasisi G, Kaimbowa-kaimbo D, Snyers B. La rétinopathie diabétique à Lubumbashi. *Bull. Soc. belge Ophtalmol* 2012 ; 319 : 51–9.
- [9] Bakayoko S, Sidibé FK, Coulibaly B, Assavedo CRA, Abouki COA, Guirou N, et al. Importance de la rétinographie non mydriatique dans le dépistage de la rétinopathie diabétique au chu-iota, Bamako (mali). *Cahiers du CBRST* 2016 ; 9 : 124–34.
- [10] Bakayoko S, Napo A, Guirou N, Sidibé M, Gyrr E, Togo R, Konikpo A et al. Aspects épidémiologiques et angiographiques de la rétinopathie diabétique au CHU-IOTA de Bamako : à propos de 120 cas. *Jaccr Africa* 2020 ; 4(2) : 257–62.
- [11] Koki G, Bella AL, Nomo AF, Ombgwa-Eballé A, Epée E, Ella GP et al. La Photocoagulation au Laser dans un Centre de Prévention et de Prise en Charge de la Rétinopathie Diabétique au Cameroun. *Health Sci. Dis* 2015 ; 16 (1) : 001–6.
- [12] Moukouri EDN, Molit MC, Nouedoui C. Les aspects épidémiologiques de la rétinopathie diabétique à Yaoundé. *Méd Afrique Noire* 1992 ; 39 (5) : 327–34.
- [13] Makita C, Nganga-NGabou I CGF, Adiba-Féné S, Diatwal B, Kaya-Ganziami G : Aspects angiofluorographiques de la rétinopathie diabétique. *Ann. Univ. M. NGOUABI*, 2017 ; 17 (1) : 51–5.
- [14] Abouki COA, Alamou S, Wanvoegbe A, Gbegnon JG, Amoussou-guenou D, Sounouvou I et al. Aspects épidémiologiques de la rétinopathie diabétique au CHUD/OP de Porto-Novo. *Cahiers du CBRST* 2016 ; 10 : 80–8.
- [15] Tran THC, Rahmoun J, Hui Bon Hoa AA, Denimal F, Delecourt F, Jean Jean E et al. Dépistage de la rétinopathie diabétique par télé-médecine en utilisant des rétinographes non mydriatiques dans un groupe hospitalier du Nord-Pas-de-Calais. *J Fr Ophtalmol* 2009 ; 32 : 735–41.
- [16] EMC :
- [17] Diallo J, Méda N, Tougouma JBS, Ahnou-Zabsonré A, Yé R, Djiguimé P et al. Intérêts de l'examen du fond d'œil en pratique de ville : bilan de 438 cas. *Pan Afr Med Jr* 2015 ; 20 : 363-9.
- [18] Balde MN, Goépogui A, Condé B et al. Les lésions ophtalmologiques au cours du diabète au Chu de Donka. *Guinée Médicale* 2001;(33) : 21-26.
- [19] Arej N, Antoun J, Waked R, Saab C, Saleh M, Waked N. Dépistage de la Rétinopathie diabétique par rétinographe non mydriatique : Première campagne nationale au Liban. *J Fr Ophtalmol* 2019 ; 42 : 288 – 94.
- [20] Chelala E, Saleh N, Dirani A, Fadlallah A, Baz P, Slim E et al. Dépistage de la rétinopathie et de la maculopathie diabétique au Liban par rétinographie et par SD-OCT : intérêt de la télé-médecine. *J Méd Libanais* 2015 ; 63 (2) : 59 – 65.
- [21] Koki G, Bella AL, Ongboua EA, Epée E, Sobngui E, kouanane KA, Ebana MC, Mbanya JC. Rétinopathie du diabétique du noir africain étude angiographique. *Cah Etude Rech Francophone/ Santé* ; 2010 ; 20 ; 3 : 127–32.
- [22] LESTER F.T. Diabetes mellitus. Clinical features in 404 europeans. *Ethiopia Med J* 1976; 14 (4): 185-198.
- [23] Caird FI. The epidemiology of diabetic microangiopathy. *Acta diabet lat.* 1971, 8, suppl. 1. 240-246.
- [24] KLEIN R. The wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy, prevalence and risk of diabetic retinopathy roken age and at diagnosis is less than 30 years. *Arch oph* 1984 ; 102 : 520–32.
- [25] DORF A. Retinopathy in Pima Indians relationships to glucose level duration of diabetes age at diagnosis of diabetes, and age at examination in a population with high prevalence of diabetes mellitus. *Diabetes* 1976 ; 25(7) : 554–60.
- [26] MANDO PA. The pattern of diabetic complications in African patients in Dares Salem. *Trop. Gog. Med.* 1980 ; 32(4) : 317-323.
- [27] Massin P, Erginay A. Rétinopathie diabétique, 2ème éd. Elsevier Masson, Paris 2010 ; 3-113.

Pour citer cet article :

TM Bah, R Baldé, I Fofana, HG Aichetou, AI Baldé, S Diané. Epidémiologie de la rétinopathie diabétique au centre d'application du diplôme d'études spécialisées en ophtalmologie (CADES/O) de Conakry. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 163-172



Article original

**Drainage et pose de prothèse biliaire pour des sténoses biliaires maligne
par la technique du rendez-vous percutanée**

Drainage and biliary prosthesis for malignant biliary stenosis by the percutaneous Meeting technique

M Essamlali*¹, L Kabbage², CT Fabove², M Edima², I Dadamessi²

Résumé

Au cours des ictères d'origine néoplasique, différentes complications peuvent survenir, notamment infectieuse, rénale, cardiaque, hémostatique, nutritionnelle et par l'apparition d'un prurit. La prise en charge de ces sténoses est essentielle afin d'éviter ces complications.

Plusieurs techniques sont possibles pour drainer les voies biliaires. Le cathétérisme rétrograde (CPRE) avec pose de prothèse, technique de référence, est efficace dans plus de 80% des cas, avec une morbidité plus faible que la chirurgie.

Plusieurs techniques sont possibles pour drainer les voies biliaires. Le cathétérisme rétrograde (CPRE) avec pose de prothèse, technique de référence, est efficace dans plus de 80% des cas, avec une morbidité plus faible que la chirurgie.

Néanmoins, si la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) ne permet pas la canulation de la voie biliaire, différentes alternatives techniques non chirurgicales sont envisageables ; la technique du rendez-vous par CPRE.

Mots-clés : CPRE, ictère, sténose biliaire, voies biliaires, technique du rendez-vous.

Abstract

During neoplastic jaundice, many complications can occur, including infectious, renal, cardiac, hemostatic, nutritional and through the onset of pruritus.

Management of these strictures is essential to avoid these complications. several techniques are possible to drain the bile ducts.

Retrograde catheterization (ERCP) with prosthesis placement, is effective in more than 80% of cases, with lower morbidity than surgery.

However, if endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) does not allow cannulation of the bile duct, various non-surgical technical alternatives are possible; the technique of meeting (Rendezvous) by ERCP.

Keywords: ERCP, jaundice, biliary stenosis, bile ducts, Meeting technique.

Introduction

La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec pose de prothèses biliaires sur obstructions biliaires néoplasiques

(métastases compressives, cholangiocarcinome...) est une technique de référence de drainage des voies biliaires. Cependant, la CPRE ne permet pas toujours la canulation de la voie biliaire principale (1), différentes alternatives techniques non chirurgicales sont envisageables : la technique du rendez-vous par CPRE effectuée conjointement par un radiologue et un endoscopiste (2).

Nous montrons dans notre travail la faisabilité et l'efficacité du drainage biliaire par technique du rendez-vous percutané chez des patients en échec de CPRE, avec illustration de notre série de patient par un cas clinique.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, réalisée dans le service d'hépto-gastro-entérologie du Centre hospitalier de Saint Quentin, sur une période de 18 mois entre janvier 2019 et juillet 2020.

Les critères d'inclusion étaient, tous les patients présentant une sténose biliaire maligne ; intrinsèque cholangiocarcinome ou extrinsèque par compression des voies biliaires d'origine secondaire, révélées par un ictère cholestatique, tableau d'angiocholite.

Les indications de drainage endoscopique étaient le prurit invalidant, un taux de bilirubine > 250 µmol/L, et l'angiocholite (4,5).

N'ont pas été incluses ; les sténoses biliaires inflammatoires bénignes.

Résultats

Le nombre total de CPRE réalisées pour drainage des obstacles biliaires néoplasiques était de 28.

Le drainage endoscopique était réussi chez 20 patients (71%), il y avait recours à la technique de RDV ; dans les cas où le cathétérisme de la VBP était impossible avec échec de montée du fil guide dans la VBP au cours de la CPRE, chez 8 patients (29%).

Il y avait six hommes et deux femmes sexe ratio de 3. La moyenne d'âge était de 73 ans avec des extrêmes d'âge allant de 51 ans à 99 ans.

L'indication du drainage était, l'ictère cholestatique avec prurit invalidant chez trois patients, ictère avec insuffisance hépatique et rénale chez 1 patient, drainage permettant de débiter une chimiothérapie chez trois patients, un cas pour angiocholite (6).

Dans notre étude il y avait, cinq cas de sténose avec suspicion de cholangiocarcinome (62.5%) dont un confirmé au cytobrossage de la VBP.

Deux patients présentaient une compression secondaire d'origine métastatique (25%), lymphome avec localisation hépatique, métastases compressives d'un adénocarcinome colique.

L'évolution à court terme était favorable, avec succès de pose de prothèse et baisse du taux de bilirubine chez 7 patients (87.5%).

Un patient est décédé dans les suites du geste par perforation duodénale.

Origines de la compression

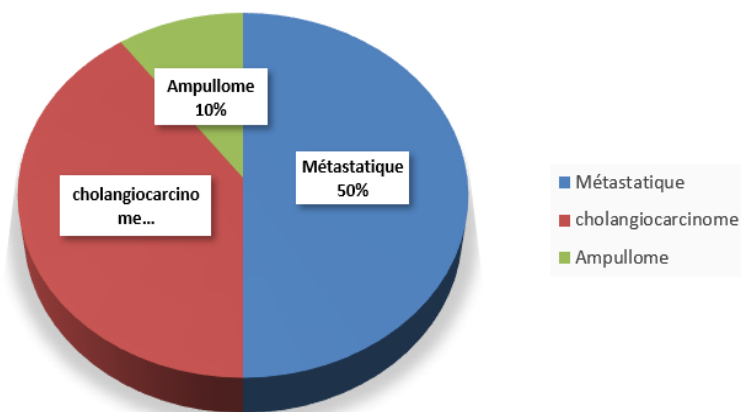


Figure 1 : Un cas d'ampullome dégénéré (12.5%).

Observation médicale

Patiente âgée de 71 ans, antécédents de cholécystectomie, dépression, HTA.

Admise pour ictère cholestatique avec urines foncées et selles décolorées, dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général, score OMS 1

Au bilan ; ASAT = 220UI/L ALAT = 185UI/L PAL = 817 UI/L GGT = 1068 UI/L Bt à J1= 248 µmol/L ACE, CA 19.9 normaux.

SCANap : dilatation des voies biliaires intra

hépatiques et bicanalaire sans obstacle visualisé de la tête du pancréas.

BILIIRM : présence d'une dilatation importante de la VBP 27mm avec dilatation des voies biliaires intra hépatiques mais également du Wirsung a 11mm en amont d'un épaissement circonférentiel prenant le contraste au niveau duodénal pouvant être en rapport avec un ampullome, intégrité hépatique splénique et pancréatique. Absence d'adénomégalie.

Echo endoscopie haute : volumineuse lésion ampullaire d'environ 30mm associée a une dilatation des canaux biliaires à 30mm et 9 mm au niveau pancréatique sans adénopathie localisée et sans atteinte à distance faisant évoquer un volumineux ampullome d'aspect tissulaire et hémorragique de la région ampullaire.

Duodénoscopie : papille bourgeonnante très hémorragique. Cathétérisme rendu difficile.

La patiente a bénéficié d'un drainage percutané pour évacuation et drainage biliaire dans un premier temps. Reprise au bloc ; cathétérisme par voie transpariétale, mise en place d'une prothèse couverte de 8cm par technique de rendez-vous. Biopsies de la lésion.

Anatomopathologie : ampullome répondant à un adénocarcinome infiltrant moyennement différencié.

Evolution favorable, régression nette de l'ictère, Bt a J7 = 41 μ mol/L .

Dossier discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire ; une prise en charge chirurgicale est envisagée.

Discussion

D'après les données de la littérature, la morbi-mortalité de ces techniques semble comparable à la CPRE(3).

Le drainage biliaire endoscopique est la première thérapeutique à proposer en cas d'obstruction biliaire. Cependant, l'échec de canulation de la voie biliaire principale en CPRE est de l'ordre de 5 à 10 %.

Dans ce contexte d'échec de drainage biliaire en CPRE la technique de drainage doit être proposée. L'objectif est donc de proposer la meilleure technique

de drainage, c'est-à-dire celle ayant la morbi-mortalité la plus faible.

Il existe peu de séries dans la littérature étudiant la technique du rendez-vous percutané, ces séries ayant de faibles effectifs (7). En comparaison avec la littérature, notre série de technique du rendez-vous percutané en un temps est la plus importante, le taux de complications et de succès sont identiques aux données de la littérature (7). Les complications survenues dans notre série ont déjà été rapportées dans la littérature, à savoir un risque de perforation.

Concernant le risque hémorragique, il reste lié à la sphinctérotomie, secondaire à la CPRE, et la troisième suite au retrait du drain transhépatique, secondaire au drainage percutané, d'évolution généralement favorable. Cet événement est rapporté dans la littérature dans 3 % des gestes (8). Le sepsis biliaire post drainage par technique du rendez-vous et percutané semble supérieur à la CPRE et est probablement secondaire à la contamination directe du sang par de la bile sur le trajet intra parenchymateux. Le taux de sepsis biliaire dû aux manœuvres biliaires percutanées est variable dans la littérature du fait de la grande variabilité de sa définition (1 à 35%). Il n'y a pas de facteur prédictif connu et l'antibioprophylaxie ne met pas à l'abri de ces complications (8).

Conclusion

Le drainage biliaire par technique du rendez-vous paraît efficace après échec d'une CPRE, dans plus de 80% des cas, constitue alors une alternative de référence avec une morbidité plus faible.

Le drainage par voie interne (CPRE) semble à privilégier en première intention si l'accès est possible. Le passage rapide à une technique du rendez-vous percutané pourrait permettre d'éviter certaines complications notamment chez des patients en projets de traitement curatif.

*Correspondance

Mehdi Essamlali

mehdi.essamlali3761@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Février 2021

1 : Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Universitaire IBN ROCHD Casablanca, Maroc.

2 : Service d'hépatogastroenterologie, Centre Hospitalier de Saint Quentin, France.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Dumonceau J-M, Tringali A, Blero D, Devière J, Laugiers R, Heresbach D, et al. Biliary stenting: indications, choice of stents and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy*. 2012; 44:277-98.
- [2] D'alincourt A, Hamy A, Thibaud C, Redon H, Paineau J, Lerat F. [Malignant obstructive jaundice: the role of percutaneous metallic stents]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2000;24:770-5.
- [3] De Palma GD, Persico F, Masone S, Labianca O, Mastantuono L, Di Marino M, et al. [Endoscopic palliative treatment of the common bile duct at the hepatic hilum. Results in 583 patients treated in a single center over a 10-year period]. *Minerva Chir*. 2003;58:175-9.
- [4] Van der Gaag NA, Rauws EAJ, van Eijck CHJ, Bruno MJ, van der Harst E, Kubben FJGM, et al. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. *N Engl J Med*. 2010;362:129-37
- [5] Talukdar R. Complications of ERCP. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2016;30:793-805.
- [6] Tomizawa Y, Di Giorgio J, Santos E, McCluskey KM, Gelrud A. Combined interventional radiology followed by endoscopic therapy as a single procedure for patients with failed initial endoscopic biliary access. *Dig Dis Sci*. 2014;59:451-8.
- [7] Saad WEA, Davies MG, Darcy MD. Management of bleeding after percutaneous transhepatic cholangiography or transhepatic biliary drain placement. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2008;11:60-7
- [8] Cozzi G, Severini A, Civelli E, Milella M, Pulvirenti A, Salvetti M, et al. Percutaneous transhepatic biliary drainage in the management of postsurgical biliary leaks in patients with nondilated intrahepatic bile ducts. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2006;29:380-8.

Pour citer cet article :

M Essamlali, L Kabbage, CT Fabove, M Edima, I Dadamessi. Drainage et pose de prothèse biliaire pour des sténoses biliaires maligne par la technique du rendez-vous percutanée. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 173-176



Article original

Les troubles mictionnels chez les diabétiques de type 2 : une enquête tunisienne

Micturition disorders in type 2 diabetes: a tunisian survey

F Hadj Kacem¹, S Gdoura¹, K Boujelben*¹, H Bouchaala², N Charfi¹, M Mnif¹, F Mnif¹,
N Rezik¹, M Mseddi², M Abid¹.

Résumé

Introduction : La neurovessie diabétique (NVD) est une affection dégénérative du système nerveux autonome de l'appareil vésico-sphinctérien compliquant le diabète de type 2. Notre étude a pour but de déterminer les caractéristiques clinico-épidémiologiques de la NVD et d'évaluer son impact sur la qualité de vie des diabétiques.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective incluant 200 patients diabétiques de type 2 sur une période de 6 mois (Avril-Septembre 2019), suivis à la consultation externe du service d'endocrinologie et diabétologie du CHU Hédi Chaker de Sfax.

Nous avons eu recours à deux questionnaires : le score Urinary Symptom Profile (USP) comprenant l'ensemble des troubles mictionnels pouvant être en rapport avec NVD puis l'échelle Ditrovie évaluant la qualité de vie des diabétiques souffrant de troubles mictionnels. **Résultats :** Les patients avaient un âge moyen de 59,30 ans avec une prédominance féminine significative (sex-ratio de 0,80). L'ancienneté moyenne de diabète était de $11,03 \pm 7,94$ ans. La fréquence des troubles vésico-sphinctériens était de 79,5%. Les facteurs prédictifs des troubles mictionnels étaient

l'ancienneté du diabète, la neuropathie périphérique, la dysfonction érectile et une hémoglobine glyquée supérieure à 7%. La qualité de vie des patients plaintifs était moyennement perturbée avec un score Ditrovie à 2,84.

Conclusion : Le dépistage et le diagnostic précoces de la NVD doivent être intégrés dans la prise en charge globale du diabétique. Sa prévention passe par un bon équilibre glycémique.

Mots-clés : diabète de type 2, vessie neurologique, qualité de vie, Sfax.

Abstract

Introduction: Diabetic neurogenic bladder (DNB) is a degenerative disease of the autonomic nervous system of the vesico-urethral sphincter system complicating type 2 diabetes.

This study aims to determine the frequency of diabetic neurogenic bladder, detail its clinical manifestations, evaluate its impact on quality of life and identify its predictive factors.

Patients and methods: We studied prospectively 200 patients with type 2 diabetes over a period of 6 months (April-September 2019.)

Diabetic neurogenic bladder screening was based on 2 questionnaires: the Urinary Symptom Profile (USP) score, then the Ditrovie scale in order to evaluate the quality of life.

Results: The patients had a mean age of 59.30 with significant female predominance and a sex ratio of 0,8. The average seniority of diabetes was 11.03 ± 7.94 years. The frequency of vesico- sphincter disorders was 79.5%. Predictive factors for micturition disorders were seniority of diabetes, peripheral neuropathy, erectile dysfunction, and HbA1c (glycated hemoglobin) greater than 7%. The quality of life for the plaintive patients was moderately disturbed with a Ditrovie scale of 2.84.

Conclusion: The screening and early diagnosis of DNB must be integrated into the overall management of diabetes. Its prevention requires a good glycemic balance.

Keywords: type 2 diabetes; neurogenic bladder; quality of life, Sfax.

Introduction

Le diabète de type 2 (DT2) est une maladie complexe résultant de l'interaction de plusieurs facteurs génétiques et environnementaux.

La prévalence globale du diabète sucré en Tunisie est passée de 9,9% en 1996 à 15,1% en 2015. Une étude de projection prévoyait par ailleurs que la prévalence risquerait d'atteindre 26,6% en 2027 [1].

Le DT2 participe à la détérioration de la qualité de vie (QDV) des patients par le biais de nombreuses complications telles que la neurovessie diabétique (NVD).

La NVD est une complication fréquente touchant environ 45% de la population diabétique en Tunisie [2]. Son incidence s'accroît avec l'ancienneté du diabète et le mauvais contrôle glycémique. Elle résulte de l'interaction de plusieurs mécanismes dont les atteintes vasculaires, les dysfonctionnements endothéliaux et les neuropathies.

L'objectif de ce travail était de déterminer la

fréquence de la NVD, d'évaluer son impact sur la QDV des diabétiques, déterminer ses manifestations cliniques et d'identifier les facteurs cliniques et paracliniques prédictifs des troubles mictionnels dans cette population.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique et descriptive menée sur une période de 6 mois, entre Avril 2019 et Septembre 2019, dans le service d'endocrinologie et de diabétologie du centre hospitalo-universitaire (CHU) Hédi Chaker de Sfax.

Les patients inclus avaient donné leur consentement libre et éclairé pour la participation à l'étude.

Les patients qui avaient présenté un ou plusieurs des critères suivants étaient exclus de l'étude : la pathologie neurologique dégénérative, la maladie psychiatrique, le traitement par les diurétiques, la pathologie du rachis lombaire et sacré, les antécédents d'irradiation pelvienne et les antécédents de chirurgie abdominale lourde.

Pour chaque patient, les données étaient recueillies lors d'une entrevue en s'aidant de deux instruments de mesure, le premier le score Urinary Symptom Profile (USP) afin de dépister les troubles mictionnels et le deuxième l'Echelle Ditrovie adapté à la QDV.

Une analyse univariée était ensuite réalisée pour identifier les facteurs associés à la survenue de troubles vésico-sphinctériens (TVS), en comparant deux groupes : le groupe des patients se plaignant de troubles mictionnel (G1) qui sont les patients dont au moins un des scores des symptômes présentés par le questionnaire USP est différent de 0, et le groupe des patients ne se plaignant pas de TVS (G2) qui sont les patients qui ont un score égal à 0 pour tous les symptômes présentés par le questionnaire USP.

L'analyse statistique était réalisée avec le logiciel SPSS 20 (Statistical Package for Social Science).

Résultats

Notre étude incluait 200 patients diabétiques de type

2. L'âge moyen de nos patients était de $59,30 \pm 10,58$ ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 87 ans. Nous avons noté une prédominance féminine, soit un sex-ratio (H/F) égal à 0,80.

Au moment de l'étude, 49,7% des patients étaient hypertendus et 57% étaient dyslipidémiques. Une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) était présente chez 8,5% des hommes et la notion de brûlures mictionnelles (BM) à répétition chez 25,6% de la population mais sans infection urinaire documentée.

L'interrogatoire avait retrouvé des antécédents familiaux de DT2 chez 80% de nos patients. Dans notre population, 6% étaient tabagiques. Aucun patient n'était consommateur d'alcool. Concernant les paramètres anthropométriques, le poids moyen était de $75,71 \pm 14,52$ kg. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de $28,62 \pm 5,3$ kg/m². La surcharge pondérale était retrouvée dans 44,4% des cas. L'obésité était présente chez 31,82% des patients dont 4,5% se plaignait d'obésité morbide.

Le syndrome métabolique était noté chez 61,3% de nos patients : 26,8% étaient des hommes et 34,5% étaient des femmes.

L'ancienneté moyenne du DT2 était de $11,03 \pm 7,94$ ans avec des extrêmes allant d'un diabète de primo-découverte au moment de l'enquête jusqu'à une ancienneté de 38 ans.

Tous nos patients suivaient des règles hygiéno-diététiques. Quarante pourcents étaient traités seulement par les anti-diabétiques oraux. L'insuline était prescrite chez 57,8% de nos patients avec une dose moyenne de 20,89 UI/j. L'instauration du traitement insulinique était indiquée après une évolution moyenne du diabète de 6,88 ans. La glycémie à jeun (GAJ) moyenne était de $9,96 \pm 4,11$ mmol/l. La valeur moyenne de l'HbA1c était de $9,19 \pm 2,37\%$. Le pourcentage des patients ayant une HbA1c inférieure à 7% était de 20,3%.

Les complications microvasculaires étaient réparties comme suit : la neuropathie périphérique (53,5%), suivie par la rétinopathie diabétique (29,6%) et puis par la néphropathie diabétique (9,5%). Les

complications liées à la neuropathie autonome et aussi les complications macrovasculaires étaient moins fréquentes : la gastroparésie et la dysfonction érectile avec des fréquences respectives à 11,5% et 20,5%, l'infarctus du myocarde (IDM) et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) avec des fréquences respectives à 15,6% et 6%.

La fréquence des troubles mictionnels était de 79,5% correspondant à un échantillon de 159 patients appartenant au groupe G1. Le groupe G2 contient 41 patients (20,5% de la population) ne se plaignant pas de TVS.

Trois types de symptômes étaient décrits selon le score USP : l'incontinence urinaire à l'effort (IUE) qui était de 22,5%, l'hyperactivité vésicale avec une fréquence de 70,5% et la dysurie avec un pourcentage de 51,5% des patients.

L'analyse du score de la QDV de Ditrovie montre que 28% avaient une QDV excellente, 28% la décrivaient bonne, 21,5% moins bonne, 13% moyenne et 9,5% la décrivaient comme mauvaise. Le score Ditrovie moyen dans notre population était de 2,52 avec des extrêmes allant de 1 à 5. Parmi nos patients symptomatiques, seulement 18,2% avaient consulté un médecin pour leurs symptômes urinaires. Parmi eux, 5% seulement étaient guéris et satisfaits de la prise en charge. Le protocole de l'étude consistait dans un deuxième temps à déterminer des différents facteurs associés aux TVS.

En effet, l'âge moyen du G1 était plus élevé comparativement à celui du G2 : $59,70 \pm 10,32$ ans versus $57,98 \pm 11,77$ ans ($p=0,36$). Le sex-ratio était de 0,89 dans le G1 et de 0,53 dans le G2 sans différence significative entre les 2 groupes ($p=0,16$).

Concernant les antécédents personnels, l'HTA était plus notée chez les patients de G1 : 53,8%. Elle n'était retrouvée que chez 30% des patients du G2 ($p=0,07$). La dyslipidémie était aussi plus fréquente dans le G1 : 59,7% versus 46,3% ($p=0,16$). L'HBP dans la population masculine était plus fréquente chez le G1 : 22,9% versus 9,1% ($p=0,29$). Les BM à répétition étaient plus rapportées chez le G1 : 29% versus 10,7% ($p=0,91$). La consommation du tabac

était peu notée dans les deux groupes : 2,4% dans G1 et 3,14% dans G2 (p=0,91).

Le nombre de patients ayant des antécédents familiaux de DT2 était plus élevé chez le G2 que le G1 : 85% versus 79,11% (p=0,65).

Les paramètres anthropométriques étaient différents dans les 2 groupes (tableau1). Le poids était plus élevé dans G1 : 77,47 ± 13,75 kg versus 70,28 ± 11,062 kg (p=0,003). Le tour de taille était également plus noté chez les patients de G1 : 103,48 cm versus 95,72 cm (p=0,01). L'IMC moyen dans le G1 était de 29,15 ± 5,47 kg.m² alors qu'il était de 26,38 ± 4,22 kg.m²(p=0,03). Le pourcentage des patients dont l'IMC est supérieur à 30 kg.m² était de 33,96

% dans le G1 et de 14,63% dans le G2 (p=0,016). Le diabète était plus ancien chez les patients de G1 par rapport aux patients de G2 : 11,87 ans versus 7,68 ans (p=0,03). L'insulinothérapie était prescrite chez 62% de G1 et 42,5% des patients de G2 (p=0,014) avec des doses moyennes d'insuline basale respectivement à 22 UI/j et 14 UI/j (p=0,014). Le début de l'instauration de l'insuline par rapport au début de l'évolution du diabète était de 7,58 ± 6,78 ans dans le G1 et de 2,62 ± 2,04 ans dans le G2 (p=0,011).

Concernant les complications chroniques, la rétinopathie diabétique était plus fréquente chez le G1 : 34,2% versus 12,5% dans le G2 (p=0,07). La néphropathie diabétique n'existait que dans le G1 : 12% (p=0,021). La neuropathie périphérique était plus notée chez le G1 que chez le G2 : 62,3% versus 17,5% (p=0,000). Quant aux complications macrovasculaires, l'insuffisance coronaire était présente chez 15,9% du G1 et 12,5% du G2 (p=0,60). L'AOMI n'était présente que dans le G1 : 7,9% (p=0,07).

Les autres complications liées à la neuropathie autonome telle que la gastroparésie et la dysfonction érectile étaient également plus fréquentes chez le G1 : 13,2% versus 2,5% pour la gastroparésie (p=0,05) et 23,3% versus 7,5% pour la dysfonction érectile (p=0,026).

L'équilibre glycémique était également plus perturbé dans le groupe G1 (tableau2). En effet, la valeur

moyenne de la GAJ était significativement plus élevée que dans le G2 : 10,66 ± 4,4 mmol/l versus 7,48 ± 1,22 mmol/l (p=0,000). Soixante-trois pourcent des patients dans G1 avaient une GAJ élevée supérieure à 7,15 mmol/l versus 51,21% des patients de G2 (p=0,03). Ajoutons encore que la valeur de l'HbA1C était plus importante dans le G1 que dans le G2 : 9,51 ± 2,26% versus 8,09 ± 2,44% (p=0,01). Quarante-vingt-huit pourcents des patients dans le G1 avaient une HbA1C > 7% versus 61% des patients de G2 (p=0,000).

La qualité de vie était bien évidemment plus perturbée dans G1 avec un score Ditrovie moyen de 2,84. Le score Ditrovie chez le G2 était de 1.

L'analyse multivariée par régression logique a conclu à 4 facteurs prédictifs de survenue de TVS chez les diabétiques de type 2 : l'ancienneté du diabète (p=0,033, OR=1,07, IC [1,006- 1,156]), la neuropathie périphérique (p=0,000, OR=6,43, IC [2,39-17,28]), la dysfonction érectile (p=0,05, OR=3,61, IC [0,95-13,74]) et l'HBA1C supérieure à 7% (p=0,045, OR=0,38, IC [0,15-0,57]).

Tableau I : Comparaison des paramètres anthropométriques et du syndrome métabolique entre les deux groupes

	G1	G2	P
Poids (kg)	77,47 ± 13,75	70,28 ± 11,062	0,003
IMC (kg.m ²)	29, 15 ± 5,47	26,38 ± 4,22	0,03
TT(cm)	103,48	95,72	0,01
IMC (%)			
≥ 30	33,96	14,63	0,016
≥ 25 et < 30	42,76	48,78	0,35
SM (%)	65,8	34,2	0,07

IMC : indice de masse corporelle ; TT : tour de taille ; SM : syndrome métabolique ; G1 : patients avec symptômes urinaires ; G2 : patients sans symptômes urinaires.

Tableau II : Paramètres biologiques des 2 groupes

	G1	G2	P
GAJ moyenne (mmol/l)	10,66 ± 4,4	7,48 ± 1,22	0.000
HBA1C moyenne (%)	9,51 ± 2,26	8,09 ± 2,44	0.01

G1 : patients avec symptômes urinaires ; G2 : patients sans symptômes urinaires ; GAJ : glycémie à jeun ; HBA1C : hémoglobine glyquée.

Discussion

La NVD est une complication urologique du DT2 touchant le système nerveux autonome et elle pose un problème majeur dans son dépistage. En effet, les études menées à travers le monde ont confirmé sa prévalence importante au cours de l'évolution du DT2. Mais cette prévalence reste encore imprécise et variable allant de 25% à 87% dans les différentes études réalisées étant donné le début insidieux de cette complication, la discrétion et la variabilité de ses symptômes cliniques [3].

Le recours au score USP, que nous avons utilisé dans notre étude, est devenu une pratique de plus en plus courante dans le but de dépister la NVD. Ceci permet de classer nos patients selon le type de symptômes qu'ils présentent : IUE, l'hyperactivité vésicale et la dysurie.

L'hyperactivité vésicale se définit par la survenue d'un besoin soudain, impérieux et fréquemment irrésistible d'uriner. Elle s'associe souvent à une incontinence urinaire qui est en général secondaire à un besoin irréprouvable. Le délai de sécurité est diminué, inférieur en général à 2 minutes [4]. L'hyperactivité vésicale était le symptôme le plus fréquemment rapporté par notre étude : 70,5% et aussi le symptôme le plus fréquemment rapporté par d'autres études [2,5,6].

Dans notre enquête, l'hyperactivité vésicale était suivie par la dysurie avec une fréquence de 51,5% des cas puis l'IUE avec un pourcentage de 22,5%.

La dysurie est définie par un retard au démarrage de la miction, par la faiblesse du jet urinaire nécessitant parfois le recours à faire des poussées abdominales. C'est aussi l'augmentation du temps de la miction avec parfois une miction en 2 temps, sensation de vidange vésicale incomplète et parfois des gouttes retardataires [7].

L'IUE se définit par des fuites involontaires d'urine provoquées par un effort de toux, de rire ou bien d'éternuement. Elle apparaît lorsque la pression abdominale augmente brusquement lors de l'effort et se répercute sur la vessie. La pression de la vessie excède alors celle du sphincter urétral qui s'ouvre et

laisse s'échapper l'urine [7].

Etant donné la variabilité des symptômes cliniques de la NVD et l'existence de plusieurs pathologies qui peuvent la mimer telle que l'HBP et l'infection urinaire, le recours à l'examen périnéal, aux examens complémentaires et surtout au bilan urodynamique (BUD) est devenu impératif [8].

Le BUD est un enregistrement des volumes, pressions et débits urinaires. Il permet de mieux comprendre le fonctionnement de la vessie et de son sphincter. Il comprend 3 étapes importantes qui se succèdent : la débimétrie, la cystomanométrie et la profilométrie urétrale.

Sur le plan urodynamique, la NVD se définit par la diminution de la sensation du besoin d'uriner (premier besoin (B1), besoin pressant (B2) et besoin urgent (B3) retardés), l'augmentation de la capacité vésicale et par la diminution de la contractilité vésicale pouvant conduire à une augmentation du résidu post-mictionnel (RPM) et à une rétention urinaire [9, 10].

Selon l'étude de T. UEDA [10] incluant 53 patients diabétiques de type 2 et 10 sujets témoins, un BUD a été réalisé chez tous les patients. Le résultat a démontré qu'il existe des différences à l'enregistrement entre les 2 échantillons. En effet, une diminution de la sensation de perception du besoin d'uriner a été observée. Le B1 était retardé et plus élevé chez les patients diabétiques en comparaison avec les sujets témoins : 184 ± 20 ml versus 139 ± 11 ml. Une augmentation de la capacité vésicale maximale a été également notée : elle était de 364 ± 20 ml chez les diabétiques, beaucoup plus élevée que chez les sujets contrôles : 284 ± 10 ml. Le RPM était plus important chez les sujets diabétiques : 92 ± 2 ml alors qu'il était seulement de 5 ± 2 ml chez les sujets sains. Les anomalies constatées au BUD étaient également notées chez les patients dont le diabète évoluait depuis moins d'un an, chez les patients traités uniquement par les règles hygiéno-diététiques, chez les patients qui ne souffraient pas de rétinopathie diabétique et aussi chez les patients qui ne se plaignaient pas de gêne fonctionnelle à l'interrogatoire.

Selon les études urodynamiques effectuées,

la NVD passe par différentes phases selon un ordre chronologique précis ; depuis la phase asymptomatique où le patient ne décrit aucune gêne, à l'hyperactivité vésicale qui se transforme avec le temps en hypoactivité vésicale, qui à son tour, conduit à la dysfonction du haut appareil urinaire si non traitée à temps par des autosondages [9, 11]. C'est ce qu'a affirmé Andersen et al dans leur étude réalisée sur 27 patients diabétiques ayant bénéficié d'une exploration urodynamique. Dans cette enquête, les patients qui se plaignaient de signes en rapport avec l'hyperactivité vésicale avaient une durée d'évolution du diabète moyenne de 2,6 ans alors qu'elle était de 21 ans pour les patients qui se plaignaient d'aréflexie détrusorienne [12].

L'hyperactivité vésicale se traduit au BUD par la survenue de contractions non inhibées du détrusor pendant la phase de remplissage vésical au cours d'une cystomanométrie. Le patient n'arrive pas à faire le contrôle de ses contractions, le détrusor se contracte avant que la vessie soit pleine d'où les besoins urgents et la possibilité de fuites urinaires.

L'hypoactivité vésicale se traduit au BUD par la présence de contractions vésicales réduites en intensité ou en durée à la cystomanométrie. Cette condition détermine un délai prolongé de vidange vésicale et/ou une vidange vésicale incomplète. L'altération de la contraction vésicale est majeure lorsqu'aucune contraction vésicale n'est obtenue pour un remplissage de 500cc L'absence de contraction vésicale traduit une vessie acontractile.

D'autres troubles urinaires liés à la NVD peuvent aussi retrouvés tels que l'hypertonie urétrale, la dyssynergie vésico-sphinctérienne, l'insuffisance sphinctérienne...

Dans notre étude, on s'est contenté uniquement de la présence de TVS qui ne sont pas toujours synonyme de NVD. Le recours au BUD, utile pour poser un diagnostic certain de la NVD, n'a pas été réalisé faute de moyens. Le BUD n'est pas utile uniquement pour établir un diagnostic certain de la NVD mais il permet de la détecter même lorsque le patient ne décrit aucun symptôme urinaire ce qui permet une prise en charge

précoce et une éviction des complications possibles pouvant être parfois fatales. Il présente le seul examen qui permet de proposer un traitement adéquat selon le type de vessie retrouvée.

Après une étude comparative entre les 2 groupes G1 et G2 afin de déterminer les facteurs prédictifs des TVS par une analyse univariée puis par une analyse multivariée, 4 facteurs ont été identifiés : l'ancienneté du diabète, la neuropathie périphérique, la dysfonction érectile et l'HbA1C>7%.

En effet, l'ancienneté du diabète augmente le risque de survenue de la NVD : le diabète évoluait depuis 11,87 ans dans G1 versus 7,68 ans dans G2 ($p=0,033$, OR=1,07, IC [1,006-1,156]). La prévalence de la NVD passe de 25% après 10 ans d'évolution du diabète à plus de 50% lorsque le diabète évoluait depuis plus de 45 ans selon Fridodt Moller [3]. Une autre étude suggérait que la NVD peut apparaître dès le 4ème mois d'évolution du diabète puisque l'effet délétère de l'hyperglycémie peut provoquer à ce stade des lésions d'atrophie axonale [13].

Il existe bien également une relation entre la NVD et la neuropathie périphérique. Plusieurs études dans la littérature ont confirmé l'existence de lien entre ces 2 types de neuropathies. Comme Ueda l'a démontré en enregistrant simultanément les contractions vésicales et la réponse à la stimulation cutanée, cette dernière était absente chez 52% des patients porteurs de NVD. La contraction vésicale chez ces sujets était faible et le RPM était important. La réponse cutanée chez les autres patients porteurs de NVD était plus retardée que celle des sujets témoins et de plus faible amplitude. L'enregistrement des contractions vésicales simultanément a dévoilé des contractions de plus faible pression en comparaison avec les sujets témoins [10]. Ces constatations concordent bien avec nos résultats puisque 62,3% des patients de G1 avaient une neuropathie périphérique et seulement 17,5% chez les patients de G2 ($p=0,000$, OR= 6,43, IC [2,39-17,28]).

La neuropathie autonome diabétique est complexe en raison de l'atteinte des différents appareils qui peuvent être touchés de façon inégale et variable dans

le temps. La neuropathie autonome, dans la majorité des études, par ses diverses manifestations sur différents organes, touche plus que 30% des patients diabétiques de type 2 [14]. La NVD n'est que la traduction de l'atteinte du système nerveux autonome de l'appareil vésico-sphinctérien. En effet, un déficit au niveau de l'activité de l'acétylcholinestérase dans les fibres nerveuses autonome a été démontré chez des hamsters dont le diabète a été induit expérimentalement [15, 16]. Les changements morphologiques dans les fibres nerveuses pelviennes et hypogastriques étaient similaires à ceux détectés dans les autres fibres parasympathiques [17]. Dans notre enquête, la gastroparésie était de 13,5% dans le G1 versus 2,5% dans le G2 et la dysfonction érectile était présente chez 23,3% des patients diabétiques de G1 et chez 7,5% des patients de G2. L'analyse multivariée a retenu la dysfonction érectile et non la gastroparésie comme facteur prédictif de la NVD ($p=0,05$, OR=3,61, IC [0,95-13,74]). L'hyperglycémie chronique reste le facteur le plus pourvoyeur de NVD. La majorité des experts étaient d'accord sur son effet sur l'appareil urinaire provoquant ainsi des altérations morphologiques, histologiques et fonctionnelles intéressant le muscle lisse de la paroi vésicale, l'urothélium et la neurotransmission des nerfs vésicaux adrénergiques et cholinergiques [18, 19, 20].

L'hyperglycémie chronique chez un patient diabétique ayant un mauvais contrôle glycémique provoque une polyurie osmotique lorsque le seuil rénal de glucose est dépassé. Pour parvenir à faire une vidange vésicale convenable, la vessie s'adapte et augmente sa capacité ce qui va engendrer une hypertrophie du détrusor [21, 22].

Macroscopiquement, l'hypertrophie du détrusor résulte de l'augmentation de la masse conjonctivale d'où la mauvaise compliance vésicale [23].

Microscopiquement, plusieurs changements au niveau de la musculature vésicale ont été expliqués dont le stress oxydatif induisant un processus d'apoptose des cellules musculaires lisses [24]. Au cours du diabète, il semble exister des altérations

dans la voie de synthèse de monoxyde d'azote (NO), conduisant à la diminution de la relaxation des cellules musculaires lisses [25]. Une augmentation de la dépolarisation des myocytes par l'augmentation de la sensibilité muscarinique et par le déficit en acétylcholinestérase a été aussi notée ainsi qu'un changement au niveau de la membrane des myocytes et une diminution de la communication intercellulaire [21]. L'état d'inflammation engendré par le DT2 conduit à la libération de plusieurs médiateurs par l'urothélium tels que l'ATP (adénosine triphosphate), le NO, la bradykinine et les prostaglandines, qui agissent en synergie diminuant ainsi le seuil d'excitabilité et augmentant ainsi la sensibilité de fibres nerveuses sensibles [26]. Le processus de la neurodégénérescence prend place également dès l'apparition du diabète. Des lésions d'atrophie axonale peuvent être présentes au 4^{ème} mois après le début du diabète [13]. La démyélinisation des cellules de Schwann a été démontrée sur une pièce de biopsie des fibres afférentes vésicales avec mise en évidence d'une quantité moindre d'acétylcholinestérases [27]. Notre enquête vient aussi confirmer le rôle néfaste de l'hyperglycémie chronique. L'analyse multivariée a incriminé le taux d'HbA1C > 7% comme facteur prédictif de la NVD ($p=0,045$, OR=0,38, IC [0,151-0,57]).

Un dépistage et un diagnostic précoce de la NVD permet une prise en charge précoce et donc de conserver une qualité de vie excellente chez les patients diabétiques puisque la majorité des patients se plaignant surtout d'une hyperactivité vésicale étaient très plaintifs. La prise en charge précoce permet également d'éviter certaines complications pouvant parfois être fatales telles que les infections urinaires et les septicémies, la lithiase vésico-rénale et la rétention rénale chronique avec dérèglement de la fonction rénale [28].

Conclusion

Le dépistage de la NVD doit être intégrée dans la prise en charge globale du patient diabétique de type

2. La réalisation du BUD est une étape cruciale pour son diagnostic précoce et pour élaborer une prise en charge adéquate. Sa prévention passe par le maintien d'un bon équilibre glycémique.

*Correspondance

Khoulood Boujelben

khoulood25boujelben@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Février 2021

1 : Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie.

2 : Service d'urologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Maoui A, Bouzid K, Ben Abdelaziz A. Epidémiologie du diabète de type 2 au Grand Maghreb. Exemple de la Tunisie. *Revue systématique de la littérature. La Tunisie Médicale.* 2019;97(2):286-295.
- [2] Koubaa S, Ben Salah FZ, Miri I et al. Les neurovessies du diabète. *La Tunisie Médicale.* 2009;87(4):279-282.
- [3] Frimodt-Møller C. Diabetic cystopathy: epidemiology and related disorders. *Ann Intern Med.* févr 1980;92(2 Pt 2):318-21.
- [4] Veit Rubin N, Meyer S, Aichtari C. Syndrome de la vessie hyper-active chez la femme : un défi de santé publique. *Revue Médicale Suisse.* 2015;11;492:2016-2021.
- [5] El Arem S, Haj Hamad W, Sghir M, et al. La cystopathie diabétique : typologie et retentissement sur la qualité de vie. *Annales d'Endocrinologie.* 1 sept 2018;79(4):274-5.
- [6] Lahrabli S, Diagne NS, Nait Khchat A, et al. Les troubles vésico-sphinctériens et diabète au Maroc. *Annales d'Endocrinologie.* 1 oct 2014;75(5):387.
- [7] L'Urologie M de. Chapitre 08 - Troubles de la miction de l'adulte et du sujet âgé [Internet]. <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/troubles-de-la-miction.html>
- [8] Game X. Apport de l'urodynamique et modalités thérapeutiques actuelles des troubles complexes de la continence et de la miction chez la femme. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* sept 2018;202(7):1475-86.
- [9] Yuan Z, Tang Z, He C, Tang W. Diabetic cystopathy: A review. *J Diabetes.* juill 2015;7(4):442-7.
- [10] Ueda T, Yoshimura N, Yoshida O. Diabetic cystopathy: relationship to autonomic neuropathy detected by sympathetic skin response. *J Urol.* févr 1997;157(2):580-4.
- [11] Majima T, Matsukawa Y, Funahashi Y, et al. Urodynamic analysis of the impact of diabetes mellitus on bladder function. *Int J Urol.* juin 2019;26(6):618-22.
- [12] Andersen JT, Bradley WE. Early Detection of Diabetic Visceral Neuropathy: An Electrophysiologic Study of Bladder and Urethral Innervation. *Diabetes.* 1 déc 1976;25(12):1100-5.
- [13] Paro M, Prashar A, Prosdociami M, Cherian PV, Fiori MG, Sima AAF. Urinary Bladder Dysfunction in the BB/W Diabetic Rat: Effect of Ganglioside Treatment on Functional and Structural Alterations. *The Journal of Urology.* 1 mars 1994;151(3):781-6.
- [14] Izenberg A, Perkins BA, Bril V. Diabetic Neuropathies. *Semin Neurol.* août 2015;35(4):424-30.
- [15] Steers WD, Mackway-Gerardi AM, Ciambotti J, de Groat WC. Alterations in neural pathways to the urinary bladder of the rat in response to streptozotocin-induced diabetes. *Journal of the Autonomic Nervous System.* 1 avr 1994;47(1):83-94.
- [16] Itoh H, Morikawa A, Makino I. Urinary bladder dysfunction in spontaneously diabetic Chinese hamsters. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 1 janv 1994;22(2):163-70.
- [17] Paro M, Prosdociami M, Zhang W-X, Sutherland G, Sima AAF. Autonomic Neuropathy in BB Rats and Alterations in Bladder Function. *Diabetes.* 1 août 1989;38(8):1023-30.
- [18] Brownlee M. The Pathobiology of Diabetic Complications: a unifying Mechanism. *Diabetes.* 2005;54(6):1615.
- [19] Rolo AP, Palmeira CM. Diabetes and mitochondrial function: Role of hyperglycemia and oxidative stress. *Toxicology and*

Applied Pharmacology. 15 avr 2006;212(2):167-78.

- [20] Yoshimura N, Chancellor MB, Andersson K-E, Christ GJ. Recent advances in understanding the biology of diabetes-associated bladder complications and novel therapy. *BJU International*. 2005;95(6):733-8.
- [21] Daneshgari F, Huang X, Liu GT et al. Temporal differences in bladder dysfunction caused by diabetes, diuresis, and treated diabetes in mice. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 1 Juin 2006;290(6):R1728-R1735.
- [22] Liu G, Daneshgari F. Diabetic bladder dysfunction. *Chin Med J*. 2014;127(7):1357-64.
- [23] Xiao N, Wang Z, Huang Y, Daneshgari F, Liu G. Roles of polyuria and hyperglycemia in bladder dysfunction in diabetes. *J Urol*. mars 2013;189(3):1130-6.
- [24] Elrashidy RA, Liu G. Long-term diabetes causes molecular alterations related to fibrosis and apoptosis in rat urinary bladder. *Exp Mol Pathol*. déc 2019;111:104304.
- [25] Poladia DP, Bauer JA. Early cell-specific changes in nitric oxide synthases, reactive nitrogen species formation, and ubiquitinylation during diabetes-related bladder remodeling. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2003;19(4):313-9.
- [26] Birder LA, Nealen ML, Kiss S, De Groat MJ et al. β -Adrenoceptor Agonists Stimulate Endothelial Nitric Oxide Synthase in Rat Urinary Bladder Urothelial Cells. *Journal of Neuroscience*. 15 septembre 2002;22(18):8063-8070.
- [27] Van Poppel H, Stessens R, Van Damme B, Carton H, Baert L. Diabetic Cystopathy: Neuropathological Examination of Urinary Bladder Biopsies. *European Urology* 1988, Vol. 15, No. 1-2 - Karger Publishers.
- [28] Schwaetz J, Iselin C. Prise en charge de la vessie neurogène. *Revue Médicale Suisse* 2009;5;228:2453-2456.

Pour citer cet article :

F Hadj Kacem, S Gdoura, K Boujelben, H Bouchaala, N Charfi, M Mnif et al. Les troubles mictionnels chez les diabétiques de type2 : une enquête tunisienne. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 177-185



Cas clinique

Volvulus Synchrone du Côlon Sigmoidé et Transverse

Simultaneous Volvulus of the Sigmoid and Transverse Colon

JL Kambiré¹, S Ouédraogo¹, S Ouédraogo¹, M Zida²

Résumé

Le volvulus du côlon sigmoïde désigne la rotation et la torsion du côlon autour de son axe réalisant une occlusion intestinale mécanique basse. Le siège de prédilection du volvulus est le sigmoïde et le caecum. L'atteinte du transverse est rare. L'atteinte synchrone du sigmoïde et du transverse est exceptionnelle. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique. Son pronostic reste préoccupant. A travers notre observation et une revue de la littérature, nous discutons les aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette association morbide.

Mots-clés : volvulus sigmoïde et transverse-diagnostic-traitement.

Abstract

Sigmoid colon volvulus refers to the rotation and twisting of the colon around its axis achieving a low mechanical bowel obstruction. The favorite seat of the volvulus is the sigmoid and the cecum. Transverse involvement is rare. The synchronous involvement of the sigmoid and the transverse is more so. This is a diagnostic and therapeutic emergency. His prognosis remains worrying.

Through our observation and a review of the literature,

we discuss the diagnostic and therapeutic aspects of this morbid association.

Keywords: sigmoid and transverse volvulus -diagnosis-treatment.

Introduction

Le volvulus du côlon désigne la rotation et la torsion du côlon autour de son axe, réalisant une occlusion intestinale mécanique basse. Le siège de prédilection du volvulus est le sigmoïde dans 59% des cas et le caecum dans 39% des cas [1]. L'atteinte du transverse est rare, de l'ordre de 2%. L'atteinte synchrone du sigmoïde et du transverse l'est davantage. Lianos et collaborateurs [2] dénombraient en 2012, six cas rapportés dans la littérature. Il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique. Son pronostic est préoccupant. A travers notre observation et une revue de la littérature, nous discutons les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette association morbide dans un contexte à ressources limitées.

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient de 31 ans, de sexe masculin, admis au service des urgences chirurgicales du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya, pour des douleurs abdominales intenses et diffuses, de début brutal, évoluant depuis 48 heures, non calmées par la prise d'antalgiques et d'antispasmodiques. Elles étaient associées à un arrêt des matières et des gaz puis à des vomissements. L'interrogatoire ne notait pas d'antécédent de laparotomie ni de prise de neuroleptiques, ni de constipation chronique. A l'examen général, il présentait un état général conservé, un bon état de conscience, des conjonctives colorées, un bon état hémodynamique. La température était à 37°8C, la tension artérielle à 110/80 mm de mercure. A l'examen physique, l'abdomen était distendu dans son ensemble, avec une sensation de rénitence élastique, tympanique dans son ensemble et on notait un silence auscultatoire. Les orifices herniaires étaient libres et le toucher rectal révélait une ampoule rectale vide. Le reste de l'examen physique était normal. Un volvulus du côlon sigmoïde était suspecté. Le patient était alors hospitalisé et les mesures de réanimation et les explorations paracliniques entreprises. La radiographie de l'abdomen sans préparation prescrite n'a pas été réalisée, car non disponible en urgence. La biologie révélait une hyperleucocytose à 13.700 éléments/mm³ à prédominance neutrophile, un taux d'hémoglobine à 12,4g/dl, une glycémie à 6,9 millimole/l et une créatinémie à 85 micromole/l. A la laparotomie, on observait un double volvulus du sigmoïde et du transverse comme nous le montre la figure 1. Une double résection était pratiquée. Il s'agissait d'une colectomie segmentaire gauche avec anastomose colorectale et une hémicolectomie droite élargie avec anastomose iléo-colique termino-latérale. Les suites opératoires ont été compliquées de sepsis et le décès du patient était intervenu 48 heures après l'intervention chirurgicale.



Figure 1: image per opératoire du volvulus synchrone du sigmoïde et du transverse.

Discussion

Le volvulus du côlon sigmoïde est une maladie de l'adulte jeune de sexe masculin relativement fréquente en Afrique. Dans les pays du Nord, il est plus rare et est l'apanage des sujets de plus de 60 ans [1]. L'incidence du volvulus du transverse est beaucoup plus rare, de l'ordre de 2%. Les sièges multiples du volvulus classiquement décrits, sont les sièges iléal et sigmoïdien. Le nœud iléo-sigmoïdien a atteint 24% des cas dans la série de Traoré et collaborateurs au Burkina Faso [3]. Le volvulus synchrone du transverse et du sigmoïde est une entité rarissime. Lianos et collaborateurs ont dénombré six cas rapportés à travers la littérature en 2012 [2]. Si sa symptomatologie clinique permet d'évoquer un volvulus du sigmoïde comme le cas de notre observation, le double siège sigmoïdien et transverse reste de diagnostic préopératoire difficile même en présence d'explorations radiologiques. En effet, la radiographie de l'Abdomen Sans Préparation a une faible sensibilité pour le diagnostic étiologique et topographique. Les opacifications digestives qui gardent un intérêt dans le diagnostic topographique et étiologique restent peu performantes devant ces formes multiples rares, en témoignent les cas rapportés dans la revue de la littérature [4,5] où la radiographie et le lavement baryté ont seulement permis de conclure à un volvulus du sigmoïde. Le diagnostic de volvulus synchrone du sigmoïde et du

transverse ayant été de découverte opératoire. Le scanner abdominal qui est l'examen de référence en matière de diagnostic topographique, étiologique et de gravité dans les occlusions intestinales, a montré ses limites dans le cas de Scheerer [6]. Il a permis d'évoquer un volvulus du coecum avant d'observer en peropératoire qu'il s'agissait d'un volvulus total du côlon, intéressant aussi bien, les côlons ascendant, transverse et descendant. Eu égard à la faible performance des explorations radiologiques dans l'établissement du diagnostic dans ces formes rarissimes, l'examen clinique se doit d'être minutieux afin de ne pas retarder l'exploration chirurgicale. Cette prise en charge chirurgicale doit être encadrée par une réanimation pré, per et post opératoire optimale. Le traitement chirurgical consiste à la résection des segments volvulés avec rétablissement immédiat ou différé de la continuité digestive. Dans notre observation, une colectomie subtotala a été réalisée avec un rétablissement immédiat de la continuité digestive. Cette attitude thérapeutique est partagée par plusieurs auteurs [2,6,7,8]. Cependant, Wisler et collaborateurs [8] ont opté pour une colostomie terminale avec rétablissement différé de la continuité. Une colectomie totale est parfois nécessaire comme dans le cas de Lianos [1]. Si le traitement peut être performant, le pronostic en revanche reste préoccupant. Le décès est survenu dans notre cas dans un contexte de sepsis. Ceci démontre l'impérieuse nécessité de la réanimation péri-opératoire qui doit entourer la chirurgie colique. Si la mortalité en rapport avec le volvulus du sigmoïde est de 9,44%, elle est de 17% en cas de volvulus synchrone du sigmoïde et du coecum et de 18% en cas de volvulus synchrone du sigmoïde et du transverse [9].

Conclusion

Le volvulus synchrone du sigmoïde et du transverse quoique rare, n'est pas exceptionnel. Il est de diagnostic préopératoire difficile même en présence d'explorations radiologiques. Son traitement est médico-chirurgical et relève de l'urgence. Son

pronostic est préoccupant surtout dans les contextes à ressources limitées.

*Correspondance

Jean Luc Kambire

jeanluckambire@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Février 2021

- 1 : Service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso.
- 2 : Service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Lau Kevin CN, Miller BJ, Schache DJ et al. A study of large bowel volvulus in urban Australia. *Can J Surg*, 2006; 49 (3):203-207
- [2] Lianos G, Ignantiadou E, Lianou E et al. Simultaneous volvulus of the transverse and sigmoid colon: Case report. *G. Chir* 2012, 33 (12):324-326
- [3] Traoré SS, Zida M, Kafando R et al. Les volvulus du côlon pelvien à propos de 50 cas à Ouagadougou. *J Afr Chir Dig*, 2007; 7 (2) :667-671
- [4] HO KY, Razaleigh Y, Ikhawan S, Zaidi Z. Sigmoid volvulus with a redundant transverse colon. How extensive should the resection be? *Malaysian Society of Colorectal Surgeons*, 8th-11th March 2018, Po. 47
- [5] Wisler JR, Stanislav PA Stawicki. Colonic "double twist" *OPUS 12 Scientist* 2009, 3 (3):58-59
- [6] Scheerer ME, Mahammad HN et al. A rare case of total colonic volvulus. *AMSRJ*, 2015; 2 (1):88-92
- [7] Hoseini A, Samani RE, Parsamoin H et al. Synchronic

volvulus of sigmoid and transverse colon: A rare case of large bowel obstruction. *Ann Colorectal Res*, 2014; 2 (1):e16520

[8] Samuel M, Boddy SA, Capps S. Volvulus of the transverse and sigmoid colon. *Pediatr Surg Inter*, 2000; 16 (7):522-524

[9] Wissam JH, Mehraneh DJ, Celeste YK et al. Colonic volvulus United States: Trends, outcomes and predictors of mortality. *Annals of Surgery*, 2014, 259 (2):293-301

Pour citer cet article :

JL Kambiré, S Ouédraogo, S Ouédraogo, M Zida. Volvulus Synchrone du Côlon Sigmoidé et Transverse. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 186-189



Cas clinique

Lupus érythémateux systémique de l'enfant : A propos d'une fille malienne de 14 ans

Systemic Lupus Erythematosus in Children: About a 14-year-old Malian girl

S Sy*^{1,2}, CP Azangué Samiza¹, M Samaké^{2,3}, M Coulibaly⁴, L Cissé⁵, MB Sanogo¹,
B Dégoga¹, A Kodio¹, S Fongoro^{1,2}

Résumé

Le lupus érythémateux systémique est l'archétype de la maladie auto-immune pouvant affecter tous les organes. C'est une collagénose grave, en raison de ses complications hématologiques, cardiaques, neurologiques et rénales. Les manifestations rénales sont variables : anomalies isolées du sédiment urinaire (protéinurie, hématurie et/ou leucocyturie), syndrome néphrotique, hypertension artérielle et/ou insuffisance rénale. Nous rapportons un cas de syndrome néphrotique secondaire au lupus chez une jeune fille âgée de 14 ans admise dans le service de néphrologie du CHU du Point-G.

Mots-clés : Lupus, enfant, syndrome néphrotique, Mali.

Abstract

Systemic lupus erythematosus is the archetypal autoimmune disease that can affect all organs. It is a serious collagenosis, due to its hematological, cardiac, neurological and renal complications. Renal manifestations are variable: isolated abnormalities of the urinary sediment (proteinuria, hematuria and/or leukocyturia), nephrotic syndrome, arterial hypertension and/or renal failure. We report a case of

nephrotic syndrome secondary to lupus in a 14-year-old girl admitted to the nephrology department of UHC of Point G.

Keywords: Lupus, child, nephrotic syndrome, Mali.

Introduction

Le lupus érythémateux systémique est l'archétype de la maladie auto-immune pouvant affecter tous les organes [1]. C'est une collagénose grave en l'absence de traitement, en raison de ses complications hématologiques, cardiaques, neurologiques et rénales [2]. Il touche avec prédilection la femme en période jeune d'activité ovulatoire. Elle est caractérisée sur le plan biologique par la production d'anticorps antinucléaires dirigés en particulier contre l'ADN natif [2]. En Néphrologie le diagnostic est souvent tardif. Deux tiers des enfants présentant un lupus érythémateux disséminé présentent une atteinte rénale. Les manifestations rénales sont variables : anomalies isolées du sédiment urinaire (protéinurie, hématurie et/ou leucocyturie), syndrome néphrotique, hypertension artérielle et/ou insuffisance rénale [3]. Plusieurs observations ont été faites en Afrique au sud

du Sahara en raison de la disponibilité croissante des moyens de diagnostic [4, 5, 6].

Nous rapportons un cas de syndrome néphrotique secondaire au lupus systémique chez une jeune fille âgée de 14 ans.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 14 ans, élève qui a été hospitalisée dans notre service pour insuffisance rénale à 409 $\mu\text{mol/l}$ de créatinine sérique.

L'interrogatoire retrouvait une notion de céphalées, de vomissements incoercibles, d'œdème des membres inférieurs, de bouffissure du visage, une douleur thoracique et une douleur abdominale.

L'examen général notait un état général altéré, une pression artérielle à 120/80mmHg, une fréquence cardiaque à 70 battements/min, une température à 36,5°C, la patiente pesait 60 kilos. L'examen cardiaque était sans particularité, l'examen pulmonaire notait la présence de râles crépitants dans les deux champs. Sur la peau on notait la présence de lésions maculaires hypochromiques, atrophiques sur le front et le pourtour orbitaire, des lésions hypochromiques mouchetées disséminées sur le genou (Cf. figures 1,2 et 3). Au niveau des phanères, les cheveux étaient défrisés avec une alopecie frontale. Les lèvres buccales étaient érythémateuses fissurées (Cf. figure 2).

Au niveau abdominal, on avait une ascite de grande abondance non cloisonnée. La patiente avait des œdèmes des membres inférieurs bilatéraux mous indolores qui gardaient le godet, une bouffissure du visage réalisant un tableau d'anasarque. Elle portait une sonde urinaire contenant 500 ml d'urines claires. La bandelette urinaire faite retrouve : une albuminurie +++ sans hématurie ni de nitrites.

Le bilan biologique révélait une anémie microcytaire hypochrome arégénérative (taux de réticulocyte à 90.000/mm³) à 7,4g/dl. La CRP était élevée à 38,5 mg/l. Les plaquettes et les leucocytes étaient normaux. Le Test de Coombs direct et indirect était négatif. La créatinémie de contrôle était à 269 $\mu\text{mol/l}$ puis à 139 $\mu\text{mol/l}$, l'urée à 70,73mmol/l avec un rapport urée

plasmatique x1000/créatinémie >100. La calcémie corrigée avec l'albuminémie était à 2.093 mmol/l, l'albuminémie était à 15,1 g/l et la protidémie à 36 g/l, la natrémie à 128 mmol/l, la kaliémie à 6,35mmol/l. Sur le plan urinaire, la protéinurie était à 0,770 g/24h avec une diurèse à 800 ml. L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) trouvait une leucocyturie à 25.000/ml sans hématurie associée à une infection urinaire à Escherichia Coli. Après le traitement de l'infection urinaire, la protéinurie était revenue à 3,49 g/24h avec une diurèse à 1600 ml et l'ECBU normal. L'électrophorèse des protéines urinaires réalisée sur gel d'agarose montrait une protéinurie de type mixte, glomérulaire et tubulaire.

Le bilan infectieux (AgHbS, Ac anti-VHC, HIV, ASLO, TPHA/VDRL et coproculture) était négatif. Un bilan immunologique complet a montré : des anticorps anti-nucléaires (AAN) positifs avec un taux >10, des anticorps anti-DNA double brin positifs à 250 UI OMS, des anticorps anti-U1RNP à 1,7, et les anticorps anti-Sm > 8,0. La fraction C3 (0, 40 g/l) du complément était diminuée, le C4 était normal à 0,17g/l. Les anticorps anti-Scl-70, anti-SSA/Ro 52, anti-SSA/Ro 60, anti-SSB/La, les anticorps anti-Jo 1 et les anticorps anti-centromères B étaient négatifs. La biologie est résumée dans le tableau I.

L'échographie abdominopelvienne montrait des reins de taille normale 114x65mm à droite et 116x68mm à gauche, peu différenciés, alithiasiques et non dilatés. La radiographie pulmonaire montrait un syndrome interstitiel avec une cardiomégalie. L'échographie cardiaque n'a pas été réalisée.

Le diagnostic de syndrome néphrotique de l'enfant secondaire à un lupus érythémateux systémique avait été retenu devant : une protéinurie à 3,49 g/24h, une hypoalbuminémie à 15g/l, une hypoprotidémie à 36g/l, des AAN >10, des anticorps anti-DNA à 250 UI. Le Score SLEDAI était coté à 21 correspondant à une maladie lupique de très haute activité (Cf. tableau II).

La patiente était traitée par une corticothérapie à forte dose (Prednisone 1 mg/Kg/jour) associée aux traitements adjuvants avec une régression progressive

de la posologie.

L'évolution était favorable sur le plan clinique (disparition des signes généraux, des lésions cutanées).



Figure 1 : image illustrant des lésions hypo chromiques mouchetées disséminées sur le genou.

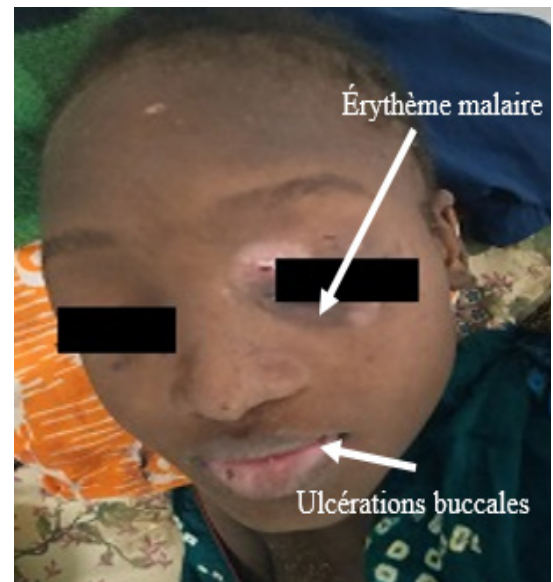


Figure 2 : image illustrant les lésions au niveau du visage.

Tableau I : Résultats de la biologie.

Examens complémentaires	Résultats à l'admission
Anémie microcytaire hypochrome arégénérative avec Hb	7,4g/dl avec taux de réticulocytes à 90.000/mm ³
CRP	38,5mg/l
Leucocytes	6.800/mm ³
Plaquettes	/mm ³
Créatininémie	139 µmol/l
Urée	70,73mmol/l
Sérologie VIH, VHC, VHB, ASLO, TPHA/VDRL	Négative
Hypoalbuminémie	15,1g/l
Hypoprotidémie	36 g/l
Protéinurie des 24h	3,49 g
Test de Coombs direct et indirect	Négatif
Fraction C 3	diminuée
AAN positifs	10
Anticorps anti-DNA	250 UI OMS
Anticorps anti-Sm	8
Anticorps anti-URNP	1, 7
Anti-Scl70	Négatif
Ac anti-SSA/Ro 52	
Ac anti-SSA/Ro 60	
Ac anti-SSB/La	
Ac anti-Jo 1	
Ac anti-centromères B.	Négatifs

Tableau II : Score SLEDAI de notre patiente

Poids	Score	Description
8	oui	céphalées
4	oui	protéinurie
2	oui	Alopécie
2	oui	Ulcères muqueux
3	oui	Complément C3 bas
2	oui	Ac anti-DNA élevé

Total : 21. Score 3 : maladie lupique de très haute activité.

Tableau III : Critères révisés de l'ARA 1982 de classification du LES

1. Éruption malaire	8. Atteinte neurologique :
2. Lupus discoïde	– comitialité
3. Photosensibilité	– psychose
4. Ulcérations orales	9. Anomalie hématologique :
5. Arthrite non érosive	– anémie hémolytique ou
6. Épanchement :	– leucopénie < 4000 ou
– pleurésie	– lymphopénie < 1500 ou
– péricardite	– thrombocytopénie < 100 000
7. Atteinte rénale :	10. Désordre immunologique :
– protéinurie > 0,5 g/jour	– cellules LE + ou – anti-ADN natif ou
– cylindres	– anti-Sm ou
	– fausse sérologie syphilitique
	11. Anticorps antinucléaires (en l'absence de médicaments inducteurs)



Figure 3 : image illustrant une alopecie.

Discussion

Nous rapportons un cas de syndrome néphrotique secondaire à un lupus systémique. Le diagnostic du lupus systémique reposait sur les critères de l'American Rheumatism Association (ARA). Un nombre minimum de 4 étant exigé pour retenir le diagnostic de LES avec une sensibilité et une spécificité de 96 % (Cf. Tableau III) [7].

Le lupus systémique débute à l'âge pédiatrique dans environ 15 % des cas. C'est une affection grave et rare chez l'enfant. Le lupus néonatal est une entité rare qui serait due à la transmission d'auto anticorps

maternel à l'enfant pendant la grossesse. Un (1) cas a été rapporté en 2018 par Cissé et al [6] de l'hôpital dermatologique de Bamako. Il s'agissait d'un enfant de sexe féminin âgé de 2 mois reçu en consultation avec des lésions érythémateuses maculaires du visage et du tronc. La mère de l'enfant était suivie pour une dermatomyosite diagnostiquée sur la base des lésions cliniques, de la faiblesse musculaire et d'une élévation des enzymes musculaires. Notre patiente présentait sur le plan dermatologique des lésions maculaires hypochromiques, atrophiques sur le front et le pourtour orbitaire, des lésions hypochromiques mouchetées disséminées sur le genou. Au niveau des phanères, les cheveux étaient défrisés avec une alopecie frontale. Les lèvres buccales étaient érythémateuses fissurées.

Les anticorps anti-Sm et anti-RNP sont également fréquemment présents [8]. Le bilan immunologique de notre patiente montrait des anticorps anti-nucléaires (AAN) positifs avec un taux >10 , des anticorps anti-DNA double brin fortement positifs à 250 UIOMS, des anticorps anti-U1RNP à 1,7, et les anticorps anti-Sm $>8,0$ et une hypocomplémentémie de la fraction C3 (0,40 g/l). Selon Cameron, 75 % des enfants atteints de LES vont présenter une néphropathie lupique [9]. Le mode d'installation des symptômes rénaux est variable : il peut être progressif avec l'apparition d'anomalie du sédiment urinaire dans le cadre du suivi régulier par bandelette urinaire, ou aigu et sévère sous la forme d'une insuffisance rénale aiguë, d'un syndrome néphrotique ou néphritique [10]. La présentation de l'atteinte rénale chez notre patiente était un tableau de néphropathie glomérulaire sur le mode de syndrome néphrotique associé à une insuffisance rénale aiguë. En pratique, la biopsie rénale est toujours indispensable. Elle n'est pas disponible dans notre pays. Dans notre cas, les limites découlent du fait que nous n'avons pas réalisé la ponction biopsie rénale afin de stadifier l'atteinte rénale et adapter sa prise en charge. Devant ce tableau clinico-biologique, la ponction biopsique rénale montrerait la néphropathie lupique classe IV: glomérulonéphrite diffuse proliférative avec protéinurie et syndrome néphrotique, hématurie,

leucocyturie et parfois IR (27 %). C'est dans cette forme que l'on observe les aspects histologiques les plus caractéristiques, avec une prolifération mésangiale, endothéliale et souvent épithéliale, les parois vasculaires sont soulignées par des dépôts sous endothéliaux, prenant l'aspect classique en anse de fil de fer, ou «wire-loop». Les corps hématoxyliques de Gross sont pathognomoniques, mais très rares (3% des cas). En immunofluorescence, il existe des dépôts diffus d'Ig G, A et M, ainsi que des fractions C3, C4 et C1q du complément. Dans un tiers des cas, il existe de fins dépôts d'IgG, de C3 et de C1q sur les basales tubulaires [11]. Le traitement de la néphropathie lupique fait appel aux corticoïdes associés aux agents cytotoxiques [12]. Selon les conclusions d'une méta-analyse, l'association de cyclophosphamide et de corticoïdes demeure la meilleure option pour préserver la fonction rénale des patients atteints de glomérulonéphrite lupique proliférative diffuse [13]. L'évolution est très variable d'un patient à l'autre et l'application rigide de protocoles issus d'essais cliniques peut exposer à une immunosuppression excessive les patients dont la maladie est peu sévère ou répond très bien au traitement [12]. La prise en charge de notre patiente a été faite par la corticothérapie (1mg/Kg/j) associée aux traitements adjuvants après s'être rassuré de l'absence de tout foyer infectieux. L'évolution était favorable sur le plan clinique et biologique, marquée par l'amélioration des lésions cutanées, la perte du poids, la reprise de la diurèse et la fonction rénale qui passe de 409 $\mu\text{mol/l}$ de créatinine sérique à 139 $\mu\text{mol/l}$.

Conclusion

Le lupus de l'enfant est rare et plus sévère que chez le sujet adulte. Sa présentation clinique est similaire à celle de l'adulte. Il doit être reconnu et traité précocement. La morbidité et la mortalité dépendent des systèmes d'organes touchés.

Consentement

Le consentement libre et éclairé du tuteur a été obtenu pour ce travail.

*Correspondance

Seydou SY

seydousy2002@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Mars 2021

- 1 : Service de néphrologie et d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali.
- 2 : Faculté de Médecine de Bamako, Mali.
- 3 : Unité de néphrologie de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, Mali.
- 4 : Unité de néphrologie de l'hôpital Mali Gavardo de Sébénicoro, Bamako, Mali.
- 5 : Hôpital Dermatologique de Bamako, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Quentin Raimbourg, Eric Daugas. Atteintes rénales du lupus. *Néphrologie & Thérapeutique*.2019 ;15:174–189.
- [2] Sana K et al. Lupus érythémateux systémique à début pédiatrique : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2015 ; P 1-5.
- [3] Ranchin B. Atteinte rénale du lupus systémique de l'enfant : quand et comment les dépister ? *Archives de pédiatrie*.2004 ; 11 : 507–508.
- [4] Cisse CA. Le lupus érythémateux systémique A propos de 6 observations et une revue de la littérature. Thèse de médecine, Dakar, 1986, numero15.
- [5] KA M, Diallo S, Kane A; Wade B, M BENGUE M, Diouf B, Diallo A, Diop TM, Lupus erytemateux systemique au Sénégal *Med Afriq noire*. 1998 ; 45 :42-45.
- [6] Cisse L, Karabinta Y. lupus néonatal chez un nouveau-né dont la mère est suivie pour dermatomyosite . *Pan Afr Med J*. 2018; 31: 117.

- [7] Olivier Meyer. Critères de classification : mode d'emploi pour le diagnostic de lupus systémique. *Revue du Rhumatisme*.2005 ; 72 :142–149.
- [8] A Belot, R Cimaz. Le lupus de l'enfant à travers les âges. *Revue du rhumatisme monographies*.2012 ; 79:24–29.
- [9] Bader-Meunier B, Armengaud JB, Haddad E, et al. Initial presentation of childhood-onset systemic lupus erythematosus: a French multicenter study. *J Pediatr* .2005; 146:648–53.
- [10] Cameron JS. Lupus nephritis in childhood and adolescence. *Pediatr Nephrol*.1994; 8 :230–49.
- [11]Huong DL, Papo T, Beaufiles H, Wechsler B, Bletry O, Baumelou A, et al. Renal involvement in systemic lupus erythematosus. A study of 180 patients from a single center. *Medicine*.1999; 78: 148–66.
- [12]O'Callagan CA. Manifestations rénales des maladies auto-immunes systémiques : diagnostic et traitement. *Néphrologie et Thérapeutique*. 2006 ; 2 :140-151.
- [13]Flanc RS, Roberts MA, Strippoli GF, Chadban SJ, Kerr PG, Atkins RC. Treatment of diffuse proliferative lupus nephritis : a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Kidney Dis*. 2004; 43:197-208.

Pour citer cet article :

S Sy, CP Azangué Samiza, M Samaké, M Coulibaly, L Cissé, MB Sanogo et al. Lupus érythémateux systémique de l'enfant : à propos d'une fille malienne de 14 ans. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 190-195



Article original

Evènements cardio-vasculaires d'origine digestive chez les patients diabétiques

Cardiovascular events of digestive origin in diabetic patients

AM Maliki*¹, H Idrissa¹, I Cissé¹, H Bako^{1,2}, H Habibou¹

Résumé

Nous rapportons dans cette étude le profil des évènements cardio-vasculaires d'origine digestive chez les patients diabétiques.

L'objectif de cette étude est de contribuer à la connaissance de certaines manifestations cardio-vasculaires, souvent révélées par des troubles digestifs chez le diabétique, d'énumérer les différents troubles digestifs associés aux manifestations cardio-vasculaires chez les diabétiques et enfin d'étudier les complications cardio-vasculaires auxquelles le sujet diabétique est exposé.

Il s'agit d'une étude longitudinale prospective allant du 15 mars 2010 au 31 Mars 2011 (soit un an), dans les services médicaux de l'hôpital national de Niamey (HNN). Cette étude a porté sur tous les patients diabétiques des deux sexes, de tout âge confondu, hospitalisés au cours de la période d'étude et dont le diabète a été découvert à la suite d'un trouble digestif et ou cardio-vasculaire. Les patients possédant un examen complémentaire incomplet, ou ceux décédés avant l'entretien ont été exclus de l'étude.

Etude multivariée des manifestations digestives et cardiovasculaires. Les paramètres ont été analysés à l'aide de l'outil informatique Epi info6, Microsoft office Word 2007, Excel. Les résultats ont été

comparés à ceux de la littérature.

Nous avons inclus 102 patients diabétiques. L'âge moyen de notre série était de 46,67 ans (extrêmes de 1 et 90 ans). Sex-ratio = 1,12. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient les douleurs abdominales (22,55%). Le diabète (30,39%) et l'HTA (8,82%) représentaient les antécédents familiaux les plus fréquents. L'HTA est le principal facteur de risque cardiovasculaire retrouvé dans 51,96% des cas chez nos patients. Les aspects de l'électrocardiogramme étaient dominés des troubles de la repolarisation de l'ordre de 38,57% suivi par la nécrose 25,71%. L'échocardiographie était anormale chez 80% des patients. On notait une variation glycémique de 1,25 mmol/l à 30 mmol/l. Nous avons noté un taux de décès de 13,72%.

Mots-clefs : Diabète, manifestations digestives, Niger.

Abstract

In this study, we report the profile of cardiovascular events of digestive origin in diabetic patients.

The objective of this study is to contribute to the knowledge of certain cardiovascular manifestations, often revealed by digestive disorders in diabetics, to list the various digestive disorders associated with cardiovascular manifestations in diabetics and finally

to study cardiovascular complications to which the diabetic subject is exposed.

This is a prospective longitudinal study running from March 15, 2010 to March 31, 2011 (i.e. one year), in the medical services of the Niamey National Hospital (HNN). This study included all diabetic patients of both sexes, of all ages, hospitalized during the study period and whose diabetes was discovered as a result of a digestive and / or cardiovascular disorder. Patients with an incomplete complementary examination, or those who died before the interview were excluded from the study.

Multivariate study of digestive and cardiovascular manifestations. The parameters were analyzed using the Epi info6 computer tool, Microsoft office Word 2007, Excel. The results were compared with those in the literature.

We included 102 diabetic patients. The average age of our series was 46.67 years (range 1 and 90). Sex ratio = 1.12. The most common reasons for hospitalization were abdominal pain (22.55%). Diabetes (30.39%) and hypertension (8.82%) were the most common family history. Hypertension is the main cardiovascular risk factor found in 51.96% of cases in our patients. The ECG aspects were dominated by repolarization disturbances of the order of 38.57% followed by necrosis 25.71%. Echocardiography was abnormal in 80% of patients. A glycemic variation was noted from 1.25 mmol / l to 30 mmol / l. We noted a death rate of 13.72%.

Keywords: Diabetes, digestive symptoms, Niger.

Introduction

Le diabète est une maladie chronique due à une carence ou un défaut d'utilisation de l'insuline, hormone produite par le pancréas. Cette carence ou défaut entraîne une augmentation de la glycémie (hyperglycémie) [1].

Autrefois considéré comme une affection réservée aux peuples des pays industrialisés, le diabète tend à devenir hélas sous nos cieux un véritable problème de

santé publique [2].

Pour cette raison toute personne à risque de développer un diabète nécessite un dépistage systématique. Dans les pays en voie de développement, plus particulièrement au Niger la prise en charge du diabète reste précaire, celle-ci favorise la survenue des complications multiples, et précisément cardio-vasculaire chez les diabétiques anciens. En dehors de ces troubles cardio-vasculaires les diabétiques peuvent aussi présenter des troubles digestifs, mais peut-il avoir une relation entre trouble digestif et certaines manifestation cardio-vasculaires ? C'est pour cette raison que la prise en charge de cette pandémie nécessite une conjugaison d'efforts des différents acteurs impliqués, dans l'intérêt des patients.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude longitudinale prospective allant du 15 mars 2010 au 31 Mars 2011 (soit un an), dans les différents services médicaux de l'hôpital national de Niamey (HNN). Cette étude a porté sur tous les patients diabétiques des deux sexes, de tout âge confondu, hospitalisés au cours de la période d'étude et dont le diabète a été découvert à la suite d'un trouble digestif et ou cardio-vasculaire. Les patients possédant un examen complémentaire incomplet, ou ceux décédés avant l'entretien ont été exclus de l'étude.

Etude multivariée des manifestations digestives et cardiovasculaires. Les paramètres ont été analysés à l'aide de l'outil informatique Epi info6, Microsoft office Word 2007, Excel. Les résultats ont été comparés à ceux de la littérature.

Résultats

Nous avons inclus 102 patients. Il s'agissait de 54 hommes (52,94%) et 48 femmes (47,06%), le sexe ratio était de 1,12. L'âge moyen des patients était de 59,5 ans avec des extrêmes de 18 à 101 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle des patients de 54-64 ans (30,39%). La répartition des patients

selon l'âge est représentée dans la Figure n°1. Les troubles digestifs (diarrhées, vomissements, douleur abdominale) étaient les motifs d'hospitalisation dans 55,88% des cas. Les différentes plaintes des patients au cours de la période d'hospitalisation sont représentées dans la figure 2. L'HTA est le principal facteur de risque cardiovasculaire retrouvée chez les patients dans 51,96% des cas. Figure 3. L'électrocardiogramme enregistrait des troubles de la repolarisation et des séquelles de nécrose dans

respectivement 38,57% et 25,71% des cas. Il existait une atteinte oculaire au fond d'œil dans 43,75% des cas. Nous avons noté 92,31% d'atteintes rénales et 50% de perturbations des enzymes Cardiaques. On notait une variation glycémique importante chez la majeure partie des patients, avec des extrêmes de 1,25 m mol/l à 30 m mol/l. figure 4. Le suivi de la population étudiée a été marqué par un taux de décès de l'ordre de 13,72% des cas.

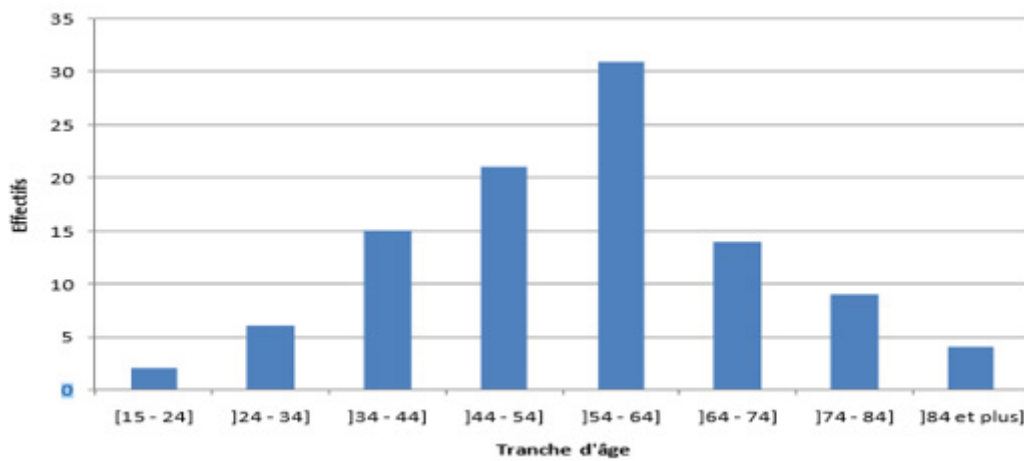


Figure 1 : Répartition des diabétiques par tranche d'âge

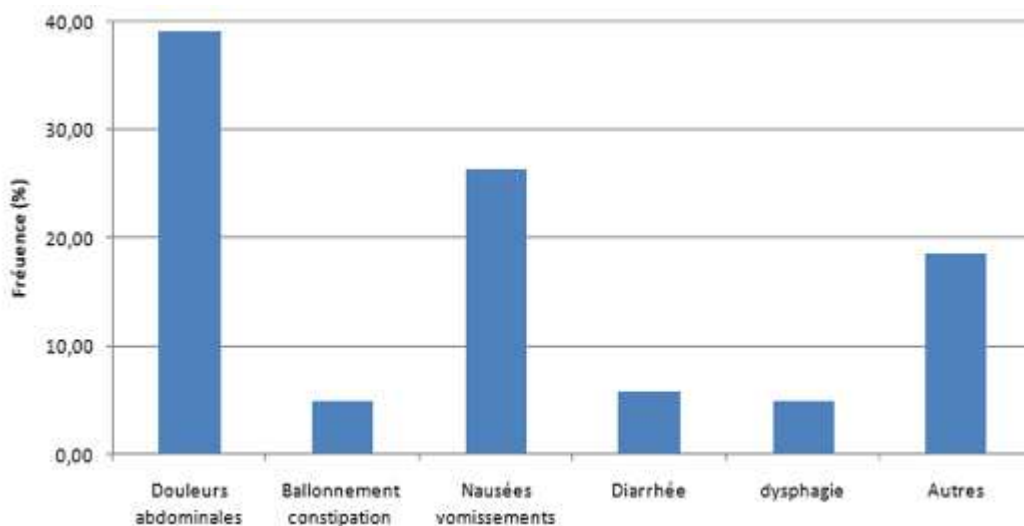


Figure 2 : Répartition des patients diabétiques selon leurs plaintes au cours de la période d'hospitalisation

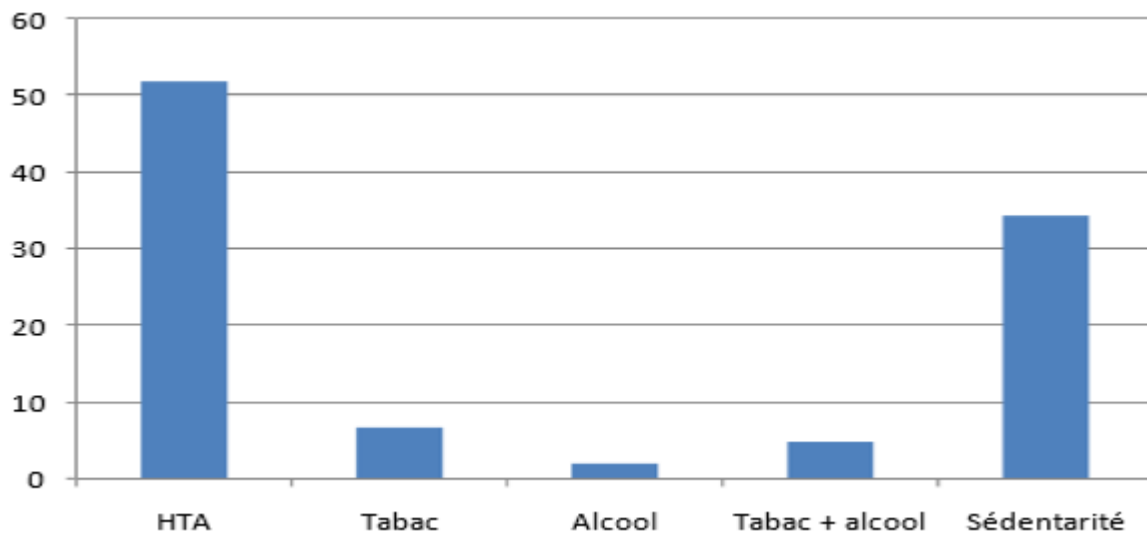


Figure 3 : Répartition des patients selon les facteurs de risques associés.

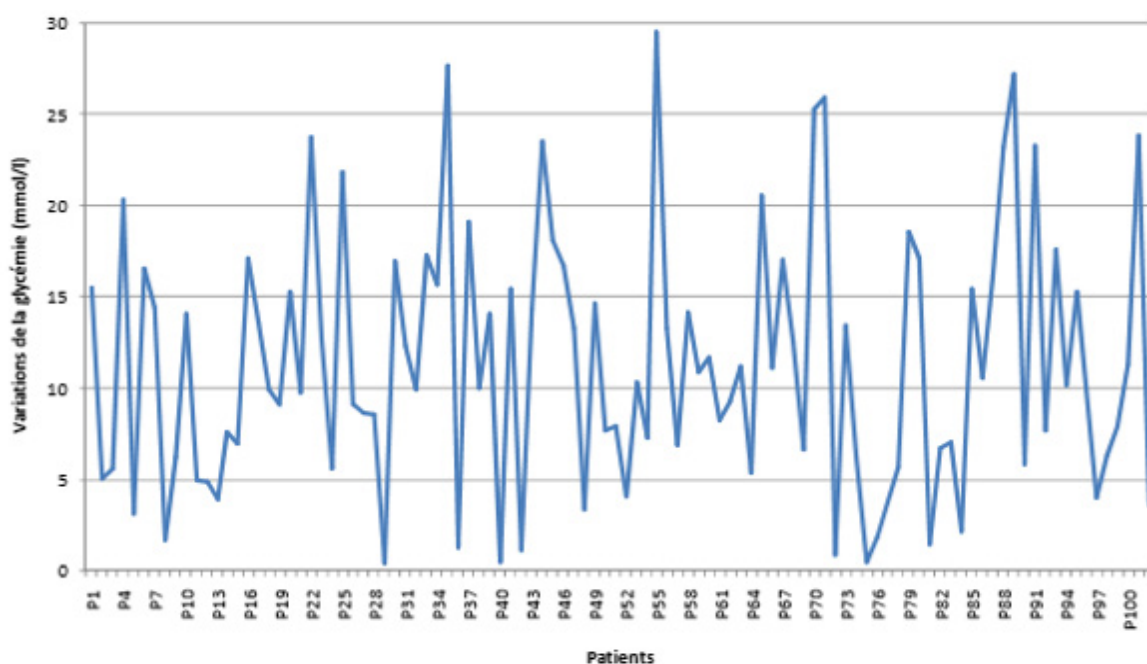


Figure 4 : Répartition des patients selon la variation glycémique.

Discussion

Nous avons inclus 102 patients. L'âge moyen de nos patients est de 59,5 ans avec des extrêmes de 18 à 101 ans, la majorité des patients se situe dans la tranche d'âge de 54-64 ans. Nos résultats sont différents de ceux de MODEST [3] qui a trouvé pour ses patients un âge moyen de 35,89 ans et que la majorité était comprise entre 20 à 39 ans. OUEDRAOGO et collaborateurs [4] dans une étude faite au centre hospitalier National YALGADO au Burkina Faso en 1997 ont trouvé un âge moyen de 53,8 ans. TOURE

AA. trouve une forte prévalence (54,82%) dans la tranche d'âge de 50-69ans soit [5]. Dans notre étude le sexe ratio était de 1,12. La prédominance du sexe masculin a été rapporté par de nombreuses études [3,4,6]. MODEST [3], OUEDRAOGO et collaborateurs [4] et PACSUAL [6] avaient trouvé respectivement un sexe ratio de 1,26 ; 1,02 et 1,4. Nous constatons une forte prévalence des sujets âgés dans la majorité des cas. Cette forte prévalence peut s'expliquer par la conjonction de plusieurs facteurs entraînant l'apparition du diabète surtout de type 2

chez les personnes âgées, mais aussi de l'augmentation de la durée de vie de cette population, rendue possible par la disponibilité des antidiabétiques, l'amélioration de la prise en charge, et de l'observance du traitement par certains patients.

Ainsi 55,88% des patients ont été hospitalisés pour des troubles digestifs. Ce résultat est nettement supérieur à celui de HAMADOU.D et collaborateurs qui trouvent 12,72% de troubles digestifs comme motif de consultation [7]. JEANDEL [8] avait trouvé par contre une prédominance de l'HTA comme motif de consultation avec un taux respectif de 8%,44%. Ces résultats ne reflètent pas le taux exact du motif d'hospitalisation pour troubles digestifs dans notre contexte, car beaucoup de patients sont hospitalisés pour d'autres motifs alors qu'il existait à l'interrogatoire un trouble digestif sous-jacent.

Un antécédent familial de diabète a été retrouvé chez 30,39% des patients. Ce taux est inférieur à celui de HAMADOU D. [7] qui a retrouvé 43,6%. Le taux d'antécédent familial de diabète chez les patients prouve une fois de plus l'implication de facteur génétique dans la survenue du diabète dans la descendance.

La fréquence des pathologies associées peut être dû à la sensibilité particulière du diabétique aux infections, et la survenue des complications dégénératives qui sont à la base de plusieurs événements pathologiques. Ainsi l'HTA est la pathologie la plus fréquemment retrouvée chez nos patients dans 51,96% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de DRABO et al. [10] qui ont trouvé 30% des cas. La sédentarité, le comportement alimentaire, tend à se généraliser, ceci n'est pas sans conséquence sur l'état sanitaire de la population, engendrant la survenue du diabète et plus tard la survenue des complications en particulier cardiovasculaires. L'ECG enregistrait 71,43% de troubles de la repolarisation et 25,71% de séquelles de nécrose. HOUKPONOU [11] avait trouvé un taux de séquelles de nécrose inférieur à notre résultat de l'ordre de 12,00%. Selon l'étude Overall Interheart et african Interheart, 24% des cas d'IDM africains étaient porteur du diabète [12]. En effet le diabète

détermine une maladie vasculaire représentée par la micro et la macro angiopathie. Des données épidémiologiques montrent que le diabète par le biais de la macro angiopathie multiplie par 2 ou 3 chez l'homme, et 3 à 5 chez la femme, le risque de maladie coronaire. L'athérosclérose apparaît précocement ; l'existence de sténose modérée pourrait être un substrat anatomique prédisposant à une future rupture de plaque. L'atteinte coronaire est souvent diffuse et sévère. Plus de 50% des diabétiques meurent des complications d'insuffisance coronaire. L'ischémie myocardique au cours du diabète est souvent silencieuse et la mortalité au cours de l'IDM est doublée par rapport aux non diabétiques [13].

Il existait une anomalie échocardiographie chez 80% de nos patients. Ce taux est proche de celui de AGBIDINOUCOUN PIERRETTE H. qui a trouvé 88% d'anomalies échocardiographies [14].

Un grand nombre des diabétiques ont une atteinte cardiaque décelable à l'échographie cardiaque. Ainsi l'échographie cardiaque Doppler constitue un examen fondamental dans le cadre de la recherche des cardiopathies diabétiques.

La majorité des patients (92,31%) avaient une atteinte rénale et 50% une perturbation des enzymes cardiaques.

Concernant les atteintes rénales nos résultats sont supérieurs à ceux de DJOROLO à Cotonou et DRABO au Burkina Faso qui avaient trouvé respectivement 28% et 35% d'atteintes rénales ;

Au cours de l'évolution, nous avons noté 13,72% de décès. Ce taux est inférieur à celui de ANDIA DAN KOMMA A. [15] qui a noté 23,29% de décès. Ceci s'explique par le fait que ces patients arrivent dans les services de soins dans un tableau d'urgence médicale, par survenue de complications aiguës.

Conclusion

Cette étude permet de faire le constat que les diabétiques font des complications cardio-vasculaires dont l'expression est souvent révélée par des troubles digestifs. Ceci est d'autant plus expressif que la

clinique renforcée par le para clinique nous ont permis d'observer des perturbations électriques(ECG) et biologiques et sur le plan des enzymes cardiaques. Ainsi l'étude a concerné les patients âgés de 18 à 101 ans avec un sex ratio à 1,12. La majorité des patients se situe dans la tranche d'âge de 54 à 64 ans. Les résultats de l'ECG montrent une prédominance des troubles de la repolarisation suivie de la nécrose de l'ordre. L'électrocardiogramme, en tant que technique non invasive facilement reproductible d'une part, et de par les informations qu'il fournit sur l'activité électrique du cœur d'autre part constitue un outil de diagnostic fiable de l'infarctus du myocarde chez le diabétique, appuyé par les enzymes cardiaques. Cette étude montre le caractère multifactoriel du diabète dont l'expression digestive n'est pas à négliger dans la mesure où celle-ci peut révéler des complications cardio-vasculaires.

*Correspondance

Maliki Abdoulaye Moctar

moctarmaliki@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Mars 2021

1 : Service de Cardiologie, Hôpital National de Niamey

2 : Faculté de Médecine de l'Université Abdou Moumouni/Niamey

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] <http://www.agrojob.com>
[2] HASLETT ER, CHILVERS NA, BOON NR, COLLEDGE AA. Principes et pratiques, médecine interne, traduit de la 19^e édition anglaise, DAVIDSON 2005.

- [3] TAMAKLOE-AZAMESUW KOKOU MODESTE. Les complications métaboliques du diabète sucré à l'hôpital National de Niamey. Thèse méd 2004.
[4] OUEDRAGO M, OUEDRAGO SM, BIBRAE, DRABO YJ. Complications aiguës du diabète sucré au centre hospitalier National de Yalgado. Thèse méd. OUAGADOUGOU 1997.
[5] TOURE AA. Complications dégénératives et infectieuses du diabète sucré: Etude épidémiologique et clinique sur un échantillon de 132 malades à Niamey. thèse méd. UAM Niamey 2007; N°1477.
[6] PASCUAL LUC. Aspects épidémiologiques des complications du diabète sucré dans une population de diabétiques Camérounais. Thèse Méd. Bordeaux II 1996.
[7] IDRISSE B. FATCHIMA . Contribution à l'étude épidémiologique des complications médicales du diabète en milieu hospitalier, thèse méd, UAM Niamey (Niger) 2005; N°1601 .
[8] KANDJIGU K, BIELD I, BIDINGI J, DIHU M. Etude clinique du diabète sucré à Kinshassa . Méd Afrique noire 1985;32(3):53-62.
[9] JEANDEL P. ; KOUDA ZEHA. Le diabète sucré au Caaméroun. Med. d'Afrique Noire 1987;34(10):861-873.
[10] DRABO YJ. ; OUANDAOGO BJ. Les atteintes cardiaques du diabétique. Etude de 260 cas au CHU de OUAGADOUGOU. Rev. Afr. Noire, 1987,34 (7) :593-602.
[11] RHOUMOUR FZ. Expérience de suivi en ambulatoire de diabétiques non-insulino-dépendants en médecine de ville à Niamey. Thèse Méd. UAM Niamey (Niger), 1987, n 87.
[12] DRABO YJ, OUANDAOGO BJ. Les atteintes cardiaques du diabétique. Etude de 260 cas au CHU de OUAGADOUGOU. Rev. Afr. Noire, 1987;34 (7):593-602.
[13] AGBIDINOUCOUN PIERRETTE .H. Aspects échocardiographiques du cœur du diabétique, corrélation clinique et pratique, étude prospective à propos de 50 cas, thèse de médecine, Niamey 2000,
[14] ANDIA DAN KOMMA A. Les complications cardiovasculaires majeures du diabète sucré de type 2 à HNL, thèse médecine Niamey(Niger) 2011; N°1832 .

Pour citer cet article :

AM Maliki, H Idrissa, I Cissé, H Bako, H Habibou. Evènements cardio-vasculaires d'origine digestive chez les patients diabétiques. Jaccr Africa 2021; 5(1): 196-201



Cas clinique

Hématocolpos révélé par une rétention urinaire : à propos d'un cas

Hematocolpos revealed by urine retention: about a case

MSO Manzo*¹, HS Diaouga², MC Yacouba², A Amankaye³, JA Balarabé³

Résumé

L'hématocolpos correspond à l'accumulation progressive du sang menstruel dans la cavité vaginale à la puberté résultant souvent d'une imperforation de l'hymen. Sur le plan clinique, l'aménorrhée primaire est le signe le plus constant. Il peut se révéler par des douleurs pelviennes cycliques, une masse pelvienne et exceptionnellement par une rétention urinaire. L'échographie est l'examen de choix pour le diagnostic de l'hématocolpos sur imperforation de l'hymen. Nous rapportons un cas d'hématocolpos secondaire à une imperforation hyménéale diagnostiqué chez une jeune fille présentant une aménorrhée primaire et une rétention urinaire. Le diagnostic était posé par l'examen clinique et l'échographie. Il est confirmé par l'intervention chirurgicale.

Mots-clés : Hématocolpos, aménorrhée et rétention urinaire.

Abstract

Hematocolpos is the gradual accumulation of menstrual blood in the vaginal cavity at puberty often resulting from imperforation of the hymen. Clinically, primary amenorrhea is the most consistent sign. It can be revealed by cyclic pelvic pain, a pelvic mass and exceptionally by urinary retention. Ultrasound

is the examination of choice for the diagnosis of hematocolpos on imperforate hymen. We report a case of hematocolpos secondary to hymenal imperforation diagnosed in a young girl presenting with primary amenorrhea and urinary retention. The diagnosis was made by physical examination and ultrasound. It is confirmed by surgical intervention.

Keywords: Hematocolpos, amenorrhea and urinary retention.

Introduction

L'hématocolpos correspond à l'accumulation progressive du sang menstruel dans la cavité vaginale à la puberté résultant souvent d'une imperforation hyménéale. Cette dernière est rarement diagnostiquée pendant la période néonatale et se présente en général plus tard à la puberté par une aménorrhée primaire, des douleurs pelviennes cycliques ou une masse pelvienne et exceptionnellement par une rétention urinaire[1, 2, 3]. L'examen gynécologique permet de poser le diagnostic de l'imperforation de l'hymen. L'échographie est déterminante pour le diagnostic d'hématocolpos et permet aussi la recherche des malformations associées notamment rénales[1].

Cas clinique

Il s'agissait d'une fille âgée de 15 ans, n'ayant pas encore sa ménarche, admise au service des urgences chirurgicales du centre hospitalier régional de Tahoua (République du Niger) pour une rétention d'urine évoluant depuis 24 h. La patiente n'avait pas rapporté la notion des douleurs abdominales cycliques ni autre signe associé. A l'examen clinique, elle était agitée et apyrétique. L'examen de l'abdomen montrait la présence d'une voussure hypogastrique évoquant un globe vésical aigu. Une sonde a été mise en place et ramenant des urines hématuriques. L'examen gynécologique avait permis d'objectiver un hymen imperforé et bombé (Figure 1).

L'échographie sus-pubienne a montré la présence d'une formation liquidienne rétrovésicale, médiane (Figure 2).

Le haut appareil urinaire était sans particularité à l'échographie (Figure 3).

Aucune autre anomalie utéro-annexielle n'était trouvée. Le diagnostic d'hématocolpos était évoqué. La patiente était transférée au centre mère-enfant de la région où après réexamen des organes génitaux externe, le diagnostic d'un hématocolpos sur hymen imperforé était retenu. Une ponction à l'aiguille avait ramené du sang « couleur chocolat » (Figure 4).

Une hyménéotomie a été faite sous anesthésie générale et 1500 millilitres de sang « couleur chocolat » ont été vidés (Figure 5).

Les suites opératoires étaient favorables avec les urines redevenues limpides à j1 post-opératoire. La patiente était revue en consultation externe deux mois après sans anomalie.



Figure 1 : hymen imperforé et bombé.

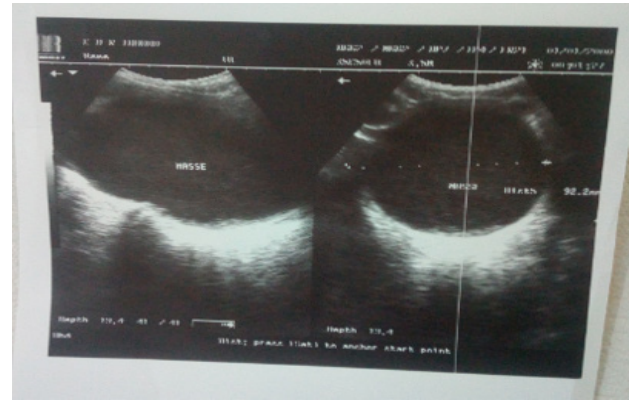


Figure 2 : masse liquidienne rétrovésicale (hématocolpos).

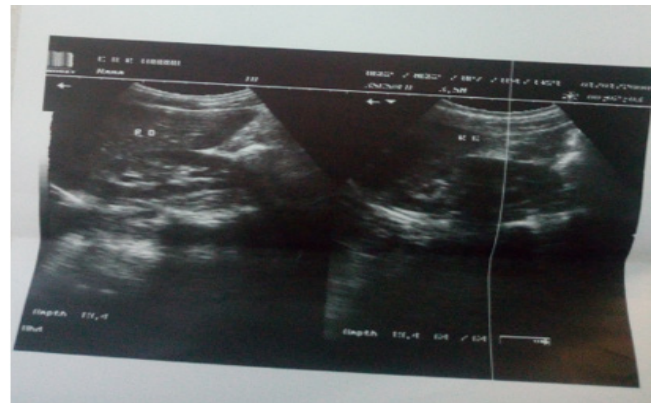


Figure 3 : Images des deux reins à l'échographie.



Figure 4 : ponction ramenant du sang « couleur chocolat »



Figure 5 : Après hyméméotomie.

Discussion

L'hématocolpos correspond à une rétention vaginale de la menstruation et se constitue à la puberté dès la première menstruation. L'imperforation hyménale est l'étiologie la plus fréquente. Un diaphragme vaginal complet plus haut situé, ou une atrésie vaginale partielle sont des causes plus rares[1]. L'imperforation hyménale a une fréquence de 0.1% avec présence de cas familiaux [2]. La puberté reste la période la plus fréquente de la découverte d'un hématocolpos. Le développement normal des caractères sexuels secondaires coexiste avec une aménorrhée primaire. Sur le plan clinique, l'hématocolpos est révélé par une rétention urinaire sans autre signe fonctionnel associé chez notre patiente par contre dans la littérature, les signes cliniques sont dominés par la présence de douleurs à caractère cyclique et qui peut, en cas d'hématométrie, s'accompagner de masse hypogastrique[1, 2, 3]. Les douleurs sont pelviennes ou parfois pseudo-appendiculaires[2]. Les douleurs lombaires, des sciatalgies avec déficit sensitif et moteur du membre inférieur ont été rencontrées[2]. Les signes urinaires dus à une compression peuvent être à l'origine d'une rétention aiguë [3], d'une dysurie, d'une hydronéphrose bilatérale. L'examen de la vulve montre l'obstruction de l'orifice vaginal par une membrane (hymen) mince, bombée chez une patiente qui n'a pas encore ses menstruations malgré le développement des caractères sexuels secondaires[1, 2]. Sur le plan paraclinique, l'échographie sus-pubienne nous a permis de retenir le diagnostic de l'hématocolpos. Les examens d'imagerie sont importants pour redresser le diagnostic en cas de doute diagnostique. L'échographie sus-pubienne montre une image rétrovésicale finement échogène. Cette collection est surmontée par la cavité utérine communicante, qui est souvent de petite taille, dilatée par un contenu liquidien en cas d'hématométrie [4]. Un hématosalpinx ou un épanchement péritonéal peuvent être trouvés[2]. L'examen échographique analyse aussi les malformations utérines. L'agénésie rénale

est systématiquement recherchée surtout en cas de duplication génitale[1]. L'échographie peut montrer aussi une dilatation urétéro-pyélocalicielle en cas de compression des vois urinaires par l'hématocolpos[3]. L'IRM a comme l'échographie l'avantage de l'innocuité chez une jeune fille. Elle serait la meilleure technique d'exploration complémentaire donnant sur les séquences pondérées en T2 une très bonne analyse anatomique morphologique de la malformation. Les séquences pondérées en T1 confirmeront le contenu hématique dans le vagin et dans la corne utérine sus-jacente [4, 5, 6, 7].

Sur le plan thérapeutique, le traitement de l'hématocolpos dépend de son étiologie. En cas d'hymen imperforé comme dans notre cas, il consiste en une hyménéotomie ou une hyménectomie dont le but est de drainer l'hématocolpos [1, 2]. Le traitement chirurgical de l'imperforation de l'hymen après mise en place d'une sonde urinaire a permis de remédier au problème urinaire et à l'aménorrhée primaire de notre patiente.

Conclusion

L'hématocolpos est une affection rare qui doit être évoquée devant une rétention urinaire, tout syndrome douloureux aigu abdominopelvien ou masse pelvienne de la fille en période pubertaire non encore réglée, d'autant plus que les douleurs sont cycliques et que le développement des caractères sexuels secondaires est normal. L'imagerie est indispensable en cas de doute diagnostique. Elle permet d'orienter le diagnostic, de rechercher les éventuelles malformations urogénitales associées et les signes de compression notamment urinaires. Une prévention par un examen soigneux des organes génitaux des nouveau-nés est possible.

***Correspondance**

Ousmane Manzo Maman Sani
ousmanemanzomamansani@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Mars 2021

- 1 : Service d'urologie du centre hospitalier régional de Tahoua/NIGER.
- 2 : Maternité ISSAKA GAZOBI de Niamey/NIGER
- 3 : Service de gynécologie-obstétrique du Centre Mère-enfant de Tahoua/NIGER.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Salvat J, Slamani L. Hématocolpos. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* (4) (1998), pp.396–402.
- [2] Nohuz E, Moreno W, Varga J, et al. Imperforation hyménéale: un diagnostic peut en cacher un autre. *Archives de Pédiatrie.*, 17(4) (2010), pp.394–397.
- [3] Gyimadu A, Sayal B, Guven S, et al. Hematocolpos causing severe urinary retention in an adolescent girl with imperforate hymen: an uncommon presentation. *Arch Gynecol Obstet.*, 280(3) (2009), pp.461–3.
- [4] Genevois A, Marouteau N, Lemercier E, et al. Imagerie de la douleur pelvienne aiguë *J Radiol*, 89(1) (2008), pp.92–106.
- [5] Kapsalaki E, Daponte A, Deligeoroglou E, et al. The role of MRI in young adolescent girls with hematocolpos. *European Journal of Radiology Extra.*, 78(2) (2011), pp.97–100.
- [6] Neossi G. M, Moifo B, Foumane P, Doh A.S et Gonsu F. J. Hématocolpos cause Inhabituelle de rétention chronique d'urine chez l'adolescente: A propos d'un cas. *Clinics in mother and child health* 7 (2010), pp1-3.
- [7] Amine Ben S, Yahyaoui S, Messoud A, El Mhabrech H et al. Masse pelvienne chez unejeunefille: penser à l'hématocolpos Pelvic mass in a young girl: think of hematocolpos *Pan Afr Med J*,17(2014), pp. 84.

Pour citer cet article :

MSO Manzo, HS Diaouga, MC Yacouba, A Amankaye, JA Balarabé. Hématocolpos révélé par une rétention urinaire : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 202-205



Cas clinique

Ligature urétérale bilatérale au cours d'une hystérectomie : à propos d'un cas

Bilateral ureteral ligation during hysterectomy: a case report

MSO Manzo*¹, MC Yacouba², HS Diaouga², H Noury¹

Résumé

La ligature urétérale bilatérale est une complication grave de la chirurgie pelvienne car elle met rapidement en jeu le pronostic fonctionnel des reins et même le pronostic vital. Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 30 ans, multipare référée pour une suspicion de lésion urétérale avec une anurie après une hystérectomie d'hémostase réalisée pour une rupture utérine. Elle avait une altération de la fonction rénale à l'admission. Le diagnostic de la ligature urétérale bilatérale iatrogène était confirmé en per-opératoire par la mise en évidence de dilatation urétérale bilatérale en amont des nœuds de strangulation de l'uretère de chaque côté. L'ablation des nœuds sur les trajets des uretères nous a permis de rétablir le passage des urines. Les suites étaient simples avec une normalisation de la fonction rénale.

Mots-clés : Ligature, uretères et hystérectomie.

Abstract

Bilateral ureteral ligation is a serious complication of pelvic surgery because it quickly affects the functional prognosis of the kidneys and even the vital prognosis. We report the observation of a 30-year-old multiparous woman referred for suspected ureteral injury with anuria after hemostatic hysterectomy performed for uterine rupture. She had deteriorated

kidney function on admission. The diagnosis of iatrogenic bilateral ureteric ligation was confirmed intraoperatively by the evidence of bilateral ureteral dilation upstream of the ureter strangulation nodes on each side. Removing the nodes in the ureters' pathways allowed us to restore the passage of urine. The suites were simple with normalization of renal function.

Keywords: Ligature, ureters and hysterectomy.

Introduction

La chirurgie pelvienne représente une menace pour l'uretère, en effet la portion pelvienne de l'uretère est exposée au risque de lésion tout au long de son trajet. Il s'agit le plus souvent de lésions iatrogènes secondaires à la chirurgie gynécologique et obstétricale [1]. C'est un problème médico-légal important qui nécessite une attention particulière. La lésion est le plus souvent unilatérale et peut rester longtemps méconnue, par contre une atteinte bilatérale met rapidement en jeu le pronostic fonctionnel et même le pronostic vital [1,2]. Nous rapportons un cas de ligature urétérale bilatérale survenue à la suite d'hystérectomie d'hémostase réalisée pour une rupture utérine.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée 30ans avec 4 parités et 3 enfants vivants. Elle était référée au service des urgences chirurgicales du centre hospitalier régional de Tahoua pour une suspicion d'une lésion urétérale à J1 d'une hystérectomie d'hémostase pour rupture utérine réalisée dans une maternité départementale de la région.

A l'admission, la patiente se plaignait des douleurs des fosses lombaires irradiant vers les fosses iliaques à type des coliques néphrétiques bilatérales.

A l'examen, les muqueuses et conjonctives étaient colorées. Les fosses lombaires étaient sensibles. L'examen de l'hypogastre mettait en évidence une incision de type Pfannenstiel récente. La patiente présentait un tableau d'anurie (la sonde urinaire avait ramenée moins de 100cc / 24h) (figure 1).

Sur le plan para clinique, la fonction rénale était altérée (urémie = 0,66 g/l et créatininémie = 36,80 mg/l).

Devant ce tableau des coliques néphrétiques bilatérales et d'anurie chez une opérée récente d'une chirurgie pelvienne (hystérectomie) avec une altération de la fonction rénale, le diagnostic de ligature urétérale bilatérale a été évoqué et la patiente était conduite au bloc.

Au bloc, la reprise opératoire a permis de confirmer le diagnostic de ligature urétérale bilatérale iatrogène par la mise en évidence de dilatation urétérale bilatérale en amont des nœuds de strangulation de l'uretère de chaque côté (figures 2 et 3).

L'ablation des nœuds sur les trajets des uretères nous a permis de rétablir le passage des urines (figure 4).

Les suites étaient simples avec une normalisation de la fonction rénale (urémie = 0,10 g/l et créatininémie = 5 mg/l).

La patiente était revue à la consultation externe un mois après sans anomalie décelable.



Figure 1 : Anurie (Moins de 100cc / 24h).

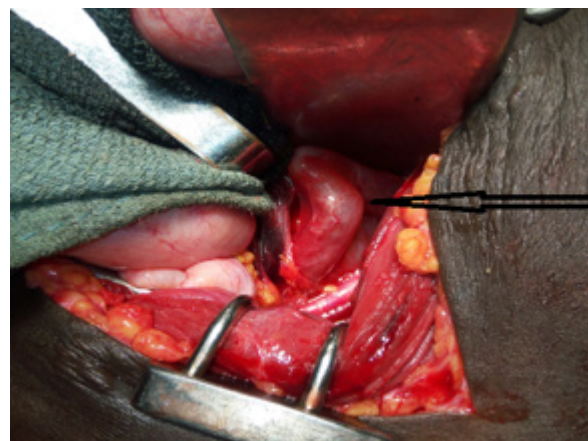


Figure 2 : Uretère gauche dilaté (flèche noire).

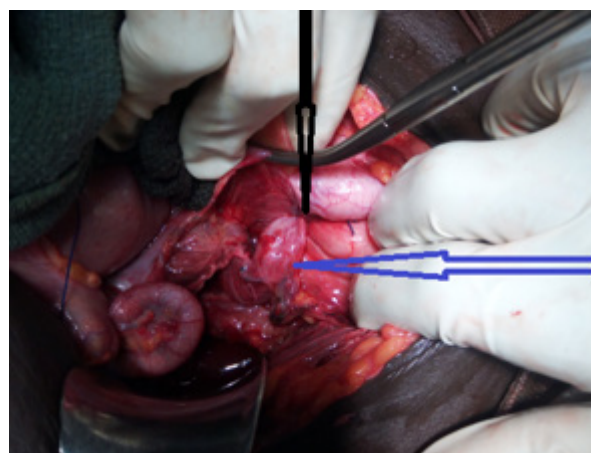


Figure 3 : Uretère droit dilaté (flèche indigo) et nœud de strangulation (flèche noire).



Figure 4 : Reprise de la diurèse.

Discussion

Les traumatismes de l'uretère au cours de la chirurgie pelvienne chez la femme sont relativement rares. L'incidence varie entre 0,4 et 2,5 % des interventions en chirurgie gynéco-obstétricale [3]. L'uretère peut être lésé tout au long de son trajet retro péritonéal, mais la majorité des complications s'observe au niveau du segment pelvien. Bien que la chirurgie gynécologique et obstétricale est responsable d'un grand nombre de lésions urétérales (50%), d'autres types de chirurgie sont incriminés : urologique (35%), digestive (15%), vasculaire (5%) [4]. L'atteinte de l'uretère est la lésion la plus redoutée de l'hystérectomie, telle dans notre étude. Sa survenue peut être expliquée d'une part par les modifications des rapports et la déformation des plans tissulaires [5], d'autre part par le type de chirurgie.

Le diagnostic de la ligature urétérale bilatérale iatrogène était posé chez notre patiente à la reprise opératoire à J1 par la mise en évidence de dilatation urétérale bilatérale en amont des nœuds de strangulation de l'uretère de chaque côté. Dans la littérature, le diagnostic des lésions de l'uretère est le plus souvent fait à distance de l'intervention chirurgicale causale, et cela fait appel à l'échographie, l'urographie intra veineuse et parfois l'uro-scanner [6,7]. Il est rarement fait en per opératoire [8]. L'imagerie est une étape essentielle du diagnostic, d'autant que les lésions peuvent être associées ou bilatérales. L'échographie permet de rechercher une éventuelle dilatation rénale. L'échographie rénale reste indiquée dans les suites d'une intervention gynécologique, ce qui est inconstamment réalisé [9].

La prise en charge de la ligature urétérale bilatérale iatrogène de notre patiente a été faite par une ablation des nœuds sur les trajets des uretères étranglés et qui nous a permis de rétablir le passage des urines avec normalisation de la fonction rénale. Dans la littérature, la prise en charge des lésions de l'uretère fait recours à de multiples Techniques. L'attitude chirurgicale dépend du type et du niveau de la lésion, de la pathologie initiale en cause, du délai avec lequel

la patiente a été adressée et de son état physiologique. Les possibilités thérapeutiques comprennent l'endourologie (sonde JJ ou néphrostomie per cutanée), la réimplantation urétéro-vésicale avec ou sans vessie psôïque, l'anastomose urétéro-urétérale [6].

Bien que les suites opératoires précoces soient bonnes pour notre patiente (disparition des douleurs et normalisation de la fonction normale), la survenue des complications tardives est possible à type de sténose urétérale d'où la nécessité d'un suivi à long terme.

Conclusion

La ligature urétérale bilatérale au cours de la chirurgie pelvienne chez la femme est très rare. Elle est le plus souvent due à l'hystérectomie. Sa prévention comprend une bonne connaissance de l'anatomie de l'uretère pelvien chez la femme, une pratique chirurgicale attentive avec reconnaissance per opératoire des lésions, une parfaite collaboration uro-gynécologue pour une meilleure prise en charge.

***Correspondance**

Ousmane Manzo Maman Sani

ousmanemanzomamansani@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Mars 2021

- 1 : Centre hospitalier régional de Tahoua / Niger
- 2 : Maternité ISSAKA GAZOBI de Niamey / Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Symmonds RE. Ureteral injuries associated with gynecologic surgery: prevention and management. *Clin Obstet Gynecol.*,19(1976); pp.623–44.
- [2] Goodno JA, Jr, Powers TW, Harris VD. Ureteral injury in gynecologic surgery: a ten-year review in a community hospital. *Am J Obstet Gynecol.*,172(1995);pp.1817–20.
- [3] Drake MJ, Noble JG. Ureteric trauma in gynecologic surgery *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.*; 9(1998) ; pp.108-17
- [4] Karmouni T, Patard JJ, Bensalah K et al. Prise en charge urologique des traumatismes iatrogènes de l'uretère *Prog. Urol.*; 11(2001) ; pp. 642-646
- [5] Asq D, Abarbanel J, Luttwak Z et al . Changing trends in the management of iatrogenic ureteral injuries. *J. Urol.*, 154(1995) ; pp.1693-95
- [6] Tostain J. Les lésions urétéro vésicales après chirurgie gynécologique. Intérêt du diagnostic précoce. *J.Gynecol. Obstet.Biol.Reprod.*,21(1992) ; pp. 519 523
- [7] Bennani S,Aboutaieb RA, ElMrini M et al. Les traumatismes de l'uretère. A propos de 29 cas *J.Urol.* ;100(1994) ; pp.239 247
- [8] Iloki LH, Bouya PA, Nkihoubonga-Guinot A. and al. Lésions urinaires au cours de la chirurgie obstétricale d'urgence. A propos de six cas observés au CHU de Brazzaville. *Rev. Fr. gynécol. Obstét.*; 94(1999); pp. 218-20
- [9] Selvan A.A, Sirnak J P. Iatrogenic ureteral injuries a 20 year experience in treating 165 injuries. *J.Urol.*, 155(1996). pp.878-881

Pour citer cet article :

MSO Manzo, MC Yacouba, HS Diaouga, H Noury. Ligature urétérale bilatérale au cours d'une hystérectomie : à propos d'un cas. *Jaccr Africa 2021; 5(1): 206-209*



Cas clinique

Œdème pulmonaire à pression négative après cure d'hydrocèle vaginale chez un enfant de 5 ans : une complication rare et potentiellement létale

Negative pressure pulmonary edema after treatment of vaginal hydrocele in a 5-year-old child:
a rare and potentially fatal complication

S Nga Nomo*¹, P Binyom², A Kuitchet³, C Iroume⁴, G Chewa¹, E Zoumenou⁵, M Chobli⁵

Résumé

L'œdème pulmonaire aigu à pression négative ou œdème pulmonaire post-obstructif est une complication respiratoire exceptionnelle et potentiellement létale si elle est méconnue ou diagnostiquée tardivement. La cause la plus fréquente d'œdème à pression négative est la survenue d'un laryngospasme post-extubation. Son incidence est de 0,1 % après une anesthésie générale avec intubation trachéale. Nous rapportons le cas d'un enfant de 5 ans, qui a présenté des signes de détresse respiratoire aiguë, en période post-opératoire immédiate d'une cure d'hydrocèle sous anesthésie générale. Les arguments cliniques, le bilan cardiaque normal et l'évolution favorable sous traitement diurétique après intubation trachéale et ventilation contrôlée à pression positive faisait retenir le diagnostic d'œdème pulmonaire à pression négative. L'intérêt de cette présentation clinique réside sur la reconnaissance précoce et la prise en charge urgente d'une complication respiratoire postopératoire qui peut souvent échapper à l'anesthésiste chez l'enfant. Mots-clés : œdème pulmonaire, pression négative, cure d'hydrocèle.

Abstract

Acute negative pressure pulmonary edema or post-obstructive pulmonary edema is an exceptional respiratory complication and potentially fatal if unrecognized or diagnosed late. The most common cause of negative pressure edema is the occurrence of post-extubation laryngospasm. Its incidence is 0.1% after general anesthesia with tracheal intubation. We report the case of a 5-year-old child, who developed signs of acute respiratory distress, in the immediate postoperative period of a hydrocele cure under general anesthesia. The clinical arguments, the normal cardiac workup and the favorable outcome under diuretic treatment on the operating table after tracheal intubation and mechanical ventilation led to the diagnosis of negative pressure pulmonary edema. The interest of this clinical presentation lies in the early recognition and urgent management of a postoperative respiratory complication that remains little known, negative pressure pulmonary edema, by the anesthesiologist in children.

Keywords: pulmonary edema, negative pressure, hydrocele cure.

Introduction

L'œdème pulmonaire aigu à pression négative (OAPPN) ou œdème pulmonaire post-obstructif est une complication respiratoire exceptionnelle et potentiellement létale si elle est méconnue ou diagnostiquée tardivement. La cause la plus fréquente d'œdème à pression négative est la survenue imprévisible d'un laryngospasme après l'extubation trachéale. Nous rapportons le cas d'un enfant de 5 ans, qui a présenté des signes de détresse respiratoire aigüe, en période post-opératoire immédiate d'une cure d'hydrocèle sous anesthésie générale. L'intérêt de cette présentation clinique réside sur la reconnaissance précoce et la prise en charge urgente d'une complication respiratoire postopératoire qui peut souvent échapper à l'anesthésiste chez l'enfant.

Cas clinique

Il s'agit d'un enfant de 5 ans pesant 18Kg. Il a été adressé par l'urologue, en consultation d'anesthésie, pour une cure d'hydrocèle. La consultation pré-anesthésique ne retrouvait pas de tares particulières. Il n'existait pas de syndrome grippal, ni de notion d'atopie ou d'allergie connue à un médicament. L'examen physique était normal, il n'existait pas de critères d'intubation difficile, ni de ventilation difficile au masque. Son statut vaccinal était correct selon le programme élargi de vaccination en vigueur au Cameroun. À l'issue de la consultation d'anesthésie, il était classé ASA 1. Le risque septique lié à la chirurgie était nul. Le bilan biologique préopératoire était normal. L'échographie cardiaque réalisée en préopératoire ne retrouvait pas de signes d'insuffisance cardiaque, ni de malformation congénitale associée. La prémédication était non médicamenteuse. Le jeune préopératoire de 06 heures était observé. La compensation du jeune préopératoire était faite selon la formule de Holliday et Segar (règle des 4-2-1). Au bloc opératoire, la séquence d'induction anesthésique intraveineuse (IV) était classique : Fentanyl 5µg/kg,

propofol 3mg/kg, Bromure de vécuronium 0,1mg/kg. Après l'intubation trachéale et vérification de la bonne position de la sonde d'intubation, le patient était connecté à la machine d'anesthésie. Les paramètres ventilatoires étaient adaptés au poids du patient. Le mode ventilatoire sélectionné était le mode à pression contrôlée. Le tiers de la dose d'induction du fentanyl était injecté par voie IV avant l'incision chirurgicale. L'entretien de la narcose était assuré par l'administration par voie inhalatoire de sévoflurane. La réanimation liquidienne peropératoire était étroitement corrélée à l'état hémodynamique du patient et reposait essentiellement sur l'apport de soluté ringer lactate par voie veineuse périphérique. Les apports liquidiens peropératoires étaient de 300 mL. Le monitoring des paramètres vitaux du patient était continu pendant la période opératoire. La durée de la chirurgie était de 40 minutes. Aucun incident lié à la chirurgie ou à l'anesthésie n'était observé pendant la période opératoire. L'analgésie postopératoire reposait sur l'administration de paracétamol par voie intraveineuse, sur la base de 15mg/kg (soit 270mg). Le patient était extubé sur table opératoire sur la base des critères cliniques de décurarisation. Quelques minutes avant son transfert en SSPI, soit 10 minutes après l'extubation trachéale, survenait une détresse respiratoire aigüe avec une désaturation en oxygène à l'air ambiant à 86%. L'examen pulmonaire retrouvait des râles crépitants diffus dans les deux champs pulmonaires. L'anesthésiste procédait à une réintubation de la trachée. Le patient était à nouveau connecté à l'appareil d'anesthésie pour assurer la ventilation contrôlée avec une PEEP à 5 CmH₂O. Un traitement diurétique à base de furosémide (2mg/kg) était initié. L'évolution était favorable au bout de 8 heures de réanimation sur table opératoire. Le patient était extubé après un réveil complet et calme, puis transféré en SSPI. Les contraintes financières limitaient la réalisation d'une radiographie pulmonaire de face en post-opératoire. En l'absence d'imagerie thoracique, les arguments cliniques, le bilan rénal normal, le bilan cardiaque normal et l'évolution favorable sous traitement diurétique sur

table opératoire, après une intubation trachéale et une ventilation contrôlée à pression positive faisaient retenir le diagnostic d'œdème pulmonaire à pression négative. La sortie d'hôpital était autorisée 24 heures plus tard.

Discussion

L'œdème aigu du poumon à pression négative est une complication respiratoire due à une obstruction des voies aériennes supérieures survenant le plus souvent dans la période postopératoire. Sa physiopathologie s'explique par la survenue brutale de fortes dépressions intra-thoraciques qui engendrent une exsudation liquidienne à partir des capillaires pulmonaires [1]. L'œdème pulmonaire apparaît à la levée d'une obstruction des voies aérienne supérieures responsable d'une élévation majeure de pression négative intra-thoracique. La cause la plus fréquente d'OAPPN est la survenue d'un laryngospasme post-extubation. [1,2,3]. Sa prévalence dans la population générale est de 0,1 % après une anesthésie générale avec intubation trachéale [1,2]. Cette prévalence serait probablement sous-estimée du fait de la méconnaissance de cette complication par les anesthésistes. L'OAPPN a été principalement décrit chez le sujet jeune ou l'enfant qui est capable de générer des pressions intrathoraciques suffisamment négatives pour induire cette pathologie [4,5,6]. Cliniquement, l'œdème pulmonaire à pression négative se manifeste par une détresse respiratoire brutale, accompagnée de tachypnée et de tachycardie, d'expectorations rosées ou d'hémoptysies. Il peut s'y associer un stridor, un tirage et l'utilisation des muscles respiratoires accessoires [6,7]. On observe une désaturation progressive et l'auscultation révèle des râles crépitants diffus. La radiographie pulmonaire montre un infiltrat interstitiel et alvéolaire diffus [1,6,7]. Le traitement repose essentiellement sur la prise en charge précoce des voies aériennes supérieures et le traitement diurétique. L'OAPPN se développe habituellement dans les minutes qui suivent l'extubation trachéale. La revue de la littérature rapporte des cas survenus 1 heure après l'extubation

du patient [4]. Cette manifestation tardive pourrait s'expliquer par une auto-PEEP générée par des efforts d'expiration et, qui s'oppose à la transsudation liquidienne [4,8,9].

Notre patient présentait des signes de détresse respiratoire aigu compatibles avec un œdème aigu du poumon dans les 10 minutes qui suivaient la procédure d'extubation trachéale. L'aspiration trachéale laissait découvrir des sécrétions abondantes, rosées et légèrement mousseuses. Il s'agissait d'un enfant sans tares particulières, dont capable de générer de fortes pressions négatives intra-pleurales, pouvant expliquer la survenue d'un œdème du poumon. La prise en charge de l'OAPPN repose sur le support ventilatoire mécanique avec une PEEP pour favoriser le recrutement alvéolaire. Le recours précoce aux diurétiques, aux corticoïdes par voie générale et aux bêta2-mimétiques par voie inhalée seraient également d'un grand apport dans la prise en charge de cette complication [1,9,10]. L'évolution clinique était favorable dans notre cas après 8 heures de réanimation. La stratégie de réanimation reposait essentiellement sur la ventilation contrôlée à pression positive précoce et le traitement diurétique.

Conclusion

L'œdème aigu du poumon à pression négative est une complication rare et méconnue des anesthésistes. Elle est potentiellement létale, même pour des procédures chirurgicales simples. Il faut savoir évoquer ce diagnostic devant toute détresse respiratoire aigüe de survenue brutale après une extubation trachéale. La survie du patient passe par la précocité du diagnostic et la prise en charge optimale de cette complication par l'anesthésiste.

***Correspondance**

Nga Nomo Serge

sergesvivier@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Mars 2021

- 1 : Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier d'Essos, Yaoundé, Cameroun
- 2 : Département de chirurgie et spécialités, Institut supérieur de technologies médicales, Yaoundé
- 3 : Service d'Anesthésie-Réanimation de l'Hôpital Régional de Maroua, Cameroun
- 4 : Service d'anesthésie-Réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé, Cameroun
- 5 : Département d'anesthésie-Réanimation, Faculté des sciences de la santé de Cotonou, Bénin

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Y.Aissaoui, H.Kichna, M.Boughalem, N.Drissi Kamili. L'œdème aigu du poumon à pression négative : illustration à partir d'un cas clinique inhabituel compliquant une paralysie récurrentielle postopératoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2012 ; 31(5) :481-483.
- [2] A.Tebay, K.Bouti, N.Tebay. Œdème pulmonaire à pression négative après une cholécystectomie – à propos d'un cas. *Revue de Pneumologie Clinique* October 2017 ; 73(5) : 267-271.
- [3] A.Samet, J.P.Fossard, H.Samet, M.Hirchi, T.Fuchs-Buder. Œdème aigu du poumon postobstructif après extubation trachéale au réveil d'une anesthésie générale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2005 ; 24(10) : 1287-1290.
- [4] Najib Bouhabba, Mustapha Bensghir, Salaheddine Fjouji, Hicham Azendour, Charki Haimeur. L'œdème aigue post chirurgical: complication redoutable. *Pan Afr Med J*. 2015; 20: 229.
- [5] Nicolas Samalea Suarez, Sophie Pirenne, Yakup Bahcivan, Christine Baccus. Œdème pulmonaire à pression négative

compliqué d'une hémorragie pulmonaire chez un patient porteur de la maladie d'Ehlers-Danlos de type III. *Anesthésie et Réanimation* 2019 ; 5(6) : 521-523.

- [6] P. Milet, O. Louis. Œdème pulmonaire à pression négative et hémorragie pulmonaire secondaires à une obstruction des voies respiratoires supérieures. *Rev Med Liège* 2015; 70 : 7-8 : 371-373.
- [7] Bajwa SSI, Kulshrestha A. Diagnosis, prevention and management of postoperative pulmonary edema. *Ann Med Health Sci Res*, 2012 ; 2 : 180-185.
- [8] Lorch DG, Sahn SA. Post-extubation pulmonary edema following anesthesia induced by upper airway obstruction. *Chest*. 1986 Dec;90(6):802-5.
- [9] Sun J, Jin D, Xu Y, Li M .Negative pressure pulmonary edema with upper airway obstruction: analysis of 3 patients. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2014 Jul;52(7):531-4.
- [10] Udeshi A, Cantie SM, Pierre E. Post obstructive pulmonary edema. *Journal of critical care*. September 2010;25(3): 538-538.

Pour citer cet article :

S Nga Nomo, P Binyom, A Kuitchet, C Iroume, G Chewa, E Zoumenou et al. Œdème pulmonaire à pression négative après cure d'hydrocèle vaginale chez un enfant de 5 ans : une complication rare et potentiellement létale. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 210-213



Article original

Place de la fibroscopie dans les ingestions des produits caustique chez l'enfant à l'hôpital national Donka

Place of endoscopy in ingestion of caustic products in children at Donka National Hospital

MA Touré*¹, B Keita¹, TH Baldé², A Sylla¹, D Agbo-Panzo¹

Résumé

Introduction : Dans la prise en charge des lésions caustiques de l'œsophage, l'endoscopie digestive haute représente l'examen décisionnel de référence.

L'objectif de ce travail était d'étudier le rôle de l'endoscopie dans la prise en charge des brûlures caustique de l'œsophage afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective de type d'observation d'une durée de 1 an, allant du 1er mars 2010 au 28 février 2011. Durant cette période 30 cas d'ingestion caustique était suivi et le rôle de l'endoscopie apprécié.

Les variables épidémiologiques, cliniques, radiologiques et évolutives étaient étudiées

Résultats : L'ingestion des produits caustiques représentaient 6,94% des hospitalisations. L'âge moyen était de 2 ans 9 mois et la tranche d'âge de moins de 3 ans était la plus touchés (80%). On notait une prédominance masculine, sex-ratio égale à 2. Vingt-deux (72%) avaient réalisé la fibroscopie initiale montrant 11 (50%) lésions endoscopiques. Sur les 21 (70%) patients qui présentaient de lésions bucco-pharyngées, 10 (47,61%) avaient une endoscopie normale. 8 (40%) fibroscopies de contrôle avaient été réalisées. On notait 17 (56,66%) guérisons complètes,

1 (3,33%) sténose œsophagienne, 3 (10%) décès et 9 (30%) perdus de vue.

Conclusion : La fibroscopie représente un moyen de diagnostic sûr de lésions œsophagiennes en cas d'ingestion accidentelle de produits caustiques. Elle permet de guider le traitement et de prédire le pronostic. Cependant, la prévention devrait entrer dans un programme national de santé publique.

Mots-clés : lésions caustique, œsophage, endoscopie, chirurgie pédiatrique.

Abstract

Introduction: In the management of caustic lesions of the esophagus, upper gastrointestinal endoscopy is the gold standard for decision-making.

The objective of this work is to study the role of endoscopy in the management of caustic burns of the esophagus in order to contribute to the improvement of the management.

Methodology: This was a prospective observational study lasting 1 year, from March 1, 2010 to February 28, 2011. During this period, 30 cases of caustic ingestion were monitored and the role endoscopy appreciated.

The epidemiological, clinical, radiological and evolutionary variables were studied

Results: Ingestion of caustics accounted for 6.94% of hospitalizations. The average age was 2 years 9 months and the age group under 3 years was the most affected (80%). There was a male predominance, sex ratio equal to 2. Twenty (72%) had performed the initial fibroscopy showing 11 (50%) endoscopic lesions. Of the 21 (70%) patients who presented with buccopharyngeal lesions, 10 (47.61%) had normal endoscopy. 8 (40%) control fibroscopies were performed. There were 17 (56.66%) complete healings, 1 (3.33%) esophageal stenosis, 3 (10%) deaths and 9 (30%) lost to follow-up.

Conclusion: Endoscopy is a safe means of diagnosing esophageal lesions in the event of accidental ingestion of caustics. It helps guide treatment and predict prognosis. However, prevention should be part of a national public health program.

Keywords: caustic lesions, esophagus, endoscopy, pediatric surgery.

Introduction

Les brûlures caustiques de l'œsophage sont des brûlures chimiques d'une partie ou de tout l'œsophage provoquées par des substances caustiques susceptibles, du fait de leur PH ou de leur pouvoir oxydant, de détruire les tissus au niveau de leur lieu d'application. [1]

Les ingestions des produits caustiques est un accident domestique fréquent chez l'enfant. Ces accidents graves ont un double impact : financier et psychologique. [2].

Bien que rares dans les pays développés en raison de l'application de mesures réglementaires strictes, ces ingestions restent un problème courant dans les pays en développement. Elles peuvent poser un défi de prise en charge important en raison de l'effet dévastateur sur le tractus gastro-intestinal supérieur dans les phases aiguë et chronique de la lésion. Alors que les patients présentant des sténoses établies sont généralement traités dans des centres de référence tertiaires, la prise en charge d'urgence des lésions aiguës se déroule dans les centres périphériques. [3]

Les enfants âgés de 2-6 ans représentent jusqu'à 80% des cas d'ingestion caustique. [4]

Dans la prise en charge de ces lésions, l'endoscopie digestive haute représente l'examen décisionnel de référence aussi bien à court terme qu'à long terme. Son rôle est multiple : diagnostique, thérapeutique, pronostic et surveillance. [5].

Cet examen doit être réalisé, car la gravité des lésions n'est corrélée ni à la sévérité des lésions oropharyngées ni à la symptomatologie clinique. [6].

Récemment, la tomographie assistée par ordinateur (TDM) du thorax et de l'abdomen est de plus en plus utilisé comme outil complémentaire dans l'évaluation des lésions caustiques de l'œsophage. [7]

L'endoscopie peut déterminer la gravité de l'ingestion caustique qui est d'une grande importance dans le choix d'un traitement approprié. Cependant, certains aspects de l'endoscopie dans le diagnostic des lésions caustiques restent controversés. Si oui ou non tous les patients ont besoin d'endoscopie, quand effectuer l'endoscopie et la façon d'évaluer la gravité ne sont que quelques exemples de ces controverses. En raison du manque d'essais contrôlés randomisés, de nombreuses découvertes et suggestions ne sont pas concluants. [7]

Dans les séries européennes la fréquence des lésions endoscopiques varie entre 38 et 57%. La gravité des œsophagites caustiques est liée à leurs complications qui peuvent compromettre le pronostic vital à brève échéance (perforation et hémorragie) et le pronostic fonctionnel à plus long terme (sténose et cancer). [8]

Ainsi, la réalisation de la fibroscopie dans les ingestions des produits caustiques est-elle fréquente dans notre milieu?

L'évaluation des modalités de réalisation de cette fibroscopie améliore-t-elle la qualité de prise en charge dans les ingestions de produits caustiques chez l'enfant ?

L'objectif de notre étude est de contribuer à l'amélioration de la qualité de prise en charge des brûlures caustiques en milieu pédiatrique.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective de type d'observation d'une durée de 1 an, allant du 1er mars 2010 au 28 février 2011. Elle Portait sur tous les enfants admis dans le service, hospitalisés ou non pour ingestion d'un produit caustique durant la période d'étude et dont les parents avaient accepté le protocole de prise en charge du service.

Les variables épidémiologiques, cliniques, radiologiques et évolutives étaient étudiées.

Le protocole thérapeutique du service avait consisté en :

-La mise en place d'une sonde nasogastrique maintenue soit pendant un mois, soit retirée après 24 h d'observation en cas de stade 0 ou 1. Cette sonde permettait la mise au repos de l'œsophage, de le calibrer, d'alimenter le malade et de favoriser la mise en place d'un fil sans fin pour les séances ultérieures de dilatation en cas de sténose constituée.

-L'administration d'une antibiothérapie en cas de lésions œsophagienne et la prise en charge de la pneumopathie associée ; ampicilline en injection en raison de 50-100mg/kg/jour pendant la phase aigüe puis relai per os à l'amoxicilline à la même posologie.

-La corticothérapie durant les trois premiers jours d'hospitalisation : la dexaméthazone 4mg en raison de 1mg/kg/jour.

-L'administration d'antiinflammatoires enzymatiques per os en relai aux corticoïdes : Alpha-amylase 5-10mlx3/jour.

-L'administration d'un pansement gastrique ; Diosmectite en sachet après réalisation de la fibroscopie.

-L'application d'un antiseptique buccal : bleu de méthylène pour soins de bouche

-L'administration de solutés en perfusion : Lactate de Ringer, Sérum glucosé à 5% et à 30% en raison de 50 à 100ml/kg/jour

-L'administration d'un antalgique : le paracétamol à la posologie de 15mg/kg/6heures.

-La Gastrostomie chez un patient qui avait développé une sténose de l'œsophage.

Ce protocole était ajusté en fonction des données endoscopiques.

Pour l'établissement d'un bilan initial lésionnel dont les résultats déterminent le pronostic et la prise en charge ultérieure, la fibroscopie digestive haute était réalisée. Une évaluation de l'état hémodynamique et respiratoire pouvant nécessiter une assistance immédiate s'imposait avant la fibroscopie. Notamment par un examen clinique et radiologique à la recherche des signes de perforation digestive haute. L'endoscopie initiale était réalisée systématiquement après l'ingestion du produit caustique entre 3 et 24 heures après l'admission, par un endoscopiste entraîné (possibilité d'existence de lésions œsophagienne sans lésions buccale).

Chaque enfant bénéficiait d'une préparation préalable par une mise à jeun depuis au moins 6 heures et une prémédication à l'atropine en injection pour prévenir un malaise vagal. L'examen était réalisé sous anesthésie générale et le temps de surveillance était de 6 heures. Le risque anesthésique était précisé aux parents lors de la consultation pré anesthésique.

Le fonctionnement de l'endoscope était systématiquement vérifié avant de débiter la séance. Nous avons utilisé la classification endoscopique des lésions selon Di Constanzo [9] :

-Stade I : présence de pétéchie ou érythème

-State IIa : ulcérations linéaires ou rondes

-Stade IIb ; ulcération circulaire ou confluyente

Stade IIIa : Nécrose localisée

Stade IIIb : nécrose étendue

Stade IV : perforation.

Résultats

Nous avons enregistré 30 cas d'ingestion de produit caustique sur 432 hospitalisations soit une incidence 6, 94%.

La majorité des enfants (80%) étaient âgé entre 0 et 3ans avec une moyenne d'âge de 2,6± 2,3ans. Les Garçons étaient plus touchés que les filles: 22 garçons et 8 filles (sex-ratio= 2,75)

La nature du produit caustique ingéré était la soude

en liquide 15 cas (50%), les cristaux de soude 12 cas (40%), la soude en pate 1cas (3,3%), nature non précisé 2cas (6,7%). Selon la provenance, 70% de cas d'ingestion de caustique provenaient de la ville de Conakry et 30% venaient de l'intérieur du pays. Les circonstances de l'ingestion du produit caustique étaient accidentelles dans 29 cas (96,7%) et criminelles dans 1cas (3,3%). L'ingestion du produit caustique était survenue à domicile chez 22cas (73,3%), 3cas (10%) au lieu de travail des Parents, 2cas (6,7%) chez les voisins et 3cas (10%) dans la rue. La majorité des patients (90%) avait consulté au premier jour avec un délai moyen de consultation 1,58 jour. La fibroscopie œsogastrique initiale était réalisée par 22 sur 30 patients et était faite entre 24 et 48 h après l'ingestion chez 20 patients (90,91%).

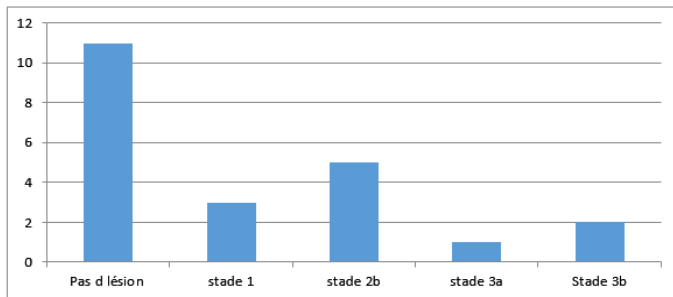


Figure 1 : Répartition des patients selon les résultats de la FOGD initiale.

Tableau I : Corrélation entre la présence de lésions bucco-pharyngées et de lésions endoscopiques initiales de l'œsophage (n=22).

Lésion bucco pharyngée	Effectifs	Stade 0	Stade 1	Stade 2	Stade 3
Absente	1	1	0	0	0
Présente	21	10	3	5	3

Tableau II : répartition selon le geste thérapeutique effectué

Geste Thérapeutiques	Effectifs	%
SNG	26	93,33
Antalgique	30	100
Corticoïde	30	100
Antibiotique	30	100
Solutés	30	100

Tableau III : Fréquence des gestes thérapeutiques en fonction des données endoscopiques.

Geste thérapeutique	Stade 0	Stade I	Stade II	Stade III
SNG	0	0	5	3
Antalgique	11	3	5	3
Antibiotique	0	3	5	3
Pansement gastrique	0	3	5	3
Corticoïde	11	3	5	3
Gastrotomie	0	0	1	0

La fibroscopie de contrôle était réalisée par 8 patients, elle avait noté l'absence de lésions dans 7cas et la présence d'une sténose cicatricielle dans 1 cas.

Tableau IV : Evolution en fonction de la réalisation ou non de la FOGD initiale.

FOGD Initiale	Effectifs	Guérison Complete	Guérison avec séquelle	Décès	Perdu de vu
Oui	22	13	1	2	6
Non	8	4	0	1	3
Total	30	17	1	3	9

Tableau V : Evolution en fonction des données endoscopiques initiales (N=22).

Stade	Effectifs	Guérison complète	Guérison avec séquelle	Décès	Perdu de vu
Pas de lésion	11	10	0	0	1
Stade 1	3	1	0	0	2
Stade 2b	5	1	1	2	1
Stade 3a	1	1	0	0	0
Stade 3b	2	0	0	0	2
Total	22	13	1	2	6

Tableau VI : Corrélation entre l'évolution et le délai de consultation

Délai de consultation	Effectifs	Guérison complète	Guérison avec séquelle	Décès	Perdu de vu
J1	27	14	1	3	9
J2 - J8	2	2	0	0	0
J8 - J30	1	1	0	0	0
Total	30	17	1	3	9

La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,4jours

Discussion

Le problème récurrent lié à l'absence d'informatisation du dossier des patients, les ressources limitées pour la plupart des parents qui ne peuvent guère réaliser la fibroscopie de contrôle sont entre autres les difficultés qui ont été rencontrées au cours de cette étude.

L'âge de prédilection d'ingestion des caustiques est de 1 à 3 ans [10], ce résultat est identique à celui trouvé dans notre étude. C'est donc l'âge où l'enfant explore son environnement en portant à la bouche tout ce qui est à portée de mains [2].

La presque totalité d'ingestions accidentelle de caustique chez les enfants sont survenues à domicile [11]. Cela s'expliquerait par le manque de vigilance parentale, par la méconnaissance du danger du caustique et par la conservation des produits caustiques dans les emballages destinés aux aliments et aux boissons. La grande majorité de nos patients, dans notre cas, ont consulté en moins de 24h, ce qui se justifierait par l'impact des campagnes de sensibilisation de proximité organisées dans le service. Dans notre étude, seulement 6,7% des patients ont ingéré un produit dont les parents ignorent la nature alors que la majorité des patients ont ingéré la soude caustique. Bicacki U et al [12] en Turquie dans une cohorte de 350 patients entre avril 2002 et Janvier 2009, ont noté que la soude était impliquée dans 71,1% des cas et l'acide dans 28,9% en tant que matériaux caustiques. La soude est rapportée également dans les séries européennes et anglo-saxonnes comme étant le caustique le plus fréquemment en cause de lésions caustiques sévères. [2] Cette prédominance de la soude s'expliquerait par le fait que les acides développeraient leur action immédiatement sous forme de sensation de brûlure, tandis que les bases seraient plus longues à provoquer une douleur. Par ailleurs les bases auraient une odeur plus suave et moins répulsive que les acides [13]. Dans notre contexte cela s'expliquerait non seulement par la ressemblance de la soude aux produits alimentaires comme le sucre, le lait et l'eau ; mais également par son utilisation dans plusieurs domaines socio-économiques au sein de la population

comme la saponification, la teinture, le défrisage et le ménage. Au contraire Matoussi N et al [14] ont noté une prédominance de l'eau de javel (80,5%) contre 5,7% seulement pour la soude. Cependant, le dicton familial selon lequel «l'acide lèche l'œsophage et mord l'estomac» n'est pas toujours exact car une lésion œsophagienne est fréquemment rapportée même après l'ingestion d'acide. Les agents corrosifs solides adhèrent à l'oropharynx et à l'hypopharynx, provoquant des dommages importants dans ces zones, tandis que les agents liquides transitent rapidement, causant des lésions à l'œsophage et à l'estomac [3].

Les circonstances d'ingestion du produit caustique ont été essentiellement accidentelles dans notre milieu. Nous avons noté un seul cas criminel administré volontairement par une femme à l'enfant de sa coépouse. Les ingestions accidentelles sont en général l'apanage des enfants par opposition de celles des adolescents et des adultes qui sont volontaires. [14]. La presque totalité d'ingestion de caustique chez les enfants survient à domicile, cela s'expliquerait dans notre contexte par le manque de vigilance parentale, la méconnaissance du danger lié au caustique et par la conservation des produits caustiques dans les emballages destinés aux aliments et aux boissons.

Les manifestations cliniques dépendent de l'étendue de la lésion. Dans la forme la plus légère, le patient peut être asymptomatique ou présenter des symptômes légers tels que des douleurs à la gorge avec un érythème léger de la muqueuse de la cavité buccale. Cependant, dans les lésions modérées à sévères, le patient présente des symptômes importants. L'odynophagie et la dysphagie signifient une atteinte œsophagienne étendue, tandis que le stridor ou l'enrouement suggèrent une atteinte des voies respiratoires supérieures. La détresse respiratoire avec tachycardie et bave de salive suggère des lésions graves. La présence d'une sensibilité abdominale et de signes péritonéaux est un signe inquiétant indiquant une nécrose gastrique [15].

Étant donné que les signes cliniques tels que la sialorrhée et les lésions orales ne sont pas des indicateurs exacts des lésions caustiques de

l'œsophage [6,16], l'endoscopie est donc considérée comme le plus important moyen de diagnostic. Il est donc recommandé de le réaliser précocement car environ 30% des patients ne présenteront pas de lésion et peuvent donc être rapidement libérés.[13]. Les avis sont divergents sur le délai de réalisation, 3 à 24 heures, 3 à 48 heures [2,5]. Cependant, de nombreux experts ont recommandé une endoscopie dans les meilleurs délais [17] parce que l'endoscopie retardée était associée à une hospitalisation prolongée et à une augmentation du coût d'hospitalisation [8]. Bien que certains rapports confirment la sécurité de l'endoscopie effectuée jusqu'à 96 heures après l'ingestion, l'endoscopie initiale après 48 h d'ingestion n'est pas recommandée, car l'œsophage lésé peut entrer dans la phase d'ulcération et de granulation dans laquelle il devient fragile et se perforé facilement [18]. Néanmoins, tant que les principes de la manipulation douce de l'endoscopie sont maintenus, endoscopie après 48 h dans certains cas pourrait être possible. [7]. Un examen trop précoce en deçà de 3 h est susceptible de sous-estimer les lésions et un examen tardif est souvent de réalisation plus difficile. [5] L'endoscopie est bénéfique pour confirmer l'existence d'une lésion, le degré de la lésion et la zone lésée permettant de guider le traitement et de prédire le pronostic [7].

Il est évident que l'endoscopie n'est pas toujours précise pour déterminer l'étendue de la lésion caustique. [7].

Il s'est avéré dans notre étude que ce ne sont pas tous les patients qui avaient des lésions buco-pharyngées à l'examen clinique qui ont présenté des lésions endoscopiques. Les lésions sont de degrés différents. La fibroscopie était normale chez le patient qui n'avait pas présenté de lésions buco-pharyngé à l'examen clinique. Dans l'étude de Lamirreau T et al [19], 35% des patients ayant de lésions buco-pharyngées ont une endoscopie normale alors que 41% des patients qui ont présenté de lésions endoscopique sévères n'ont pas présenté de lésions buco-pharyngées.

Les symptômes cliniques seuls ne sont pas un indicateur fiable de la présence de lésions pertinentes. Des lésions de grade supérieur ont été décrites à

plusieurs reprises chez les patients asymptomatiques [8].

Le résultat des données endoscopiques conditionne le geste thérapeutique, chez les patients ayant présenté des lésions endoscopiques de stade supérieur ou égal à 2, la sonde nasogastrique a été maintenue jusqu'à la disparition de la douleur. La corticothérapie a été poursuivie jusqu'à 3 jours et l'antalgique maintenue jusqu'à la disparition de la douleur. Pour tous les stades de lésions, les patients a reçu une antibiothérapie et un inhibiteur de la pompe à proton. Les indications dans la prise en charge des brûlures caustiques ont été conditionnées par le bilan lésionnel endoscopique. Dans le stade I la reprise alimentaire a été immédiate et la sortie a été effectuée dans les 24 heures. Pour les lésions classées stade II et III le but est de prévenir le développement d'une sténose œsophagienne qui constitue le risque majeur et redoutable [10]. Dans la série de Temiz A et al [20], les patients de grade IIIb avaient une hospitalisation plus longue et des taux plus élevés de complications par rapport à ceux avec le grade IIIa. Le rôle de la corticothérapie dans la prévention de la sténose est toujours débattu. Certains y voient un facteur de limitation de la fibrose lors de la cicatrisation. Pour d'autres, c'est un facteur d'infection et de retard de cicatrisation. [2]. La littérature prévoit que devant toute brûlure caustique de l'œsophage, l'opportunité d'une gastrostomie doit être envisagé en urgence ou en différée. Le choix sera fonction de la perméabilité résiduelle de l'œsophage. Actuellement l'opportunité qu'offre les bougies de Savary dans les séances de dilatation laisse envisager la gastrostomie qu'exceptionnellement [10].

Le faible taux de réalisation de la fibroscopie de contrôle dans notre étude pourrait être rattaché d'une part à l'évolution favorable des lésions et d'autre part au manque de moyens financier des parents qui, n'ayant réalisé difficilement l'examen initial, ne feront pas l'examen de contrôle devant l'évolution clinique favorable. Le rôle de l'endoscopique dans la surveillance des brûlures caustiques est indéniable. En phase aigüe l'endoscopie permet d'évaluer l'évolutivité des lésions et chez le patient non opéré

sous nutrition parentérale avant de le mettre sous une alimentation orale [21]. En phase chronique, il vise à rechercher une sténose œsophagienne pouvant s'installer à la troisième semaine et plus tard à la recherche d'un cancer de l'œsophage 15 à 20 ans après [5]. S'agissant de la corrélation entre l'évolution et les données endoscopiques initiales, la majorité de nos patients dont la fibroscopie n'a relevé aucune lésion ou n'a relevé qu'une (stade I), n'ont développé aucune complication après 1 mois. Pour 5 patients étiquetés stade IIb, un a eu une évolution favorable, un autre a développé une sténose, un était décédé et le dernier a été perdu de vue. Le seul patient qui a été étiqueté stade IIIa a favorablement évolué et 2 de stade IIIb ont été perdus de vue. La majorité de nos patients ont rigoureusement suivi le protocole thérapeutique proposé par le service, ce qui pourrait expliquer cette évolution favorable. Matoussi N et al [14] en Tunisie ont relevé une évolution favorable dans tous les cas de lésions endoscopiques bénignes (Stade I et IIa) et une d'évolutions émaillées de complications, de décès et de perdus de vue dans tous les cas d'œsophagites graves. Nous avons également constaté qu'une grande partie de patients ayant consulté tardivement ont favorablement évolué ce qui pourrait s'expliquer par le fait que généralement ce sont les patients présentant un tableau clinique bruyant qui consultent très tôt. Quant à la durée d'hospitalisation, elle a été conditionnée par le résultat de la fibroscopie qui a codifié la prise en charge.

Conclusion

L'endoscopie est bénéfique pour confirmer l'existence d'une lésion, le degré de la lésion et la zone lésée permettant de guider le traitement et de prédire le pronostic. Devant les difficultés de prise en charge de ces lésions, l'ingestion accidentelle des produits caustiques devient un problème de santé publique en Guinée. L'évaluation initiale par la fibroscopie assure un meilleur suivi et un pronostic fonctionnel fiable. Les aspects évolutifs des œsophagites caustiques doivent nous inciter à insister davantage sur la

prévention à travers l'information du public et le renforcement de la législation.

*Correspondance

Mamadou Alpha Touré

tourealpha034@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Mars 2021

- 1 : Service de chirurgie pédiatrique hôpital national Donka.
- 2 : Service de Radiologie hôpital national Ignace Deen.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Christophe L, Le Rhum MAR, Bouvier S. Prise en charge des ingestions caustiques, hépato-gastro. *Mini revue* 1997,4 ;6 :483-93.
- [2] Ben Halima N, Ben Mansour L, Mahfoudh A, Hammoumi Y, Kharrat E, Kammoun Th. Les œsophagites caustiques graves chez l'enfant à propos de 12 cas ; *Rev. Maghr. Pediatr.* 2003 ; 13,3 :123-127.
- [3] Kalayarasan R, Ananthakrishnan N, Kate V. Ingestion corrosive. *Indian J Crit Care Med* 2019; 23 (Suppl 4): S282-S286
- [4] Chirica M, Bonavina L, Kelly MD, Sarfati E, Cattan P ingestion caustique ; *Lancette* 2017; 389: 2041-52.
- [5] Nadir S, Hliwa W, Alaoui R, Cherkaoui A. Place de l'endoscopie digestive haute dans les oesophagite caustique. *Esper Med* 2001 ;8,77 :525-29.
- [6] Contini S, Scarpignato C. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: a comprehensive review. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 3918–30.
- [7] Asada Methasate, Varut Lohsiriwat Rôle de l'endoscopie

- dans des lésions caustiques de l'œsophage. *Monde J Gastrointest Endosc* 2018 Octobre 16; 10 (10): 274-282.
- [8] Poley JW, Steyerberg EW, Kuipers EJ. L'ingestion d'acide et alcaline agents: résultats et valeur pronostique précoce endoscopie digestive haute. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 372 – 377.
- [9] Gornet JM. Prise en charge diagnostic et thérapeutique des brûlures digestives par caustique. Paris VI, Journées de Gastro-entérologie. Paris 2005 :32-41
- [10] Mas E, Bretone A, Barange K. Consensus en endoscopie digestive : prise en charge des œsophagites caustiques. *Acta endoscopica* 2011; 41 :303-308.
- [11] Lakshmi CP, Vijayahari R, Kate V, Ananthakrishnan N. Une étude épidémiologique en milieu hospitalier des lésions alimentaires corrosives avec une référence particulière à l'expérience indienne. *Natl Med J India* 2013; 26 (1): 31–36.
- [12] Unal Bicakci • Burak Tander • Gulay Deveci • Unal Bicakci • Burak Tander • Gulay Deveci la gestion minimalement invasive des enfants à l'ingestion caustique: moins de douleur pour les patients *Pediatr Surg Int* (2010) 26: 251-255
- [13] Gelu-Siméon M, Chuong A-P, Saliba F, Thierry G, Laurent M, Vilain C et al. Hématome sous-muqueux: un nouveau signe distinctif lors de l'endoscopie digestive haute d'urgence pour l'ingestion d'ammoniac. *Gastroentérologie BMC* 2018;18:92.
- [14] Matoussi N, Azzoz E, Khaldi F. L'ingestion caustique chez l'enfant : étude épidémiologique à propos de 589 cas. *Revue magrébienne de pédiatrie* 2005;15,3 :151-58.
- [15] Kalayarasan R, Ananthakrishnan N, Kate V. Ingestion corrosive. *Indian Journal of Critical Care Medicine*.2019;10,5005:10071-23305.
- [16] Contini S, Scarpignato C. lésion caustique du tractus gastro-intestinal supérieur: un examen complet. *Monde J Gastroenterol* 2013; 19: 3918 – 30.
- [17] Kluger Y, Ishay OB, Sartelli M, Katz A, Ansaloni L, Gomez CA, Caustic ingestion management: world society of emergency surgery preliminary survey of expert opinion. *World J Emerg Surg* 2015;10:48.
- [18] Steyerberg EW, Kuipers EJ, Dees J, Hartmans JW, Steyerberg EW, Kuipers EJ et al. Ingestion of acid and alkaline agents: outcome and prognostic value of early upper endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2004; 60:372-77.
- [19] Lamireau TH, Rebouissoux L, Meymat Y. Gastroscopie. *Hépatogastrologie*. 2006;13 (6) 423-428.
- [20] Temiz A, Oguzkurt P, Ezer SS, Ince E, Hicsonmez A. predictability 20 years of outcome of caustic ingestion by oesophagogastroduodenoscopy in children. *World J Gastroenterol* 2012;18 :1098-1103.
- [21] Michaud L. L'endoscopie digestive interventionnelle chez l'enfant *Arch.Pediatr*. 2006;13,399–404.

Pour citer cet article :

MA Touré, B Keita, TH Baldé, A Sylla, D Agbo-Panzo. Place de la fibroscopie dans les ingestions des produits caustique chez l'enfant à l'hôpital national Donka. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 214-221



Cas clinique

Pleurésie lupique et tuberculeuse homolatérale : une association rare (à propos d'un cas)

Homolateral lupus and tuberculosis: a rare association (about a case)

H Benjelloun¹, M Ami*¹, N Zaghba¹, N Yassine¹

Résumé

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune chronique caractérisée par la présence d'anticorps anti-nucléaires. La manifestation respiratoire la plus courante est la pleurésie, survient chez 50% des patients atteints de lupus. Les infections représentent des complications fréquentes au cours de cette maladie, parmi lesquelles la tuberculose. Nous rapportons un cas d'une patiente ayant une pleurésie tuberculeuse révélatrice d'un LES avec atteinte pleurale spécifique. Notre observation représente la première étude nationale ayant rapporté cette association et sa particularité est la survenue d'une pleurésie tuberculeuse et lupique du même côté confirmée histologiquement et biologiquement. La patiente est âgée de 33 ans, le tableau clinique était révélé par une polysérite faite d'une pleurésie droite exsudative, une ascite et une péricardite. La ponction biopsie pleurale avait conclu à une inflammation granulomateuse tuberculoïde nécrosante. Un mois après le début du traitement antibacillaire, l'évolution était marquée par l'apparition d'une pleurésie gauche, de lésions cutanées érythémateuses annulaires, de crises convulsives et d'une baisse de l'acuité visuelle. Les bilans immunologique et histologique étaient en faveur d'une atteinte systémique d'un

LES. L'évolution était bonne sous traitement antituberculeux et immunosuppresseurs.

Mots-clés : lupus systémique, tuberculose pleurale, pleurésie lupique.

Abstract

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease characterized by the presence of anti-nuclear antibodies. The most common respiratory manifestation is pleurisy, occurs in 50% of patients with lupus. Infections are frequent complications in this disease, one of which is tuberculosis. We report a case of a patient with tuberculous pleurisy indicative of SLE with specific pleural involvement. Our observation represents the first national study to report this association and its particularity is the occurrence of tuberculous and lupus pleurisy on the same side, confirmed histologically and biologically. The patient is 33 years old, the clinical picture was revealed by polyseritis consisting of right exudative pleurisy, ascites and pericarditis. The pleural puncture biopsy had concluded with necrotizing tuberculoid granulomatous inflammation. One month after the start of antibacillary treatment, the course was marked by the appearance of left pleurisy, erythematous annular skin lesions, convulsive seizures and reduced

visual acuity. the immunological and histological workup was in favor of right pleural, cutaneous, ophthalmological, renal and neurological involvement of SLE. The outcome was good with anti-tuberculosis treatment and immunosuppressants.

Keywords: systemic lupus, pleural tuberculosis, lupus pleurisy.

Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune multisystémique chronique dans laquelle les poussées sont entrecoupées d'épisodes de rémission. Contrairement aux maladies auto-immunes spécifiques aux organes, le LES comprend une constellation de signes et de symptômes qui peuvent affecter plusieurs systèmes organiques. L'atteinte respiratoire est courante dans le LES [1]. La pleurésie en est la plus fréquente, survenant chez 50% de ces patients [2]. Les infections représentent des complications fréquentes au cours du LES, parmi lesquelles la tuberculose qui est due à l'état d'immunodépression liée à la maladie et aux traitements reçus. Nous rapportons dans notre article un cas d'une patiente ayant une pleurésie tuberculeuse révélatrice d'un LES avec atteinte pleurale spécifique.

Cas clinique

C'est une patiente âgée de 33 ans, de bas niveau socioéconomique, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait 15 jours avant son admission une dyspnée d'effort, des douleurs thoraciques, une toux sèche et une distension abdominale, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général. L'examen du thorax trouvait un syndrome d'épanchement liquidien de l'hémithorax droit. Le reste de l'examen somatique notait un frottement péricardique et des signes physiques d'ascite sans lésions cutanéomuqueuses ou articulaires associées.

Au bilan radiologique, la radiographie thoracique

montrait une opacité de type pleural des deux tiers inférieurs de l'hémithorax droit (fig1). L'échographie notait une ascite de grande abondance et un épanchement péricardique de faible abondance. Le liquide pleural était séro-hématique exsudatif avec une prédominance lymphocytaire. Les ponctions biopsies pleurales étaient en faveur d'une inflammation granulomateuse tuberculoïde avec nécrose caséuse. L'exploration de l'ascite objectivait un liquide péritonéal exsudatif avec un taux d'adénosine désaminase élevé à 55 U/l. Devant cet ensemble d'arguments épidémiologiques, cliniques, radiologiques, biologiques et histologiques, le diagnostic d'une polysérite d'origine tuberculeuse était retenu et le traitement antibacillaire était démarré selon le régime 2RHZE/4RH sous surveillance rapprochée avec évacuation du liquide pleural et péritonéal. Au cours du premier mois du suivi, l'évolution était marquée par la régression de l'épanchement péricardique et péritonéal, mais par la récurrence de la pleurésie droite avec l'apparition d'une pleurésie contralatérale transsudative (fig2) et de lésions cutanées érythémateuses annulaires au niveau de l'abdomen et de la face antérieure des cuisses (fig3) ce qui nous a fait suspecter un LES associé. Le bilan immunologique sérique était positif. Les anticorps anti nucléaires (ANA) étaient à 1/320, les anticorps anti DNA natifs (ADN) étaient à 113 IU/ml et le taux de la fraction du complément C3 et C4 était bas à 0.58 g/l et 0.11 g/l respectivement. Dans le liquide pleural du côté droit, les ANA étaient également positifs à 1/320, ainsi que les anticorps anti-ADN. Les ponctions biopsies pleurales étaient refaites toujours du côté droit, objectivant une inflammation granulomateuse tuberculoïde avec nécrose caséuse.

Vue l'apparition des lésions cutanées, une intolérance au traitement antibacillaire était suspectée et ce dernier était suspendu pendant 15 jours. Les lésions avaient disparu à J3 après l'arrêt du traitement et réapparues spontanément à J10. Une biopsie cutanée était alors indiquée, elle avait retrouvé un dépôt d'immunoglobulines et de complément au niveau de la jonction dermo-épidermique en faveur d'une vascularite cutanée. De ce fait, le traitement

antibacillaire a été repris sans incidents.

Au cours de la même hospitalisation, la patiente avait présenté une crise convulsive généralisée et une baisse brutale de l'acuité visuelle associée à une rougeur oculaire. Devant ce tableau, une IRM cérébrale était réalisée révélant une atteinte discrète de la tête du noyau caudé gauche avec une atrophie corticale sus tentorielle (fig4). La ponction lombaire trouvait une méningite lymphocytaire aseptique. L'examen ophtalmologique avec angiographie rétinienne avaient montré des lésions en faveur d'une vascularite rétinienne (fig 5). Par ailleurs, le bilan rénal avait objectivé une insuffisance rénale, avec une protéinurie de 24h à 1.65 g/24h. La biopsie rénale avait conclu à une néphropathie lupique Classe 2.

Au bilan biologique, la numération formule sanguine avait trouvé une anémie normochrome normocytaire régénérative sans lymphopénie ni thrombopénie associées. Selon les critères EULAR/ACR 2019, le diagnostic de lupus était retenu et le traitement était démarré en urgence devant l'atteinte ophtalmique rénale et neurologique. Il était basé sur des bolus de méthylprédnisolone 15mg/Kg/ jour pendant 3 jours de suite, puis relai par une corticothérapie orale à raison de 1mg/kg/jr et des bolus de cyclophosphamide 0,6 g/m² toutes les 4 semaines, associé à l'hydroxychloroquine. Jusqu'à présent, la patiente est au 5ème mois du traitement antibacillaire et avait reçu 5 bolus de cyclophosphamide avec une amélioration clinique, biologique et radiologique.

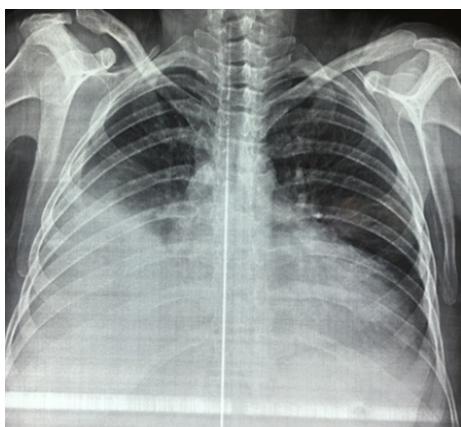


Figure 1: Radiographie thoracique montrant une opacité de type pleural droite



Figure 2 : Radiographie thoracique montrant une opacité de type pleural bilatérale.

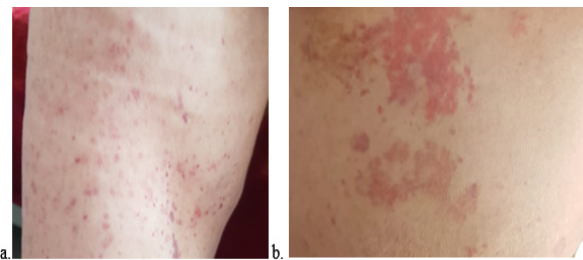


Figure 3 : Lésions cutanées érythémateuses annulaires et en plaques (a.cuisses , b. abdomen).

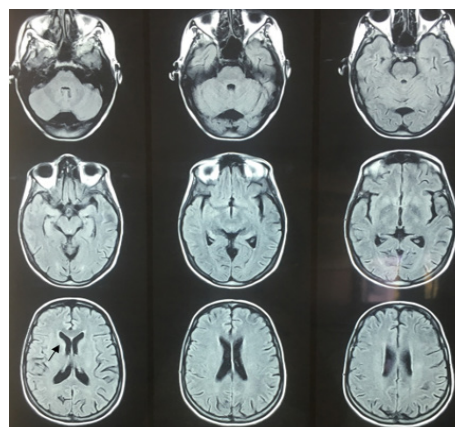


Figure 4 : IRM cérébrale montrant une atteinte discrète de la tête du noyau caudé gauche avec une atrophie corticale sus tentorielle.

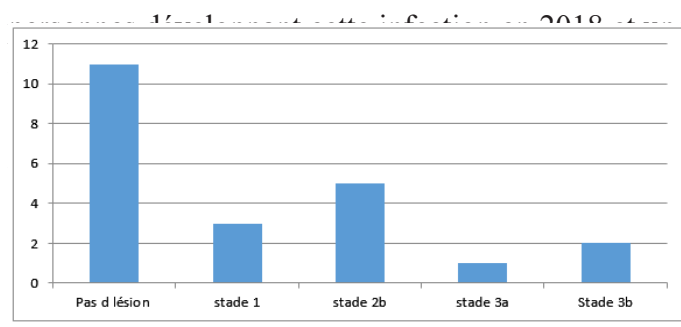


Figure 5 : Angiographie rétinienne objectivant des lésions ophtalmiques en faveur d'une vascularite.

Discussion

Le LES est une maladie multisystémique chronique résultant de lésions tissulaires médiées par le système immunitaire qui peuvent se manifester par un large éventail de symptômes et de complications possibles. L'étiologie est inconnue, cependant, la pathogenèse serait multifactorielle, impliquant une sensibilité génétique à certains déclencheurs environnementaux et une altération de la fonction du système immunitaire et phagocytaire [3]. Cet état d'immunodépression peut expliquer l'incidence plus élevée d'infections opportunistes dont la tuberculose chez les patients atteints de LES [4].

Celle-ci reste l'une des maladies infectieuses les plus courantes dans le monde avec environ 10 millions de



tuberculeuse et lupique du même côté confirmée histologiquement et biologiquement.

Quelques études mondiales ont abordé ce problème en documentant une augmentation certaine de l'incidence de cette association. Une étude espagnole a rapporté une incidence de tuberculose six fois plus élevée dans le groupe LES que dans la population générale [6]. De même, une étude à Hong Kong a rapporté un risque 5 à 15 fois plus élevé. Sept études rétrospectives conduites en Asie du Sud-Est ont conclu que la prévalence de la tuberculose au cours de cette affection est estimée entre 0,66 et 13,8%[9,6]. Il s'agit le plus souvent de la réactivation d'une tuberculose latente, comme en témoigne la précocité de survenue au cours de la maladie systémique.

Chez les patients atteints de LES, la tuberculose extra pulmonaire est plus courante que la tuberculose pulmonaire et le risque de dissémination est plus élevé. Dans une étude précédente portant sur une série de cas de tuberculose chez des patients atteints

de LES, 40 % avaient une tuberculose pulmonaire tandis que 60% avaient une atteinte extra-pulmonaire. Cette dernière était sous forme d'une tuberculose hémotogène disséminée dans la majorité des cas et d'une tuberculose pleurale dans 4,76% des cas [7].

L'infection tuberculeuse représente un défi diagnostique chez les patients atteints de LES. L'intervalle de temps entre le début de cette infection et le diagnostic peut varier d'un mois à un an. Son diagnostic est déterminé sur la base d'exams biologiques et histologiques qui prennent souvent un temps prolongé, retardant ainsi le diagnostic. D'autre part, la tuberculose se manifeste par un ensemble de symptômes non spécifiques comme la fièvre inexplicée, les douleurs articulaires, la fatigabilité et la sérite qui sont également observées chez les patients atteints de LES, ce qui rend le diagnostic plus difficile [6].

Quant aux manifestations cliniques du lupus, l'atteinte respiratoire peut être révélatrice de la maladie. Plus de la moitié des patients atteints de LES auraient au cours de l'évolution de leur maladie au moins une fois une manifestation pulmonaire, pouvant toucher au moins un des compartiments respiratoires (plèvre, parenchyme pulmonaire, voies aériennes, vaisseaux pulmonaires et muscles respiratoires) [2].

La pleurésie constitue une des manifestations respiratoires les plus fréquentes au cours du LES. Sa prévalence dans la littérature varie de 10 à 52 % des cas [2]. L'épanchement peut être uni- ou bilatéral, sans prédilection pour un côté, le plus souvent peu ou moyennement abondant, pouvant être récidivant. Le liquide pleural est typiquement un exsudat citrin ou sérohématique stérile, de formule cytologique variable avec une prédominance de polynucléaires neutrophiles ou de lymphocytes. L'exploration immunologique du liquide pleural a ses limites. Un taux élevé d'anticorps antinucléaires (> 1/160) dans le liquide pleural est très en faveur d'une atteinte pleurale liée à la maladie. En dehors de tout contexte lupique, un taux d'anticorps élevé est plus d'une fois sur deux le témoin d'une pleurésie paranéoplasique [8]. Donc, l'élimination d'autres

étiologies d'épanchement pleural chez un patient lupique doit être une démarche prioritaire (infection, embolie pulmonaire, médicament, néphropathie lupique, insuffisance cardiaque) avant d'évoquer une atteinte propre de la maladie.

Associé au traitement du LES conventionnel, le traitement de la tuberculose chez ces patients suit les recommandations du programme national de lutte antituberculeuse (PNLAT). Une thérapie combinée est indiquée, comprenant l'association : Isoniazide(H), rifampicine (R), éthambutol (E) et pyrazinamide (Z) pendant 2 mois, suivie de 4 mois d'isoniazide (H) et de rifampicine (R) [6], avec l'ajustement posologique approprié chez les patients présentant une insuffisance rénale [9]. Concernant la prophylaxie, une étude avait montré le rôle de la prophylaxie à l'isoniazide chez les patients atteints de LES recevant une corticothérapie au long cours et a rapporté que la prophylaxie à l'isoniazide réduit l'incidence de la tuberculose de 11% à 2% [10].

Conclusion

Le lupus est une maladie caractérisée par des poussées fréquentes et les infections en sont l'une des causes les plus courantes. Les infections tuberculeuses dans le contexte du LES sont l'une des conditions les plus difficiles à gérer en raison de la similitude des caractéristiques cliniques. Actuellement, il existe peu de lignes directrices fondées sur des preuves pour la prise en charge de la tuberculose dans le contexte du LES. Avec une meilleure élucidation de l'histoire naturelle de la maladie et l'avancement des investigations, plus de lumière peut être jetée vers une meilleure gestion combinée de ces deux entités pathologiques.

Abréviations

R : Rifampicine

H : Isoniazide

Z : Pyrazinamide

E : Ethambutol

*Correspondance

Ami Meryem

dr.meryem91@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Mars 2021

1 : Service des maladies respiratoires, CHU Ibn Rochd, Casablanca

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Torre O, Harari S. Pleural and pulmonary involvement in systemic lupus erythematosus. *La Presse Médicale*. 2011; 40(1):e41–e51.
- [2] Kamen DL, Strange C. Pulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. *Clin Chest Med*. 2010; 31(3):479–88.
- [3] Crow MK. Systemic lupus erythematosus. *Goldman-Cecil Medicine*. 2020; 26:1725-34.
- [4] Chu AD, Polesky AH, Bhatia G, Bush TM. Tuberculose active et latente chez des patients atteints de lupus érythémateux disséminé vivant aux États-Unis. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2009; 15 (5): 226-29.
- [5] Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la tuberculose (2019). www.who.int/tb/publications/global_report/fr.
- [6] Prabu VN, Agrawal S. Systemic lupus erythematosus and tuberculosis: a review of the complex interactions of complex diseases. *journal of postgraduate medicine*. 2010 ; 56 (3): 244–47.
- [7] Zhang L, Wang DX, Ma L. A clinical study of tuberculosis infection in systemic lupus erythematosus. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. 2008; 7: 808–10.
- [8] Wang DY, Yang PC, Yu WL, Kuo SH, Hsu NY : Serial antinuclear antibodies titre in pleural and pericardial fluid.

Eur Respir J. 2000 ; 15 : 1106-10.

- [9] Tam LS, Li EK, Wong SM, Szeto CC. Facteurs de risque et caractéristiques cliniques de la tuberculose chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique à Hong Kong. Scand J Rheumatol. 2002 ; 31 : 296–300.
- [10] Gaitonde S, Pathan E, Sule A, Mittal G, Joshi VR. Efficacy of isoniazid prophylaxis in patients with systemic lupus erythematosus receiving long term steroid treatment. Ann Rheum Dis .2002; 61:251-3.

Pour citer cet article :

H Benjelloun, M Ami, N Zaghba, N Yassine. Pleurésie lupique et tuberculeuse homolatérale : une association rare (à propos d'un cas). Jaccr Africa 2021; 5(1): 222-227



Article original

Evaluation des paramètres des sujets suivis pour diabète de type II au centre de sante de référence de la commune V (CSREF CV) du district de Bamako ayant une activité physique régulière

Evaluation of the parameters of subjects monitored for type II diabetes at the reference health center of municipal V (CSREF CV) of Bamako district with regular physical activity

IB Bengaly*¹, A Konaté², A Bétrhé³, MB Coulibaly⁴, Kaya A Soukho⁵, F Dicko⁶, S Diarra⁷, A Diaby⁸, A Sinayoko⁹, S Sidibé¹⁰, O Oulale¹¹, AZ Sidibe¹², S Kamissoko¹³, IH Sidibe¹⁴

Résumé

Le diabète est un sérieux problème de santé publique, et il est l'une des quatre maladies non transmissibles prioritaires ciblées par les dirigeants mondiaux.

Objectif : c'était d'évaluer les paramètres des diabétiques de type 2 ayant la capacité de mener une activité physique régulière suivis au Centre de Santé de Référence de la commune cinq (CSRef CV) du district de Bamako.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale s'étendant sur une période de 6 mois (05 janvier au 05 juillet 2017). L'étude a porté sur les patients suivis en ambulatoire au service de médecine du CSRef CV du district de Bamako. L'échantillonnage était exhaustif, tous les patients diabétiques de type 2 pratiquant une activité physique et acceptant de participer à l'étude ; Les données ont été collectées sur un questionnaire individuel et les analyses ont été effectuées sur EPI info7.2.2.6.

Résultats : Nous avons enregistré 43 patients diabétiques, Le sexe ratio était de 1,64 en faveur des femmes. L'âge moyen était de 52,51±7,51 ans avec des extrêmes allant de 40 à 70 ans. Les patients ayant un niveau d'étude secondaire ont représenté

44,19% des cas. Le syndrome cardinal a été le motif de consultation le plus représenté dans 83,72% des cas. La notion de sédentarité a été retrouvée dans 90,70% des cas. L'antécédent familial de diabète a été retrouvé dans 39,53% des cas. Les patients avec un IMC normal étaient seulement 23% avant l'activité physique contre 60% après les activités physiques, ceux en surpoids étaient jusqu'à 41,86% avant l'activité physique contre 25% après les activités physiques. L'activité physique a permis de normaliser les taux de la cholestérolémie (P=0,0008) et des triglycérides. (p=0,0001) des patients. Parmi les malades avec des pressions artérielles systolique et diastolique élevées ($\geq 140/90$ mm hg) au début de l'étude, avec les activités physiques 88,37% ont eu une systole \leq à 139 mm hg et 93,02% pour une diastole \leq à 89 mm hg.

Conclusion : L'activité physique étant une arme thérapeutique efficace et indiscutable de prévention des maladies cardiovasculaires nous devons donc encourager les patients DT2 à la pratique d'une activité physique régulière et adaptée.

Mots-clés : Evaluation, Paramètres, Diabète de type 2, Activité physique, CSRef Commune V, Bamako.

Abstract

Diabetes is a serious public health problem, and it is one of the four priority non-communicable diseases targeted by world leaders. The objective: was to assess the parameters of type 2 diabetics with the capacity to carry out regular physical activity monitored at the Reference Health Center of Commune 5 (CSRef CV) in the Bamako district.

Methodology: This was a descriptive, cross-sectional study spanning a period of 6 months (January 05 to July 05, 2017). The study focused on patients followed on an outpatient basis at the medical service of the CSRef CV in the district of Bamako. The sampling was exhaustive, with all type 2 diabetic patients participating in physical activity and agreeing to participate in the study; Data were collected on an individual questionnaire and analyzes were performed on EPI info7.2.2.6.

Results: We registered 43 diabetic patients. The sex ratio was 1.64 in favor of women. The average age was 52.51 ± 7.51 years with extremes ranging from 40 to 70 years. Patients with a secondary education level accounted for 44.19% of cases. Cardinal syndrome was the most common reason for consultation in 83.72% of cases. The notion of sedentary lifestyle was found in 90.70% of cases. The family history of diabetes was found in 39.53% of cases. Patients with a normal BMI were only 23% before physical activity versus 60% after physical activity, overweight patients were up to 41.86% before physical activity versus 25% after physical activity. Physical activity helped normalize cholesterolemia ($P = 0.0008$) and triglyceride levels. ($p = 0.0001$) of the patients. Among patients with high systolic and diastolic arterial pressures ($\geq 140/90$ mm hg) at the start of the study, with physical activities 88.37% had systole ≤ 139 mm hg and 93.02% for diastole ≤ 89 mm hg.

Conclusion: Physical activity being an effective and indisputable therapeutic weapon in the prevention of cardiovascular diseases, we must therefore encourage T2D patients to practice regular and adapted physical activity.

Keywords: Evaluation, Parameters, Type 2 diabetes,

Physical activity, CSRef Commune V, Bamako.

Introduction

Selon L'ATLAS DU DIABÈTE de la fédération internationale Diabète 2019 :

Le diabète est une pathologie grave et chronique qui survient lorsque l'organisme ne peut pas produire d'insuline, qu'il n'en produit pas suffisamment ou qu'il ne peut pas utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. [1; 2]

Le diabète de type 2 est une maladie chronique souvent héréditaire, hétérogène et surtout multifactorielle qui résulte de la conjonction de facteurs génétiques et environnementaux[3].

Aujourd'hui la prévalence du diabète notamment du type 2 est en augmentation constante. Dans une étude réalisée en 2016, 8,84% des patients étaient diabétiques lors des consultations externes. [4]

En 2015, la FID (fédération internationale de diabète) estime le nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde à 415 millions. D'ici 2040, on atteindrait 642 millions. [5].

Au Mali, la progression alarmante du diabète a des répercussions économiques et sociales très importantes, la condition touche les personnes dans leurs années de vie les plus productives [6]. La prévalence du diabète (type 2) dépasse les 9,3 % de la population adulte [6], associée à une augmentation très forte de l'incidence des autres facteurs de risque cardiovasculaires, notamment le surpoids, l'obésité (21 % chez les plus de 20 ans) et la sédentarité (19,5 % chez les plus de 15 ans) [7].

L'activité physique est définie par « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du repos » [8]. L'activité physique régulière est aujourd'hui reconnue comme un des piliers du traitement du diabète de type 2 [9].

Au cours de ces dernières années, l'éducation thérapeutique des patients a notablement évolué, en passant également de l'apprentissage de

connaissances, puis de compétences à des changements de comportement [10].

D'où l'intérêt de cette étude, dont le but était d'évaluer les paramètres des sujets suivis pour diabète de type II au CS Ref CV de Bamako ayant une activité physique régulière.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale qui s'est déroulée au service de médecine du CSRef CV sur une période de 6 mois (05 janvier 2017 au 05 juillet 2017). Ont été inclus dans notre étude, tous les patients diabétiques de type 2 qui sont suivis en ambulatoire, âgés de 40 ans ou plus, avec un ECG normal, ayant la capacité et la volonté de faire l'activité physique. Le rythme et la fréquence de l'activité physique étaient individuels, planifiés avec le médecin traitant. Le suivi des patients étaient bihebdomadaire, puis mensuel.

Variables étudiées étaient

- *Variables qualitatives*
 - Données sociodémographiques : (Sexe, profession, niveau d'étude, résidence)
 - ATCD (personnel, familiaux),
 - Facteurs de risque du diabète de type 2 : (Sédentarité, ATCD familial de diabète, ATCD de diabète gestationnel, alcool et tabac),
 - Traitement : Régime hypoglycémique-hypocalorique, intensité, durée, fréquence éducation diabétique, Insuline, anti diabétiques oraux (ADO).
- *Variables quantitatives :*
 - Age,
 - Données cliniques (Taille, poids, IMC, FC, TA),
 - Données para cliniques (glycémie, HbA1c, HDL, LDL, triglycérides, cholestérolémie, créatinémie, ECG).

Un consentement libre et éclairé des patients a été obtenu avant leur inclusion à l'étude. Les renseignements donnés par chaque patient ont été uniquement utilisés à des fins de recherche. Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête individuelle, les saisies et analyses ont été faites sur

le logiciel Word2016, Excel 2016 et Epi info version 7. Le test statistique utilisé était le khi2 (avec $p \leq 0.05$)

Résultats

Données épidémiologiques

Les diabétiques ont représenté 3,21% sur l'ensemble des consultations. L'étude a concerné 43 patients sur un total de 174 patients diabétiques vus en consultation, soit une fréquence de 24,71%.

Données sociodémographiques : L'âge moyen était de $52,51 \pm 7,51$ ans avec des extrêmes allant de 40 à 70 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 40 à 45 ans (27,91%) suivie de 46 à 50 ans et 56 à 60 ans qui représentaient chacune 18,60%. La sex-ratio était de 1,64 en faveur des femmes. Les femmes au foyer représentaient 34,88% de nos patients suivis des fonctionnaires avec 20,93%. Les autres professions comme : les commerçants, les retraités étaient respectivement 18,60% et 4,65%. Les patients ayant un niveau d'étude secondaire étaient de 44,19% des cas. Les niveaux primaire et supérieur étaient respectivement 16,28% et 11,63%. Par contre 27,91% était des non alphabétisés.

La notion de sédentarité était retrouvée dans 90,70% des cas. L'antécédent familial de diabète était retrouvé dans 39,53%. Le régime hypoglycémique-hypocalorique et l'éducation diabétique étaient observés chez tous nos patients dans 100% des cas pendant l'étude. L'importance de l'éducation physique dans la prise en charge du diabète de type 2 n'était pas connue dans 72% des patients au début de l'étude. La marche à pied était le type d'activité physique le plus pratiqué dans 93,02% des cas. Les autres types comme : Jogging, cyclisme, natation ont représenté chacune 2,33%. Les patients pratiquant l'activité physique de plus de quatre fois par semaine représentaient 48,84% des cas, 37,27% pratiquaient l'activité physique trois fois par semaine ; 11,63% pratiquaient deux fois par semaine et 2,33% une fois par semaine ;

Les patients pratiquant l'activité physique pendant 16 à 30 minutes représentaient 41,86% des cas ;

30,23% faisait l'activité pendant 31 à 45 minutes ; 16,28% pendant 46 à 60 minutes et 11,63 % pendant 61 minutes.

Données cliniques

Le syndrome cardinal était le motif de consultation le plus représenté dans 83,72% des cas. La douleur au niveau des membres inférieurs, la furonculose représentaient chacune 2,33% et les autres signes 11,63%.

Le traitement antidiabétique par les biguanides et l'association l'insuline intermédiaire et rapide étaient respectivement de 65 % et 16% des cas ; les sulfamides 13,9% et l'insuline intermédiaire seul 4,6%. Les rendez-vous de suivis étaient régulièrement respectés dans 86,05 des patients. La glycémie était anormal (compris de 1,21 g/dl et supérieur à 4 g/dl) avant les activités physiques dans 93,03% contre 88,37% de normal (inférieur à 1,21 g/dl) après les activités physiques.

L'activité physique a réduit le tour de taille chez la femme au cours du diabète (P=0,44 RR=0,46667 ddl=1 IC=95%)

L'activité physique a réduit le tour de taille chez l'homme au cours du diabète.

(P = 0,16 RR=0,9521 ddl=1 IC=95%)

L'activité physique a permis de normaliser les taux de la cholestérolémie (P = 0,0008) et des triglycérides. (p=0,0001) des patients.

Les pressions artérielles systolique et diastolique étaient respectivement supérieures ou égales à 140 mm hg (dans 48,84%) et supérieures ou égales 90 mm hg (dans 27,91%) avant les activités physiques, contre 88,37% pour la systole inférieure ou égale à 139 mm hg et 93,02% pour la diastole inférieure ou égale à 89 mm hg après les activités physiques.

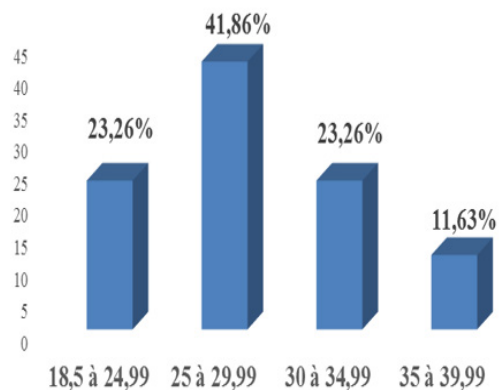


Figure 1 : Répartition des patients selon IMC avant l'activité physique.

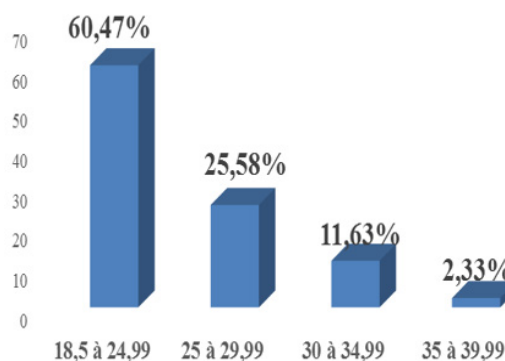


Figure 2 : Répartition des patients selon IMC après 6 mois d'activité physique.

Tableau I : Répartition des patients selon L'HBA1C avant et après 6 mois d'activité physique

Activité physique	HbA1c			TOTAL
	≤ 6,5	6,6 à 8	> 8	
Avant activité physique	0	19	24	43
Après activité physique	33	10	0	43

P=0,17 RR=0,1612 ddl=2 IC = 95%
L'activité physique a réduit l'hémoglobine glyquée au cours du diabète de type 2.

Tableau II : Répartition des patients selon le profil de RICCI et GAGNON par rapport à la pratique de sport.

Activité physique	Profil du patient RICCI et GAGNON		TOTAL
	<18	18 à 34	
Avant activité physique	5	38	43
Après activité physique	42	1	43

L'activité physique a réduit le profil de RICCI et GAGNON au cours du diabète.

Discussion

Malgré la non réalisation de certains bilans pour faute de moyens financiers, nous avons pu atteindre nos objectifs.

- **Données épidémiologiques**

Durant la période de l'étude, les diabétiques ont représenté 3,21% des consultations. L'étude a concerné 43 patients sur un total de 174 patients diabétiques vus en consultation, soit une fréquence de 24,71%. Ce résultat était supérieur à ceux de Sano D. et al.[11], de Koffi D P. [12] et de Amoussou G. et al. [13] qui ont rapporté respectivement 18,9%, 15,29% et 16,66%. Par contre, il est inférieur à celui de Sidibé A.T. et al[14] qui a trouvé 55,06%. Cette différence s'expliquerait par le fait que ces études se sont déroulées dans une période de 12 mois contrairement à la nôtre qui n'a duré que 6 mois.

- **Données sociodémographiques**

L'âge moyen a été de $52,51 \pm 7,51$ ans avec des extrêmes allant de 40 à 70 ans. Cela concordait avec l'âge d'apparition du diabète de Type2 le plus souvent supérieur à 45 ans. Ce résultat était comparable à celui de Sano D. Et coll. [11] qui avait trouvé un âge moyen de 53 ans.

En effet ce résultat était inférieur à ceux de Thomas et al. [15] réunissant Quatorze études randomisées (impliquant 377 sujets au total, d'un âge moyen de 60 ans, avec une période d'intervention s'étendant de 8 semaines à 12 mois), de Sozzi FB et al. [16] et de Yameogo NV [17] qui ont trouvé un âge moyen de 61 ± 11 ans et $58,40 \pm 9,44$ ans avec des extrêmes de 40 à 85 ans dans leurs séries.

La sex-ratio était de 1,64 en faveur des femmes. Ce résultat était comparable à ceux de Sidibé A.T et al.[12] et de Look AHEAD Research Group [18] qui ont trouvé respectivement un sex-ratio de 0,70 et de 1,48 en faveur des femmes. Cette prédominance féminine s'expliquerait par le fait que les femmes sont plus sédentaires dans notre société, qui est un facteur de risque d'obésité donc de survenue du diabète de type 2. Par contre ce résultat était différent à celui de Sano D et coll.[11] qui ont trouvé une sex-ratio de 2,2.

L'antécédent familial a été retrouvé dans 39,53%. Ce résultat est comparable à celui de Traoré A.[19] qui a trouvé 38,25% de cas.

La notion de sédentarité a été retrouvée dans 90,70% des cas. Cette faible proportion de la pratique d'exercice physique serait liée à un manque d'information, de conseils pratiques, à une absence de la promotion de l'activité physique à l'endroit du malade ou simplement à une mauvaise observance des mesures hygiéno-diététiques. Ce résultat était supérieur à celui de Valentin G [20] qui a trouvé 83,70%. Les habitudes socioculturelles justifieraient en partie cette différence.

- **Données cliniques**

L'activité physique a réduit le tour de taille chez la femme et chez l'homme au cours du diabète. Cela s'expliquerait par le fait que l'activité physique diminue la masse de grasse abdominale au cours du diabète.

L'IMC a été normalisé après l'activité physique dans 60,47% des cas. Nous avons noté une corrélation statistiquement significative entre l'activité physique et l'IMC. Ce résultat était comparable à ceux de Yameogo NV [17] et Lange M.G[21] qui ont trouvé une tendance au surpoids avec des IMC moyens de $26,48 \pm 5,19$ et $29,57 \pm 5,7$.

L'activité physique a réduit le risque de survenue de l'hypertension artérielle systolique et diastolique au cours du DT2. La baisse de la TA après exercice pourrait s'expliquer par la dilatation des vaisseaux et la redistribution du sang qui passe plus dans les membres qui travaillent. Ceci nous laissait penser que l'activité physique améliorerait la TA quelques minutes après l'exercice. Par conséquent, l'activité physique intégrée à une prise en charge globale des autres facteurs de risque souvent associés est une arme thérapeutique efficace et indiscutable de prévention cardiovasculaire. [22].

- **Données para cliniques :**

Nous avons noté une corrélation statistiquement significative entre la glycémie et l'activité physique. Ce même cas a été noté entre l'activité physique et l'hémoglobine glyquée. Cela nous amènerait à dire

que l'activité physique diminue de façon considérable la glycémie ainsi que l'hémoglobine glyquée.

La littérature fait état de deux mécanismes de l'effet hypoglycémiant chez les diabétiques de type 2 pour certains patients qui pratiquent l'éducation physique. La captation du glucose est augmentée grâce à la translocation des GluT4 induites par l'exercice lui-même de façon insulino-indépendante. De plus, le stockage du glucose est favorisé en période de récupération d'autant plus que l'exercice a été prolongé et a entraîné une déplétion glycogénique. Ainsi, l'effet hypoglycémiant peut-il se maintenir durant des heures après l'effort [23].

Selon une méta-analyse concernant 47 études randomisées contrôlées avec 8538 patients, les résultats montrent que les programmes d'exercices supervisés et structurés portant sur l'entraînement en endurance, l'entraînement en résistance ou la combinaison des deux types d'entraînement s'associent à une diminution significative du taux d'HbA1c de -0,51 à -0,73 % par rapport au groupe contrôlé (endurance : -0,73 % [IC 95 % -1,06 à -0,40] ; entraînement contre résistance :-0,57 % [IC 95 % -1,1 à -0,01] ; et combinaison des deux types d'entraînement : -0,51 % [IC 95 % -0,79 à -0,23]). De plus, l'activité physique supervisée et structurée de plus de 150 min/semaine est associée à une plus grande réduction du taux d'HbA1c (-0,89 %) par rapport à 150 minutes ou moins par semaine (-0,36 %). Les conseils d'activité physique sont également associés à une diminution significative du taux d'HbA1c, mais à la condition que ceux-ci soient associés à des conseils diététiques (-0,43 % [IC 95 % -0,59 à -0,28]) [24; 10]

Nous avons noté une corrélation statistiquement significative entre l'activité physique et la cholestérolémie. Cela allait de même pour l'activité physique et les triglycérides. Ce résultat s'expliquerait par le fait que l'exercice physique favoriserait l'élimination du cholestérol [25]. L'activité physique régulière favorise une augmentation du cholestérol HDL et une diminution des triglycérides [26]. L'exercice physique régulier et prolongé tel que le footing permet d'augmenter le HDL (bon cholestérol)

et diminue le taux des LDL [27].

• Le profil de RICCI et GAGNON :

Le profil de RICCI et GAGNON montre que la plupart des patients étaient inactifs (score inférieur à 18). Cela serait dû au fait qu'ils ignoraient l'importance de l'activité physique, laissant place à un comportement d'inactivité conduisant à une insulino-résistance. Après 6 mois d'activité physique, ce score était normal, ce qui s'expliquerait par le fait que tous nos patients ont été sensibilisés par rapport à la pratique de l'activité physique au début de l'étude. Cette pratique faisant partie intégrante de la prise en charge du diabète de type 2 et augmentait la sensibilité à l'insuline.

Conclusion

L'activité physique étant une arme thérapeutique efficace et indiscutable de prévention des maladies cardiovasculaires et à la lecture du résultat de notre étude, nous pouvons déduire que la pratique de l'activité physique améliorerait l'équilibre glycémique à travers la diminution de l'HbA1c et aussi la tension artérielle, l'IMC et le profil de RICCI et GAGNON. Nous devons donc encourager les patients DT2 à la pratique d'une activité physique régulière et adaptée.

***Correspondance**

Inhissa Bengaly

inhissabengaly@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Mars 2021

- 1 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary, Mali (CSCOM U de Koniakary) ;
- 2 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Segue, Mali (CSCOM U de Segue) ;
- 3 : Médecin sans Frontière Koro Mali ;
- 4 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire

- de Konobougou, Mali (CSCOM U de Konobougou) ;
- 5 : Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako (CHU Point G) ;
- 6 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Toure, Bamako (CHU GT) ;
- 7 : Centre de Santé de référence de Kayes, Mali (CSREF de Kayes) ;
- 8 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary, Mali (CSCOM U de Koniakary) ;
- 9 : Cabinet Médical la Référence de Sandare, Mali
- 10 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Bankoni, Mali (CSCOM U de Bankoni) ;
- 11 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Toure, Bamako (CHU GT) ;
- 12 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Toure, Bamako (CHU GT) ;
- 13 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary, Mali (CSCOM U de Koniakary) ;
- 14 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary, Mali (CSCOM U de Koniakary) ;

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Atlas du diabète de la Fédération Internationale du Diabète (FID). 9ème Ed. 2019 Disponible sur : <https://www.idf.org/e-library/welcome/copyright-permission.html>
- [2] Fédération Internationale du Diabète Région Afrique. Guide de prise en charge du diabète de type 2 pour l'Afrique subsaharienne. 2005;52.
- [3] GRIMALDI André. Diabète de type 2. PARIS ELSEVIER. 2004;
- [4] Diallo B A. Profil épidémiologique de l'HTA en milieu hospitalier, Médecine d'Afrique noire 1994 ; 41 : 153.
- [5] Fédération Internationale du Diabète. Atlas du DIABETE de la FID. Septième Édition [Internet]. 2015; Disponible sur: www.diabetesatlas.org
- [6] International Diabètes Fédération. Diabètes Atlas. 5ème Ed. 2011;
- [7] WHO. Global status report on non-communicable diseases. 2010;
- [8] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Expertise collective. Activité physique – Contextes et effets sur la santé. Collection Expertise collective. Paris : Éditions Inserm, mars 2008.
- [9] Perrin C, Champely S, Chantelat P, Sandrin B, Mollet E, Tabard N. Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français. Santé publique 2008 ; 20 : 213-223.
- [10] Martine D. Jean-Michel O. Bénédicte V. Vincent C. Jean-François G et al. Activité physique et diabète de type 2. Référentiel de la Société francophone du diabète (SFD). Médecine des maladies Métaboliques - Février 2012 - Vol. 6 - N°1 ISSN : 1957-2557
- [11] Sano D, Tieno H, Drabo Y, Sanou A. Prise en charge du pied diabétique a propos de 42 cas au C.H.U. de Ouagadougou. Médecine Afr Noire. 1999;46(6):307-11.
- [12] Koffi Dago Pierre. Pied diabétique dans le service d'endocrinologie -diabétologie du CHU de Yopougon ; février 2013 ; Yopougon. Disponible sur: www.congrès2013.fatafrique.org/IMG/pdf/koffi_Dago-ptt-fr.pdf
- [13] Amoussou-Guenou K D, Zannou DM, Ade G, Djorolo F, Avimadje M, Bigot A, et al. Morbidité du pied diabétique en médecine interne au CNHU HKM de Cotonou. Mali Méd. 2006;4(21):3-7.
- [14] Sidibé AT et Coll. Pied diabétique en médecine interne de l'hôpital du Point "G". Rev Med Interne. 2006;1(8):14-7.
- [15] Thomas DE, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev 2006;(3):CD002968
- [16] Sozzi FB. Diabetes outcomes after stress echocardiography. Diabètes Care. 2003;(26):167-78.
- [17] YAMEOGO NV. Recherché de l'ischémie myocardique silencieuse chez les diabétiques de type 2: apport de l'échocardiographie de stress à la dobutamine. 2008; 26:121-108.
- [18] Look AHEAD Research Group, Wing RR. Longterm effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-

year results of the Look AHEAD trial. Arch Intern Med 2010;170:1566-75.

- [19] TRAORE A. Signes cliniques des diabètes Digest Santé Mali. 1998;1(5):7-15.
- [20] Valentin G, Lokrou A. Hyperlipidémie et diabète en Côte d'Ivoire : étude transversale de 132 cas. Med Afr Noire. 1998;(10):45.
- [21] Lange MG. Age moyen de découverte du diabète de type 2 en fonction de la catégorie sociale. Thèse Med Univ Paris Fac Méd Xavier Bichat. 2004;(18).
- [22] B. Vergès. Évaluation du risque cardiovasculaire chez le diabétique de type 2 et prescription d'une activité physique. Elsevier Masson SAS. Médecine des maladies Métaboliques - Mars 2010 - Vol. 4 - N°2
- [23] Kotzki N, Brunon A. Diabète et médecine physique « Bases physiopathologiques, principes et résultats du réentraînement à l'effort des patients diabétiques de type 2 ». 3ème Ed MASSON Paris. 2001;31.
- [24] Umpierre D, Ribeiro PA, Kramer CK, et al. Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2011;305:1790-9.
- [25] Dr Alain Renault. Santé et Activités physiques. Amphora Sa. 1990;(ISBN 2-85 180):191-9.
- [26] Dr Aude Mathieu. Diabète de type 2 et Activité physique. Paris Phase 5. 2006;(2-9154439):55-9.
- [27] Santé pour tous. Faire baisser son mauvais cholestérol et prévenir les maladies cardio-vasculaires. : 26-7.

Pour citer cet article :

IB Bengaly, A Konaté, A Béthé, MB Coulibaly, Kaya A Soukho, F Dicko et al. Evaluation des paramètres des sujets suivis pour diabète de type II au centre de sante de référence de la commune V (CSREF CV) du district de Bamako ayant une activité physique régulière. Jaccr Africa 2021; 5(1): 228-235



Article original

Arthrites juvéniles idiopathiques vues en consultation hospitalière au Sénégal

Juvenile idiopathic arthritis seen in hospital consultation in Senegal

M Traoré*¹, AB Kamissoko¹, R Diallo², TA Wann³, A Diallo⁴, ML Diallo¹, S Diallo²

Résumé

Les arthrites juvéniles idiopathiques (AJI) représentent un groupe hétérogène de rhumatismes inflammatoires de l'enfant de moins de 16 ans.

Objectif : Déterminer le profil épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des AJI vues au Sénégal en consultation hospitalière.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée chez des patients suivis en consultation au service de rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec à Dakar au Sénégal. Ont été inclus, les dossiers de patients répondant aux critères de l'International League of Associations for Rheumatology. Ont été exclus les dossiers de patients présentant des pathologies osseuses, traumatiques, infectieuses, néoplasiques et les hémoglobinopathies. Les données épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques ont été étudiées.

Résultats : parmi 5000 patients, 44 ont été colligés de janvier 2012 à septembre 2016. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 12,8 ans et 68% étaient des filles. La forme enthésitique avec 17 cas était la plus fréquente suivie de la forme polyarticulaire à facteur rhumatoïde négatif. La prise en charge reposait sur les traitements symptomatiques et de

fond notamment le méthotrexate. L'évolution a été favorable dans l'ensemble.

Conclusion : Les arthrites juvéniles idiopathiques sont des pathologies relativement peu fréquentes chez les enfants. Dans cette étude, la forme enthésitique était la plus fréquente. Le méthotrexate a été le traitement de fond utilisé dans toutes les formes devant l'indisponibilité de la biothérapie.

Mots-clés : arthrite juvénile idiopathique, Sénégal, épidémiologie, enfants.

Abstract

Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is a heterogeneous group of inflammatory rheumatism among children who had less than 16 years.

Objective: to determine the epidemiological, diagnostic and therapeutic profile seen in Senegal in hospital consultation

Method: Patients less than 16 years who had been followed at the rheumatology department of Aristide Le Dantec University Hospital in Dakar in Senegal were retrospectively analyzed. Patient records that meet the International League of Associations for Rheumatology JIA criteria were included, and those patients with bone disease, traumatic disease, infectious

disease, neoplastic disease and hemoglobinopathies were excluded. Epidemiological, clinical, biological and therapeutic data were studied.

Results: Of 5000 patients, 44 were collected from January 2012 to September 2016. The mean age at diagnosis was 12.8 years and 68% were female. The most prevalent was the enthesitic form (17 cases), followed by the polyarticular form with negative rheumatoid factor. The treatment was based on symptomatic and basic treatments including methotrexate. Overall, the evolution has been favorable.

Conclusion: Juvenile idiopathic arthritis is a relatively infrequent condition among children. In this study, the enthesitic form was the most common. Methotrexate was the disease-modifying treatment used in all forms due to the unavailability of biotherapy.

Keywords: juvenile idiopathic arthritis, Senegal, epidemiology, children.

Introduction

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est un terme générique qui regroupe toutes les formes de rhumatismes inflammatoires de l'enfant d'étiologie inconnue et évoluant depuis plus de 6 semaines [1]. Elle est composée de maladies ayant été classées selon des caractéristiques cliniques et biologiques. Il s'individualise en sept formes d'après la classification d'Edmonton en 2001, revisitée en 2004 par l'ILAR (International League of Associations for Rheumatology) : la forme oligoarticulaire (27-56%), la forme polyarticulaire à facteurs rhumatoïdes positifs (2-7%), la forme polyarticulaire à facteurs rhumatoïdes négatifs (11-28%), la forme systémique ou maladie de Still (4-17%), la forme enthésitique (3-11%), la forme psoriasique (2-11%) et les formes indifférenciées [2, 3]. Il s'agit d'affections potentiellement graves pouvant compromettre le pronostic fonctionnel (atteinte articulaire ou retard de croissance) [1, 4] mais aussi engager le pronostic vital (complications rénales, neurologiques et

cardiaques) [5]. La prévalence mondiale des AJI était estimée à 1/1000 enfants [6]. En Amérique du nord, la prévalence des AJI étaient de 93,3/100000 en 1980 aux USA et de 59,9/100000 au Canada en 2004. En Europe, en 2010, la prévalence globale des AJI était estimée entre 3,8 à 400/100 000 [7]. En Afrique, nous ne disposons pas de données nationales mais plutôt de prévalences hospitalières qui sont variables, allant de 0,03 % en Côte d'Ivoire [8] à 1,3% en Zambie [9]. Au Sénégal, hormis une thèse de médecine réalisée en 2004 [10] et un abstract présenté lors du congrès de la SFR en 2008 [11], aucune étude n'a été publiée. La prévalence est probablement sous-estimée. L'objectif de notre étude était de déterminer le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des AJI dans le service de rhumatologie de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal).

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur des dossiers de patients vus en consultation de rhumatologie au CHU Aristide Le Dantec à Dakar (Sénégal) entre Janvier 2012 et Septembre 2016. Ont été inclus, les dossiers de patients répondant aux critères d'AJI de l'ILAR. Nous avons exclu les dossiers de patients présentant des pathologies osseuses, traumatiques, infectieuses, néoplasiques et les hémoglobinopathies. Dans chaque dossier, ont été collectées les données démographiques (âge, sexe, profession), cliniques (rhumatologiques, extra-rhumatologiques), paracliniques (biologie, imagerie) et thérapeutiques (classique, innovant). Les données quantitatives et qualitatives ont été résumées par la moyenne (range : min et max) et l'effectif (fréquence) assorties de leur intervalle de confiance (IC) à 95%. La collecte et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel SPSS 21.0.

Résultats

Entre Janvier 2012 et Septembre 2016, nous avons colligé 5000 dossiers de patients dont 44 cas d'arthrite

juvénile idiopathique, soit une fréquence de 0,88% (IC à 95% : 0. 87% – 0.89%). Ces AJI comprenaient 68% (n=30) de filles et 32% (n=14) de garçons avec un sex-ratio de 2. L'âge moyen au diagnostic était de 12,8 ans (range : 3 à 16 ans).

Parmi ces AJI, la forme enthésitique était la plus fréquente (17 cas ; 39%), suivie de la forme polyarticulaire à FR négatif (13 cas ; 30%) (tableau 1). La répartition des différentes formes en fonction du sexe est représentée dans le tableau 2.

Les circonstances de découverte des AJI étaient variables. Trente-deux patients (73%) avaient consulté pour des manifestations articulaires, quatre patients (9%) était référés par l'ophtalmologue pour l'exploration d'une uvéite et huit cas (18%) étaient liés à un dépistage familial réparti comme suit : 5 cas de spondylarthrite ankylosante et 3 cas de polyarthrite rhumatoïde.

Les manifestations rhumatologiques se répartissaient en atteinte périphérique, axiale, et enthésitique (tableau 4). Les atteintes polyarticulaires (grosses et petites articulations) étaient fréquentes dans les formes polyarticulaires et systémiques. Les grosses articulations principalement des membres inférieurs étaient atteintes dans la forme oligoarticulaire. Dans les ERA, les talalgies et les fessalgies étaient les localisations préférentielles.

Les données biologiques sont résumées dans le tableau 5.

L'imagerie était réalisée en fonction des atteintes. Ainsi, les signes de déminéralisation (n=30), de pincement (n=13), d'érosion (n= 3), de carpite (n=2), de tarsite (n=1), sont retrouvés principalement dans les AJI FR négatif, AJI FR positif, AJIo et dans la forme systémique. Les signes de sacro-iliite (n=8), d'épine calcanéenne (n=3), de syndesmophytes (n=1) et de romanus (n=1) sont retrouvés dans les ERA et la forme psoriasique.

Les stratégies thérapeutiques étaient variables et conduites selon l'atteinte rhumatismale.

Vingt-et-un patients ont reçu un traitement par corticoïdes d'une durée d'un à 18 mois avec des doses variables : 10 mg chez 12 patients, 15 mg chez

1 patient et 5 mg chez 8 patients.

Le méthotrexate est le traitement de fond classique qui a été utilisé dans les différentes formes notamment dans les ERA.

En plus du traitement de fond, huit patients ont reçu une infiltration articulaire de corticoïdes, six des collyres à base de dexaméthasone, une kinésithérapie instaurée chez un patient souffrant d'une forme enthésitique et une ostéotomie chez un autre patient souffrant d'une forme oligoarticulaire.

L'évolution est globalement favorable dans l'ensemble allant de la rémission complète (19 patients) à incomplète (9 patients). Par ailleurs, une évolution défavorable était retrouvée chez 3 patients. Il s'agissait d'infection (1 cas) et de retard de croissance (2 cas).

Tableau I : Répartition des formes cliniques des AJI

	Nombre	Pourcentage (%)
AJIs	1	2,3
AJIo	5	11,4
AJI FR –	13	29,5
AJI FR +	6	13,6
ERA	17	38,6
Pso AJI	1	2,3
F. indifférenciée	1	2,3
Total	44	100

ERA : enthésite en rapport avec une arthrite, AJI FR - : arthrite juvénile idiopathique à facteur rhumatoïde négatif, AJI FR+ : arthrite juvénile à facteur rhumatoïde positif, Pso AJI : forme psoriasique des arthrites juvéniles idiopathiques, AJIs : forme systémique des arthrites juvéniles idiopathiques, AJIo : forme oligoarticulaire, F. indifférenciée : forme indifférenciée.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe et la forme clinique

Formes d'AJI	Filles (nombres)	Garçons (nombre)	Total
AJIs	1	0	1
AJI FR +	6	0	6
AJI FR -	9	4	13
ERA	10	7	17
AJIo	3	2	5
Pso AJI	1	0	1
F. indifférenciée	1	0	1

Tableau III : Répartition des signes cliniques selon la forme clinique

	AJIs	AJIo	AJI FR +	AJI FR -	ERA	Pso AJI	Forme indifférenciée	Total
Monoarthrite	1	1	0	0	2	0	0	4
Oligoarthrite	0	4	0	0	4	0	0	8
Polyarthrite	0	0	6	13	9	1	1	31
Lombalgie	0	0	0	0	5	0	0	5
Fessalgie	0	0	0	0	10	0	1	11
Talalgie	0	0	0	0	9	1	0	10
Fièvre	1	0	0	4	0	0	0	5
Rash cutané	1	0	0	0	0	0	0	1
Adénopathies	1	0	0	0	0	0	0	1
Uvéite antérieure	0	2	0	1	4	0	0	7

Tableau IV : Répartition des patients selon les signes biologiques

	AJIs	AJIo	AJI FR +	AJI FR -	ERA	Pso AJI	Forme indifférenciée	Total
Anémie	1	1	2	9	7	0	1	21
Hyperleucocytose	1	0	0	0	0	0	0	1
Thrombocytose	1	0	2	5	1	0	1	10
VS accélérée	1	0	4	6	8	0	0	19
CRP positive	1	1	5	8	4	0	0	19
Ferritinémie	1	0	0	0	0	0	0	1
ACPA positif	0	0	3	1	0	0	0	4
FAN positif	0	1	0	0	0	0	0	1
FR positif	0	0	6	0	0	0	0	6
HLA B27 positif	0	1	0	0	4	0	0	5

VS : vitesse de sédimentation, CRP : C Reactive Proteine, ACPA : Anti Citrullinated Peptides Antibodies, FR : Facteurs Rhumatoïde, HLA B 27 : human leucocyte antigen B27

Tableau V : Répartition des patients selon le traitement

	AJIs	AJIo	AJI FR +	AJI FR -	ERA	Pso AJI	Formes indifférenciées	Total
Antalgique I	1	2	3	9	13	0	0	28
Antalgique II	0	2	1	2	1	1	0	7
AINS	0	3	0	3	11	1	0	18
Prednisone	1	1	4	10	4	0	1	21
Méthotrexate	1	1	5	10	5	0	1	23
Etanercept	0	0	1	0	0	0	0	1

Antalgique I : Antalgique de palier I, Antalgique II : Antalgique de palier II, AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

Discussion

Dans cette étude portant sur les caractéristiques clinico-épidémiologiques des AJI à l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, nous avons retrouvé une fréquence hospitalière de 0,88%. Cette fréquence est variable en Afrique, allant de 0,03 % en Côte d'Ivoire [8] à 1,3% en Zambie [9]. Les raisons possibles de cette discordance sont la différence dans la méthodologie adoptée mais aussi des systèmes de santé.

Dans notre étude, nous avons retrouvé une prédominance féminine avec un sex-ratio de 2 comme dans plusieurs autres séries publiées dans la littérature [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Cette prédominance féminine serait due probablement aux hormones sexuelles.

L'âge moyen au diagnostic de 12,7 ans était supérieur à ceux rapportés par Diallo S et al (11 ans) [11], Chipeta et al (8,7 ans) [9] et par Diomandé et al (7 ans) [8]. Cette discordance serait due par la variabilité des facteurs génétiques mais aussi des échantillonnages.

Le délai diagnostique était de 2,6 ans dans notre série pratiquement le double de celui rapporté en Côte d'Ivoire [8]. Un retard à la consultation mais également par une méconnaissance de ces pathologies dans notre contexte pourrait en être la cause.

La fréquence des formes cliniques varie en fonction des études. La forme polyarticulaire à FR négatif suivie de celle oligoarticulaire étaient les plus fréquentes dans les études de Chipeta en Zambie [9], de Weakley en Afrique du Sud [16] et d'Abdwanil

à Oman [14]. Diomandé et al n'objectivaient pas de forme enthésitique, alors que la forme systémique était la plus représentative dans leur étude (7/9 cas) [8]. Au Sénégal, une prédominance de la forme polyarticulaire a été trouvée dans la thèse de Féliho [10] et dans l'abstract de Diallo S [11]. Ceci s'expliquerait par le fait que d'une part, certaines formes oligoarticulaires extensives peuvent être confondues à tort avec des formes polyarticulaires et d'autre part, au dépistage familial lors de rhumatismes inflammatoires dans les formes enthésitiques.

L'AJI se présentait chez nos patients par des manifestations rhumatologiques et extra-rhumatologiques. Ces caractéristiques sont celles décrites dans la littérature en dehors des formes systémiques.

Un syndrome inflammatoire biologique non spécifique était présent chez la plupart de nos patients, comme dans les autres études [8, 9, 10, 12, 13, 14], témoignant des phénomènes inflammatoires sous-tendant ces affections, mais également de leur caractère évolutif au moment du diagnostic.

La présence des auto-anticorps chez 11 patients et de l'antigène HLA B 27 chez 5 patients témoigne de l'hétérogénéité de ce groupe de maladies (Tableau 5). Ces différents examens sont nécessaires car ils permettent de classer les patients dans une forme bien déterminée et par la suite d'adapter une prise en charge adéquate.

Concernant l'imagerie, la radiographie conventionnelle et la TDM ont été les méthodes

d'exploration de l'atteinte articulaire dans notre étude. Elles ont été réalisées en fonction de l'orientation de la douleur articulaire. Ainsi, les clichés montraient des lésions d'ostéo-arthrite qui seraient probablement dues à un retard diagnostique [17].

Comme dans notre série, le traitement des AJI repose sur les traitements symptomatiques (AINS et AIS), les traitements de fond classiques et biologiques (Tableau 6). Le méthotrexate est le traitement de fond classique qui a été utilisé dans les différentes formes notamment dans les ERA qui classiquement sont traitées par les AINS en première intention puis par les biothérapies en seconde intention. Mais dans notre contexte, son utilisation était inévitable devant le coût exorbitant et l'indisponibilité de la biothérapie. Les biothérapies restent très peu ou pas utilisées dans nos contrées, du fait de leur indisponibilité, leur coût exorbitant, et surtout du risque infectieux très élevé en Afrique. L'évolution défavorable retrouvée chez 3 patients confirme la gravité potentielle de ces affections.

Conclusion

Notre étude montre que l'AJI est une pathologie relativement peu fréquente chez les enfants d'où l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce pour éviter la survenue de complications pouvant être très invalidantes. Dans notre étude, la forme enthésitique était la plus fréquente et le méthotrexate a été le traitement de fond utilisé.

*Correspondance

Marie Traoré

drmarietraore@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Mars 2021

1 : Service de Rhumatologie, Hôpital national Ignace Deen, Conakry, Guinée

2 : Service de Rhumatologie, CHU Aristide Le

Dantec, Dakar-Fann, Sénégal

3 : Service de Médecine interne, CHU Donka, Conakry, Guinée

4 : INSERM, U1137-IAME, Département de biostatistique, investigations cliniques et pharmaceutiques des maladies infectieuses, Université Paris Diderot, Paris, France

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] El Maghraoui A. Arthrite juvénile idiopathique. *Presse Médicale* 2014 ; 43 : 27-33
- [2] Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass ND, Goldenberg J et al. International league of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision Edmonton 2001. *J Rheumatology* 2004; 31:390–392
- [3] Bader-Meunier B. Consulté le 13 Aout 2020. Arthrites juvéniles idiopathiques (en dehors des AJI associées au psoriasis et des polyarthrites rhumatoïdes juvéniles). Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS). 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/pnds_arthrites_juveniles_idiopathiques.pdf
- [4] Koné-Paut I. Approche génétique des pathologies inflammatoires de l'enfant. *Rev rhum* 2003 ; 70 : 517-520
- [5] Quartier P, Prieur A.M. Arthrites juvéniles idiopathiques. *EMC-Médecine* 2004 ; 1 : 555–568
- [6] Cotton A, Mazingue F, Pruvost I, Boutry N. Arthrites juvéniles idiopathiques. In: Cotton A. Imagerie musculosquelettique: pathologies générales 2013; 189 – 200
- [7] Sigrid T, Fautrel B, Lemelle I, Guillemin F. Prévalence et incidence de l'arthrite juvénile idiopathique : revue de la littérature. *Rev rhum* 2014 ; 81 : 123-130
- [8] Diomandé M, Coulibaly AK, Kouakou ESCL, Yao JC, Kouakou C, Gbané-Koné M et al. Profile of Juvenile Idiopathic Arthritis Observed in Abidjan (Cote d'Ivoire): A Report about 17 Cases. *Br J Med Med Res* 2016; 16(11): 1 -6
- [9] Chipeta J, Njobvu P, Wa-Somwe S, Chintu C, E McGill P,

Bucala R. Clinical patterns of juvenile idiopathic arthritis in Zambia. *Pediatr Rheumatol* 2013, 11: 1 – 6

- [10] Feliho J L A. Arthrite chronique juvénile au Sénégal, profils épidémiologique, clinique et aspects évolutifs. [Thèse pour le doctorat médecine]. Faculté de médecine Cheikh Anta Diop de Dakar. 2004
- [11] Diallo S, Pouye A, Ndongo S, Diagne I, Diop TM. Arthrites juvéniles idiopathiques : étude de 30 cas Sénégalais. *Rev Rhum.* 2008; 75 : 1136.
- [12] Olufemi O, Adelowo A, Umar. Juvénile. Idiopathic arthritis among Nigerians: a case study. *Clin Rheumatology* 2010; 29: 757 – 761
- [13] Bouhamidi O, Zoubir S, Chalabi-Benabdallah A. L'arthrite juvénile idiopathique chez 33 enfants. *Arch pédiatr* 2010 ; 17 n° 6S1 : 85
- [14] Abdwani R, Abdalla E, Al Arawi S, Al-Zakwani I. Epidemiology of juvenile idiopathic arthritis in Oman. *Pediatr Rheumatol* 2015; 13: 1 – 6
- [15] Krause ML, Crowson CS, Michet CJ, Mason T, Muskardin TW, Matteson EL. Juvenile Idiopathic Arthritis in Olmsted County Minnesota 1960–2013. *Arthritis Rheumatol* 2016 ; 68(1): 247–254
- [16] Weakley K, Esser M, Scott C. Juvenile idiopathic arthritis in two tertiary centres in the Western Cape, South Africa. *Pediatr Rheumatol* 2012; 10:35
- [17] Panuel M, Jurquet AL, Pasquali R, Retornaz K. Arthrite juvénile idiopathique. *Actualités en imagerie. Archives de Pédiatrie* 2010;17:607-608

Pour citer cet article :

M Traoré, AB Kamissoko, R Diallo, TA Wann, A Diallo, ML Diallo et al. Arthrites juvéniles idiopathiques vues en consultation hospitalière au Sénégal. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 236-242



Clinical case

A rare cause of dysphagia in children: Squamous cell carcinoma of the esophagus: a case report and review of literature

Une cause rare de la dysphagie chez l'enfant : Le carcinome épidermoïde de l'œsophage :
à propos d'un cas et revue de la littérature

A Alami¹, FZ Outtaleb*², M Houjami¹, T Chekrine¹, Z Bouchbika¹, N Benchakroun¹,
H Jouhadi¹, N Tawfiq¹, S Sahraoui¹, H Dehbi^{2,3}, A Benider¹

Abstract

Malignant esophageal tumors are the 6th leading cause of cancer death worldwide. In children and adolescents, this cancer is a rare disease. Through this case report, we tried to analyze the clinical, paraclinical, therapeutic and prognostic profile of squamous cell carcinoma of the esophagus in children. This was a 13 and half-year-old patient at the time of onset of solids dysphagia. Symptoms worsened with the onset of fluid dysphagia, complicated by deterioration of general condition, with anemia and asthenia. The eso-gastro-duodenal fibroscopy found a budding tumor 30cm from the dental arches partially obstructing the lumen of the esophagus. An anatomopathological study of the lesion found a well differentiated and infiltrating epidermoid esophageal carcinoma. The extension assessment came back negative.

Therapeutically, the patient underwent preoperative radiochemotherapy, which was shown to resolve the dysphagia. Surgical resection of the esogastric lesion was performed, followed by gastrostomy. Currently, she benefits from retrograde esophageal dilation sessions. From an evolutionary standpoint, clinical

improvement was observed, without signs of tumor recurrence, two years after the start of treatment.

Malignant esophageal tumors in children and adolescents are extremely rare conditions. The ingestion of caustic products and smoking are currently the most well-known risk factors for this disease, factors not found in our patient. Dysphagia is the main clinical sign of squamous cell carcinoma of the esophagus. Thus, in the event of dysphagia in children or adolescents, a mediastinal process should be considered, and a paraclinical assessment should be carried out.

Since squamous cell carcinoma of the esophagus is a rare malignant tumor in children, the interest of this case report is to underline the importance of evoking a malignant esophageal process in children who present a notion of dysphagia to solids then to liquids, associated with an alteration of the general condition and anemia.

Résumé

Les tumeurs malignes de l'œsophage représentent la 6ème cause de décès par cancer dans le monde. Chez l'enfant et l'adolescent, ce cancer représente une

maladie rare. À travers ce cas clinique, nous avons essayé d'analyser le profil clinique, paraclinique, thérapeutique et pronostique du carcinome épidermoïde de l'œsophage chez l'enfant.

Il s'agissait d'une patiente âgée de 13 ans et demie au moment de l'apparition d'une dysphagie aux solides. La symptomatologie s'est aggravée par l'installation d'une dysphagie aux liquides, compliquée d'une altération de l'état général, avec anémie et asthénie. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale a retrouvé une tumeur bourgeonnante à 30cm des arcades dentaires obstruant partiellement la lumière de l'œsophage. L'étude anatomopathologique de la lésion a retrouvé un carcinome épidermoïde œsophagien bien différencié et infiltrant. Le bilan d'extension est revenu négatif.

Sur le plan thérapeutique, la patiente a bénéficié d'une radio-chimiothérapie préopératoire avec bonne réponse clinique et radiologique. Une résection chirurgicale de la lésion oeso-gastrique a été réalisée. Actuellement, elle bénéficie de séances de dilatations œsophagiennes rétrogrades. Sur le plan évolutif, une amélioration clinique a été constatée, sans signes de récurrence tumorale, deux ans après le début de la prise en charge thérapeutique.

Les tumeurs malignes de l'œsophage chez l'enfant et l'adolescent sont des pathologies extrêmement rares. L'ingestion de produits caustiques et le tabagisme sont actuellement les facteurs de risque les plus connus de cette maladie, facteurs non retrouvés chez notre patiente. La dysphagie représente le principal signe clinique révélateur du carcinome épidermoïde de l'œsophage. Ainsi, en cas de dysphagie chez l'enfant ou l'adolescent, un processus médiastinal doit être évoqué, et un bilan paraclinique doit être réalisé.

Le carcinome épidermoïde de l'œsophage étant une tumeur maligne rare chez l'enfant, l'intérêt de ce cas report est de souligner l'importance d'évoquer un processus œsophagien malin chez les enfants qui présentent une notion de dysphagie aux solides puis aux liquides, associée à une altération de l'état général et une anémie.

Introduction

Malignant tumors of the esophagus are the 6th cause of cancer death in the world [1]. Globally, an estimated 572 000 cases occurred in 2018 [2]. It is essentially an adult disease, with a peak prevalence between 35 and 64 years. Therefore, esophageal cancer in children and adolescents is a rare disease [1]. Through this clinical case, we tried to analyze the clinical, paraclinical, therapeutic and prognostic profile of squamous cell carcinoma of the esophagus in children.

We report the observation of a patient with squamous cell carcinoma of the esophagus, followed since 2019 at the Ibn Rochd university hospital.

Clinical case

This was a 13 and half-year-old patient at the time of the installation of solids dysphagia. The anamnesis does not find any particular pathological history, in particular no similar case in the family, or a notion of chronic vomiting, ingestion of caustics or passive smoking. Symptoms worsened with the onset of fluid dysphagia, complicated by weight loss of 19 kg in 7 months, anemia and generalized asthenia. Clinical examination did not find signs of infection or associated tumor syndrome.

Para clinically, the eso-gastro-duodenal fibroscopy found a budding tumor 30cm from the dental arches, partially obstructing the lumen of the esophagus, arriving at the cardia, which is 35 cm away and invading the upper part of the lesser curvature. Pathologic study of the lesion found a well differentiated and infiltrating esophageal squamous cell carcinoma. An extension assessment, in particular a PETSCAN, was carried out, which revealed a hyper metabolic tissue process in the lower third of the esophagus with right paraesophageal lymphadenopathy.

As treatment, the patient underwent a feeding jejunostomy, and several blood transfusions, for hematemesis of great abundance, complicated with intolerated acute anemia. Subsequently, preoperative radiochemotherapy was performed combining

radiotherapy at a dose of 50.4Gy in 28 sessions of 1.8Gy, associated with 5 fluoro-uracil and cisplatin, as a weekly treatment. Surgical resection of the esogastric lesion was performed, by a transthoracic esophagectomy, with lymph node dissection.

Currently, the patient is receiving retrograde esophageal dilation sessions, and she is regularly followed in consultation, without signs of tumor recurrence, two years after the start of treatment. The patient is also followed in the oncogenetic consultation, for the identification of a possible genetic predisposition to cancer's syndrome.

Discussion

Malignant tumors of the esophagus in children and adolescents are extremely rare conditions. A total of 23 cases of esophageal squamous cell carcinoma have been reported in the literature [3,4,5,6,7,8,9,10]. The ingestion of caustic products and smoking are currently the known risk factors, factors not identified in this case report.

Esophageal cancer in adults is a tumor with a poor prognosis, with a median survival of 13 to 19 months [11]. In this case report, clinical improvement is observed 2 years after the beginning of the treatment.

Dysphagia is the main clinical sign of squamous cell carcinoma of the esophagus. It may be isolated at first, and limited to solids dysphagia. Later, fluid dysphagia, weight loss and anemia secondary to hematemesis set in. These hematemesis can be very abundant, and engage the immediately vital prognosis, in the absence of urgent treatment.

Thus, in the event of dysphagia in children or adolescents, a mediastinal process should be considered, and a paraclinical assessment should be carried out. It must include in particular an esogastric-duodenal fibroscopy, which makes it possible to visualize a possible esophageal lesion, and to perform biopsies. TEPSCAN can be used to search for the hypermetabolic nature of a suspicious lesion, and for possible metastatic locations. Due to the rarity of esophageal cancer in children, treatment is based

on the principles used in adults. Complete surgical resection with wide margins and extensive lymph node dissection are indicated, in combination with radiochemotherapy. However, no common treatment strategy has been established in children.

Conclusion

Since squamous cell carcinoma of the esophagus is a rare malignant tumor in children, the interest of this case report is to underline the importance of evoking a malignant esophageal process in children who present a notion of dysphagia to solids then to liquids, associated with altered general condition and anemia.

***Correspondence**

Fatima-Zahra Outtaleb

dr.outtaleb.fz@gmail.com

Available online : March 29, 2021

- 1 : Mohamed VI Oncology Center. Ibn Rochd University hospital of Casablanca
- 2 : Laboratory of Medical Genetics. Ibn Rochd University hospital of Casablanca
- 3 : Cellular and Molecular Pathology Laboratory. Casablanca Faculty of Medicine and Pharmacy. Hassan II University

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflicts of interest: None

References

- [1] Rosenberg J. Cancer of the esophagus. Philadelphia, PA: JB Lippincott Co; 1982.
- [2] Saba Kurtom, Brian J. Kaplan. Esophagus and Gastrointestinal Junction Tumors. Surg Clin N Am 100 (2020) 507–521.

- [3] Kumar A, Shukla NK, Mishra MC, Shai UP, Kapur BM. Primary oesophageal carcinoma in teens. *J Surg Oncol* 1992;50:254e7.
- [4] Issaivanan M, Redner A, Weinstein T, Soffer S, Glassman L, Edelman M, et al. Esophageal carcinoma in children and adolescents. *J Pediatr Hematol Oncol* 2012;34:63e7.
- [5] Shahi UP, Sudarsan, Dattagupta S, Singhal S, Kumar L, Bahadur S, et al. Carcinoma oesophagus in a 14 year old child: report of a case and review of literature. *Trop Gastroenterol* 1989;10:225e8.
- [6] Haghighi P, Mohallatee EA, Nasr K, Dezhbakhsh F, Salmasi S, Daneshbod K. Childhood cancer in Southern Iran. *Cancer* 1974;34:1842e8.
- [7] Hedawoo JB, Nagdeve NG, Sarve GN. Squamous cell carcinoma of esophagus in a 15-year-old boy. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2010;15:59-61.
- [8] Tampi C, Pai S, Doctor VM, Plumber S, Jagannath P. HPV-associated carcinoma of esophagus in the young: a case report and review of literature. *Int J Gastrointest Cancer* 2005;35:135-42.
- [9] Dewar JM, Courtney JT, Byrne MJ, Joske RA. Esophageal cancer in a young woman after treatment for osteosarcoma. *Med Pediatr Oncol* 1988;16:287-9.
- [10] T.M. Theilen et al. / *J Ped Surg Case Reports* 5 (2016) 23-29.
- [11] Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. *N Engl J Med* 2003;349:2241-52.

To cite this article :

A Alami, FZ Outtaleb, M Houjami, T Chekrine, Z Bouchbika, N Benchakroun and al. A rare cause of dysphagia in children: Squamous cell carcinoma of the esophagus: a case report and review of literature. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 243-246



Cas clinique

Cannabis et infarctus du myocarde à coronaires saines : à propos d'une observation

Cannabis and healthy coronary myocardial infarction: a case report

IS Sylla*^{1,2}, MD Balde^{1,2}, A Barry¹, EY Baldé^{1,2}, M Béavogui^{1,2}, IS Barry^{1,2}, A Koné², MB Bah^{1,2}, MA Baldé^{1,2}, M Condé¹

Résumé

Autrefois réputé drogue douce, le cannabis est l'une des drogues les plus consommées au monde. Plusieurs observations associent la survenue d'événements cardiovasculaires aigus et une consommation active de cannabis. Nous rapportons le cas d'une femme de 52 ans, sans facteurs de risque cardiovasculaire, consommatrice irrégulière de cannabis synthétique admise pour une douleur thoracique. L'électrocardiogramme montrait une ischémie sous épocardique en latéral haut, la troponinémie était positive à 140 fois la normale. La coronarographie et l'échographie cardiaque étaient normales de même que le bilan immunologique et celui de la thrombophilie. Le diagnostic de syndrome coronaire aigu à coronaires saines dû au cannabis a été retenu malgré la négativité des tests toxicologiques. Ce cas nous interpelle sur les dommages potentiels associés à l'utilisation de cannabinoïdes synthétiques et nous incite à mieux éduquer les patients et leurs familles concernant les dangers de l'utilisation de ces substances « légales ».

Mots-clés : infarctus du myocarde, cannabis, coronaires saines.

Abstract

Once known as a mild drug, cannabis is one of the most widely used drugs in the world. Several observations associate the occurrence of acute cardiovascular events with active consumption of cannabis. We report the case of a 52-year-old woman, without cardiovascular risk factor, irregular user of synthetic cannabis admitted for retrosternal chest pain. Electrocardiogram revealed T waves depression on lateral leads. Troponin I was raised of 140-fold the normal. Coronary angiography and echocardiography were normal, as were the immunologic and thrombophilia assessments. The diagnosis of acute coronary syndrome of normal coronaries arteries due to cannabis was retained despite the negativity of toxicological tests. Clinicians worldwide must be aware of the clinical significance and potential harm associated with the use of synthetic cannabinoids, to better educate patients and their families regarding the dangers of using such "legal" substances.

Keywords: myocardial infarction, cannabis, healthy coronary.

Introduction

On estime entre 3,5 et 7% de la population mondiale entre 15 et 64 ans reconnaissant l'usage de stupéfiants parmi lesquels le cannabis est le plus consommé (1). De nombreuses observations ont établies l'implication du cannabis dans la survenue d'infarctus du myocarde (2,3,4). La physiopathologie est mal élucidée. Les mécanismes incriminés sont entre autres : une hyperactivité du système sympathique, de l'agrégabilité plaquettaire, de la coagulation et un spasme coronarien (2,3,4). La corrélation peut être difficilement établie en cas de consommation sporadique ou d'indélectabilité de certains dérivés cannabinoïdes dans les tests urinaires usuels (4,5). Nous rapportons un cas d'infarctus du myocarde à coronaires saines médié par la consommation de cannabis chez une femme de 52 ans.

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 52 ans, reçue pour une douleur thoracique, intense, rétrosternale constrictive irradiant au membre supérieur gauche, survenue au repos et évoluant depuis 02 heures. Elle n'a aucuns antécédents ni facteurs de risque cardiovasculaire. Elle fume de façon occasionnelle du cannabis à raison de 2 joints lors des sorties dont la dernière consommation remontait à 1 semaine. A l'admission on notait une tachycardie régulière à 110 battements/min, une tension artérielle à 138 /85mmHg. L'examen physique ne retrouvait aucune anomalie. L'électrocardiogramme (ECG) inscrivait un rythme sinusal régulier à 80 cycles/min, une ischémie sous épicaudique en latéral haut (figure 1).

Après deux bouffées de Natispray, amélioration de la douleur thoracique. La troponine I était positive à 148 puis 315 ng/l soit 140 fois la normale. La coronarographie effectuée en urgence après pré traitement par de ticagrélor, d'aspirine et de l'énoxaparine est revenue normale (figure 2 et 3).

La biologie retrouvait une légère hyperleucocytose à 11690/mm³. La glycémie à jeun et le bilan lipidique

étaient normaux. Les tests urinaires à la recherche de cannabis, de cocaïne et d'amphétamines étaient négatifs. Le dosage des anticorps antinucléaires, anticorps anticardiolipides, protéine C, protéine S, antithrombine III, homocystéinémie étaient normaux. L'échographie transthoracique ne retrouvait aucune anomalie. L'IRM cardiaque était normale (figure 4). Le diagnostic de syndrome coronaire aigu dû à l'usage du cannabis nous semble le plus probable chez cette patiente. Son électrocardiogramme s'est normalisé (figure 5) au troisième jour d'hospitalisation. Elle n'a pas eu de traitement au long cours et l'accent a été mis au sevrage du cannabis.

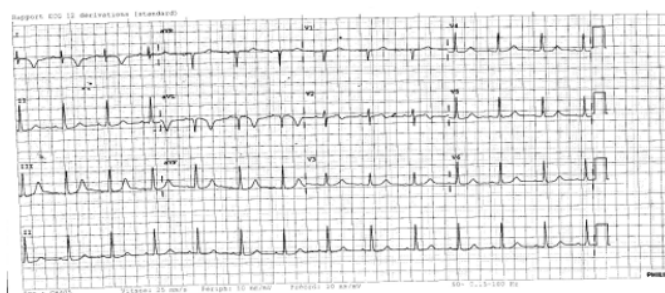


Figure 1 : ischémie sous épicaudique en latéral haut avec aspect QS en AVL.

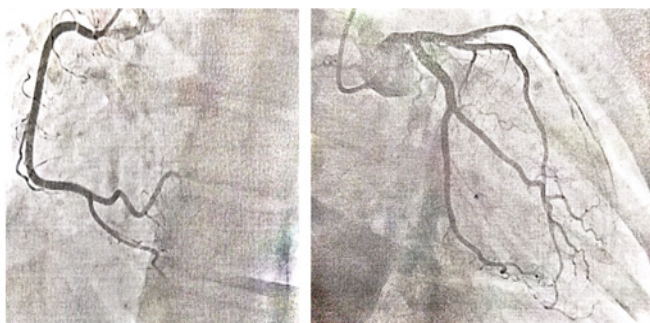


Figure 3 : image de coronarographie du réseau droit et gauche sans anomalies.

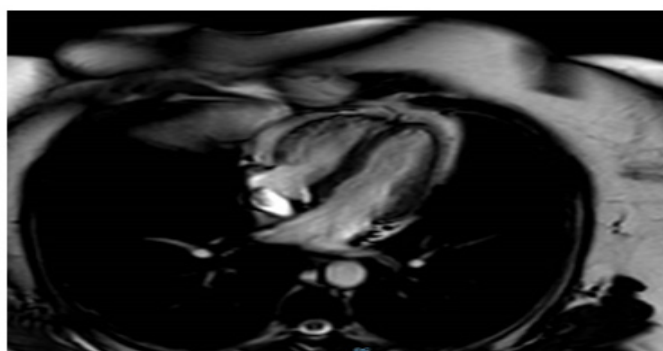


Figure 4 : image d'IRM cardiaque avec injection de gadolinium en séquence CINE 4 CAV ne montrant

pas d'anomalies.

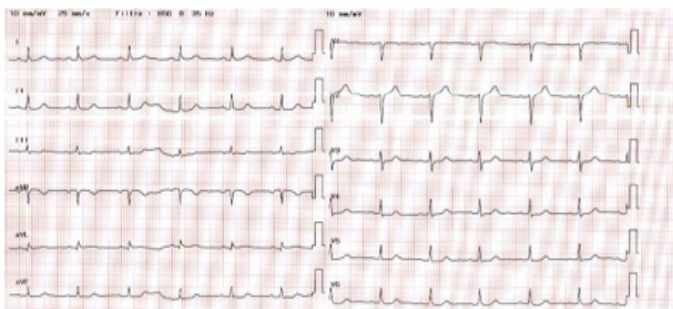


Figure 5 : rythme sinusal régulier à 75 cycles/min, pas de troubles de la repolarisation.

Discussion

Cette observation révèle l'incidence croissante de l'infarctus du myocarde dû à l'usage de toxiques notamment du cannabis (2,5,6). Autrefois réputée drogue douce ; de nombreux travaux ont révélés l'incidence croissante d'évènements coronaires aigus imputables au cannabis (5,6). Sur le plan physiopathologique le cannabis notamment son principe actif le D9- tétrahydrocannabinol (THC) provoque sur le système cardiovasculaire une stimulation du système sympathique, une inhibition du système parasympathique, une tachycardie, une élévation modérée de la pression artérielle, une altération de l'axe du baroréflexe. La stimulation sympathique, l'induction de la réponse inflammatoire et de la coagulation associée à l'élévation de la carboxyhémoglobine peuvent entraîner une déstabilisation d'une plaque athéromateuse préexistante, un thrombus sur artères coronaires saines ou un spasme coronaire (2,6,7). Populaires depuis une dizaine d'années chez les jeunes et «légales» tant qu'elles contournent la législation, ces drogues de synthèse sont plus puissantes que le cannabis naturel tant au niveau de leurs effets secondaires, que de leur potentiel addictif (7,8). Malheureusement dans notre cas, la substance fumée n'a pas été analysée et le fait qu'aucun synthétique des cannabinoïdes n'ait été détecté dans les tests urinaires peut être dû au délai entre la présentation et prélèvement, à la consommation irrégulière de

la patiente et à l'indélectabilité de certains dérivés cannabinoïdes (2,7). Les patients consommateurs de cannabis sont volontiers jeunes, de sexe masculin et sans facteurs de risque cardio-vasculaire (2,6,7). La présentation clinique est dominée par la douleur thoracique, l'ECG montre plus souvent un sus décalage du segment ST (60%) dans les territoires antérieurs et inférieurs, la coronarographie peut être normale, ou montré une occlusion thrombotique sur artères saines ou sténosantes le plus souvent au dépend l'interventriculaire antérieure (20%) (4,7).

L'échographie cardiaque peut être normale ou objectiver une dysfonction du VG par troubles de la cinétique segmentaire (6,7). Diverses stratégies thérapeutiques peuvent être proposées au cas par cas, allant du traitement médical conventionnel à l'angioplastie coronaire ou l'abstention thérapeutique et sevrage du cannabis (6,7). L'évolution peut être émaillée de décès (23%) ou favorable en cas de faible consommation, d'absence d'anomalies échocardiographiques et coronarographiques (6,7).

Conclusion

L'infarctus à coronaires saines de l'adulte jeune est rare mais non exceptionnelle. Devant l'augmentation de la consommation du cannabis et la publication d'observations cliniques l'associant à des évènements vasculaires aigus, il doit être systématiquement recherché en cas de syndrome coronaire aigu chez les patients sans facteur de risque cardio-vasculaire. Le sevrage en prévention secondaire reste l'objectif thérapeutique primordial dans le but d'éviter les récides.

*Correspondance

Ibrahima Sory Sylla

ibsosyl@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Mars 2021

Pour citer cet article :

1 : Service de Cardiologie, CHU Ignace Deen de Conakry
2 : Faculté des Sciences et Techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, République de Guinée

IS Sylla, MD Balde, A Barry, EY Baldé, M Béavogui, IS Barry et al. Cannabis et infarctus du myocarde à coronaires saines : À propos d'une observation. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 247-250

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2014. Disponible en: <http://www.unodc.org/wdr2014> (cUnited Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2014. Disponible en: <http://www.unodc.org/wdr2014> (Consulté le 19 juin 2020).
- [2] Leblanc A, Tirel-Badets N, Paleiron P et al. Cannabis et infarctus du myocarde du sujet jeune: association fortuite ? À propos d'une observation. *Ann Cardiol Angeiol.*2011;60(3):154-8.
- [3] Sona Zaleta, Prashant Kumar, Sarah Miller. Chest pain, troponin rise, and ST-elevation in an adolescent boy following the use of the synthetic cannabis product K2. *Ann Pediatr Cardiol.*2016;9(1):79-81.
- [4] Mir A, Obafemi A, Young A, Kane C. Myocardial infarction associated with use of the synthetic cannabinoid K2. *Pediatrics* 2011;128:1622-7.
- [5] McKeever RG, Vearrier D, Jacobs D, LaSala G, Okaneku J, Greenberg MI. K2-not the spice of life; synthetic cannabinoids and ST elevation myocardial infarction: A case report. *J Med Toxicol* 2015;11(1):129-31.
- [6] Richards JR, Bing ML, Moulin AK et al. Cannabis Use and Acute Coronary Syndrome. *Clin Toxicol (Phila)* 2019;57(10):831-41.
- [7] Patel RS, Katta SR, Patel R et al. Cannabis Use Disorder in Young Adults With Acute Myocardial Infarction: Trend Inpatient Study From 2010 to 2014 in the United States, arction: Trend Inpatient Study From 2010 to 2014 in the United States. *Cureus* 2018;10(8):e3241.



Article original

Cellulites cervico-faciales en Afrique subsaharienne : étude d'une série de 64 patients

Cervico-facial cellulitis in sub-Saharan Africa: study of a series of 64 patients

B Loum^{1,3}, CA Lame*¹, E Gueye¹, TB Diallo¹, CB Ndiaye¹, A Ndiaye¹, A Diouf¹, M Ndiaye², BK Diallo³

Résumé

Objectifs : Les objectifs étaient d'étudier les critères diagnostiques, les modalités thérapeutiques et évolutives de la cellulite cervico-faciale chez les patients traités dans un établissement hospitalier d'Afrique subsaharienne.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective à partir des dossiers des patients pris en charge pour une cellulite cervico-faciale au service d'ORL de l'Hôpital Principal de Dakar pendant la période du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2017.

Résultats : Dans cette série, 64 patients ont été traités. Six avaient pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), et quatorze avaient pris des antibiotiques en automédication.

Quinze, parmi les 64, étaient diabétiques ; un patient présentait un syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) ; deux femmes étaient enceintes. Trente-six patients avaient une mauvaise hygiène buccodentaire. La symptomatologie clinique était dominée par une tuméfaction inflammatoire cervico-faciale avec fièvre et altération de l'état général.

L'étude bactériologique a été réalisée dans 40% des cas. Elle a permis de retrouver, dans 15 cas, un polymorphisme bactérien avec prédominance des germes saprophytes de la cavité oropharyngée.

Le bilan pré-thérapeutique a comporté un examen tomodensitométrique chez 19 patients (29,7%) et une échographie cervicale chez 18,7% des malades afin de confirmer le diagnostic et de juger de l'extension.

Le traitement médical comprenait dans la majorité des cas (52/64) une antibiothérapie parentérale associant une bêta-lactamine, un imidazolé et un aminoside. La prise en charge des comorbidités était associée.

Un drainage chirurgical avec excision des tissus nécrotiques et lavages quotidiens était réalisé dans 34 cas.

Nous rapportons 96,9 % de guérison et 3,1% de décès.

Conclusion : Les cellulites cervico-faciales sont des infections bactériennes extensives, rares mais graves. Leur prise en charge en Afrique subsaharienne s'est nettement améliorée par le relèvement des plateaux techniques. Le développement de la prévention des infections bucco-dentaires contribuera à réduire davantage la morbidité liée à cette pathologie.

Mots-clés : Cellulite cervico-faciale, fasciite nécrosante cervico-faciale, infection cervico-faciale, Afrique sub-saharienne.

Abstract

Objectives: The objectives were to study the diagnostic criteria, therapeutic and evolutionary

modalities of cervicofacial cellulitis in patients treated in a sub-Saharan African hospital. **Methods:** This was a retrospective study based on the records of patients treated for cervico-facial cellulite at the ORL department of the Dakar Main Hospital during the period from January 1, 2009 to December 31, 2017. **Results:** In this series, 64 patients were treated. Six had taken nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), and fourteen had taken antibiotics for self-medication. Fifteen of the 64 were diabetic; one patient had acquired immunodeficiency syndrome (AIDS); two women were pregnant. Thirty-six patients had poor oral hygiene. Clinical symptomatology was dominated by cervico-facial inflammatory swelling with fever and altered general condition. The bacteriological study was carried out in 40% of the cases. In 15 cases, it found bacterial polymorphism with predominance of saprophyte germs in the oropharyngeal cavity. The pre-therapeutic assessment included a CT scan in 19 patients (29.7%) and a cervical ultrasound in 18.7% of patients to confirm the diagnosis and judge the extension.

Medical treatment included in the majority of cases (52/64) a parenteral antibiotic therapy combining beta-lactam, imidazole and aminoside. The management of comorbidities was associated. Surgical drainage with excision of necrotic tissues and daily washes was carried out in 34 cases. We report 96.9% cure and 3.1% deaths. **Conclusion:** Cervico-facial cellulitis is a rare but serious bacterial infection. Their care in sub-Saharan Africa has improved markedly by the raising of technical plateaus. The development of the prevention of oral infections will further reduce the morbidity associated with this pathology.

Keywords: Cervico-facial cellulite, cervico-facial necrotizing fasciitis, cervico-facial infection, sub-Saharan Africa.

Introduction

Les cellulites cervico-faciales sont des infections bactériennes extensives, rares, d'origine pharyngée

ou dentaire s'étendant aux tissus mous, aux muscles et à la peau du cou et de la face par les fascias [1-3]. La progression de l'infection est rapide. Elle peut atteindre le médiastin mettant en jeu le pronostic vital [1-3]. C'est une véritable urgence médico-chirurgicale nécessitant un diagnostic et un traitement rapides et adaptés.

Le développement de l'antibiothérapie a fortement diminué l'incidence et la morbi-mortalité de cette pathologie dans les pays développés [3]. L'objectif de cet article était d'évaluer la prise en charge des cellulites cervico-faciales dans un hôpital tertiaire d'Afrique sub-saharienne.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique à partir des dossiers médicaux de 64 patients pris en charge pour une cellulite cervico-faciale au service d'ORL de l'Hôpital Principal de Dakar du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2017.

La population a été constituée à partir de la base de données du service d'ORL de l'Hôpital Principal de Dakar et des registres de compte-rendu opératoires.

Les données recueillies étaient épidémiologiques, cliniques, biologiques radiologiques, thérapeutiques et évolutives.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques de ces infections rares de la région cervico-faciale.

Résultats

Durant la période d'étude, 64 cas de cellulites cervico-faciales ont été diagnostiqués et traités.

Il s'agissait de 37 hommes et de 27 femmes dont 59,3% avaient moins de 46 ans.

La moitié venait de la banlieue dakaroise. Ils étaient, le plus souvent, des femmes au foyer (15%) et des ouvriers (7,8%).

Un patient sur deux était admis dans le service avant une semaine d'évolution de la maladie. Cinq patients (7,8%) avaient déjà consulté un tradipraticien, six

autres (9,4%) avaient pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), et quatorze (21,9%) avaient pris des antibiotiques avant leur arrivée à l'hôpital.

Sur les 64 patients, 15 étaient diabétiques (23,4%), un patient présentait un syndrome d'immunodéficience acquis, deux femmes étaient enceintes. Trente six d'entre eux (56,3%) avaient une mauvaise hygiène buccodentaire avec des caries ou des pyorrhées alvéolo-dentaires.

Sur le plan clinique, 84% des patients présentaient une tuméfaction inflammatoire cervicale (figures 1 et 2) avec hyperthermie dans 59,4% des cas. Il s'y associait souvent un trismus (32,80%) et une dysphagie (20,3%).

L'examen montrait un empâtement cervico-facial (86%) avec des crépitations neigeuses sous cutanées dans 18% des cas.

L'infection était circonscrite chez 40 patients, diffuse dans 24 cas. Elle était fistulisée à la peau ou en intrabuccal chez un quart des malades.

L'examen tomographique cervico-facial (figure 3) a pu être réalisé chez 19 patients (29,7%) et une échographie cervicale chez 12 malades (18,7%).

Trois patients ont présenté une complication : une (01) thrombose de la veine jugulaire, une (01) suppuration intracrânienne et une (01) médiastinite.

Les prélèvements biologiques ont permis de révéler une hyperleucocytose à prédominance neutrophile chez 30 patients, une anémie inflammatoire chez 6 malades. La C-reactive protéine était initialement élevée chez tous les patients.

L'étude bactériologique a été réalisée dans 40% des cas. Elle a permis d'identifier le germe responsable de l'infection dans 15 cas (23,4%). Un polymorphisme bactérien avec prédominance des germes saprophytes de la cavité buccale était retrouvé (tableau I).

Tous nos patients ont été hospitalisés en moyenne pendant 12,84 jours. Trente-quatre patients (53%) ont bénéficié d'un geste chirurgical avec mise à plat, nécrosectomie, et lavages quotidiens (figures 4 et 5). Parallèlement, la prise en charge des comorbidités était faite.

Une antibiothérapie parentérale a été instituée

pour tous les patients pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Dans 52 cas, ce traitement antibiotique associait une bêta-lactamine avec du métronidazole et de la gentamicine ; dans 4 cas il associait une bêta-lactamine avec de la gentamicine ; dans 8 cas il utilisait l'association amoxicilline - acide clavulanique.

Une surveillance régulière et prolongée était réalisée. La guérison a été la règle, parfois au prix de séquelles cicatricielles. Aucun cas de récurrence n'a été noté. Deux patients étaient décédés, soit une mortalité de 3,1%.



Figure 1 : Tuméfaction cervico-faciale inflammatoire



Figure 2 : Cellulite sous mentale à porte d'entrée cutanée

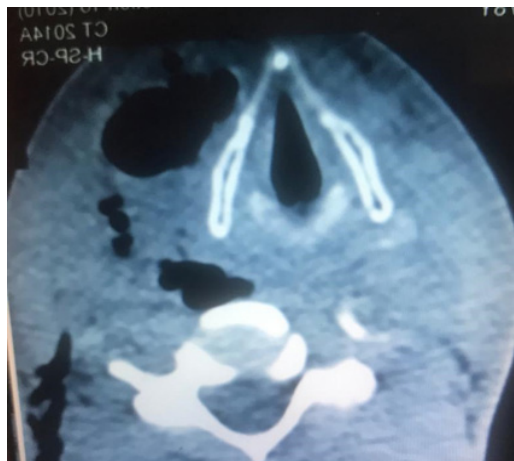


Figure 3 : TDM cervicale en coupe axiale montrant une cellulite cervicale gangréneuse.



Figure 4 : Vue opératoire montrant une cellulite cervicale après incision et drainage.



Figure 5 : Vue opératoire montrant une cellulite cervicale après incision et drainage.

Discussion

Les cellulites cervico-faciales sont des infections bactériennes extensives des parties molles et du tissu

conjonctif du cou et de la face atteignant toujours l'aponévrose superficielle et qui se disséminent le long des plans fasciaux [1-3]. Elles sont caractérisées par une nécrose extensive qui peut s'étendre jusqu'au médiastin [1-3].

C'est une pathologie relativement peu fréquente [2-5]. Nous avons colligé 64 cas en 9 ans.

Elle atteint le plus souvent l'adulte jeune de sexe masculin [2,6-9] ainsi que le montre notre étude. Le délai de consultation est en moyenne d'une à deux semaines dans nos contextes [6,10]. Le recours à la médecine traditionnelle et l'automédication contribuent au retard à la consultation [11].

La porte d'entrée est souvent dentaire [4,6,7,9,12-14]. Nos résultats rejoignent ces constatations.

La cellulite cervico-faciale peut survenir chez un sujet sain, mais le plus souvent elle concerne des patients immunodéprimés, ayant des facteurs de risque comme un diabète, une grossesse, une infection à VIH ou après une prise d'AINS [3,8,11,14,15]. Dans notre série, nous avons retrouvé 15 diabétiques, un patient présentant un syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), et deux femmes enceintes.

La symptomatologie clinique est classiquement marquée par une altération de l'état général associée à une hyperthermie [1,3,8,11]. Il peut s'y associer des douleurs cervico-faciales, une dysphagie, un trismus, une dysphonie, voire une dyspnée [1,3,8,11].

L'examen physique retrouve une tuméfaction cervico-faciale inflammatoire avec un empâtement associé parfois à des crépitations neigeuses sous la peau, témoignant de la forme gazeuse en rapport avec une infection à germes anaérobies [1,7,11].

La biologie met en évidence une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles associée à un syndrome inflammatoire [4,16].

La bactériologie est caractérisée par un polymorphisme avec des germes aéro-anaérobies [6,11,14]. Il s'agit le plus souvent de germes saprophytes de la sphère oropharyngée [7,14].

Si en France, le germe est isolé dans 84% des cas [2,5], dans les séries africaines il est retrouvé dans 40 à 54% des cas [6,10,11]. Dans notre série, le germe

responsable de l'infection a été identifié dans 15 cas (23,4%). Les plateaux techniques déficients, les conditions de prélèvements et la prise systématique d'antibiotiques avant la consultation hospitalière pourraient expliquer ce taux faible.

La tomodensitométrie (TDM) cervico-faciale est d'un apport considérable dans le diagnostic et le bilan d'extension de la cellulite cervico-faciale en faisant une cartographie précise de l'infection [1,7,17]. Même si elle est disponible dans nos structures, son coût relativement élevé a constitué une limite à sa réalisation, l'échographie l'ayant souvent remplacée. Le traitement médical est basé sur une antibiothérapie probabiliste parentérale débutée immédiatement après les prélèvements bactériologiques [1,2,6,7]. Elle sera synergique et à visée bactéricide contre les anaérobies et aérobies [6,11,16]. Elle associe une bêtalactamine type céphalosporine de 3e génération à un imidazolé et un aminoside ou l'amoxicilline à l'acide clavulanique [1,6,8,11].

La chirurgie permet de drainer les collections et de réaliser l'excision des tissus nécrotiques [1,2,11,14]. L'incision sera large, sans souci esthétique aucun, permettant d'accéder à toutes les loges anatomiques atteintes [1,8,11]. Toutes les loges anatomiques décollées seront lavées, voire frictionnées [1].

L'évolution est souvent favorable, mais elle peut être émaillée de complications. La médiastinite reste la plus redoutable de ces complications [3,6]. Autrefois très fréquente, 12,8% des cas dans la série de TRAN BA HUY en France en 2011 [2], l'incidence de la médiastinite a tendance à baisser considérablement : 1 à 5% [3,11,18]. Dans notre série, un seul cas de médiastinite a été colligé.

La mortalité hospitalière liée aux cellulites cervico-faciales tourne autour de 3 à 6% [6,17,18], ainsi que nous l'avons retrouvé dans notre étude. Cette mortalité est souvent liée à la médiastinite ou au sepsis [15].

Conclusion

Le développement de l'imagerie médicale et de l'antibiothérapie a permis de réduire considérablement

la morbidité et la mortalité liées aux cellulites cervico-faciales en Afrique Subsaharienne. Des efforts doivent, cependant, être réalisés dans l'amélioration des plateaux techniques et la promotion de la santé buccodentaire afin de réduire encore plus son incidence.

*Correspondance

Cheikh Ahmédou Lame

cheikh lame@gmail.com

Disponible en ligne : 29 Mars 2021

- 1 : Service ORL Hôpital Principal de Dakar
- 2 : Service ORL Hôpital d'enfants de Diamniadio, UFR des sciences de la santé de Thiès
- 3 : Service ORL, Centre hospitalier national d'enfants Albert Royer, Université Cheikh Anta Diop

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Blancal J-P, Kania R, Sauvaget E, Tran Ba Huy P, Mateo J, Guichard J-P, et al. Prise en charge des cellulites cervicofaciales en réanimation. *Réanimation*. 2010;19(4):297-303.
- [2] Tran Ba Huy P, Blancal J-P, Verillaud B, Mebazaa A, Herman P. Les cellulites cervico-faciales. Une grave urgence ORL. *Bull Académie Natl Médecine*. 2011;195(3):661-78.
- [3] Njifou Njimah A, Essama L, Kouotou E, Moby H, Mapoure Y, Motah M, et al. Cellulites Cervico-Faciales en Milieu Hospitalier Camerounais. *Health Sci Dis*. 2014;15(1):1-4.
- [4] Benzarti S, Mardassi A, Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K, et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire: a propos de 150 cas. *J Tunis ORL Chir Cervico-Faciale* 2020;19(1):24-8.
- [5] Thiebaut S, Duvillard C, Romanet P, Folia M. Management

- of cervical cellulitis with and without mediastinal extension: report of 17 cases. *Rev Laryngol - Otol - Rhinol.* 2010;131(3):187-92.
- [6] Ndiaye M, Nao E, Toure S, Djegui L, Deguenonvo R, Diom E, et al. Cellulites cervico-faciales : Etude clinique et bactériologique. A propos de 28 cas du service ORL du CHU de Dakar. *Dakar Med.* 2011;56(3):422-7.
- [7] el Ayoubi A, el Ayoubi F, Mas E, Guertite A, Boulaïch M, Essakalli L, et al. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire : à propos de 60 cas. *Médecine Buccale Chir Buccale.* 2009;15(3):127-35.
- [8] Rouadi S, Ouaiissi L, El Khiati R, Abada R, Mahtar M, Roubal M, et al. Cervicofacial cellulitis: about 130 cases. *Pan Afr Med J.* 2013;14:88.
- [9] Lawson Afouda S, Avakoudjo F, Alamou S, Hounkpatin SHR, Satowakou M, Hounkpè YYC, et al. Cervicofacial cellulitis of dental origin: etiology, epidemiological and therapeutic aspects. *Rev Laryngol - Otol - Rhinol.* 2012;133(4-5):197-200.
- [10] Niang P, Ba A, Tamba Fall A, Kounta A, Diop R, Tamba B, et al. Aspects épidémiologiques et cliniques des cellulites périmaxillaires : expérience d'un service de stomatologie au Sénégal. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac.* 2011;18(3):33-8.
- [11] Togo S, Ouattara MA, Saye J, Sangaré I, Touré M, Maiga I, et al. Necrotizing cervico-facial cellulitis of dental origin in a developing country. *Rev Mal Respir.* sept 2017;34(7):742-8.
- [12] Kaba M, Cadot S, Miquel J. Les cellulites périmaxillaires à l'hôpital provincial de Mouila (Gabon). *Odontostomatol Trop* :15-8.
- [13] Diallo O, Balde N, Conde B, Camara S, Bah A. Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac.* 2006;13(3):13-6.
- [14] Mohammedi I, Ceruse P, Duperret S, Vedrinne J-M, Boulétreau P. Cervical necrotizing fasciitis: 10 years' experience at a single institution. *Intensive Care Med.* 1999;25(8):829-34.
- [15] Bennani-Baïti AA, Benbouzid A, Essakalli-Hossyni L. Cervicofacial cellulitis: The impact of non-steroidal anti-inflammatory drugs. A study of 70 cases. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2015;132(4):181-4.
- [16] Lakouichmi M, Tourabi K, Abir B, Zouhair S, Lahmiti S, Hattab NM. [Severe head and neck cellulitis, risk factors and severity criteria]. *Pan Afr Med J.* 2014;18:57.
- [17] Ag Med Elmehdi Elansari M, Dienta L, Doumbia A, Diarra S, Maiga M, Maiga O, et al. Cellulite cervico-faciale dans un hôpital régional du Mali : une série de 31 cas. *J Afr Clin Cases Rev J Afr Cas Clin Rev.* 2020;2(2):1-7.
- [18] Miloundja J, Assini Eyogho SF, Mandji Lawson JM, Ondounda M, Koumba JS, Lekassa P, et al. Diffuse cervico-facial cellulitis: 32 cases in Libreville. *Sante Montrouge Fr.* 2011;21(3):153-7.

Pour citer cet article :

B Loum, CA Lame, E Gueye, TB Diallo, CB Ndiaye, A Ndiaye et al. Cellulites cervico-faciales en Afrique subsaharienne : étude d'une série de 64 patients. *Jaccr Africa 2021; 5(1): 251-256*



Article original

La douleur post opératoire en oto-rhino-laryngologie dans le service d'oto-rhino-laryngologie du CHU Gabriel Touré au Mali

Postoperative pain in otolaryngology in the otolaryngology department of the Gabriel Touré University Hospital in Mali

L Diarra¹, O Coulibaly², K Diarra³, B Dembélé¹, MK Touré¹, K Konaté¹, M Ouattara², L Keita², DB Diarra⁴, M Sangaré², S Soumaoro⁵

Résumé

L'intensité de la douleur post-opératoire dépend essentiellement du type de chirurgie. Elle est maximale en post-opératoire immédiat et décroît au fur et à mesure que l'on s'écarte de l'acte chirurgical. En dehors de l'amygdalectomie dont la douleur peut persister pendant plusieurs jours, la durée de la douleur après la chirurgie en ORL courante dépasse rarement quelques heures.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur post opératoire chez les patients en oto-rhino-laryngologie sur une période de 3 mois. L'étude a concerné 50 patients.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la pratique de la prise en charge de la douleur post opératoire en oto-rhino-laryngologie. L'objectif secondaire de cette enquête était de décrire les méthodes d'évaluation de la douleur post opératoire en oto-rhino-laryngologie, puis de déterminer les incidents et accident en cas de surdosage ou d'intoxication aux analgésiques.

Résultats : Durant la période d'étude de 3 mois, 50 questionnaires ont été établis et répondus correctement.

L'étude révèle que jusqu'à 74% des patients ou leurs parents ont été informés de la prise en charge de la douleur post opératoire après l'acte chirurgical. Au cours de notre série le paracétamol seul était le produit le plus utilisé chez 82% de nos patients. Pour l'évaluation de la douleur post opératoire différentes échelles utilisées comme EVA, EVS, et EVA+EVS. Chez nos patients les signes les plus évocateurs de la douleur ont été les cris et les pleurs 70% des cas. L'intensité de la douleur a été la plus forte pour l'amygdalectomie et la thyroïdectomie dans les premières 24 heures. Des 3/5 cas d'intoxication ou de surdosage le paracétamol a été le produit le plus incriminé.

Mots-clés : douleur post opératoire, ORL, Bamako/Mali.

Abstract

The intensity of postoperative pain depends mainly on the type of surgery. It is greatest immediately postoperatively and decreases with the distance from the surgical procedure. Apart from tonsillectomy, the pain of which may persist for several days, the duration of pain after routine ENT surgery rarely exceeds a few

hours. Methodology: This was a prospective study evaluating the management of postoperative pain in otolaryngology patients over a period of 3 months. The study involved 50 patients.

Objectives: The main objective of this work was to evaluate the practice of postoperative pain management in otolaryngology. The secondary objective of this investigation was to describe the methods of assessing postoperative pain in otolaryngology, then to determine incidents and accidents in the event of overdose or intoxication of analgesics.

Results: During the 3-month study period, 50 questionnaires were drawn up and answered correctly. The study found that up to 74% of patients or their parents were informed after the surgery. During our series, paracetamol alone was the most used product in 82% of our patients. For the assessment of postoperative pain, various scales used such as EVA, EVS, and EVA + EVS. In our patients the most suggestive signs of pain were screaming and crying in 70% of cases. The intensity of pain was greatest for tonsillectomy and thyroidectomy within the first 24 hours. Of the 3/5 cases of intoxication or overdose, paracetamol was the most incriminated product.

Keywords: postoperative pain, ORL, Bamako / Mali

Introduction

La douleur postopératoire et sa prise en charge représentent des problèmes récurrents de santé publique. Elle est de nos jours un impératif de qualité de soin [1]. L'évaluation de la douleur postopératoire et de l'efficacité thérapeutique est indispensable car, pour un patient et une chirurgie donnée. Cette évaluation repose sur la bonne connaissance et l'utilisation adéquate des divers de mesure. Elle doit être systématique dès la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) et en secteur d'hospitalisation [1]. En chirurgie ORL, la DPO est souvent considérée, peut-être à tort comme faible à modérée, ce qui explique que ce problème a peu retenu l'attention. La douleur postopératoire est très variable

selon le type de chirurgie pratiqué en ORL mais elle est souvent sous-estimée [2]. La douleur causée par les amygdalotomies a été source de plusieurs études mais les autres aspects de la chirurgie ORL ne l'ont pas souvent été [3]. C'est ce qui nous a amené à conduire cette étude sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur postopératoire en chirurgie ORL. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la pratique de la prise en charge de la douleur post opératoire en oto-rhino-laryngologie. L'objectif secondaire de cette enquête était de décrire les méthodes d'évaluation de la douleur post opératoire en oto-rhino-laryngologie, puis de déterminer les incidents et accident en cas de surdosage ou d'intoxication aux analgésiques.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur post opératoire chez les patients en oto-rhino-laryngologie sur une période de 3 mois. L'étude a concerné 50 patients. Les critères d'inclusion étaient que le patient soit opéré et hospitalisé dans le service ORL du CHU Gabriel Touré entre J0 (jour de l'intervention) et J6 (sixième jour après l'intervention). Nous avons un document écrit de consentement du patient et /ou des parents accompagnateurs (pour les enfants). Nous avons disposé des questionnaires préétablis pour chaque patient en leur expliquant le but de notre étude.

Résultats

Durant la période d'étude de 3 mois, 50 questionnaires ont été établis et répondus correctement. Dans 96% des cas les patients ou leurs parents enfants ont été informés sur la douleur et sa PEC. Mais par ailleurs l'étude révèle que jusqu'à 74% des patients ou leurs parents ont été informés après l'acte chirurgical. Au cours de notre série le paracétamol seul était le produit le plus utilisé chez 82% de nos patients. Nous avons aussi utilisé le paracétamol combiné à d'autres produits : le paracétamol + AINS dans 10% des cas, le paracétamol + codéine dans 6% des cas, le

paracétamol + opioïde dans 2% des cas. La voie intraveineuse a été la voie la plus utilisée dans 90% des cas. Chez nos patients les signes les plus évocateurs de la douleur ont été les cris et les pleurs 70% des cas. Pour l'évaluation de la douleur post opératoire nous avons utilisé différentes échelles (tableau I). Il ressort que l'évaluation par l'EVA a été la plus utilisée.

Les intoxications ou le surdosage se manifestaient fréquemment par des troubles hépatiques. Des 3/5 cas d'intoxication ou de surdosage le paracétamol a été le produit le plus incriminé. Nous avons aussi dans notre série évalués l'intensité de la douleur par rapport aux différents types d'intervention chirurgicale sur les 48 premières heures (tableau III).

L'intensité de la douleur a été la plus forte pour l'amygdalectomie et la thyroïdectomie plus de 24heures, et faible au cours de la kystectomie et l'adénoïdectomie.

Tableau I : Echelle d'évaluation de la douleur

Echelles	Effectifs	Pourcentage
EVA	30	60%
EVS	10	20%
EVS+EVA	7	14%
Aucune	3	6%
Total	50	100%

Tableau II : Produits impliqués dans l'intoxication ou surdosage

Produit impliqué	Effectif
Paracétamol	3/5
Opioïde	1/5
Anesthésique local	1/5
Total	5

Tableau III : Par rapport à l'Intensité et la durée de la douleur :

Intensité de la douleur	Durée de la douleur inférieure à 48heures	Durée de la douleur supérieure à 48heures
Douleur forte	Thyroïdectomie	Amygdalectomie
Douleur modérée	Epluchage (papillomatose laryngée)	Polypectomie
Douleur faible	Kystectomie	Adénoïdectomie

Discussion

La douleur postopératoire doit être considérée comme un effet indésirable et attendu de la chirurgie. Dire que toute chirurgie comporte un risque de douleur persistante de 11 à 47 %, en fonction des dommages tissulaires liés au type d'intervention chirurgicale [4]. La gestion de cette douleur post opératoire est un droit fondamental du patient. Une bonne stratégie de prise en charge de la douleur contribuera à réduire la survenue de douleurs chroniques. [5]. L'évaluation de la douleur postopératoire repose sur la bonne connaissance et l'utilisation adéquate des divers de mesure. L'autoévaluation par des méthodes unidimensionnelles (EVA, ENS, EVS) est la règle chez l'adulte et l'enfant de plus de 5 ans[6]. Pour l'évaluation de la douleur post opératoire nous avons utilisé différentes échelles (EVA, EVS. EVA+EVS). Mais l'évaluation par l'EVA a été la plus utilisée des cas 60%. Dans sa série Sanaa Makram et al les échelles verbales simples (EVS) ont été utilisées dans 29,6 %, puis l'échelle visuelle analogique (EVA) dans 25,9 % des cas [1]. L'intensité de la douleur a été la plus forte pour l'amygdalectomie et la thyroïdectomie à plus de 24heures dans notre série. Dans d'autres études évaluant la douleur aiguë postopératoire on notait la présence d'une douleur sévère score EVA > 6/10 chez 30 % des patients au cours des premières 24 heures [7]. Pour A. Deleuze et al, l'intensité de la DPO se situait entre 50 et 70 durant les premiers jours postopératoires avec un score EVA moyen à la quatrième heure postopératoire de 70 et une douleur persistante durant dix jours après l'intervention [2]. Dans notre étude le paracétamol est l'analgésique le plus utilisé en monothérapie dans 82% des cas. Le paracétamol occupe la première place, que ce soit pour la voie orale ou injectable chez Sanaa Makram et al [1]. Dans l'étude Hatta Sabou TRAORE le paracétamol a été utilisé en monothérapie 65,56% des prescriptions qu'en bithérapie dans 30% [3]. Pour M. Benamou Achraf la thérapie a été dominée par une association paracétamol + néfopam 42 % suivi par le paracétamol seule en monothérapie pour 32 % [6]. Les

produits impliqués dans l'intoxication ou surdosage ont été le paracétamol en premier suivi des opioïdes et des analgésiques locaux dans notre série. En général le paracétamol a très peu d'effets indésirables. La seule complication est la cytolysé hépatique en cas de surdosage. La dose toxique de paracétamol apparaît à partir de 10 g chez l'adulte et de 100 à 150 mg/kg chez l'enfant [8].

Conclusion

Les résultats de cette enquête sur la douleur post opératoire dans le service d'otorhinolaryngologie ont soulevés des points à la fois des points positifs, l'information du patient sur la prise en charge de sa douleur et des insuffisances notamment l'absence de protocole standardisé validé dans le service pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur post opératoire.

*Correspondance

Lasseny Diarra

lasseny.diarra@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Mars 2021

- 1 : Hôpital de dermatologie de Bamako (HDB)
- 2 : Centre de santé de référence de la commune II district de Bamako, service ORL
- 3 : Centre de santé de référence de Banamba (Région Koulikoro).
- 4 : CHU Gabriel Touré Service de traumatologie orthopédique.
- 5 : CHU Gabriel Touré Service d'oto-rhinolaryngologie.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sanaa Makram, Imane Zakariya, Wafae Enneffah, Moulay Adnane El Wartiti, Fabrice Iouikotan Ikouchika, Naoual Cherkaoui, Ahmed Bennana : Évaluation de la prise en charge de la douleur post opératoire à l'Hôpital militaire d'instruction Mohammed V-Rabat. *Journal de Pharmacie Clinique*, 2013 Décembre 32(4) 219-26,
- [2] A. Deleuze, M. Gentili : Douleur postopératoire en chirurgie ORL. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 23 (2004) 78–81
- [3] Hatta Sabou Traore : évaluation de la prise en charge de la douleur postopératoire en chirurgie ORL et cervico-maxiillo-faciale a Yaoundé. *Health sciences and diseases. The journal of medecine and health sciences*. 2013 June 14 (2)
- [4] Patricia Lavan d'homme : Chronicisation de la douleur postopératoire : quelle réalité et comment l'éviter ? *Communication* 2011 Mai 27-28 MAPAR 94-95
- [5] Chou et al., Guidelines on the Management of Postoperative Pain, *the Journal of Pain*, 2016 February 17 (2), 131-157.
- [6] M. Benamou Achraf prise en charge de la douleur postopératoire (audit interne) expérience du service de l'hôpital militaire moulay Ismail Meknès (A propos de 77 cas) Thèse de doctorat pour l'obtention du doctorat en medecine ; université Sidi Mohamed Ben Abdellah 2020
- [7] Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P. A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain* 2008 July 15, 137, (2) ; 441-451
- [8] M. Chauvin : Les analgésiques non morphiniques en chirurgie ambulatoire. *Évaluation et traitement de la douleur SFRA* 1999 ; 65-70.

Pour citer cet article :

L.Diarra, O.Coulibaly, K.Diarra, B.Dembélé, MK.Touré, K.Konaté et al. La douleur post opératoire en oto-rhino-laryngologie dans le service d'oto-rhino-laryngologie du CHU Gabriel Touré au Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 257-260



Cas Clinique

EXPULSION D'UN GERME D'UNE DENT DE SAGESSE DANS LE SINUS MAXILLAIRE LORS D'UNE EXTRACTION: Premier cas vu dans le service de Chirurgie Maxillofaciale du Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo Madagascar

EXPULSION OF A GERM FROM A WISDOM TOOTH IN THE MAXILAR SINUS DURING EXTRACTION: First case seen in the Maxillofacial Surgery Department of the Hospital of Soavinandriana Antananarivo Madagascar

SC Ndrianarivony*¹, FV Rabenandrasana¹, YT Rabetokotany², MR Rabearisona², RA Rakotoarison¹

Résumé

L'expulsion accidentelle d'une dent de sagesse supérieure dans le sinus maxillaire est une complication exceptionnelle de son extraction. Elle doit justifier une nouvelle intervention chirurgicale pour la récupérer. Nous rapportons le cas d'une jeune fille de 21 ans qui a présenté un germe dentaire dans le sinus maxillaire après l'échec d'une germectomie de la 28. Les signes cliniques présentés par la patiente sont la sensation de pesanteur et la douleur sinusienne gauche. Le diagnostic a été fait par la radiographie de la face incidence profil gauche et l'orthopantomogramme. Le traitement consistait à une antibiothérapie de forte dose et extraction par la technique de Caldwell Luc. Mots-clés : Extraction ; Sinus maxillaire ; Technique de Cardwell Luc ; Troisième molaire.

Abstract

The accidental expulsion of an upper wisdom tooth into the maxillary sinus is an exceptional complication of its extraction. She must justify a new surgery to recover her. We report the case of a 21-year-old girl

who presented with a tooth in the maxillary sinus after a failed 28 germectomy. The clinical signs presented by the patient are the feeling of heaviness and left sinus pain. . The diagnosis was made by an x-ray of the left side incidence view and an orthopantomogram. The treatment consisted of high dose antibiotic therapy and extraction by the Caldwell Luc technique.

Keywords: Caldwell-Luc approach; Extraction; Maxillary sinus; Third molar.

Introduction

Chez l'enfant ou l'adolescent, les dents n'ayant pas terminé leur développement sont appelées germes, et leur extraction est appelée « germectomie ». Pour les dents de sagesse, leur extraction est indiquée à cause d'une mauvaise position à l'origine d'une douleur ou d'une inflammation, ou parce qu'elles risquent de perturber le bon alignement dentaire. Pour cette dernière, c'est souvent l'orthodontiste qui adresse le patient [1], et on parle de germectomie prophylactique.

L'extraction des dents de sagesse est décrite comme comme la procédure opératoire la plus pratique en chirurgie buccale et maxillo-faciale [2].

Les complications les plus fréquentes sont les saignements postopératoires, les complications infectieuse et nerveuse, mais il y a de complication exceptionnelle : l'expulsion de la dent de sagesse dans l'espace pterygomaxillaire, submandibulaire ou dans le sinus maxillaire [3, 4]. Ce dernier concerne le plus souvent les troisièmes molaires profondément incluses, en particulier si ses racines ne sont pas développées et que le germe est positionné le long du sinus maxillaire, ou si ses racines sont développées, mais proches du sinus maxillaire [4].

Dans ce travail nous rapportons un cas d'une expulsion d'un germe de la 28 dans le sinus maxillaire vu dans le service de chirurgie maxillofaciale CENHOSOA Antananarivo.

Cas clinique

Il s'agissait d'une jeune femme de 21 ans qui a été référée par un orthodontiste pour germectomie de 4 dents de sagesse en vue d'un traitement orthodontique. L'intervention a été faite sous anesthésie générale. Le temps opératoire suivait le protocole classique de l'extraction de dent de sagesse. Au cours de la germectomie de la 28, le germe n'a pas été extrait mais a disparu accidentellement du site opératoire, et une épistaxis gauche s'en suivait. Les extractions des 18, 38 et 48 se sont déroulées normalement. Nous avons mis la patiente sous antibiothérapie (amoxicilline - acide clavulanique, 3 g/j) pendant 7 jours pour prévenir une éventuelle surinfection et antalgique pallier 1. Les suites opératoires étaient normales. Un contrôle radiographique (Radiographie du crane incidence de profil gauche et orthopantomogramme) réalisé une semaine après l'intervention montrait une opacité objectivant une dent dans le sinus maxillaire gauche. Nous n'avons pas décidé d'intervenir car la patiente ne se plaignait d'aucune symptomatologie et la cicatrisation s'est déroulée de façon normale.

Deux mois plus tard la patiente est revenue pour une

sensation de pesanteur dans le sinus maxillaire gauche et une légère douleur génienne haute gauche. Cela nous a indiqué à faire une intervention de Caldwell Luc pour corps étranger intrasinusien (la germe dentaire expulsée), réalisée sous anesthésie générale. Les suites opératoires immédiates étaient bonnes et la patiente a été exécutée le lendemain de l'opération.

Lors d'un contrôle, 2 semaines après l'intervention, la patiente n'a plus présenté de symptomatologie et la cicatrisation a été bonne (Figure 4).



Figure 1 : Radiographie du crâne incidence profil gauche de la patiente montrant la présence d'une opacité en faveur de la dent au niveau du sinus maxillaire gauche (Flèche zone).



Figure 2 : Radiographie panoramique dentaire confirmant la présence de la 28 dans le sinus maxillaire gauche

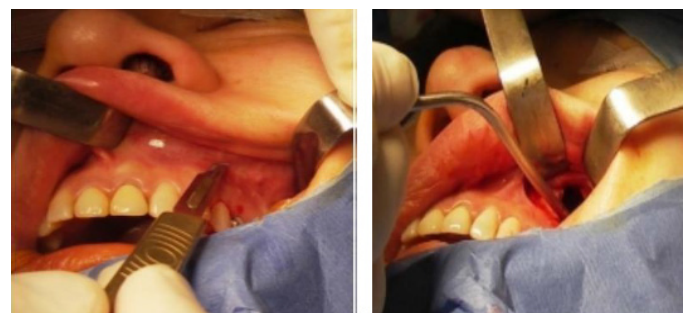


Figure 3 : Intervention de Caldwell-Luc
Source : Institut français de chirurgie du nez et des sinus, « Chirurgie externe des sinus : le Caldwell-Luc ».



Figure 4 : La clinique de la patiente à 2 semaines après l'intervention

Discussion

L'expulsion d'une dent de sagesse supérieure est une complication rare au cours de son extraction. Elle survient au cours de la luxation suite à une force mal dosée et mal orientée. Cela concerne le plus souvent les germes le plus profondément incluses [4, 5].

Le refoulement d'une dent de sagesse dans le sinus maxillaire peut ne jamais donner de symptôme ou au contraire se traduire par des signes d'inflammation tels qu'un oedème de l'hémiface du côté du sinus concerné, un hématome, une capacité limitée à ouvrir la bouche [6, 7]. Pour notre cas, la symptomatologie apparaît 2 mois après la tentative de l'extraction mais le délai d'apparition des symptômes varie en fonction du sujet et peut aller jusqu'à 12 mois [8].

Le diagnostic repose sur une radiographie panoramique dentaire ou un scanner facial avec reconstruction 3D qui confirme la présence d'une dent dans le sinus maxillaire [5, 6].

L'extraction d'une telle dent intra sinusienne doit être envisagée dès l'apparition des premiers signes. D'ailleurs, certains auteurs se sont convenus que le traitement le plus acceptable est le retrait du corps étranger pour prévenir une future infection [8, 9]. La technique utilisée est l'intervention de Caldwell Luc qui consiste à réaliser une ouverture et un abord du sinus maxillaire par voie endobuccale (fig. 3) comme dans notre cas.

Une autre technique bien connue est la procédure

transalvéolaire, qui n'est indiquée que lorsque l'ouverture déjà existante est plus grande que le corps étranger à retirer. Normalement, il n'est utilisé que comme première et immédiate tentative de récupération de fragments de racines [10]

Enfin, L'extaction par endoscopie a également contribué au processus d'élimination des petits corps étrangers des cavités para nasales. Il permet une visualisation suffisante du champ opératoire, a une faible morbidité, et est facilement accepté par les patients.

Cependant, le manque de main-d'œuvre spécialisée et le manque de ressources logistiques disponibles dans la plupart des services publics et privés ont rendu l'utilisation systématique de l'endoscopie moins efficace [10].

Le traitement médical doit comporter une antibiothérapie forte (amoxicilline + acide clavulanique) et un antalgique. L'évolution est généralement favorable par régression progressive de la clinique.

Conclusion

L'expulsion dentaire dans le sinus maxillaire est une complication rare mais redoutable lors de son avulsion. La prévention consiste à une meilleure évaluation clinique, radiologique ainsi que la bonne maîtrise de la technique.

*Correspondance

Simon Carnot Ndrianarivony

nsimoncarnot@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

1 : Service de Chirurgie Maxillofaciale, Centre Hospitalier de Soavinandriana(CENHOSOA), Antananarivo, Madagascar.

2 : Service d'ORL et de Chirurgie

Cervicofaciale, Centre Hospitalier de Soavinandriana(CENHOSOA), Antananarivo, Madagascar.

Pour citer cet article :

SC Ndrianarivony, FV Rabenandrasana, YT Rabetokotany, MR Rabearisona, RA Rakotoarison. EXPULSION D'UN GERME D'UNE DENT DE SAGESSE DANS LE SINUS MAXILLAIRE LORS D'UNE EXTRACTION: Premier cas vu dans le service de Chirurgie Maxillofaciale du Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo Madagascar. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 261-264

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Dominique G. Extraction de dents de sagesse. Chirurgie du visage : chirurgie Maxillo-Faciale, Plastique de la face et Stomatologie [en ligne]. 2018 [consulté le 13 avril 2019] ; 1(1) : [6 pages]. Consultable à l'URL : www.chu-tours.fr/chirurgie-de-visage/extraction-de-dents-de-sagesse.html.
- [2] Stands T, Pynn BR, Nenniger S. Third molar Surgery: current concepts and controversies, part 1. *Oral Health* 1993; 83(5): 11-4.
- [3] Erasmus F. The removals of impacted third molars. *South African Society of Maxillofacial and Oral Surgeons* 2002 Oct; 57(10): 399-403.
- [4] Patel M, Down K. Accidental displacement of impacted maxillary third molars. *British dental journal* 1994 ; 177(2) : 57-59.
- [5] Baba Aïssa M. Complications lors des avulsions des dents de sagesse : comment les éviter. Maurice : Sciences du Vivant ; 2017. 94p.
- [6] Sverzut CE, Trivellato AE, Lopes LMF, Ferraz EP et Sverzut ET. Accidental Displacement of Impacted Maxillary Third Molar: A Case Report. *Braz Dent J* 2005; 16(2): 167-70.
- [7] Mariano RC, Melo WM, Mariano LCF. Introdução acidental de terceiro molar superior em seio maxilar. *Maio Ago* 2006; 18(2): 149-53.
- [8] Kobayashi A. Asymptomatic aspergillosis of the maxillary sinus associated with foreign body of endodontic origin. Report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1995 Jun; 24(3): 243-4.
- [9] Patel M, Down K. Accidental displacement of impacted maxillary third molars. *Br Dent J* 1994; 177(2): 57-9.
- [10] Perrin D, Ahoïssi V, Larras P, Lafon A, Gérard E. Manuel de chirurgie orale : Technique de réalisation pratique, maîtrise et exercice raisonné au quotidien. Paris: CdP, 2012.



Article original

Traitement orthopédique des fractures des os de l'avant-bras chez l'enfant de 0 à 15 ans : à propos de 30 cas au CHU Gabriel Touré

Orthopedic treatment of forearm bone fractures in children aged 0 to 15 years:
about 30 cases at the CHU Gabriel Touré

DB Diarra¹, L Diarra*², L Traoré¹, MB Traoré¹, AK Maiga¹, K Diarra³, K Konaté², B Dembélé², G Fané¹,
O Traoré¹, I Kéita¹, H Diallo¹, T Coulibaly¹

Résumé

Les fractures des deux os de l'avant-bras chez l'enfant sont beaucoup plus fréquentes que chez l'adulte. Ces fractures posent surtout un problème d'ordre thérapeutique lié aux caractères anatomiques de l'avant-bras, support de la prono-supination. Un diagnostic précis des lésions est important afin d'instaurer un traitement adapté et urgent permettant de restituer une anatomie normale de l'avant-bras. Le traitement orthopédique reste le traitement de choix pour ce type de fracture. Le traitement chirurgical est indiqué en 2ème intention. Objectifs : Décrire les aspects épidémiocliniques des fractures des os de l'avant-bras chez l'enfant et d'évaluer l'évolution et les résultats du traitement.

Méthodologie : Notre étude a revu sur 9 mois, 30 patients âgés de moins de 15 ans au service de traumatologie et d'orthopédie du CHU Gabriel Touré de Bamako. Elle inclut les patients âgés de moins de 15 ans présentant une fracture d'un ou des deux os de l'avant-bras confirmée par un bilan radiologique et clinique. Les paramètres étudiés ont été : l'âge, le sexe, le côté, étiologie, le traitement et l'évolution de la fracture.

Résultats : Durant cette étude nous avons pris en charge 30 patients, 21 garçons et 09 filles avec un sexe ratio de 2,33. L'âge moyen était de 8.83 ans (extrêmes allant de 3 à 15 ans), la principale étiologie des fractures de l'avant-bras était les accidents domestiques 73%. La majorité de nos patients 93,3% étaient admis à l'hôpital dans les 24 heures après le traumatisme. La fracture de l'avant-bras était une fracture fermée dans 93,3% des cas. Elle était une fracture diaphysaire complète dans 43,3%. L'ulna n'était pas fracturé dans 33,3% des cas. Le traitement était orthopédique dans 96,6% des cas avec une évolution favorable chez 90% nos patients. Au cours de notre étude 3 complications étaient recensées soit 10% des cas.

Conclusion : Le traitement orthopédique habituellement de règle pour les fractures des deux os de l'avant-bras donne des résultats fonctionnels satisfaisants. Une mauvaise appréciation ou une prise en charge inadéquate peut compromettre le pronostic fonctionnel du membre.

Mots-clés : fractures avant-bras, enfant, traitement orthopédique.

Abstract

Fractures of both bones of the forearm in children are much more common than in adults. These fractures pose above all a problem of a therapeutic nature linked to the anatomical characteristics of the forearm, support for prono-supination. A precise diagnosis of the lesions is important in order to institute a suitable and urgent treatment allowing to restore a normal anatomy of the forearm. Orthopedic treatment remains the treatment of choice for this type of fracture. Surgical treatment is indicated as 2nd intention. Objectives: To describe the epidemiological and clinical aspects of fractures of the forearm bones in children and to assess the course and results of treatment. Methodology: Our study reviewed 9 months, 30 patients under the age of 15 in the trauma and orthopedic department of the Gabriel Touré University Hospital in Bamako. It includes patients under the age of 15 with a fracture of one or both of the forearm bones confirmed by a radiological and clinical assessment. The following parameters were studied: age, sex, side, etiology, treatment and course of the fracture.

Results: During this study we took care of 30 patients, 21 boys and 09 girls with a sex ratio of 2.33. The average age was 8.83 years (range ranging from 3 to 15 years), the main etiology of fractures of the forearm was the domestic accidents 73%. The majority of our 93.3% patients were admitted to hospital within 24 hours of the trauma. The forearm fracture was a closed fracture in 93.3% of the cases. She was a complete diaphyseal fracture in 43.3%. The ulna was not fractured in 33.3% of the cases. The treatment was orthopedic in 96.6% of the cases with a favorable evolution in 90% of our patients. During our study, 3 complications were identified, in 10% of the cases.

Conclusion: Orthopedic treatment, usually the rule for fractures of the two forearm bones, gives satisfactory functional results. Poor appreciation or inadequate care can compromise the limb's functional prognosis.

Keywords: forearm fractures, child, orthopedic treatment.

Introduction

Les fractures diaphysaires de l'avant-bras sont des solutions de continuité d'un ou des 2 os de l'avant-bras dont le trait de fracture siège à 2 cm au-dessous de la tubérosité bicipitale jusqu'à 4cm de l'interligne articulaire radio carpien [1]. Ce sont des lésions courantes dans la traumatologie pédiatrique. La fracture de l'avant-bras est une pathologie très fréquente en âge pédiatrique 18% des enfants souffrent d'une fracture avant l'âge de 9 ans [2]. Les fractures de l'avant-bras en représentent 59% [3]. Cette fracture est généralement facile à diagnostiquer, le plus souvent sur un cliché de radiographie standard de face et profil du membre supérieur traumatisé [2]. La plasticité des structures osseuses, le potentiel important de remodelage osseux lié au périoste et au cartilage de croissance permettent le plus souvent de traiter orthopédiquement ces lésions et une surveillance attentive des suites à court et long terme.[4]. Une mauvaise appréciation ou une prise en charge inadéquate peut compromettre le pronostic fonctionnel du membre.

Méthodologie

Il s'agit d'une prospective descriptive. Notre étude a revu sur 9 mois ,30 patients âgés moins de 15ans au service de traumatologie et d'orthopédie du CHU Gabriel Touré de Bamako. Elle inclut les patients âgés de moins de 15 ans présentant une fracture d'un ou des deux os de l'avant-bras confirmée par un bilan radio-clinique. Les paramètres étudiés ont été: l'âge, le sexe, le côté, lieu de survenue, étiologie des fractures, les signes révélateurs de fracture des os de l'avant-bras, ainsi que les signes révélateurs de complications immédiates. Pour évaluer nos résultats, nous avons utilisé les critères de Jones fondés sur la douleur, la fonction, la consolidation et la mobilité du membre. La collecte des données a été faite à partir du dossier médical de chaque patient. La saisie et le traitement des données ont été effectués par un logiciel Word et Epi info et IBM SPSS statistics 25.

Résultats

Durant cette étude nous avons pris en charge 30 patients, 21 garçons et 09 filles avec un sexe ratio de 2,33. L'âge moyen était de 8.83 ans (extrêmes allant de 3 à 15 ans).

Tableau I : répartition selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
0 à 5ans	7	23,33%
6 à 10ans	10	33,33%
11 à 15ans	13	43,34%
Total	30	100%

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 11 et 15 ans. Dans notre étude la principale étiologie des fractures de l'avant-bras était les accidents domestiques 73,3%, suivie des accidents de la voie publique 20%. Le mécanisme lésionnel était indirect était présent dans 100% des cas. La majorité de nos patients 28/30 soient 93,3% étaient admis à l'hôpital dans les 24heures après le traumatisme. L'atteinte du côté droit était prédominante, avec 15 patients soit 50% des cas. La douleur et l'impotence fonctionnelle de l'avant-bras étaient les principaux signes cliniques. La fracture de l'avant-bras était une fracture fermée dans 93,3% des cas. Elle était une fracture diaphysaire complète dans 43,3%. (Figure 1)

L'ulna n'était pas fracturé dans 33,3% des cas. Le traitement était orthopédique dans 96,6% des cas avec une évolution favorable chez 90% de nos patients. (Figure 2)

Au cours de notre étude 3 complications étaient recensées (2 calcs vicieux, 1 cas d'infection) soit 10% des cas.



Figure 1 : fracture complète tiers moyen des os de l'avant-bras chez un garçon de 7 ans.



Figure 2 : radiographie de contrôle après réduction et immobilisée par un BABP

Tableau II : répartition selon le délai de consolidation

Délai de consolidation	Effectif absolu	Pourcentage
45 jours	10	33,3%
60 jours	08	26,7%
90 jours	12	40%
Total	30	100%

Au terme de notre étude 86,7% de nos patients avaient de bons résultats fonctionnels.

Discussion

La fracture de l'avant-bras est une pathologie très fréquente en âge pédiatrique, 18% des enfants souffrent d'une fracture avant l'âge de 9 ans [2]. Durant cette étude nous avons pris en charge 30 patients, 21 garçons et 09 filles avec un sex ratio de 2,33. Classiquement les garçons sont plus concernés que les filles [5, 6,7]. La prédominance des fractures dans le sexe masculin pourrait s'expliquer par l'hyperactivité des garçons par rapport aux filles. Cet avis est partagé par Lyons et al [8]. De même que Abdou et al [9]. L'explication serait que l'instinct de conservation est plus développé dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. La tranche d'âge de 11-15 ans majoritairement concernée dans notre travail (43,34%) est peu différente de celui de Mouafo et al 6-11ans et de Habou et à Dakar 6-9 ans [5,6]. L'âge moyen de survenue dans notre série est de 8,83 ans. Cette moyenne d'âge est confirmée dans la littérature [5, 10,11]. Dans notre série, sur le

plan des circonstances de l'accident, le plus souvent ce sont des accidents domestiques survenant à la maison qui ont été plus fréquents 73,3% suivis des accidents de la voie publique 20%, tandis que pour Habou et al à Dakar [5], les accidents domestiques occupent la seconde circonstance de survenue. Dans 50% des cas nous avons rencontré une fracture de l'avant-bras droit qui est le membre dominant chez nos patients. Cela est confirmé par l'étude de Habou O et al 51,7% [5]. Dans notre série le siège de la fracture est diaphysaire dans la majorité des cas 43,3%. Ce siège majoritaire de la fracture de l'avant-bras chez les enfants est rapporté par Ouattara O et al [11]. Dans notre étude les fractures de l'avant-bras sont une fracture fermée dans 93,3% des cas. Nos résultats sont similaires à ceux d'Ouattara O, et al en côte d'ivoire, de Ph. Bernard et al [12, 13]. Le traitement a été orthopédique dans 96,6% des cas dans notre étude. Les fractures de l'enfant, même si elles ont des points communs avec celle de l'adulte, s'en différencient par de nombreux points liés du fait qu'elles surviennent sur un organisme en croissance. Une prise en charge conservative avec réduction fermée et immobilisation par plâtre est le traitement historique de la fracture de l'avant-bras en âge pédiatrique. Le traitement doit être adapté à cette dernière et ne doit pas « abimer » les possibilités de croissance. C'est ce qui explique que la plupart du temps le traitement soit orthopédique [14]. La majorité de nos patients 93,3% ont consulté dans un délai de moins 24 heures après le traumatisme. Dans les études de Habou O et et de Obame R et Al [5, 14]. Le délai moyen de consultation varie de 9,85 heures à 5,45 heures. 86,7% de nos patients ont un bon résultat fonctionnel. Ce résultat est similaire à d'autres auteurs, Ouattara O [5,12].

Conclusion

Le traitement orthopédique habituellement de règle pour les fractures des deux os de l'avant-bras donne des résultats fonctionnels satisfaisants. Une mauvaise appréciation ou une prise en charge inadéquate peut compromettre le pronostic fonctionnel du membre.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration et à la réalisation de cette étude. Tous les auteurs ont lu et approuvés la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Lassény Diarra

lasseny.diarra@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

- 1 : CHU Gabriel Touré, service de chirurgie orthopédie et traumatologie
- 2 : Hôpital de dermatologie de Bamako HDB (ex-CNAM)
- 3 : Centre de santé de référence de Banamba

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Gerard Y. Fractures de l'avant-bras. In : Pathologie chirurgicale. Paris : Masson, 1975 :1222-9.
- [2] Vopat ML, Kane PM, Christino MA, Truntzer J, McClure P, Katarincic J, et al. Treatment of diaphyseal forearm fractures in children. *Orthop Rev.* 2014;6(2).
- [3] Joeris A, Lutz N, Wicki B, Slongo T, Audigé L. An epidemiological evaluation of pediatric long bone fractures—a retrospective cohort study of 2716 patients from two Swiss tertiary pediatric hospitals. *BMC Pediatr.* 2014;14(1):1.
- [4] Jean-Luc Jouve, Fractures de l'avant-bras chez l'enfant, EMC de l'appareil locomoteur [14-045-A-10]
- [5] Habou O et al : Fractures diaphysaires déplacées de l'avant-bras chez l'enfant : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Rev. Afr. Chir. Spéc.* 2014. N°01 Jan -Avril : 5-10
- [6] Mouafo et al : Epidémiologie Clinique des Fractures

Traumatiques de l'enfant à l'Hôpital Central de Yaoundé: A propos de 226 Cas. Health Sci. Dis: Vol 12 (1) (March 2011)

- [7] K.Atarraf M.Lachqar M.ArroudA.Afifi, Les fractures diaphysaires des deux os de l'avant-bras chez l'enfant, Volume 17, Issue 6, Supplement 1, June 2010, Page 85
- [8] Lyons RA, Delahunty AM, Kraus D et al. Children's fractures; a population based study. Inj Prev 5: 129-132, 1999.
- [9] Abdou RO, Allogo OJ, Nlome M et coll. Traumatismes par accident du trafic routier chez l'enfant au Gabon. Médecine d'Afrique Noire 48:12, 2001.
- [10] Hamel A, Geffroy L. Fractures diaphysaires de l'avant-bras : données épidémiologiques des séries rétrospective (508 fractures) et prospective (322 fractures). Rev Chir Orthop 2005; 91: 105-11.
- [11] EN, Moh et al: Traitement par embrochage centromédullaire élastique stable (ECMES) des fractures diaphysaires déplacées de l'avant-bras de l'enfant au CHU de Cocody, Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités Vol 11, No 2 (2017)
- [12] Ouattara O, et al. Résultats du traitement des fractures des deux os de l'avant-bras de l'enfant, Mali médical 2007 tome XXII N° 3
- [13] Ph. Bernard, E. Gagneux, P. Lascombes et J. Prévot, Les fractures du quart inférieur du radius chez l'enfant Place de l'embrochage, Orthop Traumatol (1992) 2 : 25-29
- [14] Obame R et Al, Prise en Charge Initiale des Traumatisés Pédiatriques aux Urgences d'un Hôpital de Référence Traumatologique de Libreville (Gabon). Vol 20 (1) January – February 2019

Pour citer cet article :

DB Diarra, L Diarra, L Traoré, MB Traoré, AK Maiga, K Diarra et al. Traitement orthopédique des fractures des os de l'avant-bras chez l'enfant de 0 à 15 ans : à propos de 30 cas au CHU Gabriel Touré. Jaccr Africa 2021; 5(1): 265-269



Cas clinique

La maladie de Milroy, une cause rare de lymphoedème au cours de la grossesse : à propos d'un cas et revue de littérature

Milroy's disease, a rare cause of lymphedema in pregnancy: about a case report and literature review

A Benjilany*¹, J Kouach¹

Résumé

Le lymphoedème (LO) primaire est une entité pathologique rare due à une anomalie du système lymphatique dont la résultante est l'augmentation du volume d'une partie du corps suite à une mauvaise circulation et à l'accumulation anormale de la lymphe au niveau des tissus sous cutanées. Il touche préférentiellement les membres inférieurs, épargnant ainsi le plus souvent les membres supérieurs, la face et les organes génitaux. Le diagnostic est essentiellement clinique, la paraclinique représentée par la lymphoscintigraphie permet de confirmer le diagnostic. La prise en charge fait appel essentiellement aux traitements symptomatiques, dont le but est d'une part stabiliser voire diminuer le volume de l'œdème, et d'autre part prévenir et traiter les complications en particulier infectieuses. Notre travail portera sur le cas d'une grossesse menée à terme chez une femme porteuse d'une forme familiale rare de LO primitif appelée maladie de Milroy, avec les différentes précautions entreprises chez le nouveau-né, en le relatant à une revue de littérature.

Mots-clés : lymphoedème primaire, maladie de Milroy, maladie familiale, grossesse.

Abstract

Primary lymphedema is a rare pathological entity due to lymphatic system abnormalities, which causes a volume increase of a body's part, due to poor circulation and abnormal accumulation of lymph at subcutaneous tissue. It preferentially affects lower limbs, thus usually sparing upper limbs, face and genitals. Diagnosis is essentially clinical. Paraclinical investigations represented by lymphoscintigraphy confirm the diagnosis. Management mainly involves symptomatic treatments, to firstly, stabilize or even reduce the volume of edema, and secondly prevent and treat complications, in particular infectious ones. Our work will focus on the case of a pregnancy carried to term, in a woman with a rare familial form of primary lymphoedema called Milroy's disease, with various precautions undertaken in newborn, by relating it to a literature review.

Keywords: primary lymphedema, Milroy disease, family disease, pregnancy.

Introduction

Le lymphoedème primaire (LO) ou primitif fait partie de la grande famille des lymphoedèmes,

qu'est une maladie chronique, handicapante, parfois stigmatisante dont le retentissement sur la vie personnelle et professionnelle n'est pas négligeable. Il est défini comme une pathologie provoquée par une réduction de circulation de la lymphe suite à une anomalie organique ou fonctionnelle des vaisseaux lymphatiques accompagnés d'une lymphostase. Les formes familiales de LO (< 5 % des LO primitifs) comprennent la maladie de Nonne-Milroy, forme congénitale de LO et la maladie de Meige apparaissant à l'adolescence.

Cas clinique

Il s'agit de madame FE, primigeste, porteuse d'un lymphoedème du pied gauche, depuis l'âge de 15 ans, diagnostiqué comme lymphoedème essentiel familial type maladie de Milroy vu que la mère est également porteuse de la même pathologie du coté droit. Mise sous traitement physiothérapique à base de bandage du membre inférieur ainsi que des soins cutanée avec une assez bonne évolution d'après la patiente. Suivie dans notre formation à partir de 13 semaines d'aménorrhées (SA) et 4 jours, présentant un diabète gestationnel équilibré sous mesures hygiéno-diététiques sans retentissement foetal, la surveillance échographique foetal par ailleurs n'avait décelé aucune anomalie des membres. La patiente a accouchée à 38SA et 2 jours par voie basse à la suite d'un travail spontané d'un nouveau-né de sexe masculin avec un score d'APGAR à 10/10, un poids de naissance à 3350g, ne présentant aucune anomalie à la naissance, le service de génétique sur avis pédiatrique a été contacté pour éventuel consulting et prise en charge du nouveau-né, une simple surveillance du bébé a été proposée. Jusqu'aujourd'hui, à l'âge de 2 ans et demi, le bébé ne présente aucune anomalie.

Discussion

Les lymphoedèmes des membres sont la conséquence d'un dysfonctionnement du système lymphatique responsable d'une lymphostase et secondairement

d'une augmentation de volume du membre atteint. Ce sont des pathologies chroniques, mal connues dont le diagnostic est habituellement facile avec parfois des retards de diagnostic surtout chez l'enfant [1,2]. Les lymphoedèmes peuvent être schématiquement classés en primaires et secondaires. Dans la classification de l'International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA), les lymphoedèmes primaires sont répertoriés dans les malformations dues à une anomalie primitive du système lymphatique [3]. Chez l'enfant et l'adolescent, les formes primaires représentent 95 % des lymphoedèmes, les formes secondaires médicamenteuses (inhibiteurs de la protéine mammalian target of rapamycin ou mTOR), post-curage ou post-radiothérapie ganglionnaire, ou encore après traumatismes étant très rares [4,5].

La prévalence était estimée à 1/6000 enfant [6] alors que l'incidence (nouveaux cas) annuelle était estimée à 1,15/100 000 personnes, d'âge inférieur à 20 ans [7]. La prédominance féminine est nette, estimée 80 % dans des séries anciennes [8,9]. Aux alentours de 58 à 70 % dans les séries les plus récentes [2,4,5,8]. Les formes familiales (maladie de Noone-Milroy) représentent de 7 à 27 % des cas et les formes syndromiques de 5 à 20 %. Notre patiente est considérée comme porteuse d'un lymphoedème primitif familial devant la présence de la maladie chez la mère, l'apparition à un jeune âge et l'absence d'autres signes associés mettant son anomalie lymphatique dans un cadre syndromique.

Les formes présentes à la naissance ou avant la fin de la première année de vie représentent environ la moitié des cas, ce qui n'était ni le cas de notre patiente, ni celui du nouveau-né. Chez les garçons, le lymphoedème peut être présent à la naissance ou survient dans les 12 premiers mois, alors qu'il survient tardivement chez les filles (9–11 ans) avec une prédominance globale des lymphoedèmes chez les filles [4,8]. L'hypothèse hormonale a été évoquée mais non confirmée.

Le diagnostic de lymphoedème peut être fait in-utero au cours du suivi échographique de la grossesse, devant le caractère essentiel et familial d'un lymphoedème

[9]. Les échographies anténatales réalisées chez notre patiente n'ont décelés aucune anomalie fœtale. Lors de cette exploration, il est important de chercher d'autres anomalies, en particulier des épanchements péritonéaux ou pleuraux faisant évoquer une anasarque et donc une maladie lymphatique plus étendue et plus sévère.

Les lymphœdèmes primitifs sont soit isolés soit syndromiques [10]. Pour les lymphœdèmes isolés familiaux, le gène du récepteur 3 du Vascular endothelial growth factor C (VEGFC), appelé VEGFR-3, localisé sur le chromosome 5 et indispensable à la lymphangiogénèse, est incriminé dans la maladie de Milroy, de transmission autosomique dominante avec une pénétrance de 90 % [11]. D'autre part, il pourrait aussi exister des formes à transmission autosomique récessive liées à des mutations de ce même gène. Les auteurs proposent alors d'appeler maladie de Milroy tout lymphœdème congénital, familial soit-il ou pas [12]. Le syndrome de Meige est une forme familiale de lymphœdème de survenue tardive dont le gène suspecté est le Gap Junction Protein Gamma 2 (GJC2). Le syndrome de Turner est associé dans plus de 40% aux formes syndromiques d'un lymphœdème des membres [13,14].

Cliniquement, Le lymphœdème primaire touche essentiellement les membres inférieurs (76–92 %), ce qui colle avec le cas de notre patiente et de sa mère, plus rarement les membres supérieurs (9–17 %), les organes génitaux externes (6–18 %) ou la face, avec des associations possibles de plusieurs territoires [2,4,5,8]. Le diagnostic est fait sur l'augmentation comparative du volume d'un membre à l'examen clinique. La volumétrie à eau est l'examen de référence chez l'adulte [15]. L'œdème qui atteint le dos du pied n'est pas mou et ne prend généralement pas le godet, on observe une accentuation des plis transverses des orteils avec une disparition des reliefs anatomiques. Le signe de Stremmer, considéré comme pathognomonique du LO.

La lymphoscintigraphie est le seul examen bénéfique dans les lymphœdèmes primaires. La lymphoscintigraphie ayant remplacé la lymphographie

directe, peut être pratiquée chez l'enfant [8,14]. Les indications de la lymphoscintigraphie ne sont pas consensuelles, cet examen n'étant pas indispensable pour le diagnostic mais utile en cas de doute, pour rechercher une atteinte infraclinique controlatérale ou pour essayer d'anticiper l'évolution [5,8,14]. Notre patiente et son nouveau-né n'ont pas bénéficié d'examens complémentaires à cause d'indisponibilité. Le lymphœdème ne doit pas être confondu avec une hypertrophie de membres qui peut être isolée ou entrer dans le cadre de syndromes hypertrophiques, associée à d'autres anomalies malformatives, vasculaires ou non. Chez le nourrisson, il est parfois difficile de faire le diagnostic quand le pied est d'aspect potelé. Les hamartomes et les malformations vasculaires peuvent être prises pour des LO. Chez l'adolescente, Il faut faire la part entre un lymphœdème et des œdèmes vrais d'origine veineuse, cardiaque, rénale ou hépatique (intérêt de l'échographie) ou encore un lipoedème due à une répartition anormale du tissu adipeux localisé des hanches jusqu'aux chevilles [14,15].

La principale complication est l'érysipèle. En effet, le lymphœdème du membre inférieur représente son principal facteur de risque, multiplié par 70 par rapport au membre sain chez l'adulte [8]. Notre patiente n'aurait pas eu d'épisodes d'érysipèle. Chez l'enfant, la fréquence des érysipèles est estimée entre 14 et 26 % [2,4,9,8,15] mais reste inférieure à celle observée chez l'adulte [15]. Les érysipèles sont récidivants chez environ 5% des enfants et peuvent nécessiter une antibio prophylaxie prolongée par pénicilline V [2,8]. Le traitement repose sur la physiothérapie décongestive complète qui associe les bandages peu élastiques, les exercices physiques, les drainages lymphatiques manuels et les soins de la peau [15].

Conclusion

Les lymphœdèmes primaires sont des pathologies rares et chroniques de l'enfant, notamment de sexe féminin, touchant préférentiellement les membres inférieurs. Ils forment un groupe hétérogène de

maladies et les progrès de la recherche génétique ont permis de mieux en comprendre la pathogénie. L'échographie obstétricale reste la pierre angulaire pour le diagnostic prénatal devant un lymphœdème primitif familial. Le diagnostic clinique post-natal est habituellement facile et ne nécessite pas d'explorations complémentaires. Les principales complications sont infectieuses et le retentissement sur la qualité de vie peut parfois être important. La prise en charge des lymphœdèmes est nécessaire pour en réduire le volume et essayer d'en limiter le retentissement avec l'implication indispensable des parents pour favoriser la bonne observance de l'enfant afin d'améliorer sa qualité de vie.

*Correspondance

Aboubakr Benjilany

benjilany.ab@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

1 : Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Phillips JJ, Gordon SJ. Conservative management of lymphoedema in children: a systematic review. *J Pediatr Rehabil Med* 2014;7:361–72.
- [2] Todd J, Craig G, Todd M, et al. Audit of childhood lymphedema in the United Kingdom undertaken by members of the children's lymphoedema special interest group. *J Lymphoedema* 2014;9:14–9.
- [3] Wassef M, Blei F, Adams D, et al. Vascular anomalies classification: recommendations from the International society for the study of vascular anomalies. *Pediatrics*

- 2015;136:e203–14.
- [4] Schook CC, Mulliken JB, Fishman SJ, et al. Primary lymphedema: clinical features and management in 138 pediatric patients. *Plast Reconstr Surg* 2011;127:2419–31.
- [5] Watt H, Singh-Grewal D, Wargon O, et al. Pediatric lymphoedema: a retrospective chart review of 86 cases. *J Paediatr Child Health* 2016;53:38–42.
- [6] Dale RF. The inheritance of primary lymphoedema. *J Med Genet* 1985;22:274–8.
- [7] Smeltzer DM, Stickler GB, Schirger A. Primary lymphedema in children and adolescents: a follow-up study and review. *Pediatrics* 1985;76:206–18.
- [8] Vidal F, Arrault M, Vignes S. Paediatric primary lymphoedema: a cohort of 155 children and newborns. *Br J Dermatol* 2016;175:628–31.
- [9] Makhoul IR, Sujov P, Ghanem N, et al. Prenatal diagnosis of Milroy's primary congenital lymphedema. *Prenat Diagn* 2002;22:823–6.
- [10] Connell F, Gordon K, Brice G, et al. The classification and diagnostic algorithm for primary lymphatic dysplasia: an up- date from 2010 to include molecular findings. *Clin Genet* 2013;84:303–14.
- [11] Karkkainen MJ, Ferrell RE, Lawrence EC, et al. Missense mutations interfere with VEGFR-3 signalling in primary lymphoedema. *Nat Genet* 2000;25:153–9.
- [12] Ghalamkarpour A, Holnthoner W, Saharinen P, et al. Recessive primary congenital lymphoedema caused by a VEGFR3 mutation. *J Med Genet* 2009;46:399–404.
- [13] Welsh J, Todd M. Incidence and characteristics of lymphoedema in Turner's syndrome. *Lymphology* 2006;39:152–3.
- [14] Baulieu F, Vaillant L, Gironet N, et al. Intérêt de la lymphoscintigraphie dans l'exploration des lymphoedèmes de l'enfant. *J Mal Vasc* 2003;28:269–76.
- [15] Damstra RJ, Mortimer P. Diagnosis and therapy in children with lymphoedema. *Phelobology* 2008;23:276–86.

Pour citer cet article :

A Benjilany, J Kouach. La maladie de milroy, une cause rare de lymphœdème au cours de la grossesse : à propos d'un cas et revue de littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 270-273



Article original

La tomosynthèse combinée à la mammographie standard dans le diagnostic des tumeurs mammaires au service de radiologie du Centre Hospitalier Sud Francilien en 2018

Combined tomosynthesis and standard mammography in the diagnosis of mammary tumours in the radiology department of the Centre Hospitalier Sud Francilien in 2018

A Toure, DT Gnaoulé*, AE Zouzou, AP Ndja, A Le Dion, NE Fatto, GC Gbazi

Résumé

Objectif : étudier l'apport de la tomosynthèse combinée à la mammographie 2D dans le diagnostic des tumeurs mammaires dans le service de radiologie du CHSF en 2018.

Méthodologie : Etude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée de Septembre 2017 à Septembre 2018 dans le service de Radiologie du Centre Hospitalier Sud Francilien, ayant inclus 234 patientes qui ont bénéficié d'une mammographie 2D, d'une tomosynthèse et d'une biopsie mammaire.

Résultats La distorsion architecturale était mieux visible en tomosynthèse chez 174 patientes (91,70%) et n'était pas bien vue en mammographie 2D. La prévalence du cancer mammaire des patientes était de 92,31%. Cette prévalence augmentait chez les patientes qui n'avaient pas de micro-calcification à 95,65% et celles qui avaient une masse mammaire à 94,59% ; elle diminuait chez celles qui avaient des micro-calcifications à 87,50% et celles qui n'avaient pas de masse mammaire à 50,00%. Les patientes qui avaient des micro-calcifications suspectes (BIRADS 4 – BIRADS 5) à la mammographie et à la tomosynthèse avaient 87,50% de risque d'avoir un cancer mammaire confirmé à l'examen anatomopathologique.

Les patients qui avaient une masse mammaire

à la tomosynthèse avaient 94,59% de risque d'avoir un cancer mammaire confirmé à l'examen anatomopathologique.

Conclusion La tomosynthèse combinée à la mammographie standard a apporté une valeur ajoutée dans la détection des lésions subtiles du sein au service de radiologie du CHSF ; le couple tomosynthèse et mammographie devient un outil intéressant dans l'arsenal diagnostique en sénologie dont l'utilisation quotidienne permet la réduction du taux de rappel et le diagnostic des petits cancers difficilement observés en mammographie standard.

Mots-clés : Tomosynthèse, mammographie standard, tumeurs du sein.

Abstract

Objective Study the contribution of tomosynthesis combined with 2D mammography in the diagnosis of breast tumors in the radiology department of the CHSF in 2018.

Methodology: Descriptive and analytical cross-sectional study from September 2017 to September 2018 in the Radiology department of the Hospital Center Sud Francilien, having included 234 patients who underwent 2D mammography, tomosynthesis and a breast biopsy. Results The architectural distortion

was better visible in tomosynthesis in 174 patients (91.70%) and not well seen in 2D mammography. The prevalence of breast cancer in patients was 92.31%. This prevalence increases in patients who did not have micro-calcification to 95.65% and those who had breast mass to 94.59%; it decreases in those who had micro-calcifications at 87.50% and those who did not have breast mass at 50.00%. Patients who had suspicious micro-calcifications (BIRADS 4-BIRADS 5) on mammography and tomosynthesis had an 87.50% risk of having breast cancer confirmed on pathological examination. Patients who had a breast mass at tomosynthesis have a 94.59% risk of having breast cancer confirmed on pathological examination. Conclusion Tomosynthesis combined with standard mammography has benefit in the detection of subtle breast lesions in the radiology department of the CHSF; the pair tomosynthesis and mammography becomes an interesting tool in the diagnostic arsenal in senology unit whose daily use allows the reduction of the rate of recall and the diagnosis of small cancers hardly observed in standard mammography.

Keywords: Tomosynthesis, standard mammography, breast tumors.

Introduction

La mammographie numérique est actuellement en train de remplacer progressivement la mammographie conventionnelle. Un de ses avantages est de permettre des options avancées telles que la tomosynthèse et l'angiomammographie [1].

La tomosynthèse constitue une technique d'imagerie en trois dimensions du sein. C'est une imagerie volumique avec balayage automatique angulaire du sein sous compression, faisant de multiples coupes en complément de l'imagerie classique. Elle est la dernière avancée en matière de mammographie. Elle fournit une vision plus claire et plus fine des seins et permet aux radiologues une analyse plus précise de la taille, de la forme, de la localisation et du nombre des anomalies. Elle permet une meilleure détection

des petits cancers du sein avec moins de rappel et une plus grande assurance pour le diagnostic [2].

Au cours de ces dix dernières années, la tomosynthèse a été longtemps considérée comme une technique de développement employée dans le cadre de protocole scientifique. Aujourd'hui utilisée en pratique clinique, quotidienne dans plusieurs centres en France, la tomosynthèse est devenue un examen simple et rapide, peu irradiant (équivalent d'une incidence), améliorant le taux de détection de cancer mammaire [1].

Dans notre contexte de travail, la mammographie 3D étant disponible, nous avons entrepris cette étude dans le service de radiologie du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) portant sur l'intérêt de la tomosynthèse combinée à la mammographie 2D dans le diagnostic des pathologies mammaires.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique de septembre 2017 à septembre 2018 à l'unité de sénologie du service de radiologie du Centre Hospitalier Sud Francilien. Nous avons inclus 234 patientes ayant fait une mammographie 2D combinée à la tomosynthèse (combo) et ayant bénéficié de micro biopsie ou de macro biopsie en cas d'anomalie BIRADS 3, BIRADS 4 ou BIRADS 5.

Le plateau technique comprenait un mammographe numérisé avec un logiciel tomosynthèse (Hologic) Selenia dimensions et un système de stéréotaxie « add on », un échographe Toshiba Applio400 et un mammotome pour les macro-biopsies stéréotaxique. Trois radiologues séniors en sénologie travaillaient dans cette unité en étroite collaboration avec le service de gynécologie, d'oncologie, d'anatomopathologie et de la chirurgie réparatrice. La collecte des données a été faite par observation et par un médecin à l'aide d'une fiche d'enquête anonyme.

A la fin de la collecte, les données ont été organisées en quantitative discrète, quantitative continue, qualitative nominale, qualitative ordinale et qualitative catégorielle.

Nous avons procédé à la description de l'échantillon

sur les caractéristiques sociodémographiques, des examens cliniques, radiologiques et diagnostiques.

Les tests statistiques du Chi² de Pearson et le test exact de Fischer ont été utilisés pour les comparaisons des proportions. La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive, la valeur prédictive négative et la proportion des faux positifs ont été calculées. Après avoir fait la revue de toutes les fiches de dépouille remplies, la saisie, l'analyse et l'interprétation des données ont été faites à la fin de la collecte au moyen d'un ordinateur portable et avec le logiciel SPSS version 16.

Résultats

Paramètres épidémiocliniques

La moitié des patientes avait plus de 60 ans.

L'enregistrement des patientes a été fait dans 21% des cas le dans le cadre du dépistage organisé en masse.

La plupart des patientes n'avait pas d'antécédents médico-chirurgicaux (71%).

Deux tiers des patientes présentaient à l'examen clinique une masse mammaire, avaient une densité mammaire de type C et une prédominance du côté gauche atteint.

Paramètres radiologiques et anatomopathologiques

La distorsion architecturale et les contours irréguliers étaient présents à la tomosynthèse chez plus de deux tiers des patientes (Figure 1).

La micro biopsie avec guidage échographique a été réalisée dans 87,2% des cas et 56,4% des patientes étaient classées BIRADS 5 (Tableau I).

L'examen anatomopathologique révélait une lésion dans 92% des cas.

La distorsion architecturale était mieux visible en tomosynthèse chez 174 patientes et n'était pas bien vue en mammographie 2D (Tableau II).

La présence de la masse à l'examen clinique était associée au diagnostic des cancers mammaires.

La prévalence du cancer mammaire des patientes était de 92,31%.

Cette prévalence augmentait chez les patientes qui n'avaient pas de micro-calcifications à 95,65% et qui

avaient une masse mammaire à 94,59% ;

Elle diminuait chez celles qui avaient des micro-calcifications à 87,50% et qui n'avaient pas de masse mammaire à 50,00%. Les patientes qui avaient des micro-calcifications suspectes (BIRADS 4-BIRADS 5) à la mammographie avaient 87,50% de risque d'avoir un cancer mammaire confirmé à l'examen anatomopathologique (Tableau III). Les patientes qui avaient des micro-calcifications à la tomosynthèse avaient 87,50% de risque d'avoir un cancer mammaire confirmé à l'examen anatomopathologique. L'analyse des micro-calcifications restait du domaine de la mammographie 2D et des agrandissements. La présence de masse à la tomosynthèse était associée au diagnostic des cancers mammaires. Les patientes qui avaient une masse mammaire à la tomosynthèse avaient 94,59% de risque d'avoir un cancer mammaire confirmé à l'examen anatomopathologique (Tableau IV). La classification BIRADS de l'ACR était concordante avec le diagnostic histologique. La plupart de nos cancers après confirmation était des carcinomes canaux infiltrants (Figures 2 et 3).

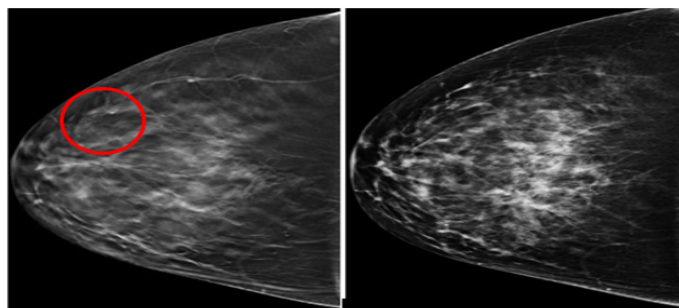


Figure 1 : Patiente de 63 ans, sein dense hétérogène BIRADS C. Lésion suspecte du quadrant supéro interne avec désorganisation architecturale nettement mieux visible sur la tomosynthèse sous forme d'une image stellaire avec des spicules correspondant à un carcinome lobaire infiltrant en anatomopathologie.

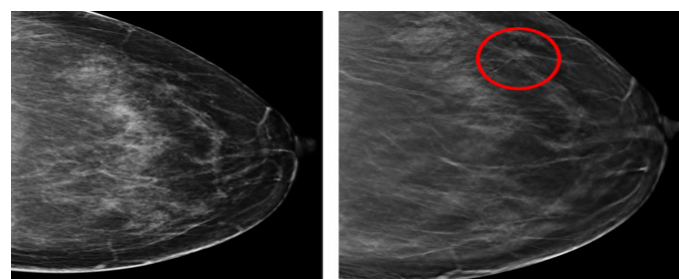


Figure 2 : Patiente de 56 ans, sein partiellement dense BIRADS C. Lésion spiculée à l'union des quadrants

externes du sein gauche (BIRADS 5) correspondant à un carcinome canalaire infiltrant en anatomopathologie.

Tableau I : Répartition des patients selon les résultats Anapath et la classification ACR dans le service de radiologie du CHSF en 2018

Caractéristiques (n = 234)	Nombre de patients	%	Moyenne	DS
Classification ACR				
ACR 1	0	0		
ACR 2	0	0		
ACR 3	12	5,1		
ACR 4	90	38,5		
ACR 5	132	56,4		
Type de biopsie				
Macrobiopsie stéréotaxique	30	12,8		
Microbiopsie échoguidé	204	87,2		

Tableau II : Répartition des patients selon le diagnostic et la distorsion architecturale à la tomosynthèse dans le service de radiologie du CHSF en 2018.

Tomosynthèse	Diagnostic				Total	
	Présence de cancer		Absence de cancer		Eff	%
	Eff	%	Eff	%		
Présence de distorsion architecturale	174	97,70	6	3,30	180	100
Absence de distorsion architecturale	42	77,80	12	22,20	54	100
Total	216	92,30	18	7,70	234	100

Chi² = 20,87 P < 0,000

Sens = 80,56%; Spéc = 66,67%; VPP = 96,67%; VPN = 7,69% ; FP = 2,56%.

Tableau III : Répartition des patients selon le diagnostic et la présence des micro-calcifications à la mammographie dans le service de radiologie du CHSF en 2018.

Mammographie	Diagnostic				Total	
	Présence de cancer		Absence de cancer		Eff	%
	Eff	%	Eff	%		
Présence de calcification	84	87,50	12	12,50	96	100
Absence de calcification	132	95,65	6	4,35	138	100
Total	216	92,31	18	7,69	234	100

Chi² = 5,30 P = 0,021

Sens = 38,89%; Spéc = 33,33%; VPP = 87,50%; VPN = 7,69%

Tableau IV : Répartition des patients selon le diagnostic et la présence de la masse à la tomosynthèse dans le service de radiologie du CHSF en 2018.

Tomosynthèse	Diagnostic				Total	
	Présence de cancer		Absence de cancer		Eff	%
	Eff	%	Eff	%		
Présence de masse	210	94,59	12	5,41	222	100
Absence de masse	6	50,00	6	50,00	12	100
Total	216	92,31	18	7,69	234	100

Chi² = 31,89 P < 0,001

Sens = 97,22%; Spéc = 33,33%; VPP = 94,59%; VPN = 7,69%

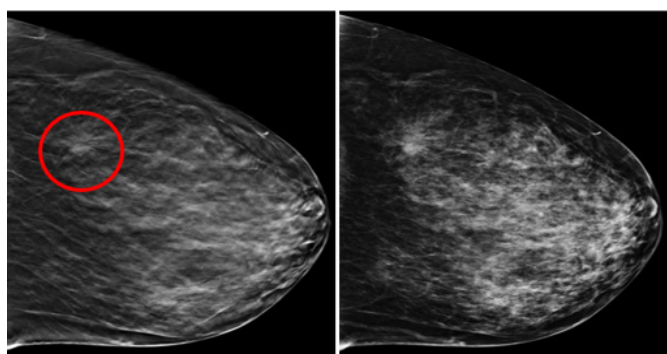


Figure 3 : Patiente de 50 ans, Lésion suspecte externe situé dans le 1/3 postérieur du sein correspondant à un carcinome lobaire infiltrant en anatomopathologie

Discussion

La comparaison des résultats radiologiques aux diagnostics anatomopathologiques montre que dans l'échantillon étudié, il n'y a pas de différence significative entre les résultats de la mammographie 2D et ceux de la tomosynthèse pour la détection des micro-calcifications.

La tomosynthèse et la mammographie 2D ont la même sensibilité (38,89%), spécificité (33,33%), valeur prédictive positive (87,50%) et valeur prédictive négative (7,69%) avec un Chi² = 5,30 et p = 0,021.

Dans l'étude de Taourel [2], les micro-calcifications étaient vues en mammographie plus qu'en tomosynthèse dans plus de deux tiers des cas.

Les limites de la tomosynthèse dans l'identification et la caractérisation des micro calcifications sont liées au fait que leur contours peuvent être moins bien vus du fait des reconstructions à partir de plusieurs projections ou bien d'un flou cinétique lié à l'allongement de

la durée de l'examen. Aussi, surtout du fait que l'analyse des micro-calcifications est au moins autant basée sur la distribution spatiale du foyer que sur leur morphologie. L'utilisation de reconstruction en coupes épaisses (centimétriques) a un intérêt pictural et peut faciliter la communication sans qu'un apport diagnostique véritable soit démontré, en particulier par rapport aux agrandissements.

Concernant la détection d'une masse mammaire, la tomosynthèse est plus sensible que la mammographie 2D (97,22% contre 33,33%) avec un p du test de Fisher < 0,001, par contre la mammographie 2D combinée à la tomosynthèse est plus spécifique que la tomosynthèse seule (100% contre 33,33%) avec un p du test de Fisher = 0,001.

Ces observations ont déjà été notifiées par la littérature et par certaines études récentes telles notamment celle de Taourel [2], qui trouve une sensibilité à 76% et une spécificité à 89%. La tomosynthèse permet de mieux évaluer les contours d'une masse que le cliché conventionnel en s'affranchissant au moins partiellement des structures parenchymateuses de voisinage siégeant au contact de la masse.

Dans notre étude, la distorsion architecturale est détectée par la tomosynthèse et permet d'approcher du diagnostic des cancers mammaires (Chi² = 20,87 ; P < 0,000) avec une grande sensibilité (80,56%) mais peu de spécificité (66,67%). Dans notre expérience, l'individualisation d'une distorsion architecturale est le principal avantage de la tomosynthèse par rapport à la mammographie classique. D'autre part, la tomosynthèse permet de mieux différencier une

distorsion d'une zone de matrice normale. Les limites de spicules et la présence d'une rétraction sont mieux identifiées en tomosynthèse. En revanche, celle-ci n'amène pas d'argument spécifique quant au caractère malin ou bénin de la distorsion architecturale.

Les patients qui avaient une distorsion architecturale à la tomosynthèse ont 96,67% de risque d'avoir un cancer mammaire confirmé à l'examen anatomopathologique.

La distorsion architecturale est un très bon indicateur en diagnostic clinique des cancers mammaires car il a une très forte probabilité à déceler les vrais positifs (VPP à 96,67%); par contre en dépistage, il a une très faible probabilité à déceler les faux négatifs (VPN à 7,69%).

Beaucoup d'études en ont trouvé des observations similaires. La méta analyse de Taourel [2] montre que la tomosynthèse améliore la détection des lésions subtiles telles que les distorsions architecturales.

En 2013, Skaane [8] en Norvège dans son étude sur 12631 femmes trouvent une VPP inférieure à la nôtre avec 28,50% et un $p = 0,72$.

La différence qui existe et aussi la positivité de notre test statistique pourrait s'expliquer par le fait que notre VPP s'applique seulement à la présence de la distorsion architecturale à la tomosynthèse.

D'autre part, cette distorsion architecturale observée à la tomosynthèse et à la mammographie 2D, nous a également permis de détecter des faux positifs, six cas (2,56%) de faux positifs ont été observés à la tomosynthèse. Nos résultats se rapprochent de ceux de l'étude italienne menée en 2013 par l'équipe de Ciatto [10], qui, dans son échantillon de 7292 patients, a trouvé 1% de faux positif. La présence de masse à la tomosynthèse est associée au diagnostic des cancers mammaires. La prévalence du cancer mammaire chez nos patients est de 92,31%, cette prévalence augmente chez les patients qui avaient une masse mammaire à 94,59%, alors qu'elle diminue chez ceux qui n'avaient pas de masse mammaire à 50,00%. Dans notre série les lésions classées BIRADS 4 et 5 après confrontation anatomopathologique ont donné respectivement 93,33 et 95,45 % de cancers en

concordance avec les séries de Skaane [8] trouvant 92 et 100% de cancers.

Conclusion

La tomosynthèse combinée à la mammographie standard a apporté une valeur ajoutée dans la détection des lésions subtiles du sein au service de radiologie du CHSF ; le couple tomosynthèse – mammographie devient un outil intéressant dans l'arsenal diagnostique en sénologie dont l'utilisation quotidienne permet la réduction du taux de rappel et le diagnostic des petits cancers difficilement observés en mammographie standard.

*Correspondance

Debato Tina Gnaoulé

debatog@hotmail.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

- 1 : Service de Radiologie-CHU de Cocody, Abidjan (Côte D'Ivoire)
- 2 : UFR Sciences Médicales - Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan (Côte D'Ivoire).

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Taourel . P, Merigeaud . S, Aubert . E et al. «Tomosynthèse: luxe ou nécessité.» J Radiol, 2009 ; 90:1813-21.
- [2] Taourel . P, Pagès-Bouic . E, Curros-Doyon . F, et al. «Tomosynthèse: Clinicalexperience and literaturesurvey.» Elsevier Masson SAS, 2013: 21-28.
- [3] N, Sellier .»Tomosynthèse, angiommographie, imagerie spectrale.» Imagerie de la femme (SFR), 2011: 225:225-233.

- [4] Thibault . F, Malhaire . C, Athanasiou .A et al. «Tomosynthèse: principe et application.» *Imagerie de la femme*, 2009 ; 19:136-9.
- [5] Varkevisser .C . M, Pathmanathan . I, Brouwnlee.A. *Elaboration et mise en oeuvre de programmes de recherche sur les systèmes de santé*. Ottawa: CRDI, 1993.
- [6] Yan T.L, Liang H . L and Pan H .B. «The Adjunctive Digital Breast Tomosynthesis in Diagnosis of Breast Cancer.»*Biomed Res Int*, 2013; 597253.
- [7] Tsung-Lung Yang, Huei- Lung Liang, Chen-Pin Chou et Al. *To compare the diagnostic performance of digital breast tomosynthesis and digital mammography for breast cancers*. Taiwan: Mei-Hsiu Liao, 2013. 597253.
- [8] Skaane . P, Bandos .A . I, Gullien . R et al. «Comparison of Digital Mammography Alone and Digital Mammography PlusTomosynthesis in a Population-based screening Program.» *RSNA*, 2013: 267:47-56.
- [9] Berg .W . A, Blume .J .D and the ACRIN 6666 Investigator.»*Combined Screening with Ultrasound Mammography Compared to Mammography Alone in Women at Elevated risk of Breast Cancer.*» *JAMA*, 2008 ;14: 299(18):2151-2163.
- [10] Ciatto . S, Houssami . N, Bernadi . D et al. «Integration of 3D digital mammography with tomosynthesis for population breast-cancer screening (STORM): a prospective comparison study.» *The Lancet Oncology*, 2013 ; 25 : 583-589.

Pour citer cet article :

A Toure, DT Gnaoulé, AE Zouzou, AP Ndja, A Le Dion, NE Fatto et al. La tomosynthèse combinée à la mammographie standard dans le diagnostic des tumeurs mammaires au service de radiologie du Centre Hospitalier Sud Francilien en 2018. *Jaccr Africa* 2021; 5(1): 274-280



Article original

Aperçu des tumeurs nasosinusiennes : problèmes diagnostique et thérapeutique dans un Service d'ORL Subsaharien

Overview of nasosinus tumors: diagnostic and therapeutic issues in a Sub-Saharan ENT Department.

A Gouéta*¹, N Zaghré², I Diallo¹, NI Lengane³, KHH Apedo¹, BP Ouédraogo²,
YMC Gyébré¹, M Ouattara¹, K Ouoba¹

Résumé

Introduction : Les tumeurs naso-sinusiennes constituent relativement une entité rare et sont source de morbidité et mortalité élevées en Afrique noire.

Objectifs : était de décrire les problèmes diagnostiques et thérapeutiques de ces tumeurs dans notre pratique de sous médicalisation.

Méthodologie : Il s'est agi une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective portant sur 91 cas de tumeurs nasosinusiennes, dans le service d'ORL-CCF du CHU Yalgado Ouédraogo, sur 10 ans (janvier 2009 à décembre 2018).

Résultats : Leur incidence était 9,1 cas/an dans notre étude et la prévalence était de 0,2%. L'âge moyen=38,1 ans avec des extrêmes de 2 et 85 ans soit un sex-ratio de 1,2. Notre étude a retrouvé 3 cas d'exposition professionnelle à la poussière de bois. Le délai moyen de consultation était de 33 mois. L'obstruction nasale a été plus fréquente (80,2%). L'examen ORL a noté une masse endonasale dans tous les cas. L'examen anatomo-pathologique a noté les tumeurs bénignes (65,9%) et les tumeurs malignes nasosinusiennes (34,1%). Selon la classification de UI-AJCC, d'Ann et Arbor et de Micheau et Marandas, les patients présentaient un stade T3 ou T4 au moment du diagnostic des cancers nasosinusiens (76,7%). Le

traitement a été médico-chirurgical (100%). Le délai moyen de suivi de tous nos patients était de 2 mois 4 jours. L'évolution était favorable chez 63 patients (69,2%).

Conclusion : Les tumeurs naso-sinusiennes sont rares dans notre pratique. Les difficultés diagnostique et thérapeutique restent un challenge pour la plupart des pays subsahariens à l'instar du Burkina Faso.

Mots-clés : Problématique, Diagnostique, Thérapeutique, Tumeurs, Naso-sinusiennes, Subsaharien.

Abstract

Introduction: Naso-sinus tumors are a relatively rare entity and are a source of high morbidity and mortality in black Africa.

Objectives: was to describe the diagnostic and therapeutic problems of these tumors in our practice of under medicalization.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study with retrospective collection of 91 cases of nasosinus tumors, in the ENT-Head and Neck Surgery department of the Yalgado Ouédraogo University Hospital, over 10 years (January 2009 to December 2018).

Results: Their incidence was 9.1 cases / year in our

study and the prevalence was 0.2%. The mean age = 38.1 years with extremes of 2 and 85 years for a sex ratio of 1.2. Our study found 3 cases of occupational exposure to wood dust. The average consultation time was 33 months. Nasal obstruction was more common (80.2%). The ENT examination noted an endonasal mass in all cases. Pathological examination noted benign tumors (65.9%) and malignant nasosinus tumors (34.1%). According to the classification of UI-AJCC, Ann and Arbor and Micheau and Marandas, patients presented with stage T3 or T4 at the time of diagnosis of nasosinus cancer (76.7%). The treatment was medico-surgical (100%). The average follow-up time for all our patients was 2 months 4 days. The outcome was favorable in 63 patients (69.2%).

Conclusion: Naso-sinus tumors are rare in our practice. Diagnostic and therapeutic difficulties remain a challenge for most sub-Saharan countries like Burkina Faso.

Keywords: Problematic, Diagnostic, Therapeutic, Tumors, Naso-sinusienne, Sub-Saharan.

Introduction

Les tumeurs des cavités nasales et sinusiennes constituent relativement une entité rare [1, 2, 3]. Elles sont source de morbidité et mortalité élevées en Afrique noire, à l'instar du Burkina Faso. L'objectif de notre étude était de décrire les problèmes diagnostiques et thérapeutiques de ces tumeurs dans notre pratique de sous médicalisation.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective portant sur les patients reçus pour une tumeur nasosinusienne, dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) et Chirurgie Cervico-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire de Yalgado Ouédraogo (CHUYO), sur une période de 10ans, de janvier 2009 à décembre 2018.

Tous les patients qui ont été pris en charge dans le

service pour une tumeur nasosinusienne pendant la période d'étude ont été inclus dans l'étude, après confirmation anatomopathologique. Les cas exclus sont ceux dont l'examen anatomopathologique n'était pas concluant et ceux dont les dossiers étaient inexploitable.

Une fiche d'exploitation comprenant les différentes données nécessaires à notre étude a été réalisée et remplie en ayant recours aux dossiers des patients (dossier clinique, registre de consultation, le registre de comptes rendus opératoires).

Les paramètres d'étude comportaient l'âge, le sexe, le motif et le délai de consultation, la localisation de la tumeur, la clinique, bilan histologique, le traitement et l'évolution. Le stade des carcinomes a été évalué selon la classification « tumor nodes metastases » (TNM) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) de 2010, 7eme édition. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel Epi-Info version 7.

Résultats

Nous avons colligé 91 cas de tumeurs nasosinusiennes sur une période de 10 ans (2009-2018). La fréquence était estimée à environ 9,1 cas/an dans notre étude et la prévalence était de 0,2%. L'âge moyen de nos malades était de 38,1ans avec des extrêmes de 2 et 85 ans. Notre population d'étude était composée de 50 hommes (54,9%) et de 41 femmes (45,1%) soit un sex-ratio de 1,2.

Notre étude a retrouvé 3 cas d'exposition professionnelle à la poussière de bois dont la durée d'exposition a été précisée chez deux patients soit 5 ans et 40 ans. Nous avons également retrouvé 4 cas d'exposition à des produits chimiques de nature non précisée dont la durée d'exposition variait entre 5 et 20 ans. Nous avons retrouvé également : une rhinite à répétition 46%, rhino-sinusite chronique 10 % et traumatisme maxillo-faciale

Le délai moyen de consultation était de 33 mois avec des extrêmes de 1 mois et 10 ans. Les manifestations cliniques étaient regroupées en syndromes. Le syndrome rhinologique était prédominant notamment

l'obstruction nasale avec 80,2%. Ces signes sont représentés dans le tableau I.

L'examen ORL a permis de noter une masse endonasale dans tous les cas, une déformation de la pyramide nasale 15 cas, une ulcération nasale 4 cas, une chute/mobilité dentaire 1 cas, une voussure du voile du palais 7 cas, Otite séromuqueuse 1 cas.

La nasofibroskopie a été réalisée chez 2 patients (2,6 %) et a objectivé une polypose nasosinusienne stade III. L'examen des aires ganglionnaires a permis de retrouver des adénopathies cervicales chez 4 malades soit 5,19%.

L'examen ophtalmologique objectivait une exophtalmie chez 7 patients soit 9,1% dont 2 de grade II et 5 de grade III et une baisse de l'acuité visuelle chez 3 patients soit 3,89%.

La radiographie des sinus en incidence de Blondeau a été réalisée chez dans 3,89% des cas et a montré une opacité du sinus maxillaire dans tous les cas.

La tomodensitométrie (TDM) crânio-faciale a été l'imagerie la plus réalisée dans 22% des cas et a permis de mettre en évidence un processus tumoral endonasal dans 6 cas, nasosinusien 6 cas, une hyperdensité dans 12 cas, une ostéolyse 4 cas et exophtalmie 1 cas. La TDM a également permis de noter l'extension tumorale vers les structures anatomiques voisines des cavités nasosinusiennes chez 6 patients soit 31,58 %

des cas. L'examen anatomo-pathologique a permis de noter les tumeurs bénignes dans 65,9% des cas et les tumeurs malignes nasosinusienne dans 34,1% cas. Les différents types histologiques des tumeurs nasosinusiennes sont représentés dans le tableau II.

Selon la classification de UI-AJCC, d'Ann et Arbor et de Micheau et Marandas, les patients présentaient un stade T3 ou T4 au moment du diagnostic des cancers nasosinusiens dans 76,7% des cas. Concernant les lymphomes, il y avait deux patients en stades I (6,4%) et deux en stade II (6,4%) selon la classification d'Ann et Arbor. Selon la classification de Micheau et Marandas le patient qui présentait le mélanome malin était classé au stade I (3,2%). Les différents stades sont représentés dans le tableau III.

Le traitement a été médico-chirurgical dans tous les cas (100%). Le traitement chirurgical a concerné 84 patients (92,3%). Un traitement non chirurgical a été réalisé dans 7,7% des cas. Les différents types de traitement sont représentés dans le tableau IV.

Le délai moyen de suivi de tous nos patients était de 2 mois 4 jours avec des extrêmes de 1 mois et 12 mois. L'évolution était favorable chez 63 patients (69,2%). Cependant nous avons noté 1 cas (1,1%) de récurrence de polype antro-choanal 2ans, 6,4 % de poursuite évolutive, 26,4 % de perdus de vue et 4,4 % de décès.

Tableau I : répartition des patients selon les signes d'appels

Signes		Nombre	Pourcentage
Syndrome naso-sinusien (100%)	Obstruction nasale	73	80,2
	Rhinorrhée	22	24,2
	Épistaxis	12	13,2
	Anosmie	3	3,3
	Exophtalmie	13	14,3
Syndrome ophtalmologique (35,2%)	BAV	5	5,5
	Œdème palpébral	10	11
	Larmolement	4	4,4
	Tuméfaction de l'angle interne de l'œil	9	9,9
Syndrome facial (22%)	Tuméfaction sous orbitaire	10	11
	Tuméfaction nasale	4	4,4
Syndrome neurologique (47,2%)	Algie faciale	25	27,5
	Céphalées	18	19,8

Tableau II : Types histologiques

Nature histologique	Type histologique	N	%
Tumeurs bénignes (n=60)	Pseudopolype inflammatoire	3	3,3
	Pseudotumeur inflammatoire (Mucocele...)	4	4,4
	Dysplasie fibreuse	1	1,1
	Granulome	2	2,2
	Hyperplasie polypoïde	1	1,1
	Polype fibroglandulaire	1	1,1
	Polype pseudoadénomateux	1	1,1
	Polype de nature non précisée	28	30,8
	Polype de Killian	2	2,2
	Syringome chondroïde	1	1,1
	Myxome	1	1,1
	Kyste	1	1,1
	Hémangiome	3	3,3
	Papillome	4	4,4
	Fibrome	2	2,2
	Fibroxanthome	1	1,1
	Chondrome	1	1,1
	Rhinosclerome	1	1,1
	Adénome pléomorphe	2	2,2
	Tumeurs malignes (n=31)	Carcinome épidermoïde	18	23,37
Carcinome basocellulaire		1	1,3
Tumeur neuroendocrine		1	1,3
Carcinome adénoïde kystique		2	2,6
Lymphome		5	6,5
Adénocarcinome		2	2,6
Myxosarcome		1	1,3
Histiocytome fibreux malin	1		
Total		91	100

Tableau III : répartition des patients selon les stades

Stades	Effectif	Pourcentage
Stade 1	3	10
Stade 2	4	13,33
Stade 3	15	50
Stade 4	9	26,7
Total	31	100

Tableau IV : Types de traitement

Type de tumeur	Type de traitement	N	%	
Tumeur bénigne	Traitement chirurgical	Caldwell Luc	41	45,1
		Chirurgie endoscopique	4	4,4
Tumeur maligne	Traitement chirurgical	Caldwell Luc	4	4,4
		Paralatéro-nasale	20	22
	Chirurgie endoscopique	4	4,4	
	Traitement non chirurgical	Radiothérapie exclusive	1	1,1
		Chirurgie exclusive	2	2,2

Discussion

Les tumeurs nasosinusiennes sont relativement rares dans la littérature. En effet, la fréquence de ces tumeurs était de 9,1cas/an dans notre série avec une prévalence de 0,2%. Ce même constat a été fait par certains auteurs comme Koffi-Aka (0,1%) [1] et Kharoubi (1,2%) [2]. Cependant d'autres auteurs comme Amana [3] ont rapporté des chiffres plus élevés avec une prévalence de 4,8%. Nous estimons que ces cas ne sont que la partie visible de « l'iceberg » car la fréquence réelle de ces tumeurs est difficile à préciser dans notre contexte en raison de l'absence d'études en population. En outre l'insuffisance du plateau technique et la forte influence de la médecine traditionnelle sont des facteurs participant à réduire la prévalence de ces affections dans nos hôpitaux.

L'âge moyen des patients de 46 ans est proche de celui d'autres auteurs comme Amana [3] qui rapportait 36 ans. D'une manière générale l'âge moyen dans la tumeur naso-sinusienne varie entre 30 et 60 ans [1, 3, 4, 5]. Elle est donc l'apanage du sujet adulte jeune. Des auteurs européens par contre avaient estimé que les tumeurs naso-sinusiennes survenaient entre la 6^e et la 7^e décennie [6-7].

La prédominance masculine dans notre étude était de 54,9%. Elle est également observée par d'autres auteurs dont Amana au Togo [3] avec 60,67%. Le même constat sur la prédominance masculine a été fait par Koffi-Aka [1] à Abidjan qui notait un taux de 64,6 %. La grande exposition du sujet de sexe masculin aux facteurs de risque des tumeurs naso-sinusiennes comme le tabac, l'exposition à la poussière de bois (menuisier) expliquent cet état de fait.

Au plan diagnostique, le délai de consultation était long, en moyenne de 33 mois dans notre série. Ce délai est également long par rapport à ceux de Anderson [8] et de Amana B [3] qui avaient noté respectivement un délai moyen de consultation de 3mois et de 20 mois. Ce retard à la consultation peut être expliqué par le fait que ces tumeurs évoluent dans des régions anatomiques confinées. Il faut noter également l'évolution lente des tumeurs des

cavités nasosinusiennes avec comme conséquence une banalisation des symptômes. Aussi, nous pouvons évoquer la forte influence de la médecine traditionnelle, le bas niveau socio-économique de nos populations qui ne consultent dans les centres de santé qu'à un stade avancé de leur maladie.

Nous avons noté 23 cas d'antécédents de rhinites à répétition, 5 cas de sinusites chroniques. Ces facteurs sont reconnus dans la littérature comme étant des facteurs de risques de survenue des tumeurs bénignes des cavités nasosinusiennes [9, 10].

En outre, nous avons retrouvé 3 cas d'exposition au bois dans notre étude. Des auteurs comme Kasha [11], Houssein [12] retrouvaient la poussière de bois comme principal facteur de risque de l'adénocarcinome de l'ethmoïde et le nickel ou le cuir comme facteurs de risque de survenue du carcinome épidermoïde. La poussière de bois a été décrite par de nombreux auteurs comme facteur de risque des adénocarcinomes des cavités nasosinusiennes [12, 13]. Les textiles, le nickel et le cuir sont également incriminés dans la survenue des cancers nasosinusiens [12, 13], mais n'ont pas été retrouvés dans notre étude par manque d'investigations. A ces facteurs on peut adjoindre les traumatismes maxillo-faciaux que nous avons retrouvés dans un (1) cas, comme facteurs de risque dans la survenue des ostéomes [7] et l'infection au HPV comme facteur de risque de survenue du papillome inversé [14]. Cette infection virale n'est pas recherchée dans notre contexte par insuffisance du plateau technique. Une étude prospective sur ces tumeurs nous permettrait de mieux préciser les différents facteurs de risque chez les patients.

La majorité des auteurs dans la littérature [3, 4, 15] s'accordent à dire que les tumeurs naso-sinusiennes sont caractérisées par un polymorphisme clinique dominés par le syndrome rhinologique. Ainsi le syndrome nasosinusien était dominé l'obstruction nasale dans la présente étude avec 94,8%. Ce même constat a été fait par Anderson et Amana qui retrouvaient respectivement 98% et 74,15%. C'est le signe le plus retrouvé dans la littérature mais avec des fréquences variables selon les auteurs. Elle est

habituellement progressive, généralement unilatérale mais peut être bilatérale. En effet la lésion tumorale, en prenant du volume obstrue progressivement la fosse nasale et entrave le passage de l'air. Avec l'extension de la tumeur, cette obstruction devient bilatérale.

La rhinorrhée a été notée dans 28,57% des cas dans notre série. Elle peut être antérieure ou postérieure, séreuse, séro-muqueuse, muqueuse ou franchement purulente et parfois striée de sang. Cette rhinorrhée peut résister au traitement symptomatique. Elle est en rapport avec le processus inflammatoire chronique (du fait de la tumeur). Elle peut être aussi en rapport avec la surinfection des lésions avec des sécrétions plus ou moins purulentes. Elle est aggravée par l'obstruction nasale qui favorise une stase et une perturbation de la clairance mucociliaire. Amana B [3] au Togo retrouvait une fréquence similaire de 23,59%.

L'épistaxis était retrouvée chez 15,58% des patients. Ce taux varie selon les auteurs. En effet d'autres auteurs comme Chammakhi-Jemli [5] et Amana [3] rapportaient respectivement des taux variés de 70% et 28,08%. En général unilatérale et récidivante, c'est ce signe, qui le plus souvent amène le patient à consulter. Elle ne doit pas être négligée même si elle est de faible abondance [16]. Elle est caractéristique des lésions malignes et des lésions inflammatoires chroniques.

L'anosmie a été notée dans 3,9% des cas dans cette étude. C'est une anosmie due à un défaut de perméabilité des fosses nasales qui empêche les molécules odorantes d'atteindre les organes sensoriels situés au niveau du plafond des fosses nasales. Elle n'est pas systématiquement recherchée, ce qui explique sa faible fréquence dans la présente étude.

Le syndrome neurologique était 47,2% dans cette étude. Ce résultat est comparable à celui observé par d'autres auteurs comme Amana [3], Koffi-Aka [1] et Kharoubi [2] qui rapportaient respectivement 55 %, 50% et 54%.

Le syndrome ophtalmologique ou orbitaire représentait 35,2% dans la présente. Ce résultat est comparable aux résultats de Ette [17] et Amana [3] qui avaient rapporté dans leur étude 34% et 37,21% des cas. La proximité de la cavité orbitaire avec celles

nasosinusiennes fait de l'examen ophtalmologique, un examen obligatoire. Il est indispensable, afin de préciser l'état fonctionnel de l'œil et de déterminer s'il y a un envahissement ou non de la cavité orbitaire. La présence de signes ophtalmologiques traduit une extension et doit faire évoquer la malignité des lésions. Le syndrome facial rapporté dans notre étude (22%) était proche de celui de Amana (22,46% de cas) mais inférieur à celui de Koffi Aka qui avait trouvé 87% de cas.

La radiographie des sinus a été peu réalisée (4%) dans cette étude. La radiographie standard des sinus est peu performante pour le diagnostic topographique d'extension des tumeurs naso-sinusiennes. Ce qui limite son indication. Néanmoins, c'est un examen de débrouillage dans notre contexte du fait du bas niveau socio-économique de la plupart de nos patients.

La TDM des sinus de la face permet le mieux le diagnostic topographique et d'extension des tumeurs naso-sinusiennes. Elle est disponible, mais reste difficilement accessible pour la majorité des patients à cause du coût élevé dans notre contexte. Elle a été réalisée dans 25% des cas dans la présente étude.

Les tumeurs bénignes ont représenté 65,9% de l'ensemble des tumeurs naso-sinusiennes. Ce même constat a été fait par certains auteurs comme Amana [3], Ette [17] et Kharoubi [2] qui trouvaient respectivement 66,3%, 60% et 65%. Cette prédominance des tumeurs bénignes ne fait pas l'unanimité des auteurs. En effet Koffi-Aka [1] notait 30,2% de tumeur bénigne naso-sinusienne. Le polype a constitué la tumeur bénigne la plus fréquente dans la présente étude avec une proportion de 36,3%. La prédominance de ce type histologique dans cette étude ne fait pas l'unanimité des auteurs. En effet certains auteurs comme Amana et Koffi ont rapporté une prédominance de papillome malpighien et papillome inversé dans respectivement 30,5% et 16,7% des cas. Narayana [18] a rapporté une fréquence élevée de l'angiofibrome dans 26,66% des cas. Ces résultats diffèrent selon les auteurs du fait de la variété histologique des tumeurs bénignes nasosinusiennes.

Les tumeurs malignes ont représenté 39% des cas

dans cette étude. Ce taux est celui de Amana [3] et Kharoubi [2] qui rapportaient respectivement 33,71 et 35%. Cependant il est inférieur à celui de Koffi [1] qui était de 69,8%. Différents types histologiques de ces cancers sont été décrits dans la littérature avec une nette prédominance de carcinome épidermoïde. Ainsi, Jegoux [19] a retrouvé un carcinome épidermoïde dans 50%, un adénocarcinome dans 22%, un lymphome malin non Hodgkinien dans 11% des cas. Pour Slomski [20] le carcinome épidermoïde représente des cancers sinusiens 80% des cas, suivi de l'adénocarcinome 15% et les autres cancers 5% des cas. Dans cette série, nous avons retrouvé une prédominance du carcinome épidermoïde avec 23,4% des cas.

La classification de nos cancers a montré une prédominance des stades T3 et T4 (76,7%). Le diagnostic de ces tumeurs à des stades cliniques évolués T3/T4 est noté par les auteurs comme Cantu [21] (77%) et Josiane [22] (67,5%). Par ailleurs Darouassi [23] a fait le même constat avec 83% des cas. Selon Maigon P [24] et Vieillot [25], l'évolution lente de ces cancers en intra-cavitaire explique leur découverte tardive à un stade évolué. En effet ces tumeurs sont caractérisées par une symptomatologie clinique tardive et aspécifique [26] expliquant ainsi les consultations et le diagnostic tardifs dans notre contexte, d'où l'intérêt de la surveillance des polypes et de la main facile des praticiens à la TDM et à la chirurgie avec examen anatomopathologique.

Le traitement des tumeurs naso-sinusiennes est essentiellement chirurgical. En effet 92,3% des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Ce même constat a été fait par d'autres auteurs comme Gragui [27] avec 83,3%.

La chirurgie par voie externe a été réalisée chez 89,04% des patients tandis que celle par voie endoscopique dans 10,95% des cas. Dans l'étude de Gragui [27], 62,5% des patients ont bénéficié de la chirurgie par voie externe et 20,83% de celle par voie endoscopique. La chirurgie par voie externe permet un meilleur contrôle carcinologique des lésions mais la rançon esthétique est importante. De nos jours la

voie endoscopique est de plus en plus privilégiée pour les lésions de petite taille d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce.

La radiothérapie (1,29%) et la chimiothérapie (2,59%) ont été peu réalisées dans la présente étude. Gragui [27] avait noté 37,5% de patients ayant bénéficié de la radiothérapie et 16,67% de la chimiothérapie. Cette différence pourrait s'expliquer par l'indisponibilité de la radiothérapie au

Burkina Faso et le bas niveau socio-économique de nos patients pour la chimiothérapie qui reste relativement coûteuse, même si le CHU Yalgado Ouédraogo dispose d'une unité d'oncologie à même d'assurer les différents protocoles de chimiothérapie. Le délai moyen de suivi de tous nos patients était de 2 mois 4 jours avec des extrêmes de 1 mois et 12 mois. Ce délai était de 9 mois dans l'étude Gragui [27]. L'évolution était favorable chez 63 patients (69,2%). Ce même constat a été fait par Gragui [27] et Diby [28] qui notaient une évolution favorable respectivement dans 50% et 75,5% des cas. Néanmoins nous avons noté 6,4 % de poursuite évolutive, 4,4 % de décès et 26,4 % de perdus de vue. Ces résultats varient selon les auteurs. Ainsi Gragui L. [27] retrouvait 8,3 % de récurrence ; 8,3 % de décès et 29,1% de perdus de vue.

Conclusion

Les tumeurs naso-sinusiennes représentent une entité relativement rare dans notre pratique. Ces tumeurs, malgré leur grande diversité histologique, présentent une symptomatologie clinique monomorphe dominée par le syndrome rhinosinusal. Leur diagnostic se fait le plus souvent tardivement. La prise en charge des tumeurs pose un problème dans notre contexte en raison du traitement encore mal codifié et de la non disponibilité de la radiothérapie.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Tous nos remerciements s'adressent à monsieur le

Professeur Ouoba Kampadilemba de nous avoir permis de mener cette étude dans son service et aussi pour toutes ses contributions

*Correspondance

Aboubacar Gouéta

egoueta@yahoo.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

- 1 : Service d'ORL et CCF, CHU-Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso
- 2 : Service d'ORL et CCF, CHU de Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso
- 3 : Service d'ORL et CCF, CHU Régional de Ouahigouya

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Koffi-Aka V, Ehouo F, Nenkam E, Demeidoros E. Caractéristiques histologiques des affections des cavités naso-sinusiennes. Etude rétrospective à propos de 96 cas dans les services d'ORL à Abidjan. *Med. Afr. Noire* 2007 ; 4(10): 493-96.
- [2] Kharoubi S. Tumeurs malignes des fosses nasales, données anatomocliniques et proposition d'une nouvelle classification. A propos de 21 cas. *Can Rad.* Février 2005; 9:187-195.
- [3] Amana B, Bissa H, Pegbessou Ep, Amegbor K, Kpemissi E, NapoKoura G. Tumeurs nasosinusiennes : aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques, à propos de 89 cas observés au CHU de Lomé. *Rev. Chir. Maxillo-fac.* 2013 ; 20(2) :33-36.
- [4] Youssef Darouassi, Mohamed Mliha Touati, Mehdi Chihani, Jihane El Alami, Brahim Bouaity, Haddou Ammar. Les tumeurs malignes naso-sinusiennes : à propos de 32 cas et revues de la littérature. *Pan African Medical Journal.* 2015; 22:342 .
- [5] Chammakhi-Jemli CH., Mkouar S, Ben Gamra O, Zouaoui W, Mami A, Mzabi H, et al. Tumeurs malignes du massif facial : à propos de 14 cas. *Journal de Radiologie (Tunisie).* 2005 ; 86(10) : 15-49.
- [6] Thompson Lor, Wreneke Ja, Miettinen M. Sinonasal Tract and nasopharyngeal melanomas. A Clinicopathologic Study of 115 cases with a proposed Stading System. *Am J Surg Pathol* 2003; 27: 594-611.
- [7] Chambres O, Huy Nguen H, Schultz P, et Coll. Traitement des tumeurs malignes des cavités naso-sinusiennes à extension orbitaires. *Ann Oto Laryngol chir cervico fac.* 2005;122(1):27-31.
- [8] Anderson G, Tom I. Rhabdomyosarcome of the head and neck in children. *arch oto-laryngol. head neck surf.* 1990; 116: 428-31.
- [9] François M, De Gaudemar I, Elmaleh M. Tumeurs bénignes du nez et des sinus. *Encycl Med Chir. (Elsevier Masson, Paris), Oto-rhino laryngologie, 20-400-A-10, 1994, 8p.*
- [10] Iseh KR, Aliyu D. Surgical considerations in the management of tumor of the nose and paranasal sinuses in northern Nigeria teachen hospital. *West Afr J.* 2009; 28(6):371-5.
- [11] Kasha S, Jankowski R, Georgel T, Henrot P, Grignon B. Anosmie révélatrice d'un adénocarcinome nasal chez les travailleurs du bois. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* Mars 2009 ; 126(1) : 6-10.
- [12] Houssem R. Les cancers des cavités nasales et des sinus paranasaux : aspects clinicopathologiques, étiologiques et thérapeutiques. *Bull Cancer.* Octobre 2012 ; 99(10) :963-70.
- [13] Méatchi T, Badoual C. Histopathologie des tumeurs bénignes et malignes rhino-sinusiennes. *Traité d'ORL. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2008 ; 369-384.*
- [14] Klossek JM, Fontanel J-P. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique. 6ème édition. Paris : MASSON ; 1992, 875p.
- [15] Sereme M, Bengaly S, Ouedraogo D, Nao EEM, Ouattara D, Bambara C et coll. Les cancers des sinus de la face: aspects épidémiocliniques et histologiques; *Revue africaine de chirurgie cervico-faciale et d'ORL.* 2015 ; 15(2) : 60-64.
- [16] Bonfils P. Tumeurs des fosses nasales et des cavités sinusiennes. In: HUY BA PT, dir. *ORL. Paris: éditions*

marketing/ Ellipses universités francophones, 1996: 348-62.

Hospitaliers Universitaires d'Abidjan. Médecine d'Afrique Noire. 2014 ; 124(3) : 6-13.

- [17] Ette A, Haeffner G, Bamba M, Cissé G, Fakhry K. Notre expérience de la chirurgie en pathologie tumorale et pseudo tumorale de la sphère ORL en milieu africain. Ann. Univ. Abidjan, série B (Médecine). 1980;15:294-309.
- [18] Naranaya KSV, Chandre G. A clinical study of benign tumor of noses and paranasal sinuses. Indian journal of otolaryngology and Head and Neck Surgery. December 2004; 56(4):265-8.
- [19] Jégoux F, Métreau A, Louvel G, Bedfert C. Paranasal sinus cancer. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2013; 130(6): 327-35.
- [20] Slomski G. Paranasal Sinus Cancer. Gale Encyclopedia of Cancer. 2002. Encyclopedia.com.<http://www.encyclopedia.com/c/2981-literature-and-arts.html>.
- [21] Cantu G, Bimbi G, Miceli R et al. Lymph node metastases in malignant tumors of the paranasal sinuses: Prognostic value and treatment. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2008;134(2): 170-7.
- [22] Josiane P, Xavier R, Mireille F, Virginie W, Emmanuelle UC, Jean-Jacques P, Elie S. Les adénocarcinomes de l'ethmoïde. Fr ORL 2005 ; 89 :146-154.
- [23] Darouassi Y, Touati MM, Chihani M, El Alami J, Bouaty B, Ammar H. Les tumeurs malignes naso-sinusiennes : à propos de 32 cas et revues de littérature. PanAfrican Medical Journal. 2015 ; 1-7
- [24] Maingon P. Les tumeurs des sinus de la face. Cancer/ Radiother 2001 ; 5 :597-605
- [25] Vieillot S, Boisselier P, Aillères N, Hay MH, Dubois JB, Azria D, Fenoglietto P. Cancer des sinus de la face. Paranasal sinus carcinoma. Cancer/Radiothérapie 2010 ; 14(1):552-560.
- [26] Percodani J, Xavier R., Miraille F., Virgine W, Emmanuelle UC, Pessey JJ et al. Les adénocarcinomes de l'ethmoïde : à propos de 46 patients, Fr ORL, Toulouse 2005 ; 88 :146-154.
- [27] Gragui L. Les tumeurs naso-sinusiennes à propos de 24 cas. Le catalogue collectif des thèses en Afrique. 2010, 131/10, 154p. <http://thesesnafrique.imist.ma/handle/123456789/1362>.
- [28] Diby, Kauko Charly, Kouassi-Yao M. Prise en charge des tumeurs bénignes nasosinusiennes dans les Centres

Pour citer cet article :

A Gouéta, N Zaghré, I Diallo, NI Lengane, KHH Apedo, BP Ouédraogo et al. Aperçu des tumeurs nasosinusiennes : problèmes diagnostique et thérapeutique dans un Service d'ORL Subsaharien. Jaccr Africa 2021; 5(1): 281-289



Article original

Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Childbirth in a scarred uterus at the Fousseyni Daou de Kayes hospital

S Dembélé*¹, M Diassana¹, B Macalou¹, A Sidibe², A Hamidou², YS Boubacar¹, SO Traore³, M Traore⁴,
M Sima⁴, A Bocoum⁵, S Fane⁵, C Sylla⁵, I Teguede⁵, Y Traore⁵

Résumé

But : Le but était d'étudier l'accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale avec collecte prospective du 1er mai 2016 au 30 avril 2017. L'étude a porté sur toutes les femmes enceintes avec un utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices de césarienne et qui ont accouché dans la maternité de l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES.

Résultats. La prévalence de l'accouchement sur utérus cicatriciel a été de 5,5%. L'âge moyen était de 26,29 ans. Dans notre étude l'intervalle inter-génésique était supérieur à 24 mois chez 61,2% des parturientes. 50,9% des parturientes avaient accouché par voie basse. Nous avons observé 7 cas de déhiscence de la cicatrice utérine. Aucun décès maternel n'a été observé et 78% des nouveau-nés avaient un score d'APGAR entre 8 et 10 à la première minute.

Conclusion : L'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent dans notre service et sera de plus en plus à cause de l'augmentation inéluctable des indications de césarienne.

Mots-clés : Accouchement, Utérus, Cicatriciel, Hôpital, Kayes.

Abstract

Goal: The aim was to study childbirth in a scarred uterus at the FOUSSEYNI DAOU DE KAYES hospital.

Methodology: We carried out a cross-sectional descriptive study with prospective collection from May 1, 2016 to April 30, 2017. The Study focused on all pregnant women with a uterus carrying one or more cesarean scars and who gave birth in the maternity ward of the FOUSSEYNI DAOU DE KAYES hospital.

Results: The prevalence of childbirth in a scarred uterus at was 5.9%. The average age was 26.29 years old. In our study, the inter-genetic interval was greater than 24 months in 61.2% of parturients. 50.9% of parturients had given birth vaginally. We observed 7 cases of dehiscence of the uterus scar. No case of maternal death was observed and 78% of newborns had an APGAR score between 8 and 10 at the first minute.

Conclusion: Childbirth in a scarred uterus is frequent in our department and will be increasingly due to the inevitable increase in the indications for cesarean section.

Keywords: Childbirth, Uterus, Scars, Hospital, Kayes.

Introduction

La maternité sans risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile qui constitue l'un des priorités d'aujourd'hui [8]. Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide de taux de césarienne dans la plupart des pays, y compris ceux en développement. Ainsi l'obstétricien se trouve de plus en plus confronté au problème de l'accouchement sur utérus cicatriciel [7]. La survenue d'une grossesse sur utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux encore significativement important de morbidité et de mortalité materno-fœtale. Parmi les complications on peut citer les dystocies dynamiques, les hémorragies de la délivrance par la présence d'un placenta prævia ou accréta, la déhiscence de la cicatrice utérine et la rupture utérine [10]. L'existence d'une cicatrice utérine a aussi un impact psychologique non négligeable chez ces femmes. Certaines croient ne plus pouvoir procréer parce qu'elles se sentent diminuées, handicapées, d'autres par contre ont plutôt peur d'en avoir à nouveau, se souvenant << du terrible épisode >>. Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse suivante ne s'estompera qu'après un accouchement sans complications que celui – ci soit par voie basse ou par voie haute. La femme aura confiance et assumera ses prochaines grossesses tout en suivant les conseils de l'obstétricien. La grossesse et l'accouchement des femmes porteuses d'un utérus cicatriciel grand pourvoyeur de rupture utérine sont considérées à haut risque, surtout dans les pays en développement où la tocographie et le monitoring existent peu, où la radiopelvimétrie fait souvent défaut, où les indications des césariennes précédentes, le type d'incision utérine et les suites opératoires sont le plus souvent inconnus [1]. L'utérus cicatriciel est un facteur indirect de mortalité maternelle. Dans les pays développés cette mortalité est surtout due à l'hémorragie de la délivrance, tandis que dans le tiers monde elle incombe à la rupture utérine [4]. L'accouchement après césarienne est une éventualité

de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation des taux de césarienne [5].

L'aphorisme de CRAGNIN, datant de 1916 << césarienne une fois, césarienne pour toujours >> est certes remis en cause depuis longtemps, mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente surtout aux États-Unis. [7]. Toutes les études s'accordent actuellement pour reconnaître les bénéfices de l'épreuve d'accouchement par voie basse chez les anciennes césarisées en termes de mortalité, de morbidité et d'économie de Santé. Mais la nécessité d'une surveillance électronique, cardiotocographique au cours du travail a pendant longtemps limité l'utilisation de l'épreuve utérine dans la pratique obstétricale africaine [7]. La césarienne est la cause la plus fréquente de cicatrice utérine. Si la fertilité n'est pas compromise, l'accouchement sur utérus cicatriciel demeure l'un des thèmes les plus controversés de l'obstétrique moderne. La difficulté est l'appréciation de la qualité de la cicatrice ; LEPAGE avait insisté sur << l'absence de critères cliniques satisfaisants permettant d'apprécier la valeur d'une cicatrice utérine, donc d'évaluer les risques de rupture utérine lors d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur. À l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES l'accouchement par voie naturelle chez les patientes ayant un antécédent de césarienne est privilégié et ceci après avoir éliminé une cause permanente de césarienne. La césarienne est systématique après deux césariennes antérieures. L'accouchement après une césarienne n'a jamais fait l'objet d'un travail dans notre service, nous avons donc initié ce travail pour étudier l'accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital FOUSSEYNI DAOU. Elle s'est déroulée du 1er mai 2016 au 30 avril 2017. L'étude a porté sur toutes les femmes

enceintes avec un utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices de césarienne et qui ont accouché à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES durant la période d'étude. N'étaient pas incluses dans notre étude les femmes enceintes :

- porteuses de cicatrices utérines de myomectomie,
- porteuses de cicatrices utérines de rupture utérine,
- porteuses de cicatrices utérines de plastie utérine,
- porteuses de cicatrices utérines et qui ont accouché à domicile.

Les données ont été recueillies à partir du registre d'accouchement, du registre de compte rendu opératoire, des dossiers obstétricaux, du carnet de consultation prénatale et de la fiche de référence / évacuation. Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word et Excel et analysées sur le logiciel SPSS 20. Sur le plan éthique le consentement éclairé et la confidentialité ont été respectés.

Résultats

Durant notre période d'étude nous avons réalisé 214 accouchements sur utérus cicatriciel sur un total de 3633 accouchements dans le service soit une fréquence de 5,9%. La majorité des parturientes avait un âge compris entre 20 et 34 ans soit une fréquence de 76,6% et la moyenne d'âge était de 26,29 ans.

La majorité des parturientes était paucipare avec une fréquence de 75,17%, 19,6% étaient multipares et 4,7% étaient de grandes multipares. La plus grande parité était 10.

Tableau I : La répartition des parturientes en fonction de l'intervalle inter-génésique

Intervalle inter-génésique	Effectif	%
>6 mois	2	1,00
6-12 mois	3	1,40
13-24 mois	78	36,40
>24 mois	131	61,20
Total	214	100

20% des parturientes avaient accouché par voie basse après la première césarienne.

Les parturientes avec utérus cicatriciel avaient réalisé 1-3 consultations prénatales (CPN) dans 49,5% des cas, plus de 4 CPN dans 42% des cas et 8,4 % de parturientes n'avaient pas réalisé de CPN.

Tableau II : La répartition des parturientes en fonction de l'indication de la césarienne antérieure.

Indication de la césarienne antérieure	Effectif	%
Bassin immature	13	6,10
Angustie pelvienne	17	7,90
Disproportion foeto-pelvienne	23	10,70
Dilatation stationnaire	10	4,70
Eclampsie	13	6,10
Grossesse hautement désirée	5	2,30
Hématome rétroplacentaire	2	0,90
Intervalle inter-génésique court	2	0,90
Placenta prævia hémorragique	7	3,30
Présentation dystocique	34	15,90
Primipare âgée	3	1,40
Souffrance fœtale aiguë	30	14,00
Travail prolongé	1	0,50
Utérus bicatriciel	3	1,40
Indication non précisée	50	23,40
Total	214	100

Dans notre étude 84,1% des parturientes avaient un utérus uni cicatriciel, 14,5 % avaient un utérus bicatriciel, 1,4% avaient un utérus tricatriciel.

Tableau III : La répartition des parturientes en fonction de la conduite obstétricale

Conduite à obstétricale	Effectif	%
Épreuve utérine	135	63,10
Césarienne prophylactique	15	7,00
Césarienne en urgence de première intention	62	29,00
Laparotomie pour utérin	2	0,90
Total	214	100

Dans notre série 50,9 % des parturientes avaient accouché par voie basse contre 49,1% qui avaient accouché par césarienne. Chez 80,7% des parturientes l'épreuve utérine avait réussi. Parmi les parturientes qui avaient accouché par voie basse, 81,6% avaient accouché spontanément, 12% avaient accouché par forceps et 6,4% avaient accouché par ventouse.

Nous avons observé un cas de déhiscence de la cicatrice utérine par l'accouchement (0,9%), un cas l'hémorragie du post-partum immédiat.

Tableau IV : La répartition des parturientes selon le type de césarienne.

Type de césarienne	Effectif	%
Césarienne prophylactique	15	14,70
Césarienne d'urgence en première intention	62	60,80
Césarienne après échec de l'épreuve utérine	25	24,50
Total	102	100,00

NB : 1 cas de laparotomie a été réalisé échec de l'épreuve utérine pour rupture utérine.

Nous avons constaté 7 cas de rupture utérine au cours de notre étude.

Tableau V : La répartition des parturientes selon l'éthologie de la rupture utérine.

Étiologie	Effectif	%
Inconnue	5	71,40
Déclenchement	1	14,30
Extraction par forceps	1	14,30
Total	7	100,00

Aucun cas de décès maternel n'a été constaté au cours de notre étude. Un cas de lésion vésicale a été observé. Au cours de notre étude nous avons enregistré 217 nouveau-nés (car il y avait 3 cas de grossesse gémellaire), parmi lesquels 78% avaient un score d'APGAR entre 8 et 10, 17% un score d'APGAR entre 4 et 7, 0,5% un score d'APGAR entre 1 et 3 et 3,7 un score d'APGAR à 0 à la première minute.

Discussion

La prévalence de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans notre service a été de 5,9%. BOISSELIER P. [6] et SAINT HILAIRE P. [12] avaient trouvé en France une prévalence de 5,3%. CISSE CT. [7] au Sénégal, VAN ROOSMALEN J. [14] en Tanzanie et OUATTARA A. [2] au Mali avaient trouvé respectivement 1,5%, 1,8%, et 1,3%. Cette fréquence élevée dans notre service s'explique par le fait que la maternité de l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES prend surtout en charge les accouchements à risque. L'âge moyen était de 26,29 ans. HAMET A. [1] et BA A. [4] avaient respectivement trouvé 27,6 ans et 29 ans. Nos âges extrêmes étaient 16 et 47 ans et étaient comparables à ceux de HAMET A [1] qui avait trouvé 16 et 48 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-34 ans avec une fréquence de 76,6%. Cette tranche d'âge était comparable à celle de OUATTARA A. [2] qui était de 21-35 ans avec une fréquence de 77%. La plus grande parité était 10 et était comparable à

celles de OUATTARA A. [2], et HAMET A. [1] qui avaient trouvé chacun 13.

Dans notre série 38,8% des parturientes avaient un intervalle inter- gésique inférieur à 24 mois tandis que BA A. [4] avait trouvé que 29,5 % des parturientes avaient un intervalle inter- gésique inférieur à 24 mois. 20% des parturientes avaient accouché par voie basse après la première césarienne. Au cours de notre étude nous avons constaté que 49,5% des avaient fait 1-3 consultations prénatales (CPN), 42% avaient fait plus de 4 CPN et 8,4% n'avaient fait aucune CPN. Nous avons observé que 15,9% des césariennes antérieures étaient indiquées pour présentation dystocique, 14% pour souffrance fœtale aiguë et 10% pour disproportion foeto-pelvienne. L'indication de la césarienne antérieure n'était pas connue dans 23,4 % des cas. Cette situation pourrait s'expliquer par le manque d'information des parturientes sur leur état de santé, par leur faible niveau d'alphabetisation et par une insuffisance dans l'archivage des dossiers. Dans notre étude nous avons constaté que 84,1% des

parturientes avaient un utérus uni cicatriciel , 14,5% avaient un utérus bicicatriciel et 1,4% avaient un utérus tricicatriciel par contre OUATTARA A.[2] avait trouvé que 79,1% des parturientes avaient un utérus uni cicatriciel , 17 7% avaient un utérus bicicatriciel , 3,2% avaient un utérus tricicatriciel et HAMET A. [1] avait trouvé que 79,5% des parturientes avaient un utérus uni cicatriciel , 17,3% avaient un utérus bicicatriciel et 3,1% avaient un utérus tricicatriciel.

La fréquence de l'épreuve utérine dans notre série a été de 63,1% contre 58,9% chez BAETA S. [3]. Dans la littérature 75 à 80 % des parturientes avec un utérus uni cicatriciel devraient subir une épreuve utérine. D'autres auteurs comme BENZINEB N. [5], CISSE CT. [7], MAC MAHON J. [9] avaient trouvé respectivement 47,6%, 54,5% et 52,9%. Parmi les parturientes qui avaient subi l'épreuve utérine 80, 7% avaient accouché par voie basse, 18,5 % par une césarienne en urgence et une laparotomie avait été réalisée pour rupture utérine. Notre taux de succès de l'épreuve utérine était inférieur à ceux de TSHILOMBO KM [13], de BENZINEB N [5] et de CISSE CT. [7] qui avaient respectivement trouvé 84,8%, 82% et 85%. Chez les parturientes qui avaient accouché par voie basse, 81,6% avaient accouché spontanément, 12% avaient par forceps et 6,4% avaient accouché par ventouse obstétricale. Pour TSHILOMBO KM [13], HAMET A. [1], PICAUD A. [11] et OUATTARA A. [2], le taux d'extraction instrumentale était respectivement de 2%, 4,6%, 13,6 et 19,5%.

Le taux de césarienne prophylactique itérative a été de 7% (15/214) des utérus cicatriciels et le taux de césarienne itérative sur utérus cicatriciel a été de 14,4% (15/102). Par contre OUATTARA A. [2], TSHILOMBO KM.[13], CISSE CT.[7] et BA A. [4] avaient trouvé respectivement des taux de césarienne prophylactique itérative de 10,7%, 36,6%, 45,5% et 42,5%. Ce taux faible de césarienne prophylactique s'explique par le fait que plus des 3/4 des césariennes itératives étaient faites en urgence par défaut de programmation. L'utérus bicicatriciel a été la principale indication des césariennes prophylactiques

avec une fréquence de 40%, cela pourrait s'expliquer en partie par le mariage précoce des jeunes filles cher qui le bassin est immature.

Nous avons enregistré 7 cas de déhiscence de la cicatrice utérine soit une fréquence de 3,3% contre 3,7% dans la série de OUATTARA A. [2]. Parmi les 7 cas de déhiscence de la cicatrice utérine 42,8% ont été diagnostiqué pendant la césarienne, 42,8% cliniquement pendant le travail d'accouchement et 14,3% au cours de la révision utérine. Pour les cas de déhiscence de la cicatrice utérine nous avons réalisé l'hystérogaphie dans 71,4% des cas et l'Hystérectomie dans 28,8% des cas.

Aucun cas de décès maternel n'a été observé dans notre série, cependant nous avons constaté un cas de lésion vésicale après un accouchement instrumental par forceps.

Au cours de notre étude nous avons enregistré 217 nouveau-nés (dont 3 cas d'accouchement gémellaire) avec 2 cas de mort-nés et 2 cas de décès néonataux selon les 2 voies d'accouchement (voie basse et césarienne). 78,8 des nouveau-nés avaient un score d'APGAR compris entre 8 et 10 à la première minute de vie extra-utérine. Nous avons observé que 3,7% des accouchements étaient des mort-nés dont 4 en Intra- partum.

Conclusion

L'accouchement sur utérus cicatriciel est très fréquent dans notre service avec une prévalence de 5,9% et sera de plus en plus à cause de l'augmentation inéluctable des indications de césarienne liées aux progrès techniques réalisés en obstétrique. L'accouchement sur utérus cicatriciel peut se faire par voie basse ou par césarienne et cela dépendra de l'indication de la césarienne antérieure. La déhiscence de la cicatrice utérine a été la principale complication observée au cours de notre étude. L'information des femmes sur la nécessité d'une nouvelle césarienne doit être améliorée. La sensation du personnel soignant doit être renforcée car trois quarts des césariennes itératives sont faits en urgence par défaut de programmation.

*Correspondance

Sitapha Dembélé

dsitapha@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

- 1 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes
- 2 : Centre de santé de référence de Kayes
- 3 : Centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO
- 4 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU POINT « G »
- 5 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU GABRIEL TOURE

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] HAMET A., GALLAIS A. , GARBA M. L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : à propos de 590 cas. Med. D'Afr. Noire : février 2001, tome 48 (2).
- [2] OUATTARA A. Accouchement sur utérus cicatriciel au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de BAMAKO : à propos de 570 cas. Thèse 2004: 04 M101.
- [3] BAETA S., TETE VK. , IHOU KA. , NYAME AN. , AKPADZA KS. Pronostic Obstétrical des gestantes porteuses de cicatrice de césarienne. A propos de 282 cas prise en charge au CHU de Lomé (Togo) congrès de la SAGO 2003.
- [4] BA A. Thèse de Médecine- Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel (à propos d'une étude cas témoins) Bamako MALI) : 03- M 72.
- [5] BENZINEB N., BELLASFAR B., BOUGUERRA B. , AMIR MT. , SFAR R. Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. Rev. Fr.

Gynécol.Obstét. , 1998.

- [6] BOISSELIER P., MAGHIORACOS P., MARPEAU L. Évolution dans les indications de césariennes. J. Gynécol. Obstét Biol Reprod 1987.
- [7] CISSE CT. , EWAGNIGNON E., TEROLBE I., DIADHOU F. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynécol Biol Reprod 1999.
- [8] DEMBELE BT. Etude Epidémiologique, clinique et pronostique des ruptures utérines au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de BAMAKO à propos de 114 cas. Thèse de Médecine Bamako 2002: 02 M 14.
- [9] MAC MAHON J., LUTHER ER. , BOWES WAJ., OLSHAN AF. Comparison of trial of labor with elective second cesarean section. Lancet 1996.
- [10] PAPIERNICK E., CABROL D., PONS J-C. Obstétrique (Médecine-Sciences) Flammarion, chapitre 78 et chapitre 92.
- [11] PICAUDA., NLOME-NZEAR., OGOWETN., ENGOGAH T., ELLA- EKOGHA R. Delivery in the scarred uterus. A propos of 606 cases in 62193 deliveries. Rev.Fr.Gynécol. Obstét 1990 Jun; vol 85 (6).
- [12] SAINT HILAIRE P., GAUCHERAND P., BAGOU G., RUDIGOZ RC. Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl Médicaments Chir Paris, Obstétrique 5-030-A-20, 1992.
- [13] TSHILOMBOKM., MPUTUL., NGUMAM. , WOLOMBY M. , TOZIN R. YANGA K. Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée. J. Gynécol.Obstét Biol Reprod 1991.
- [14] VAN ROOSMALEN J. Vaginal birth after cesarean section in rural Tanzania. Int J. Gynécol.Obstét 1991.

Pour citer cet article :

S Dembélé, M Diassana, B Macalou, A Sidibe, A Hamidou, YS Boubacar et al. Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Jaccr Africa 2021; 5(1): 290-295



Cas clinique

Hématome sous capsulaire du foie post traumatique chez une femme enceinte : une échappée belle

Sub-capsular hematoma of the post-traumatic liver in a pregnant woman: a nice escape

H Salah¹, C Mrazguia¹, E Fenina¹, S Azzez¹, H Aloui¹, A Hammémi¹

Résumé

L'hématome sous-capsulaire du foie est une pathologie grave qui met en jeu le pronostic vital. Chez la femme enceinte, il se voit essentiellement dans un contexte de pré éclampsie, le contexte traumatique est rare.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 35ans, enceinte au troisième trimestre, victime d'un accident de la voie publique occasionnant un traumatisme abdominal. A l'arrivée aux urgences, la patiente était en état de choc. Acheminée directement au bloc opératoire. Après conditionnement, on procède à une extraction d'un nouveau né vivant, on découvre en per opératoire un hématome sous capsulaire du foie rompu avec un hémopéritoine de grande abondance. Une CIVD s'est installée rapidement avec inertie utérine ayant nécessité une hystérectomie d'hémostase et packing perihépatique et dans la loge d'hystérectomie. L'évolution a été favorable après depacking.

Nous rapportons ce cas dans le but d'insister sur la difficulté de prise en charge de cette pathologie, qui doit être rapide et multidisciplinaire.

Mots-clés : hématome du foie, femme enceinte, traumatisme.

Abstract

The subcapsular hematoma of the liver is a serious pathology that is life-threatening. In pregnant women, it is seen mainly in a context of preeclampsia, the traumatic context is rare.

We report the case of a 35-year-old pregnant woman in the third trimester, victim of a road traffic accident causing abdominal trauma. On arrival at the emergency room, the patient was in shock. Sent directly to the operating room. After conditioning, an extraction of a live newborn was carried out and a ruptured subcapsular hematoma of the liver is discovered during the operation with an hemoperitoneum of great abundance.

Rapidly a disseminated intravascular coagulation was established with post-partum hemorrhage and uterine atony requiring hysterectomy with packing. The evolution was favorable after depacking.

We are reporting this case with the aim of emphasizing the difficulty of managing this pathology, which must be rapid and multidisciplinary.

Keywords: liver hematoma, pregnant woman, trauma.

Introduction

L'hématome sous-capsulaire du foie est une pathologie grave qui met en jeu le pronostic vital. Chez la femme enceinte il survient généralement dans le cadre de prééclampsie, le contexte traumatique est rare. La prise en charge doit être urgente. Le pronostic reste grave, conditionné par la rapidité diagnostique et la cohérence du choix thérapeutique. Nous rapportons dans cette observation un cas d'hématome sous capsulaire du foie rompu survenu dans un contexte post traumatique chez une femme enceinte au troisième trimestre avec une bonne évolution malgré l'état de choc.

Cas clinique

Madame H A, âgée de 35 ans, sans antécédents familiaux ni personnels particuliers, 5^{ème} geste, 4^{ème} pare, enceinte à 36 SA, a été ramenée par les pompiers à la suite d'un accident de la voie publique. A son arrivée, la patiente était obnubilée avec un score de Glasgow de 10. TA : 90/50 mmHg pouls à 130/mn. La palpation abdominale a objectivé une défense abdominale diffuse, l'échographie réalisée en urgence a montré un fœtus vivant avec un épanchement de grande abondance.

Une équipe multidisciplinaire (obstétricien, chirurgien, réanimateur néonatalogue) a été mobilisée, la patiente a été acheminée rapidement au bloc opératoire, deux voies veineuses de gros calibre ont été mises en place, un remplissage par cristalloïde a été entamé, un bilan biologique (groupe sanguin rhésus, NFS, TP, fibrinémie, enzymes hépatiques et fonction rénale), et une réserve de sang iso groupe iso rhésus ont été demandés.

Une laparotomie médiane sous et sus ombilicale a été réalisée, une hystérotomie segmentaire a permis l'extraction d'un nouveau né de sexe masculin de poids de 2900g, Apgar à 5 puis à 7 ayant nécessité une hospitalisation en néonatalogie.

L'exploration en collaboration avec un chirurgien a retrouvé un épanchement de grande abondance lié à

un hématome sous capsulaire de foie rompu (Figure 1), l'hémostase était difficile à assurer, un packing périhépatique a été pratiqué.

En per opératoire, le globe utérin devient atone et une hémorragie du post partum de grande abondance s'est installée ayant abouti à une détérioration de l'état hémodynamique malgré le début de la transfusion sanguine et la perfusion par PFC. Devant cet état, une hystérectomie inter annexielle subtotala a été réalisée. Le bilan biologique per opératoire a montré : GS : A positif, hémoglobine à 5g/dl, plaquettes : 30000/mm³, TP : 20%, SGOT : 700 U/L, SGPT : 830 U/L, créatinine : 80µmol/L

Devant cette CIVD, une toilette abondante au sérum physiologique a été faite et un packing de la loge sous hépatique et de la loge utérine a été mis en place. L'embolisation ainsi que le facteur VII recombinant n'ont pas été disponibles dans notre hôpital ni à proximité.

La patiente a été mise sous catécholamines et gardée sous transfusion par sang et PFC et transférée en réanimation.

La patiente a reçu 15 culots globulaires et 16 PFC, son bilan biologique s'est corrigé progressivement et un dépacking a été pratiqué après 48 heures, la patiente est revenue à la maternité après un séjour de 6 jours en réanimation, son évolution a été favorable, elle a été mise sortante après un séjour total de 16 jours.

Concernant le nouveau né l'évolution a été aussi favorable après un séjour de 5 jours en néonatalogie.

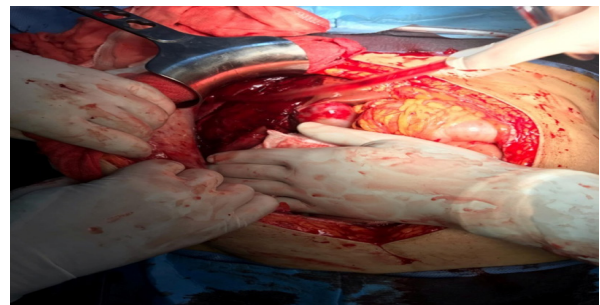


Figure 1 : Hématome sous capsulaire du foie en per opératoire

Discussion

En 1844, Abercrombie [1] a donné la première

description d'un hématome sous capsulaire du foie et sa rupture spontanée. En effet c'est une pathologie grave et fatale dans la plus part des cas.

Pour les femmes enceintes, la pré éclampsie sévère compliquée de HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzyme, Low Platelets) est la principale étiologie. En effet, il constitue une complication rare de la grossesse dont l'incidence de survenue est estimée à 1 pour 45000 naissances à 1 pour 250 000 naissances [2]. Il s'agit essentiellement d'une complication de la multipare survenant en dehors du travail au troisième trimestre [2].

Dans notre cas, l'hématome sous capsulaire du foie est survenu suite a un traumatisme abdominal direct lors d'un accident de la voie publique, la patiente était par ailleurs enceinte au troisième trimestre : Notre recherche bibliographique n'a pas retrouvé de cas clinique similaire publié.

La prise en charge d'un hématome sous capsulaire du foie rompu est difficile, sa survenue au cours de la grossesse aggrave encore son pronostic, cette prise en charge obéit aux mêmes principes qu'en dehors de la grossesse, elle repose sur le degré de gravité. Malgré l'amélioration de la prise en charge des polytraumatisés, la mortalité imputable aux traumatismes graves du foie reste élevée, le décès survient par hémorragie dans 54 à 80 % des cas [3] et ce, en dépit des tentatives d'hémostase chirurgicale.

En cas d'instabilité hémodynamique, la « laparotomie écourtée » [4] [5] doit être pratiquée ; le but est d'arrêter le saignement et mettre en place un packing périhépatique. L'extraction fœtale paraît logique en cas de maturité, de souffrance fœtale ou de mort fœtale in utéro, l'extraction fœtale s'impose en cas de nécessité d'un packing périhépatique.

Les autres techniques comme la ligature chirurgicale des artères hépatiques ou la résection des plages de nécrose hépatique sont associées à une mortalité maternelle importante supérieure à 30% [6]. L'embolisation peut être effectuée en complément du geste chirurgical. Elle permet de réduire la mortalité et de faire l'hémostase des lésions profondes difficilement accessibles lors de la chirurgie.

La réintervention programmée n'est réalisée que chez un blessé stabilisé. Elle permet l'ablation du packing et si besoin la réparation anatomique des lésions [7]. La réintervention est réalisée entre la 36e et la 72e heure. Effectuée plus tôt, elle expose au risque de récurrence hémorragique sans bénéfice sur le taux de complications.

Concernant notre patiente, l'extraction a été faite, l'intervention s'est compliquée d'hémorragie du post partum qui serait probablement en rapport avec les troubles de l'hémostase causés par l'hématome. L'embolisation n'était pas disponible dans notre hôpital.

Conclusion

L'hématome sous capsulaire du foie chez la femme enceinte est généralement secondaire à une prééclampsie et un HELLP syndrome, néanmoins l'origine post traumatique est possible, les principes de prise en charge restent les mêmes qu'en dehors de grossesse ; la conduite à tenir vis-à-vis de la grossesse peut poser des problèmes, mais l'extraction fœtale doit être d'indication large, l'hémorragie du post partum doit être redoutée dans ce contexte, sa prise en charge doit être anticipée car elle aggrave considérablement le pronostic.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance**

Houda Salah

houdasalah603@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

1 : Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital TLATLI de Nabeul ; Faculté de Médecine de Tunis

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Abercrombie J. Hemorrhage of the liver. Lond Med Gaz. 1844;34:792–794.
- [2] Sherbahn R. Spontaneous rupture subcapsular liver hematoma associated with pregnancy. J Reprod Med, 1996, 41(2) :125-128.
- [3] Ascensio J. Exsanguination from penetrating injuries. J Trauma 1990 ; 6 : 1-25.
- [4] Létoublon C, Arvieux C. Traumatismes fermés du foie. Principes de technique et de tactique chirurgicale. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Techniques chirurgicales - Appareil digestif. 40-785 ; p. 1-16.
- [5] Caruso D, Battistella F, Owings J, et al. Perihepatic packing of major liver injuries. Arch Surg 1999 ; 134 : 958-63.
- [6] Rinehart BK, Terrone DA, Magann EF, Martin RW, May WL, Martin JN., Jr Preeclampsia associated hepatic hemorrhage and rupture: mode of management related to maternal and perinatal outcome. Obstet Gynecol Surv. 1999;54(3):196–202.
- [7] Arvieux C, Letoublon C. La laparotomie écourtée. J Chir 2000 ; 137 : 133-41.

Pour citer cet article :

H Salah, C Mrazguia, E Fenina, S Azzez, H Aloui, A Hammémi. Hématome sous capsulaire du foie post traumatique chez une femme enceinte : une échappée belle. Jaccr Africa 2021; 5(1): 296-299

RÉSEAU DE PROMOTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE

REPREMAF



<https://repremaf.org>

REPREMAF a pour but d'aider à la production scientifique en médecine et sciences sanitaires apparentées.

Il s'agit d'un réseau ouvert à tous les prestataires du domaine de la santé.

REPREMAF se veut un cadre d'échange fructueux et de partage scientifique d'expérience entre les praticiens du continent africain et d'ailleurs.

En outre, REPREMAF constitue une vitrine et un canal de diffusion des parutions des articles de JACCR-AFRICA (Journal africain des cas cliniques et revues) en parution online.

En plus du Journal, le REPREMAF dispose d'une maison d'édition intitulée : " Les éditions du REPREMAF" qui permet d'éditer des livres du domaine de la médecine et sciences sanitaires apparentées afin de promouvoir la recherche médicale en Afrique à travers les écrivains scientifiques africains du continent et ceux de la diaspora.

Par ailleurs, REPREMAF œuvre dans la formation continue en matière de recherche médicale par la diffusion des outils de recherche, la divulgation des rencontres scientifiques et compte rendu de congrès mais aussi l'organisation de colloques REPREMAF autour de thèmes pertinents de la Recherche médicale en Afrique. Visitez régulièrement cette page pour être au courant de nos activités en cours.

Le REPREMAF se donne aussi une mission d'accompagner les doctorants et d'autres étudiants en santé pour la rédaction de leurs thèses, mémoires et rapports de stage.

REPREMAF dispose également d'un *Moteur de Recherche* à vocation *panafricain* sur Recherche Médicale contenant des données africaines en santé et cela dans l'intention de promouvoir la Recherche Médicale sur le continent dont les données sont très peu visibles et accessibles à la communauté scientifique. Trouvez ci-dessous le lien pour accéder au moteur en question.

<https://www.jaccrafrica.com>

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

Jaccr Africa

ISSN 1859-5138

<https://www.jaccrafrica.com>

Volume 5, Numéro 2 (Avril, Mai, Juin 2021)



JACCR-AFRICA (ISSN 1859-5138) est un journal à comité de lecture en accès libre qui concerne la médecine et les disciplines sanitaires apparentées donc multidisciplinaire.

Il s'agit d'un journal trimestriel (4 numéros par an) en parution Online. Le délai entre la soumission et la décision finale (Acceptation ou Rejet) est de 6 semaines en moyenne. Cependant, un article accepté est publié en ligne en moyenne dans deux semaines suivant l'acceptation.

La propagation du savoir-faire médical à travers les communautés scientifiques passe nécessairement par entre autres cette facette éditoriale comportant "les cas cliniques et les revues" et faisant ainsi éviter les errances diagnostiques et gage aussi d'une harmonisation des bonnes pratiques cliniques.

Les revues constituent un moyen précieux de formation continue et de mise à jour des connaissances et compétences déjà acquises. Jaccr Africa publie aussi les études prospectives et rétrospectives sous forme de revues de dossiers des malades.

JACCR-AFRICA se donne mission d'être une fenêtre de diffusion des travaux scientifiques du continent africain à travers les cas cliniques et les revues (Revue de la littérature et Revues de dossiers) en confrontant les données de la littérature aux résultats des études africaines en mettant l'accent surtout sur les aspects cliniques, environnementaux et socio-culturels.

Ceci étant, les cas cliniques occupent une place importante dans le partage scientifique médical. Quant aux images en médecine, il s'agit aussi d'une composante essentielle en matière de partage d'expérience pratique conférant une capacité de mémorisation facile des faits cliniques aux praticiens.

Par ailleurs, il est bien évident que l'examen complémentaire reste contributif même s'il est pour certains diagnostics un outil indispensable. C'est pourquoi le comité de lecture évalue surtout la clinique et l'essentiel d'arguments paracliniques pour se rassurer de la fiabilité scientifique d'un manuscrit soumis à JACCR-AFRICA en vue d'une publication donc un partage avec la communauté scientifique internationale et notamment africaine.

Enfin, dans le cadre du concept de "One Health" les fondamentalistes (Biologie, Microbiologie, Parasitologie, Immunologie, Bactériologie, Neurosciences, Histo-embryologie, Physiologie...etc.) sont aussi concernés à propos de la publication dans JACCR-AFRICA à travers leurs revues, lettres à la rédaction, short communication, description d'une technique au laboratoire et autres.

Contact : editor@jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro
(Trouvez après cette liste l'intégralité de chaque article)

La dilatation kystique congénitale du cholédoque chez le sujet âgé : à propos d'une observation

T Elabbassi, O Elyamine, N Fakhiri, MR Lefriyekh

Evaluation du traitement chirurgical par plaque vissée des fractures du tibia proximal au service d'orthopédie traumatologie du chu Donka

MM Diallo, A Barry, L Léopold, NM Camara

Motifs de consultation dans l'unité de cardiologie du centre de sante de référence de la commune I de Bamako

B Dembele, A Sangare, M Sidibe, AS Cissoko, M Doumbia, N Sidibe

Prévalence et gestion de l'anxiété préopératoire chez l'enfant en Afrique sub-saharienne : Expérience de l'hôpital central de Yaoundé

S Nga Nomo, P Binyom, C Iroume, A Kuitchet, R Essomba, G Chewa, ZE Minkande, F Binam

Evaluation de l'état bucco-dentaire des enfants dans les Jardins d'enfant les « Cigognes et Diane Séméga » de la commune V de Bamako

O Diawara, B Ba, M Ba, MB Coulibaly, D Guette, A Niang, A Nimaga, M Koné, H Koita, A Kone, K Kayentao, B Maiga, S Coulibaly

Enquête sur les facteurs de risque cardio-vasculaire en milieu scolaire dans la communauté urbaine de Niamey (Classes de terminale)

H Idrissa, H Habibou, AM Maliki, H Bako, FM Nouhou

Evaluation du niveau tensionnel (grade de l'HTA) chez les patients hypertendus vus pour la première fois en consultation cardiologique au pôle de cardiologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN)

H Habibou, AM Maliki, H Idrissa, H Bako, SS Rachida

Lymphangiome kystique cervical à propos d'un cas à l'hôpital National de Niamey et revue de la littérature)

A Soumaila, AI Dourahamane, OS Galadima, H Zaki, G Hakimi, I Moudi, YD Harouna

Association hémopathie maligne et tuberculose : à propos de deux cas

L Abarray, FZ Lahlimi, I Tazi

Bactéries sur frottis sanguin : vraie bactériémie ou contamination ?

S Ed-dyb, S Rouhi, S Abbassi, R Bahri, H Yahyaoui, S Sayagh, M Ait Aneur, M Chakour

Faux anévrisme de l'artère utérine, une cause rare de l'hémorragie secondaire du post partum à propos d'un cas et revue de la littérature

A Sounni, S Jayi, Kh S Yacoubi, A FZ Fdili, H Chaara, MY A Melhouf, M Maaroufi

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH, chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus

I Ayouba Tinni, M Amadou Gado, M Daou, Y Hanki, S Moussa Saley, M Doutchi Mahamadou, BM Boulama Malam, YZ Kossi Odjo Dogbé, E Adehossi

Epilepsie et jeûne de Ramadan : Ce qu'il faut savoir !

Soumaila Boubacar

Exploration tomodensitométrique des anévrismes intracrâniens (AIC) à Abidjan : A propos de 149 cas

AE Zouzou, A Toure, AP N'dja, DT Gnaoule, LE Dion Anicet, NE Fatto, GC Gbazy

Thrombose veineuse cérébrale post infection à COVID 19 : à propos d'un cas

KA Mbaye, R Diagne, F Kane, AB Mbodji, MS Diop-Séne, AD Sow, K Touré

Hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'Hopital National Ignace Deen

I Sylla, F Bamba Diallo, IT Diallo, A II Sow, AL Diallo, IS Baldé, T Sy, AO Bah

Une tumeur rénale rare découverte fortuitement au scanner en phase de prérupture dans un contexte de douleur post partum : l'angiomyolipome rénal, à propos de 1 cas

A Toure, NE Fatto, AP N'dja, A Le Dion, DT Gnaoule, AE Zouzou, NAJI Kouakou-Fatto, GC Gbazy

Analyse des décès maternels par audit à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali

T Traoré, K Sidibé, B Taoré, M Traoré, A Sanogo, C Sylla, SZ Dao, SA Beye, F Kané, S Boiré, B Traoré, D Fomba, S Dougnon, TA Théra, Y Traoré, I Tégouété, N Mounkoro, M Touré, Z Ouattara

La Maladie d'Ollier : à propos d'un cas et revue de la littérature

AY Mourabiti, M Sqalli Houssaini, M Haloua, B Alami, MY Alaoui Lamrani, M El Maaroufi, M Boubbou

Prise en charge du syndrome néphrotique corticorésistant chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-De-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso) : réalités d'un pays en développement

H Savadogo, L Tamini/Toguyeni, AS Ouermi, A Kaboré, BD Diarra, G Coulibaly, S Kaboret, L Dao, D Yé

Thrombus du ventricule droit secondaire a une plaie pénétrante à propos d'un cas au centre hospitalier national universitaire de Fann

SL Sy, PA Diagne, SJ Manga, MS Diop, EM Sarr, M Seye, ID Bindia, NA Sarr, EA Tine, M Dioum, IB Diop

The assessment of a covid circuit in a mother-child center in Tunisia

C Mrazguia, H Aloui, H Jaouad, F Jaouad, BS Houda, E Fnina, A Marzougui, G Saber, L Wael

Hémorragie du post partum immédiat à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

S Dembele, M Diassana, B Macalou, A Sidibe, A Hamidou, D N'diaye, SO Traore, M Traore, M Sima, A Bocoum, C Sylla, S Traore

Migration intra-vésicale d'un Dispositif Intra-utérin calcifié : à propos d'une observation

A Sarr, L Gueye, A Thiam, B Sine, O Sow, A Ndiath, M Ndiaye, B Sakho, C Ze Ondo, A A Diouf, B Diao, P A Fall, A K Ndoeye

Plaque fémorale intra-corticale ablatée à 21 ans post-opératoires : à propos d'un cas

HV Feigoudozoui, KD Soumaro, DA Sess, JB Sié-Essoh, I Bamba

Toxidermie tardive secondaire à la prise de chlorpromazine vue au service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey (HNN) Niger : à propos d'un cas et revue de la littérature

MM Salifou Abdou, B Bagué, KCC Sawadogo, OS Kambou, D Douma Maiga

Amélioration des connaissances, des attitudes à propos de 71 patients hypertendus et/ou diabétiques suivis au CSCCom-Universitaire de Konobougou

F Dakouo, MB Coulibaly, BK Coulibaly, I Tembiné, A Konaté, IB Bengaly, AA Niangaly, M Maïga

Evaluation du système de référence/évacuation obstétricale du centre de santé de référence de Banamba, au Mali

MB Coulibaly, A Traoré, MA Camara, B Kane, M Sima, B Touré, A Sangaré, T Théra, I Tégueté, Y Traoré

Dracunculose : Etude de cas clinique de ver guinée notifié en mars 2020 au CSCCom-U de Konobougou dans le district sanitaire de Barouéli

MB Coulibaly, A Traoré, MA Camara, B Kane, M Sima, B Touré, A Sangaré, T Théra, I Tégueté, Y Traoré

Association Extrophie vésicale et Grossesse

A Mihimit, MD Ndiaye Gueye, ID Diame, G Tchindebe, OA Oumar, M Gueye, M Mbaye

Insuffisance surrénale lente compliquée d'insuffisance rénale aiguë : à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya

S Hien, N Sawadogo, F Traore, YZ Bonzi, A Sawadogo, WE Pilabre, O Guira

Fistule artério veineuse native pour hémodialyse compliquée de syndrome de vol ischémique : à propos de trois cas dans le service d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire Hédi-Chaker de Sfax (Tunisie)

YJ Bonzi, J Dah, A Ikram, K Kammoun, HM Ben

Formes familiales des spondyloarthrites : Une étude sénégalaise de 78 familles multiplex

A Abba, M Niasse, LM Diaby, H Ali

Communications inter auriculaires multiples : A propos d'un cas clinique

N Loudiy, A Zaimi, M Malki, N Mouine, Y Moutaki Allah, A Benyass

Condylome acuminé géant ano-rectal (tumeur de Buschke-Lowenstein) dégénéré à propos d'un cas

B Bengaly, L Diarra, D Traoré, B Togola, D Ouattara, A Kanté, S Sanogo, M Coulibaly, B Coulibaly, B Ba, N Ongoiba

Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali

SZ Dao, K Sidibé, BA Traoré, S Konaté, E Togo, C Sylla, A Coulibaly, I Kanté, M Sima, MS Traoré, A Samaké, M Keita, T Traoré, SO Traoré, H Sissoko, AB Dembélé, M Sissoko, L Diarra, CS Koné, Y Traoré, N Mounkoro, AI Dolo

Prévalence hospitalière des hémopathies malignes au Service d'Hématologie – Oncologie de l'Hôpital National Donka

AS Kante, M Diakite, A Dambakate, NA Ngoma, NMN Djayou, YA Saha, S Keita, ML Kaba

Traumatismes crânio-faciaux après accidents de la voie publique : à propos de deux patientes prise en charge à l'hôpital régional de Kankan en république de Guinée

M Fofana, A Kéita, F Camara, F Fofana, TN Iffono, S Conté, I Diallo, MMR Diallo, MA Diallo, A Cissé, RM Kéita, A Camara, AO Diallo

Les manifestations ostéo-articulaires des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin au Sénégal : étude de 15 observations

A Abba, M Niassé, LM Diaby, H Ali

Massive Vulvar edema in post-partum about a cases

C Mrazguia, H Aloui, A Hammemi, H Jaouad, B Guidara, E Fnina, A Marzougui

Nécrose digitale : Quel diagnostic ? Devant quel tableau clinique ?

N Oubelkacem, A Oudghiri, I Khoussar, M Ouazzani, Z Khammar, R Berrady

Prostatectomie radicale élargie pour cancer de la prostate localisé à haut risque de D'Amico ou localement avancé

M Ndiaye, A Traoré, EM Diaw, O Sow, NS Ndour, ST Faye, B Sine, A Sarr, NM Thiam, A Ndiath, NA Bagayogo, A Thiam, O Gaye, C Ze Ondo, Y Sow, B Fall, B Diao, PA Fall, AK Ndoeye

Hernie rétro caecale révélée par une occlusion grêlique à propos d'un cas

M Bouali, N Fakhiri, K Elhattabi, F Bensardi, A Elbakouri, A Fadil



Cas clinique

La dilatation kystique congénitale du cholédoque chez le sujet âgé : à propos d'une observation

Congenital cystic dilatation of the bile ducts in the elderly: about a case

T Elabbassi^{*1,2}, O Elyamine¹, N Fakhiri¹, MR Lefriyekh^{1,2}

Résumé

La dilatation kystique du cholédoque est une dilatation congénitale communicante des voies biliaires extra hépatique associée ou non à une dilatation des voies biliaires intra hépatiques. Une malformation rare qui se voit surtout chez le sujet jeune avec une nette prédominance féminine, et seulement 10 % des cas après 40 an. Cliniquement elle se manifeste par une colique hépatique, un ictère et une masse sous costale droite palpable, cependant elle peut rester longtemps asymptomatique avec risque de dégénérescence après plusieurs années d'évolution. L'imagerie hépatobiliaire est essentielle pour diagnostiquer et stadifier ces dilatations kystiques dont l'exérèse chirurgicale complète demeure le traitement de choix. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 70 ans qui présentait depuis deux mois des douleurs au niveau de l'hypochondre droit avec un ictère cutanéomuqueux permanent. L'imagerie biliaire avait montré une dilatation kystique de la voie biliaire principale type I selon la classification de Todani. Une résection chirurgicale complète du kyste cholédocien a été faite avec des suites postopératoires simples. Mots-clés : La dilatation kystique, le cholédoque, la classification de Todani.

Abstract

Cystic dilatation of the bile duct is a congenital communicating dilatation of the extra-hepatic bile ducts associated or not with a dilatation of the intra-hepatic bile ducts. It is a rare malformation which is seen mainly in young people, with a clear predominance of females, and only 10% of cases after 40 years of age. Clinically it manifests itself by hepatic colic, jaundice and a palpable right sub-costal mass, however it can remain asymptomatic for a long time with the risk of degeneration after several years of evolution. Hepatobiliary imaging is essential for diagnosing and staging these cystic dilatations, for which complete surgical removal remains the treatment of choice. We report the case of a 70-year-old patient who had been presenting for two months with pain in the right hypochondrium with permanent mucocutaneous jaundice. Biliary imaging had shown cystic dilatation of the main bile duct type I according to the Todani classification. A complete surgical resection of the choledochial cyst was performed with simple postoperative sequelae. Keywords Cystic dilatation, choledochus, the Todani classification.

Introduction

Les dilatations kystiques du cholédoque sont des malformations congénitales de la voie biliaire principale. Une affection rare à prédominance féminine habituellement rencontrée chez l'enfant et l'adulte jeune rarement chez le sujet âgé (1). La douleur est le maître symptôme mais un patient sur quatre restera asymptomatique très longtemps avec risque de dégénérescence d'où la nécessité d'un traitement chirurgical une fois le diagnostic est confirmé (2).

Notre patiente est une femme âgée qui présentait un tableau clinique fait de douleur de l'hypochondre droit et d'ictère et dont l'imagerie confirmait la dilatation kystique du cholédoque.

Cas clinique

Patiente âgée de 70 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait depuis 2 mois des douleurs spasmodiques de l'hypochondre droit associées à un ictère cutanéomuqueux choléstatique intermittent évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen physique trouvait une sensibilité de l'hypochondre droit sans hépatomégalie ni splénomégalie ni autre masse palpable.

Son bilan biologique montrait une hémoglobine à 15g/dl, globules blancs à 4800 élé/mm³, les transaminases étaient normales, la bilirubine conjuguée à 6 mg/l, les phosphatases alcalines à 120 UI/l et les GGT à 50UI/l témoignant une légère choléstatose biologique, son bilan d'hémostase ainsi que son bilan rénal étaient normaux.

Une échographie abdominale révélait une dilatation kystique segmentaire de la voie biliaire principale. La vésicule biliaire alithiasique à paroi fine (Figure 1).

Une IRM abdominale avec des séquences biliaires objectivait une dilatation kystique de la voie biliaire principale mesurant 5cm de grand axe située à 2cm de la convergence biliaire supérieure type I selon la classification de Todani (Figure 2).

La patiente fut opérée et une cholécystectomie avec résection complète du cholédoque a été faite et réalisation d'une anastomose hépatico-jéjunale sur une anse montée en Y (Figure 3 et 4).

L'étude histologique de la pièce opératoire avait trouvé un remaniement abrasif et congestif de la voie biliaire principale dilatée sans signes de malignité avec une cholécystite chronique.

Les suites post opératoires étaient simples, avec un recul d'un an.

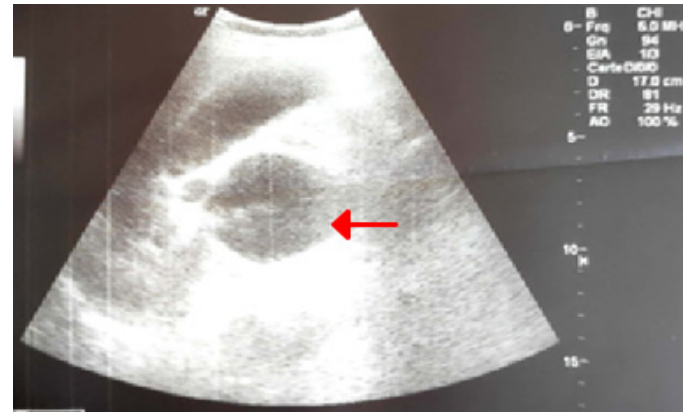


Figure 1 : L'image échographique de la dilatation kystique de la voie biliaire principale.

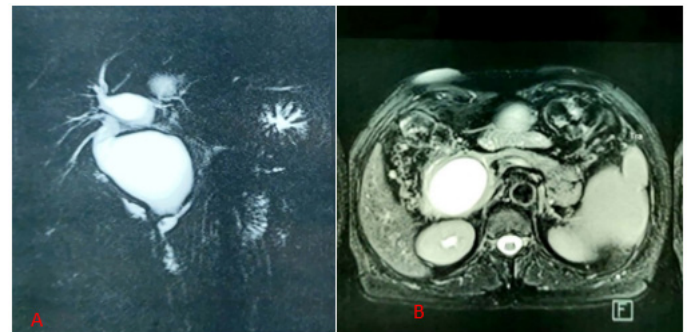


Figure 2 : Image de la dilatation kystique du cholédoque type I selon la classification de Todani sur une coupe sagittale(A) et transversale(B) d'une IRM abdominale.

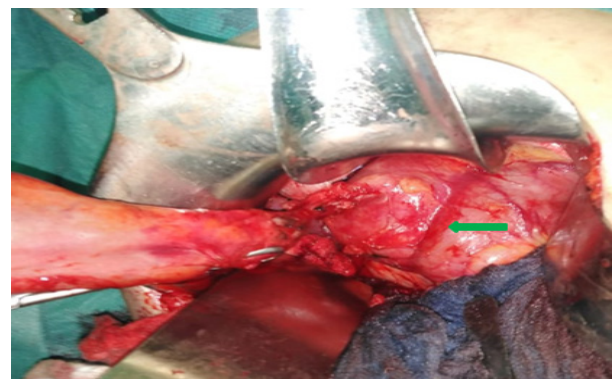


Figure 3 : Image per opératoire de la dilatation kystique de la voie biliaire principale (flèche)



Figure 4 : Photo de la pièce opératoire montrant la résection complète du kyste cholédocien (flèche bleue) et de la vésicule biliaire (flèche jaune) en monobloc.

Discussion

Les dilatations kystiques des voies biliaires sont des malformations congénitales caractérisées par des dilatations kystiques communicantes des voies biliaires intra- et/ou extra hépatiques. Une malformation congénitale rare découverte plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte (3,4), et rencontrée trois fois plus chez les femmes que les hommes (5,6). Une anomalie de la jonction bilio-pancréatique reste la théorie la plus incriminée responsable d'un reflux Wirsungo-biliaire (7).

La sévérité et la précocité d'apparition des signes cliniques dépendent en général de la taille de la dilatation kystique et du degré de perméabilité du segment rétréci, La triade classique : douleurs de l'hypochondre droit, ictère et masse sous costale droite, bien que très évocatrice du diagnostic, elle n'est retrouvée que chez une minorité de patients (8). Elle peut être découverte suite à des complications type angiocholite, pancréatite aiguë, calculs biliaires intra kystiques, une cirrhose biliaire ou une dégénérescence maligne.

L'imagerie est essentielle au diagnostic. L'échographie hépatobiliaire montre une masse kystique indépendante de la vésicule biliaire ou l'existence d'une énorme dilatation des voies biliaires. La tomodensitométrie abdominale met en évidence une tumeur liquidienne bien limitée, étendue entre la confluence portale et le duodénum

(9). La cholangiographie par résonance magnétique avec séquences biliaires représente actuellement l'examen clé permettant de préciser le type de dilatation, l'existence d'anomalie de la jonction bilio-pancréatique, et la présence d'un calcul intrakystique ou une lésion tissulaire pariétale orientant vers une dégénérescence (9-10). La classification de TODANI détermine cinq groupes de dilatations kystiques congénitales des voies biliaires (11). Notre patiente avait une dilatation fusiforme presque totale de la voie biliaire principale correspondant à type I selon cette classification.

Les techniques opératoires varient en fonction du type de la malformation, mais l'exérèse chirurgicale complète du kyste demeure le traitement de choix, suivie d'anastomose hépatico-jejunaire (12,13).

Conclusion

La dilatation kystique congénitale des voies biliaires est une affection rare, qui peut être révélée tardivement à l'âge adulte parfois par une complication dont la plus redoutable est la dégénérescence. Son traitement doit répondre à une stratégie adaptée à chaque type de malformation, cette prise en charge est plus souvent chirurgicale.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Taoufik Elabbassi

elabbassi.taoufik@gmail.com

Disponible en ligne : 01 Avril 2021

1 : Département de Chirurgie Générale, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

2 : Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Finech B, Narjis Y, El Mansouri MN, Diffaa A, Samlani Z, Krati K, et al. Dilatation kystique du cholédoque et maladie de von Recklinghausen. *J Afr Hépatogastroentérologie* 2011;5:123–5.
- [2] Olbourne NA. Choledochal cysts. A review of the cystic anomalies of the biliary tree. *Ann R Coll Surg Engl* 1975;56:26–32.
- [3] Anglade E, Aubé C, Lebigot J, Croquet V, Loisel D, Coupris L, et al. Bilan préthérapeutique d'une dilatation congénitale de la voie biliaire principale par cholangiopancréatographie-IRM. *Arch Pédiatrie* 2000;7:49–53.
- [4] Dagher I, Franco D. Lésions kystiques du foie et des voies biliaires (en dehors du kyste hydatique): Place de la chirurgie. *Gastroentérologie Clin Biol* 2005;29:875–7.
- [5] Singham J, Yoshida EM, Scudamore CH. Choledochal cysts. *Can J Surg* 2009;52:506–11.
- [6] Søreide K, Körner H, Havnen J, Søreide JA. Bile duct cysts in adults. *BJS Br J Surg* 2004; 91:1538–48.
- [7] Mannai S, Kraïem T, Gharbi L, Haoues N, Mestiri H, Khalfallah M-T. Les dilatations kystiques congénitales des voies biliaires. *Annales de Chirurgie*. 2006;131(6–7):369–74.
- [8] O'Neill JA, Templeton JM, Schnauffer L, Bishop HC, Ziegler MM, Ross AJ. Recent experience with choledochal cyst. *Ann Surg* 1987; 205:533–40.
- [9] Ferrari FS, Fantozzi F, Tasciotti L, Vigni F, Scotto F, Frasci P. US, MRCP, CCT and ERCP: a comparative study in 131 patients with suspected biliary obstruction. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res* 2005; 11:MT8-18.
- [10] El Idrissi-Lamghari A, Mohammadi M, Benabed K et al. Dilatations kystiques des voies biliaires : à propos de 2 cas. *Maroc Médical*, Tome XIX, n°3 et, p59-63.
- [11] Sacher VY, Davis JS, Sleeman D, Casillas J. Role of magnetic resonance cholangiopancreatography in

diagnosing choledochal cysts: Case series and review. *World J Radiol* 2013; 5: 304-12.

- [12] Lee HK, Park SJ, Yi BH, Lee AL, Moon JH, Chang YW. Imaging features of adult choledochal cysts: a pictorial review. *Korean J Radiol* 2009; 10: 71-80.
- [13] Lenriot JP, Gigot JF, Ségol P, Fagniez PL, Fingerhut A, Adloff M. Bile duct cysts in adults: a multi-institutional retrospective study. *French Associations for Surgical Research. Ann Surg* 1998; 228:159–66.

Pour citer cet article :

T Elabbassi, O Elyamine, N Fakhiri, MR Lefriyekh. La dilatation kystique congénitale du cholédoque chez le sujet âgé : à propos d'une observation. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 1-4

*Article original*

Evaluation du traitement chirurgical par plaque vissée des fractures du tibia proximal au service d'orthopédie traumatologie du CHU Donka

Evaluation of the surgical treatment by screw-retained plate of fractures of the proximal tibia at the orthopedic traumatology department of the CHU Donka

MM Diallo*¹, A Barry¹, L Léopold¹, NM Camara¹

Résumé

But : Evaluer le traitement chirurgical par plaque vissée des fractures du tibia proximal dans le service d'orthopédie traumatologie du CHU Donka.

Méthodologie : Il s'agissait d'une série rétrospective continue (janvier 2014 à décembre 2020) les fractures étaient traumatiques, isolées et articulaires

L'évaluation a été rétrospective, le bilan radiologique à la consolidation ainsi qu'à la consultation a été comparé au bilan radiologique postopératoire immédiat. Un défaut d'axe était considéré comme pathologique lorsque la déformation montrait une déformation globale supérieure à 5° par rapport à 180°. Un défaut de réduction articulaire était considéré comme pathologique s'il était supérieur à 2 mm [2—10]. La consolidation était considérée comme acquise lorsque deux corticales étaient solides de face et de profil. A défaut d'avoir une pangonométrie, nous avons réalisées des radiographies du genou controlatéral. Ce qui nous a permis de calculer l'angle tibial mécanique interne et externe. Nous avons pu faire cinq pangonométrie. Cliniquement ont été évaluées la mobilité et la fonction à la révision par les scores de Lysholm [23] et HSS [24]. Le retour à

l'activité professionnelle a été noté.

Résultats : Seuls trente-six patients ont pu être revus dans un délai moyen de 38,1 mois (12—66). Il est rapporté au moment de l'évaluation sept perdus de vue.

Huit complications ont été observées : deux cas infections précoces profonde à Staphylococcus aureus une parésie du nerf fibulaire commun d'évolution spontanément favorable, trois cas de raideur ayant nécessité une mobilisation sous AG au 18e mois postopératoire.

La gêne du matériel d'ostéosynthèse était fréquente : Douze ablations de matériel ont été effectuées dans un délai moyen de 18 mois.

À l'évaluation finale, la mobilité mesurée au goniomètre était en moyenne de 0/5/130. Deux patients présentaient un défaut d'axes avec un valgus de 13° et un varus de 10°. Le score de Lysholm moyen était de 94,1 (73—100), médiane à 98, et le score HSS moyen était de 93,6 (74—99), médiane à 97. Tous les patients exerçant une activité professionnelle avant le traumatisme ont repris le travail au même niveau dans un délai moyen de 4,5 mois (1—10).

Toutes les fractures ont consolidé dans un délai moyen

de dix semaines (6—16). En postopératoire immédiat, il existait cinq défauts de réduction articulaire. À la consolidation, aucune aggravation des défauts de réduction et aucun déplacement secondaire n'ont été observés par rapport aux clichés postopératoires.

Les cinq pangonométries réalisées chez nos patients mettaient en évidence un défaut chez deux d'entre eux avec un valgus de 13° et varus de 10°.

Conclusion : L'ostéosynthèse des fractures proximales articulaires du tibia, présentant une composante médiale par une plaque unique latérale, donne de bons résultats. Les résultats radiologiques sont stables dans le temps et les résultats cliniques sont satisfaisants à court terme. Il est cependant important de préciser que le caractère mono-axial des vis verrouillées doit être compensé par la mise en place de vis additionnelle pour les fractures médiales frontales assurant une fixation de qualité.

Mots-clés : fracture tibia proximal, plaque vissée.

Abstract

Aim: To evaluate the surgical treatment by screw-retained plate of fractures of the proximal tibia in the orthopedic traumatology department of the CHU Donka.

Methodology: This was a continuous retrospective series (January 2014 to December 2020) the fractures were traumatic, isolated and articular

The assessment was retrospective, the radiological assessment at consolidation as well as at the consultation was compared with the immediate postoperative radiological assessment. An axis defect was considered pathological when the deformation showed an overall deformation greater than 5° compared to 180°. A defect in joint reduction was considered pathological if it was greater than 2 mm [2, 10]. Consolidation was taken for granted when two cortices were solid in front and in profile. In the absence of a pangonometry, we performed x-rays of the contralateral knee. This allowed us to calculate the internal and external mechanical tibial angle. We were able to do five pangonometry that we paid for ourselves. Mobility and function at revision were

clinically assessed using Lysholm [23] and HSS [24] scores. The return to professional activity was noted. Results: Only thirty-six patients could be seen again within an average of 38.1 months (12—66). Seven were reported lost to follow-up at the time of assessment.

Eight complications were observed: two cases of early, deep *Staphylococcus aureus* infections, paresis of the common peroneal nerve with spontaneous favorable development, three cases of stiffness requiring mobilization under GA in the 18th postoperative month.

The discomfort of the osteosynthesis material was frequent: Twelve ablations of material were performed within an average of 18 months.

At the final assessment, the mobility measured with the goniometer was on average 0/5/130. Two patients presented with an axis defect with a valgus of 13 ° and a varus of 10 °. The mean Lysholm score was 94.1 (73—100), median 98, and the mean HSS score was 93.6 (74—99), median 97. All patients who were employed before the injury returned to work at the same level within an average of 4.5 months (1—10). All fractures healed within an average of ten weeks (6—16). In the immediate postoperative period, there were five defects in joint reduction. On union, no worsening of reduction defects and no secondary displacement were observed compared to postoperative images.

The five pangonometries carried out by our reviewed patients showed a defect in two of them with a valgus of 13 ° and varus of 10 °.

Conclusion: Internal fixation of proximal articular fractures of the tibia, presenting a medial component by a single lateral plate, gives good results. The radiological results are stable over time and the clinical results are satisfactory in the short term. It is however important to specify that the mono-axial character of the locked screws must be compensated by the placement of additional screws for the frontal medial fractures ensuring a quality fixation. Keywords: proximal tibia fracture, screw-retained plate.

Introduction

Les fractures du tibia proximal sont rares avec une fréquence de l'ordre de 1,2 % selon Court-Brown et Caesar [1].

Le traitement de référence des fractures articulaires complexes du tibia proximal est l'ostéosynthèse par plaque, a fortiori lorsqu'il existe une composante médiale [2,10]. Il n'existe pas actuellement de consensus concernant le type de montage à réaliser : plaque médiale, double plaque, plaque standard ou verrouillée. Certains auteurs préconisent une plaque médiale dès qu'il existe une atteinte du condyle tibial médial [2,4] assurant ainsi une meilleure résistance en compression axiale. Yoo et al. [5] et Jiang et al. [6] ont montré qu'une double plaque standard présentait une résistance mécanique supérieure à celle obtenue par une plaque unique verrouillée, alors que Mueller et al. [7], Gosling et al. [8, 9] et Higgins et al. [10] ont prouvé expérimentalement et cliniquement la fiabilité d'une plaque verrouillée unique latérale. Pour l'ensemble de ces auteurs, le risque principal est le déplacement secondaire. Certains auteurs privilégient la mise en place d'une plaque unique latérale car elle diminue les risques cutanés, infectieux et ligamentaires [11,20].

Notre objectif était d'évaluer le traitement chirurgical des fractures du tibia proximal dans le service d'orthopédie traumatologie du CHU Donka.

Notre critère principal d'évaluation était la stabilité radiologique entre le postopératoire immédiat et l'aspect à consolidation. Il est rapporté dans ce travail les résultats d'une série continue et rétrospective de 53 fractures du tibia proximal traitées par une plaque unique latérale ou par vissage simple.

Méthodologie

Dans cette série rétrospective continue (janvier 2014 à décembre 2020) les fractures étaient traumatiques, isolées et articulaires. Quarante-trois patients (treize femmes et trente hommes d'âge moyen 31 ans (20-72) ont été traités par une plaque vissée latérale versus. Les fractures ont été classées selon Schatzker

[21] et la fracture ouverte selon Gustilo [22]. Vingt-huit patients avaient une activité professionnelle et le traumatisme initial était considéré le plus souvent à haute énergie.

Tous nos patients ont été installés en décubitus dorsal sur une table standard avec un garrot. Une voie d'abord unique latérale classique avec une arthrotomie sous-méniscale a été réalisée dans tous les cas. Une arthrotomie para-patellaire médiale a été utilisée deux fois pour fixer l'éminence inter-condylienne tibiale. Après relèvement des différents fragments enfoncés, un vissage complémentaire premier a été utilisé : soit pour fixer un arrachement de la tubérosité tibiale antérieure, deux fois le vissage médial, et cinq fois il était latéral. Lorsqu'il était médial, le vissage a été réalisé en percutané. Une greffe autologue prise aux dépens de la crête iliaque homolatérale a été utilisée trente-trois fois. Le temps opératoire moyen était de 105 min (80-150 min). Une période de décharge postopératoire d'une durée minimum de six semaines et une mobilisation immédiate était autorisée dans un secteur de 0-90 ont été prescrites pour les suites post opératoires immédiates.

L'évaluation a été rétrospective, le bilan radiologique à la consolidation ainsi qu'à la consultation a été comparé au bilan radiologique postopératoire immédiat. Un défaut d'axe était considéré comme pathologique lorsque la déformation montrait une déformation globale supérieure à 5° par rapport à 180°. Un défaut de réduction articulaire était considéré comme pathologique s'il était supérieur à 2 mm [2, 10]. La consolidation était considérée comme acquise lorsque deux corticales étaient solides de face et de profil. A défaut d'avoir une pangonométrie, nous avons réalisées des radiographies du genou controlatéral. Ce qui nous a permis de calculer l'angle tibial mécanique interne et externe. Cliniquement ont été évaluées la mobilité et la fonction à la révision par les scores de Lysholm [23] et HSS [24]. Le retour à l'activité professionnelle a été noté.

Résultats

Tous les patients ont été suivis jusqu'à consolidation, ce qui permettait d'évaluer le délai de consolidation, mais surtout le caractère stable ou non de la réduction dans le temps sur l'ensemble de la série. Seuls trente-six patients ont pu être revus dans un délai moyen de 38,1 mois (12-66). Il est rapporté au moment de l'évaluation sept perdus de vue.

Huit complications ont été observées : deux cas infections précoces profonde à Staphylococcus aureus une parésie du nerf fibulaire commun d'évolution spontanément favorable, trois cas de raideur ayant nécessité une mobilisation sous AG au 18e mois postopératoire.

La gêne du matériel d'ostéosynthèse était fréquente : Douze ablations de matériel ont été effectuées dans un délai moyen de 18 mois.

À l'évaluation finale, la mobilité mesurée au goniomètre était en moyenne de 0/5/130. Deux patients présentaient un défaut d'axes avec un valgus de 13° et un varus de 10°. Le score de Lysholm moyen était de 94,1 (73-100), médiane à 98, et le score HSS moyen était de 93,6 (74-99), médiane à 97. Tous les patients exerçant une activité professionnelle avant le traumatisme ont repris le travail au même niveau dans un délai moyen de 4,5 mois (1-10).

Toutes les fractures ont consolidé dans un délai moyen de dix semaines (6-16). En postopératoire immédiat, il existait cinq défauts de réduction articulaire. À la consolidation, aucune aggravation des défauts de réduction et aucun déplacement secondaire n'ont été observés par rapport aux clichés postopératoires.

Les cinq pangonométries réalisées chez nos patients mettaient en évidence un défaut chez deux d'entre eux avec un valgus de 13° et varus de 10.



Figure 1 : Radiographie préopératoire face et profil genou gauche Face et Profil

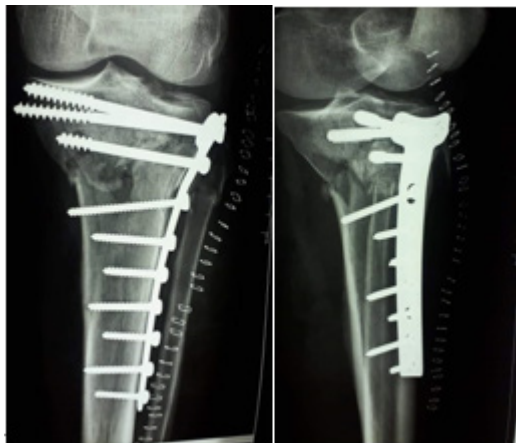


Figure 2 : Radiographie postopératoire face et profil genou gauche Face et Profil



Figure 3 : Radiographie face et profil genou gauche Face et Profil montrant une consolidation

Discussion

Notre étude présente plusieurs limites : série hétérogène, différents chirurgiens séniors et technique chirurgicale non standardisée. Cependant, tous les patients ont été suivis jusqu'à consolidation ce qui permet d'évaluer la stabilité du montage dans le temps. L'absence de déplacement secondaire ou d'aggravation des défauts articulaires initiaux prouve l'efficacité de ces montages solides.

Devant ces fractures du tibia proximal, la littérature reste cependant non consensuelle concernant la stratégie de prise en charge chirurgicale : une ou deux plaques ? standard ou verrouillée ? Les données expérimentales ou cliniques de la littérature sont partagées. Pour Wu et Tai [2], Ratcliff et al. [3] et Zeng et al. [4], du point de vue expérimental, la plaque doit être médiale à effet console pour les fractures avec une composante médiale. Pour les fractures les plus complexes, Yoo et al. [5] proposent la mise en place de double plaque. Ces auteurs ont comparé expérimentalement sur des os synthétiques : plaque latérale 3,5 mm, double plaque LC-DCP médiale, double plaque avec une plaque tiers de tube médiale et une LC-DCP latérale, une plaque latérale verrouillée et les plaque LISS. Ils concluent à la supériorité de l'association d'une plaque latérale 3,5 mm et d'une plaque tierce de tube 3,5 mm médiale lorsque le montage est soumis à des contraintes axiales. Jiang et al. [6] rapportent des résultats expérimentaux identiques. À l'inverse, il n'y a aucune différence entre les montages à double plaque et la plaque verrouillée unique latérale dans des conditions expérimentales pour Mueller et al. [7], Gosling et al. [8] et Higgins et al. [10]. Pour Estes et al. [25], il n'y a pas de différence entre les montages « tout verrouillé » et les « montages mixtes » en charge axiale. Pour Cullen et al. [26], l'utilisation de vis verrouillées poly-axiales offre une rigidité et une résistance à la rupture supérieure. Enfin Lindeque et Baldini [27] ont réalisé une étude originale en comparant différents systèmes verrouillés. Ils concluent que les systèmes Synthes® et DePuy® présentent une meilleure résistance en fatigue par rapport au système Zimmer®, mais que le système DePuy® présente une résistance en rupture supérieure aux deux autres. Au vu de ces données de la littérature, il semble que l'utilisation d'une plaque unique latérale soit fiable. Les résultats radiologiques que nous rapportons confirment ces résultats expérimentaux avec l'absence de déplacement secondaire et aucune aggravation des défauts de réduction initiaux. La stabilité dans le temps des réductions semble garantie et confirme

notre hypothèse de travail.

Sur la base d'une étude clinique, Barei et al. [28] concluent que l'ostéosynthèse par voie classique par deux plaques est une technique sûre avec des résultats cliniques satisfaisants. De la Caffinière [29] rapporte de bons résultats cliniques associés à une stabilité radiologique en utilisant une plaque semi-circulaire antérieure. Pour minimiser les complications cutanées et septiques une double voie d'abord mini-invasive a été proposée. Oh et al. [30] rapportent ainsi 21 excellents résultats cliniques sur 23 cas avec 9,35 % de cals vicieux globaux. Ces auteurs insistent sur l'absence d'iatrogénie de cette technique chirurgicale mini-invasive. Nous n'avons pas l'expérience d'une chirurgie mini-invasive face à ces fractures articulaires complexes pour lesquelles nous restons persuadés de l'intérêt d'un contrôle direct de la réduction. À notre connaissance, une seule étude clinique (84 cas) a comparé l'ostéosynthèse par double plaque standard à une plaque verrouillée latérale [31]. Les résultats sont statistiquement comparables pour la perte de réduction, la rupture de matériel, le taux d'infection, le taux de consolidation et le score fonctionnel HSS. Les résultats radiologiques sont cependant en défaveur du système verrouillé LISS avec une différence statistique pour les défauts d'axe expliqué probablement par le caractère mini-invasif de la chirurgie. Les auteurs concluent que le système verrouillé est efficace et est une alternative intéressante aux doubles plaques, mais que cette dernière option reste la référence. Dix publications récentes rapportent les résultats du traitement des fractures complexes du tibia proximal articulaire par plaque verrouillée [11,12,13,14,15,16,17,18,19,20]. Le taux de cals vicieux s'échelonne de 0 à 23 % et le taux de perte de correction de 0 à 14 %. Dans notre série, seuls 42 patients ont pu être revus dans un délai moyen de 38,1 mois (12—66). Il est rapporté au moment de l'évaluation onze perdus de vue.

Huit complications ont été observées : deux cas infections précoces profonde à *Staphylococcus aureus* une parésie du nerf fibulaire commun d'évolution spontanément favorable, trois cas de raideur ayant

nécessité une mobilisation sous AG au 18^e mois postopératoire.

Douze ablations de matériel ont été effectuées dans un délai moyen de 18 mois cela s'expliquait par le gêne du matériel.

À la consolidation, deux patients présentaient un défaut d'axes avec un valgus de 13° et un varus de 10°. Le score de Lysholm moyen était de 94,1 (73—100), médiane à 98, et le score HSS moyen était de 93,6 (74—99), médiane à 97. Tous les patients exerçant une activité professionnelle avant le traumatisme ont repris le travail au même niveau dans un délai moyen de 4,5 mois (1—10).

Nous avons observé deux déplacements secondaires mais qui ont finalement consolidés. L'ensemble des auteurs conclut qu'une plaque verrouillée latérale est adaptée aux fractures complexes du tibia proximal avec des résultats radiologiques stables dans le temps et une récupération fonctionnelle de qualité. Nos résultats radio cliniques confirment ces conclusions et soulignent la nécessité d'une réduction de qualité initiale. La mobilité et les scores fonctionnels que nous rapportons sont très satisfaisants et une reprise du travail au même niveau a été obtenue.

Une chirurgie mini-invasive est possible mais est très exigeante et techniquement délicate face à une fracture articulaire tibiale [32]. Elle demande beaucoup d'expérience même si elle est privilégiée par de nombreux auteurs lorsqu'il existe une souffrance des tissus mous [11, 20]. Dans notre cas tous les patients ont été opérés à foyer ouvert même les vissages simples par manque d'amplificateur de brillance.

Conclusion

L'ostéosynthèse des fractures proximales articulaires du tibia, présentant une composante médiale par une plaque verrouillée unique latérale, donne de bons résultats. Les résultats radiologiques sont stables dans le temps et les résultats cliniques sont satisfaisants à court terme. Notre hypothèse est confirmée. Il est cependant important de préciser que le caractère mono-axial des vis verrouillées doit être compensé

par la mise en place de vis additionnelle pour les fractures médiales frontales assurant une fixation de qualité.

*Correspondance

Mamadou Moustapha Diallo

mustodjinkan85@yahoo.fr

Disponible en ligne : 01 Avril 2021

1 : Service d'orthopédie traumatologie du CHU Donka, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: a review. *Injury* 2006;37:691—7.
- [2] Wu CC, Tai CL. Plating treatment for tibial plateau fractures: a biomechanical comparison of buttress and tension band positions. *Arch Orthop Trauma Surg* 2007;127:19—24.
- [3] Ratcliff JR, Werner FW, Green JK, Karley BJ. Medial buttress versus lateral locked plating in a cadaver medial tibial plateau fracture model. *J Orthop Trauma* 2007;21:444—8.
- [4] Zeng ZM, Luo CF, Putnis S, Zeng BF. Biomechanical analysis of posteromedial tibial plateau split fracture fixation. *Knee* 2011;18:51—4.
- [5] Yoo BJ, Beingsner DM, Barei DP. Stabilization of the posteromedial fragment in bicondylar tibial plateau fractures: a mechanical comparison of locking and nonlocking single and dual plating methods. *J Trauma* 2010;69:148—55.
- [6] Jiang R, Luo CF, Zeng BF. Biomechanical evaluation of different fixation methods for fracture dislocation involving the proximal tibia. *Clin Biomech* 2008;23:1059—64.
- [7] Mueller KL, Karunakar MA, Frankenburg EP, Scott DS. Bicondylar tibial plateau fractures: a biomechanical study. *Clin Orthop* 2003;412:189—95.
- [8] Gosling T, Schandelmaier P, Marti A, Hufner T, Partenheimer

- A, Krettek C. Less invasive stabilization of complex tibial plateau fractures: a biomechanical evaluation of a unilateral locked screw plate and double plating. *J Orthop Trauma* 2004;18:546—51.
- [9] Gosling T, Schandelmaier P, Muller M, Hankemeier S, Wagner M, Krettek C. Single lateral locked screw plating of bicondylar tibial plateau. *Clin Orthop* 2005;439:207—14.
- [10] Higgins TF, Klatt J, Bachus KN. Biomechanical analysis of bicondylar tibial plateau fixation: how does lateral locking plate fixation compare to dual plate fixation? *J Orthop Trauma* 2007;21:301—6.
- [11] Beck M, Gradl G, Gierer P, Rotter R, Witt M, Mittelmeier T. Treatment of complicated proximal segmental tibia fractures with the less invasive stabilization locking plate system. *Unfallchirurg* 2008;111:493—8.
- [12] Biggi F, DiFabio S, D'Antimo C, Trevisani S. Tibial plateau fractures: internal fixation with locking plates and the MIPO techniques. *Injury* 2010;41:1178—82.
- [13] Boldin C, Finkhauser F, Hofer HP, Szyzkowitz R. Three year results of proximal tibia fractures treated with LISS. *Clin Orthop* 2006;445:222—9.
- [14] Cole PA, Zlowodzki M, Kregor PJ. Treatment of proximal tibia fractures using the less invasive stabilization system. Surgical experience and early clinical results in 77 fractures. *J Orthop Trauma* 2004;18:528—35.
- [15] Egol KA, Su E, Tejwani NC, Sims SH, Kummer FJ, Koval KJ. Treatment of complex tibial plateau fractures using the less invasive stabilization system plate: clinical experience and a laboratory comparison with double plating. *J Trauma* 2004;57: 340—6.
- [16] Haiduewych G, Sems SA, Huebner D, Horwitz D, Levy B. Results of polyaxial locked-plate fixation of periarticular fractures of the knee. Surgical technique. *J Bone Joint Surg (Am)* 2008;90(suppl 2):117—34.
- [17] Phisitkul P, McKinley TO, Nepola JV, Marsh JL. Complications of locking plate fixation in complex proximal tibial injuries. *J Orthop Trauma* 2007;21:83—91.
- [18] Ricci WM, Rudzki JR, Borelli J. Treatment of complex proximal tibia fractures with the less invasive skeletal stabilization system. *J Orthop Trauma* 2004;18:521—7.
- [19] Schutz M, Kaab MJ, Haas N. Stabilization of proximal tibia fractures with the LIS-System: early clinical experience in Berlin. *Injury* 2003;34(suppl. 1):A30—5.
- [20] Stannard JP, Wilson TC, Volgas DA, Allonso JE. Fracture stabilization of proximal tibial fractures with the proximal tibial LISS: early experience in Birmingham, Alabama (USA). *Injury* 2003;34(suppl. 1):A36—42.
- [21] Schatzker J. Compression in the surgical treatment of fractures of the tibia. *Clin Orthop* 1974;105:220—9.
- [22] Gustilo RB, Anderson JT. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones: retrospective and prospective analyses. *J Bone J Surg (Am)* 1976;58:453—8.
- [23] Tegner Y, Lysholm J. Rating systems in the evaluation of knee ligaments injuries. *Clin Orthop* 1985;198:43—9.
- [24] Ranawat CS, Shine J. Duo condylar total knee arthroplasty. *Clin Orthop* 1973;94:185—95.
- [25] Estes C, Rhee P, Shrader MW, Csavina K, Jacofsky MC, Jacofsky DJ. Biomechanical strength of the peri-lock proximal tibial plate: a comparison of all-locked versus hybrid locked/nonlocked screw configurations. *J Orthop Trauma* 2008;22:312—6.
- [26] Cullen AB, Curtiss S, Lee MA. Biomechanical comparison of polyaxial and uniaxial locking plate fixation in a proximal tibial gap model. *J Orthop Trauma* 2009;23:507—13.
- [27] Lindeque B, Baldini T. A biomechanical comparison of three different lateral tibia locking plate. *Orthopedics* 2010;33: 18—21.
- [28] Barei DP, Nork SE, Mills WJ, Coles CP, Henley MB, Benirschke SK. Functional outcomes of severe bicondylar tibial plateau fractures treated with dual incisions and medial and lateral plates. *J Bone Joint Surg (Am)* 2006;88:1713—21.

Pour citer cet article :

MM Diallo, A Barry, L Léopold, NM Camara. Evaluation du traitement chirurgical par plaque vissée des fractures du tibia proximal au service d'orthopédie traumatologie du CHU Donka. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 5-11



Article original

Motifs de consultation dans l'unité de cardiologie du centre de sante de référence de la commune I de Bamako

Reasons for consultation in the cardiology unit of the reference health center of the commune I of Bamako

B Dembele*¹, A Sangare¹, M Sidibe⁴, AS Cissoko³, M Doumbia, N Sidibe²

Résumé

La cardiologie fait partie des services les plus fréquentés en consultation médicale au Mali. Au cours de notre étude nous avons recensé 948 patients qui étaient venus consulter en unité de cardiologie sur une période de 12 mois dont 44% des patients sont venus d'eux-mêmes. L'HTA était le motif le plus fréquent avec 39%, suivie de la dyspnée et la douleur thoracique. Après l'examen physique, des chiffres tensionnels élevés ont été constatés chez 60% de nos patients avec l'hypertension artérielle grade III qui était 24%. Il ressort aussi que l'HTA était le facteur de risque cardiovasculaire le plus retrouvé chez nos patients. C'est dire l'importance de cette pathologie en termes de morbidité.

Mots-clés: motifs, consultation, cardiologie.

Abstract

Cardiology is one of the most visited services in medical consultation in Mali. In our study, we had 948 patients who had come to the cardiology unit for 12 months, 44% of whom came on their own. HTA was the most common pattern with 39%, followed by dyspnea and chest pain. After physical examination,

high blood pressure was observed in 60% of our patients with Grade III hypertension, which was 24%. It also appears that hypertension was the most common cardiovascular risk factor in our patients. This is to say the importance of this pathology in terms of morbidity.

Keywords: reasons, consultation, cardiology.

Introduction

La maladie cardiovasculaire est au cœur de l'actualité médicale et constitue un réel problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Elle occupe la première place parmi les maladies non transmissibles selon l'OMS. (1) Elle réalise un tableau complexe avec une symptomatologie propre à chaque malade : dyspnée, douleurs, palpitations, syncope, céphalées, vertiges et symptômes généraux. (2) Les signes fonctionnels justifient 80% des examens cardiologiques contre 20% d'examen cardiologiques systématiques. Ils sont diverses mais 3 sont essentiels : douleurs, dyspnée, toux. (3) À Bamako en 1991 selon les statistiques hospitalières

de l'hôpital du point G, 27% des consultations sont faites en cardiologie. La maladie cardiovasculaire est synonyme d'angoisse pour le malade et pour son entourage ; aussi du cardiologue on attend en pareille circonstance disponibilité, réconfort et compétence technique immédiate (4). Il s'agit d'un groupe de pathologies redoutable par leur fréquence, leur gravité et aussi le coût élevé de leur prise en charge.

Notre étude a porté sur les motifs de consultation en cardiologie c'est-à-dire le ou les symptômes qui amenaient le malade à consulter dans l'unité de cardiologie au Centre de Santé de Référence de la Commune I à Bamako.

Objectifs

Au Mali il existe très peu d'études sur les motifs de consultation en milieu cardiologique, d'où l'intérêt de ce travail avec comme objectifs de : - Ressortir les motifs les plus importants de la consultation, - Déterminer les caractéristiques cliniques, -Dégager les principales maladies cardiovasculaires.

Méthodologie

Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 1er Août 2016 au 31 Juillet 2017.

Lieu d'étude :

Ce travail s'est déroulé au Mali et plus précisément à Bamako au Centre de Santé de Référence de la Commune I dans l'unité de cardiologie.

Population d'étude :

Notre étude a porté systématiquement sur tous les patients vus en consultation. Il y avait des patients qui sont venus d'eux même et d'autres sont référés par un médecin ou un autre professionnel de la santé.

Critères d'inclusion :

-Être âgé de plus de 15 ans,
-Être à sa première consultation dans l'unité de cardiologie du Centre de Santé de Référence de la Commune I dans l'unité de cardiologie du service de médecine.

Critères de non inclusion :

-Patients de plus de 15 ans dont leur motif de consultation ne relève pas de la cardiologie,

-Patients hospitalisés

Support des données :

Chaque malade a bénéficié d'une fiche d'enquête individuelle. Cette fiche était remplie sur les champs et complétée au prochain rendez-vous du malade s'il y a lieu avec les résultats des examens para cliniques

Aspect éthique :

La confidentialité des noms des malades a été respectée

Saisie et analyse des données :

Elles ont été effectuées sur les logiciels Word, Excel et SPSS12.0 pour Windows. Nous avons utilisé le test statistique du Khi deux pour comparer nos résultats avec pour seuil de signification $P < 0,05$.

Résultats

Du 1er Aout 2016 au 31 Juillet 2017 nous avons colligé 948 patients en consultation dans l'unité de cardiologie du Centre de Santé de Référence de la commune I. L'échantillon se répartissait comme suit 420 (44%) du sexe masculin et 528 (56%) du sexe féminin soit un sex ratio 1, 26 en faveur du sexe féminin. La tranche d'âge majoritaire était de 61-80 ans avec 38% (360) suivi de 21-40 ans 30% (30%), 41- 60 ans 27% (259), 81ans et plus 4% (36) enfin 0-20 ans 1% (12). Les patients non scolarisés représentaient 612 soit 65%, 156 (16%) patients avaient un niveau d'étude primaire, 96 (10%) avaient le niveau secondaire et 84(9%) le niveau supérieur. La majorité des patients étaient mariés soit 660 (70%) des patients, 204 (21%) étaient veufs et 84 (9%) de nos patients étaient célibataires Le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé fut : l'HTA 372(39%) ; dyspnée 144(15%) ; douleur thoracique 84(9%) ; céphalée 72 (8%) ; cardiomégalie radiologique 72(8%);insuffisance cardiaque 60(6%);l'hémoptysie 48(5%) ; palpitation 24(3%) ; trouble du rythme cardiaque 24(3%) ; bilan préopératoire 24(3%) ; la toux 12(1%) et l'epigastralgie12(1%). Les Patients non adressés (venus de lui-même) représentaient 44%

(420) des consultations, 14% (132) furent adressés par les médecins généralistes, 13% (120) venaient des Centres de Santé communautaires (CSCOM), 6% (60) du service de diabétologie, 6% (60) du service de gynéco-obstétrique, 5% (48) des centres privés, 4% (36) de la pédiatrie, 3% (24) d'odontostomatologie, 3% (24) d'ophtalmologie, 1% (12) de la chirurgie et 1% (12) de l'ORL. L'HTA occupait la première place des antécédents personnels avec 65% (624) suivi du diabète 4% (36), l'insuffisance rénale 3% (24), 8% (72) méconnaissaient les antécédents personnels et 20% (192) étaient sans antécédents personnels. Les FRCV furent dominés par l'HTA 65% (624), l'âge 47% (444), l'obésité 9% (84), le diabète 3% (24), le tabagisme 1% (12) et 17% (156) étaient sans FRCV. La tension artérielle était normale chez 40% (384) des patients à la première consultation, 24% (228), 19% (180), 17% (156) étaient respectivement au grade III, II et I. Les BDC étaient irréguliers dans 19% (180) et assourdis dans 13% (120). La tachycardie représentait 25% (240) contre 11% (108) de bradycardie, le souffle cardiaque était noté chez 17% (156) et l'examen pulmonaire trouvait les râles crépitant chez 14% (132) des patients. L'examen abdominal retrouvait l'ascite dans 4% (36), hépatomégalie 9% (60), reflux hépato-jugulaire 5% (48) et une sensibilité de l'hypochondre droit 17% (156) des cas. L'OMI était observé chez 27% (252) des patients. Le diagnostic retenu fut : HTA 56% (528), cardiomyopathie dilatée 14% (132), cardiopathie ischémique 8% (72), cardiomyopathie hypertrophique 6% (60), AVC 4% (36), HTA/grossesse 3% (24), épanchement péricardique 1.3% (12), embolie pulmonaire 3% (24), BAV III 0.7% (7), fibrillation auriculaire 9% (81) syndrome cardio-rénal 3% (24), UGD 17% (156), Pneumopathies 6% (60). Les médicaments les plus utilisés furent : diurétiques 23% (216), AAS 14% (132), inhibiteurs calciques 43% (408), IEC 33% (312), bêtabloquant 15% (144), ARA II 6% (60), Methyldopa 3% (24), AVK 4% (36), digitalique 1% (12), antibiotiques 11% (108), Statines 9% (84), IPP 5% (48). Nous avons eu 660 patients soit 70% qui étaient à leur premier contact de consultation contre 288 (30%)

qui étaient déjà vus ailleurs mais leur première fois dans notre service. Nous avons observé chez ces patients : 204(21%) venaient pour le renouvellement, 144(15%) étaient déjà sous traitement, 72(8%) étaient en rupture de traitement (moyen financier), 36(4%) ont été hospitalisés et 156(17%) avaient une bonne observance thérapeutique.

Discussion

Notre étude s'est déroulée sur 948 patients.

La majorité de nos patients était du troisième âge et parmi lesquels la tranche d'âge de 61 à 80 ans était la plus représentée avec 38%. Cela s'explique facilement car les personnes âgées constituent la population inactive de notre société, donc sont plus exposés au développement des maladies cardiovasculaires. L'augmentation des facteurs de risque cardiovasculaire avec l'âge pourrait également expliquer cette situation.

Le sexe féminin était prédominant avec 56%. Ce chiffre nous rapproche de DJOMA A et de TRAORE A qui avaient retrouvé une prédominance féminine avec respectivement 65% et 58,79% (5,6). Ce même constat est retrouvé dans les études de DABO F et de SANGARE K. (10,22).

Sur nos 948 consultants, 612 étaient non scolarisés soit 65%. Cela s'explique par l'insuffisance de la scolarisation dans les pays en voie de développement. Sur 948 patients, 420 étaient non adressés (venus de lui-même) soit 44%. Ce chiffre est contraire au résultat de DJOMA A en 2010 et de BOUARE M en 98 qui avait trouvé 61,8% et 50,8% des patients étaient adressés par un médecin ou tout autre professionnel de la santé (5,7). Ceci s'explique par l'absence auparavant de cardiologue dans ledit Centre et la proximité du centre à la population dont l'accès aux CHU et aux hôpitaux n'est pas facile.

Nous avons retrouvé que 65% de nos patients avaient un antécédent d'HTA connu. Nous retrouvons dans la plupart des littératures que les affections cardiovasculaires peuvent durer toute la vie. BOUARE M (7) avait aussi trouvé une prédominance

de l'HTA sur les autres antécédents cardiovasculaires à 68,6%. Ce pourcentage est similaire au notre ; cela peut s'expliquer par la prévalence de plus en plus élevée de l'HTA mais aussi par l'augmentation du personnel de santé et de l'affluence des malades dans les centres de santé.

Comme mode de vie, le tabagisme a été retrouvé chez 1% de nos patients. Ce pourcentage inférieur à celui de BOUARE M (7) et de COULIBALY J en 2008 avec 07,6% (8). Cela peut s'expliquer par l'intégration de la sensibilisation contre le tabac dans le système sanitaire.

Cette étude nous a montré que l'HTA est le motif le plus fréquent avec un pourcentage de 39%. Ce résultat est similaire avec celui retrouvé par DJOMA A (5) en 2010 qui montrait qu'au Mali l'hypertension artérielle occupe le premier rang des motifs de consultation dans les services de cardiologie. Docteur Bertrand dans son étude réalisée en Côte d'Ivoire trouve que l'hypertension artérielle occupe dans les pays en voie de développement le premier rang parmi les affections cardiovasculaires avec un pourcentage de 34,27% (9,10).

Dans notre étude comme chez BOUARE M(7), la dyspnée occupe le second rang avec 15%. La douleur thoracique vient ensuite avec 9%. La céphalée était présente chez 8% de nos patients.

Cela converge avec les données de la littérature qui trouvent que les principaux troubles fonctionnels qui amènent les malades à consulter en cardiologie sont la douleur thoracique, la dyspnée, la céphalée et les pertes de connaissance (11,12).

Parmi nos consultants, 19% avaient un rythme cardiaque irrégulier. Ce chiffre nous rapproche beaucoup de DJOMA A qui avait trouvé une irrégularité des bruits du cœur chez 12,5% de ses patients (5).

L'auscultation cardiaque notait la tachycardie (fréquence cardiaque >100 BPM) dans 25% et le souffle a été noté chez 17% (13). Ainsi avec une auscultation cardiaque bien conduite ayant nécessité une attention auditive soutenue, on pouvait éliminer dans la majorité des cas une atteinte cardiaque (14).

Etude des diagnostics :

Sur 948 consultants, les pathologies principalement retrouvées étaient l'HTA avec 56% et la cardiomyopathie dilatée idiopathique ou secondaire avec 14%. Cela nous rapproche de BOUARE M (7) et de SERME D (15) qui trouvent que ces pathologies sont les plus fréquentes avec toujours l'HTA en tête.

Les inhibiteurs calciques 43% furent les plus utilisés dans notre étude. Nous avons eu 660 patients soit 70% qui étaient à leur première consultation. Nous constatons le renouvellement des ordonnances chez 21% des patients.

Conclusion

Au terme de notre étude, nous avons abouti aux conclusions suivantes : Les services de cardiologies sont de plus en plus fréquentés et l'HTA occupe une place importante dans cette fréquentation. Elle représentait 39% comme motif de consultation, 65% des FRCV et 60% des patients avaient des chiffres tensionnels élevés à la première consultation. L'HTA fut retenue comme diagnostic chez 56% des patients et les cardiomyopathies dilatées 14%. Les inhibiteurs calciques étaient utilisés chez la majorité de nos patients (43%) et les diurétiques occupaient le deuxième rang avec 23%. L'absence d'affection cardiovasculaire était retrouvée chez 23% de nos patients.

*Correspondance

Bouréma Dembélé

bouremadembele@yahoo.fr

Disponible en ligne : 01 Avril 2021

- 1 : Service de cardiologie du centre hospitalier universitaire du Point G
- 2 : Service de cardiologie du centre hospitalier universitaire Gabriel Toure
- 3 : Service de cardiologie de l'hôpital Nianankoro

Fomba de Ségou

- 4 : Service de néphrologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G
- 5 : Service de chirurgie de cardiovasculaire du Centre Festoc Andre de l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Bertrand Ed. La pathologie cardiovasculaire en pays sous-développés. *Cardiologie tropicale*, 1988, 14 :95-96.1-96.
- [2] Alain Castaigne, Marielle Scherrer-Crosbie. Le livre de l'interne, cardiologie 2eme Edition Flammarion.
- [3] Cordo J.C; Aros L.F; Loma-Osorio A; Camacho I; Diaz A; Alonso Gomez A.; Martinez J.B.; Torrès A.; The cardiology consultation in a health service aera hospital.the clinical aspect and the demard for diagnostic procedures. *Revista Espanola de cardiologia*, 1992,45,(5) 310-3.
- [4] Anrol; Jenkius S ; North D ; *Journal of hypertension Coden johy de,GBR; DA.* 1996(14),6:773.778
- [5] DIOMAA. Motifs de consultation dans l'unité de cardiologie du service de medecine du chu gabriel toure a propos de 1110 cas. Thèse de médecine, Bamako 2011 No24
- [6] Traore A. Valvulopathies mitrales dans le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 182 cas. Thèse de médecine, Bamako 1995, M7 : 20-25.
- [7] Bouare M. Motifs de consultation dans le service de cardiologie de l'hopital Gabriel Toure Thèse de médecine, Bamako 1998 n° 18.
- [8] Coulibaly J. État de connaissance des maladies hypertendus à propos de l'hypertension artérielle dans le service de médecine, unité de cardiologie du CHU Gabriel TOURE. Thèse de médecine 2008 : 41.
- [9] Ténailon A; Labayle D. Livre de l'interne, les urgences. Edit flammarion(Paris), médecine sciences, 1992: 67p
- [10] Vincent P. Hypertension artérielle de l'adulte en Afrique. *Objectif médical no spécial*, 1992 : 2-3.
- [11] Mathé G. & Coll. *Sémiologie médicale* 4eme Edition (Paris) Flammarion Médecine sciences, 1981 : 473-478.
- [12] Thomas D. *Cardiologie*. Edition marketing/Ellipses, 1994:1.
- [13] Robert B; Andrew J. Manuel de diagnostic et thérapeutique 2eme Edition Française, 1992 :345 :434-p.
- [14] Herman H.;Ger J.F. *Précis de sémiologie* Édit Masson, 1984:215p.
- [15] Serme D.;Lengani A.; Ouandaogo B.I Morbidité et mortalité cardiovasculaire dans un service de médecine interne à Ouagadougou. *Cardiologie tropicale*, 1991; 23-24.
- [16] Barbara B. Guide de l'examen Clinique. 2eme Edit, Flammarion, 1980 :1-7.
- [17] Bertrand Ed. Approches spécifique de la lutte contre l'hypertension en Afrique noire. *Car diol trop* 1987;13 :130-138.
- [18] Cissé A A. Approche diagnostique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé (50 ans et plus) au Mali. Thèse de médecine. Bamako no 34.
- [19] Dabo M F. Valvulopathies acquises au Mali : importance du traitement et du diagnostic du RAA au Mali. Thèse de médecine. Bamako, 1978; M16.
- [20] Diallo B–Touré MK. Morbidité et mortalité cardiovasculaire dans le service de cardiologie de Bamako (Mali). *Cardiol trop* 1994;77 :21-25.
- [21] Edmond Bertrand. Urgences cardiovasculaires. Edit Frison-Roche
- [22] Forette F. et Al. HTA du sujet âgé; prévalence en lieu de long séjour. *Presse médecine*. 1975;4 :2997-2998.
- [23] Koné C.O. Cardiomégalie chez l'adulte. Etude clinique au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine 2004, M34; p-50
- [24] Plouin P; Chatelier G; Pagny J Y. L'hypertension artérielle (épidémiologie, hémodynamique et physiopathologie. Stratégie de l'exploration et de la prise en charge). *Encycl. Méd.-Chir. (cœur-vaisseaux)* 1986; 11302 A 10 : 1-2.
- [25] Professeur J P Fouchier avec la collaboration du Dr P Cosvat. Dcl 1985-1986. Rapport de synthèse de l'enquête démographique et de sante, 1999, les cardiopathies juvéniles dans les services de cardiologie de l'hôpital du Point G. *epidémio-clinique et évolution*. Thèse de médecine, Bamako 01M71.
- [26] Rullière R. *Cardiologie* 4eme Edition Massons, 1987 :1p
- [27] Sangaré K. Place de la pathologie cardiovasculaire dans les activités d'un médecin chef de service. Thèse de médecine, Bamako, 1983,M3 :1-10.

- [28] Sall Y. Douleur thoracique en consultation cardiologique de l'hôpital du Point G. Thèse de médecine, Bamako, 1992; No1.
- [29] Ténailon A; Labayle D. Livre de l'interne, les urgences. Edit flammarion, médecine sciences, 1992 : 67p.
- [30] Traore B. Hypertension artérielle chez les personnes âgées de 60 ans et plus dans le service de cardiologie du CHU GT. Thèse de médecine, Bamako 2007; M173.
- [31] Traoré M. Complications aiguës de l'HTA aux services des urgences et de réanimation du CHU du Point G. Thèse de médecine Bamako 2006; M68.

Pour citer cet article :

B Dembele, A Sangare, M Sidibe, AS Cissoko, M Doumbia, N Sidibe. Motifs de consultation dans l'unité de cardiologie du centre de sante de référence de la commune I de Bamako. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 12-17



Article original

Prévalence et gestion de l'anxiété préopératoire chez l'enfant en Afrique sub-saharienne : Expérience de l'hôpital central de Yaoundé

Prevalence and management of preoperative anxiety in children in sub-Saharan Africa:
Experience of the Yaounde central hospital

S Nga Nomo¹, P Binyom², C Iroume³, A Kuitchet⁴, R Essomba², G Chewa¹, ZE Minkande⁵, F Binam⁵

Résumé

Objectif : Déterminer la prévalence et décrire la gestion de l'anxiété préopératoire en milieu chirurgical pédiatrique.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive qui a eu lieu du 03 Aout au 03 Novembre 2020 à l'hôpital central de Yaoundé. Les patients d'âge compris entre 2 et 12 ans vus en consultation d'anesthésie pour une chirurgie élektive étaient inclus. Le niveau d'anxiété préopératoire était évalué à la consultation d'anesthésie et à l'installation sur table opératoire par la m-YPAS. Les enfants étaient considérés comme « très anxieux » pour un score supérieur à 30. Les facteurs de risque d'anxiété préopératoires étaient recherchés à la consultation d'anesthésie et à l'installation sur table opératoire. Les moyens de gestion de cette anxiété préopératoire étaient identifiés et répertoriés aussi bien à la consultation d'anesthésie qu'à l'installation du patient sur table opératoire.

Résultats : Durant la période d'étude, 113 patients obéissaient aux critères d'inclusion. La moyenne d'âge de nos patients était de 6,23 ans \pm 3,45 avec des extrêmes allant de 2 à 12 ans. La tranche d'âge allant de 2 à 4 ans était la plus représentée. Le sex-ratio était

de 1,75 en faveur du sexe masculin. L'orchidopexie était l'intervention chirurgicale la plus pratiquée (20%), suivie de la circoncision (18%). L'anesthésie générale avec intubation oro-trachéale était la technique anesthésique de référence (91%). Le jeune âge de l'enfant était le facteur de risque d'anxiété préopératoire le plus retrouvé (47%). Les enfants présentaient un niveau d'anxiété très élevé dans 76% de cas à la consultation d'anesthésie et dans 90,3% de cas à l'installation sur table opératoire. L'approche psychologique était le principal outil de gestion de l'anxiété préopératoire à la consultation d'anesthésie et à l'installation sur table opératoire (99,11%).

Conclusion : L'anxiété préopératoire demeure très élevée en milieu chirurgical pédiatrique africain. Sa gestion doit s'inscrire dans une démarche qualité qui vise l'amélioration de la sécurité anesthésique, dans un environnement hostile à la pratique de l'anesthésie.
Mots-clés : Anxiété préopératoire, chirurgie pédiatrique, Afrique sub-saharienne.

Abstract

Objective: To determine the prevalence and describe the management of preoperative anxiety in a pediatric surgical environment.

Methodology: This was a prospective and descriptive study that took place from August 3 to November 3, 2020 at the Yaounde central hospital. Patients aged between 2 and 12 years seen in anesthesia consultation for elective surgery were included. The level of preoperative anxiety was assessed at the anesthesia consultation and installation on the operating table by m-YPAS. The children were considered «very anxious» for a score greater than 30. Risk factors for preoperative anxiety were looked for at the anesthesia consultation and at the operating table. The means of managing this preoperative anxiety were identified and listed both during the anesthesia consultation and when the patient was placed on the operating table.

Results: During the study period, 113 patients met the inclusion criteria. The mean age of our patients was 6.23 ± 3.45 years with extremes ranging from 2 to 12 years. The age group from 2 to 4 years was the most represented. The sex ratio was 1.75 in favor of the male sex. Orchidopexy was the most common surgical procedure (20%), followed by circumcision (18%). General anesthesia with orotracheal intubation was the standard anesthetic technique (91%). The child's young age was the most common risk factor for preoperative anxiety (47%). The children presented a very high level of anxiety in 76% of cases at the anesthesia consultation and 90.3% of cases at the operating table installation. The psychological approach was the main tool for managing preoperative anxiety at the anesthesia consultation and installation on the operating table (99.11%).

Conclusion: Preoperative anxiety remains very high in African pediatric surgical settings. Its management must be part of a quality approach aimed at improving anesthetic safety, in an environment hostile to the practice of anesthesia.

Keywords: Preoperative anxiety, pediatric surgery, Sub-Saharan Africa.

Introduction

L'éventualité d'une intervention chirurgicale suscite

de nombreuses réactions qui dépendent de la nature des motifs médicaux, de l'âge et de l'expérience chirurgicale et anesthésique préalables [1]. L'anesthésie et la chirurgie restent des événements hautement anxiogènes pour un enfant et ses parents. Le concept d'anxiété préopératoire désigne une forme de malaise physique et psychologique dont les manifestations et l'intensité sont variables, et qui peut avoir un impact important sur les suites opératoires [1, 2, 3]. La prévalence de l'anxiété préopératoire varie selon les études de 40 à 60% [1, 3]. L'expression de cette anxiété, sa détection par le personnel anesthésiste, sa prise en charge et ses répercussions méritent une attention particulière dans la population chirurgicale pédiatrique des pays à ressources limitées. L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence de l'anxiété préopératoire chez l'enfant, d'identifier les facteurs de risque de cette anxiété préopératoire, et d'en décrire les moyens de gestion chez les enfants de 2 à 12 ans à l'hôpital central de Yaoundé.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de 4 mois allant du 03 Août au 03 Novembre 2020 à l'hôpital central de Yaoundé. Les patients d'âge compris entre 2 et 12 ans vus en consultation d'anesthésie pour une chirurgie électorale étaient inclus. Les patients présentant un trouble neuropsychiatrique étaient exclus de l'étude. Le niveau d'anxiété préopératoire était évalué par la m-YPAS (modified Yale Preoperative Anxiety Score). C'est une échelle d'hétéro-évaluation pour l'anxiété préopératoire des jeunes enfants (Figure 1). Les enfants étaient considérés comme très anxieux pour un score supérieur à 30. Le résultat de l'anxiété préopératoire était décrit comme une moyenne, avec un seuil fixé à plus de 30 points pour le score global du mYPAS. Le niveau d'anxiété de chaque enfant était évalué par l'anesthésiste à la consultation préanesthésique (CPA) et à l'installation sur table opératoire. Les facteurs de risque et les outils de gestion de l'anxiété préopératoire étaient identifiés et repertoriés aussi

bien à la CPA qu'à l'installation sur table opératoire. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Csprow version 7.3 et du logiciel Epi Info 7.0. Le test de khi deux était utilisé pour la comparaison des proportions avec une probabilité $p \leq 0,05$ retenue significative.

Résultats

Durant la période d'étude 146 patients ont été opérés en chirurgie pédiatrique, parmi lesquels 113 obéissaient aux critères d'inclusion. La moyenne d'âge de nos patients était de 6,23 ans $\pm 3,45$ avec des extrêmes allant de 2 à 12 ans. La tranche d'âge allant de 2 à 4 ans était la plus représentée. Le sex-ratio était de 1,75 en faveur du sexe masculin. L'orchidopexie était l'intervention chirurgicale la plus pratiquée (20%), suivie de la circoncision (18%) et de la herniorraphie inguinale (16%). L'anesthésie générale avec intubation orotrachéale était la technique anesthésique de référence (91%). L'anesthésie générale au masque facial était pratiquée dans 9% de cas. Le jeune âge de l'enfant était le facteur de risque d'anxiété le plus retrouvé (47%), suivi de la personnalité de l'enfant (40%), de la mauvaise expérience antérieure (8%) et de l'anxiété parentale (5%).

Les enfants présentaient un niveau d'anxiété élevé dans 76% de cas à la consultation d'anesthésie (Figure 2) et dans 90,3% de cas à l'installation sur table opératoire (Figure 3).

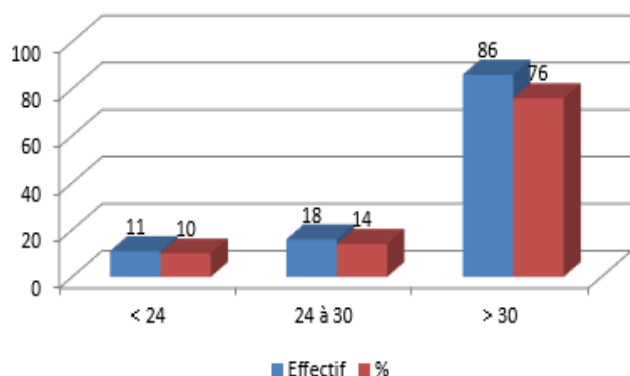


Figure 1 : Évaluation du niveau d'anxiété préopératoire à la consultation d'anesthésie.

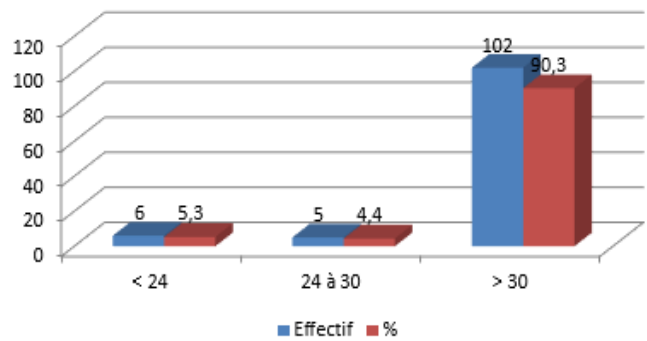


Figure 2 : Évaluation niveau d'anxiété préopératoire à l'installation sur table opératoire.

L'approche psychologique était l'unique stratégie de gestion de l'anxiété préopératoire à la consultation d'anesthésie. Les outils de gestion de l'anxiété préopératoire étaient la présence des parents (60%), la présence des parents associée aux moyens électroniques (35%) et la présence des parents associée au jeu thérapeutique (5%). Sur table opératoire, les moyens de gestion de l'anxiété préopératoire (Tableau II) étaient non-médicamenteux (99,11%) et reposaient principalement sur l'attitude d'assurance de l'anesthésiste associée au jeu thérapeutique (65,48%), sur le jeu thérapeutique (24,77%) et l'attitude d'assurance de l'anesthésiste (8,84%).

Tableau II : outils de gestion de l'anxiété préopératoire à l'installation sur table opératoire

Moyens de gestion	n	%
Moyens non médicamenteux	112	99,11
Attitude d'assurance de l'anesthésiste	10	8,84
Jeu thérapeutique		
Gant chirurgical gonflé	17	15,04
Jeu avec le stéthoscope	8	7,07
Moyens électroniques	3	2,65
Attitude d'assurance de l'anesthésiste + jeu thérapeutique	74	65,48
Moyens médicamenteux		
Midazolam IV	1	0,88

Il n'existe pas de corrélation significative entre le sexe et l'anxiété préopératoire, de même qu'entre le type de chirurgie et l'anxiété préopératoire dans cette tranche d'âge (OR=1,75 P value=0,22). À contrario,

il existe une corrélation significative entre l'âge et l'anxiété préopératoire à la consultation d'anesthésie (OR=0,12 P value=0,002)

Tableau III : Distribution de l'anxiété préopératoire en fonction de la catégorie d'âge

Variable	Anxiété préopératoire						OR	IC à 95 %	P value
	n=113	Oui		Non		P value			
		N	%	N	%				
Âge	[2 - 4]	50	49	48,04	1	9,09	0,12	0,0259-0,6169	0.002*
	[5 - 8]	28	25	24,51	3	27,27			
	[9 - 12]	35	28	27,45	7	63,64			
Sexe	Féminin	21	18	17,65	3	27,27	1,75*	0,4225-7,2489	0.22
	Masculin	92	84	82,35	8	72,73			

Discussion

La pratique de l'anesthésie pédiatrique dans les pays à ressources limitées est de plus en plus maîtrisée pour les patients classés ASA1 et ASA 2, malgré les moyens modestes mis à disposition. L'anesthésie et la chirurgie pédiatrique demeurent des situations hautement anxiogènes pour le futur opéré et son réseau de soutien. La prévalence de l'anxiété préopératoire dans la population pédiatrique varie selon les études entre 40 et 60% [1,3,4]. Dans notre série, la prévalence de l'anxiété préopératoire reste élevée : elle est de 76% à la consultation d'anesthésie et passe à 90,5% à l'installation du patient sur table opératoire. Cette prévalence élevée de l'anxiété préopératoire dans notre travail pourrait s'expliquer par le fait que le bureau de consultation d'anesthésie et l'environnement du bloc opératoire représentent un milieu inconnu et stressant pour l'enfant qui, est entouré de personnes qui lui sont étrangères. La séparation de l'enfant avec les parents dans la zone d'attente préopératoire expliquerait probablement l'augmentation vertigineuse de cette prévalence à l'installation sur table opératoire.

La moyenne d'âge de nos patients était de 6,23 ans \pm 3,45 avec des extrêmes allant de 2 à 12 ans. Le groupe d'âge allant de 2 à 4 ans était le plus représentée. Le sex-ratio était de 1,75 en faveur du sexe masculin. L'orchidopexie était l'intervention chirurgicale la plus pratiquée (20%), suivie de la circoncision

(18%) et de la herniorraphie inguinale (16%). L'anesthésie générale avec intubation orotrachéale était la technique anesthésique de référence (91%). Dans le travail effectué par Bengono Bengono et al en 2019 sur l'évaluation et la prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'adulte camerounais, La population d'étude était de 244 patients : 78% de sexe féminin et 22% de sexe masculin. L'âge moyen était de 40,13 \pm 15,9 ans [5]. Louise Amália de Moura et al retrouvent dans leurs travaux une prévalence d'enfants de sexe masculin, âgés de 7 à 12 ans [6]. La part importante occupée par la chirurgie urologique dominée par l'orchidopexie et la circoncision dans cette tranche d'âge pourrait expliquer la nette prédominance du sexe masculin dans notre série. L'anesthésie générale avec intubation trachéale offre la meilleure sécurité anesthésique dans la population pédiatrique justifiant ainsi le recours à cette technique anesthésique.

Le jeune âge de l'enfant était le facteur de risque d'anxiété le plus retrouvé (47%), suivi de la personnalité de l'enfant (40%), de la mauvaise expérience antérieure (8%) et de l'anxiété parentale (5%). Par ailleurs, Il n'existe pas de corrélation significative entre le sexe et l'anxiété préopératoire, de même qu'entre le type de chirurgie et l'anxiété préopératoire dans cette tranche d'âge (OR=1,75 P value=0,22). À contrario, il existe une corrélation significative entre l'âge et l'anxiété préopératoire à la

consultation d'anesthésie (OR=0,12 P value=0,002). Zeev N et al démontrent dans une étude portant sur cent soixante-trois enfants, âgés de 2 à 10 ans, qui ont subi une anesthésie générale et une chirurgie élective à partir d'un modèle de régression multiple ($R^2 = 0,58$, $F = 6,4$, $P = 0,007$) que les enfants plus âgés et les enfants de parents anxieux, qui ont reçu de faibles évaluations de l'émotivité, de l'activité, de la sociabilité et de l'impulsivité (EASI) pour l'activité, et avec des antécédents de consultations médicales de mauvaise qualité ont des niveaux plus élevés d'anxiété dans la zone d'attente préopératoire[8]. L'analyse des données de la littérature montre que l'anxiété préopératoire de l'enfant peut être liée à différents facteurs de risque, dont certains dépendent de l'enfant et d'autres de son entourage familial [3,7]. Les facteurs les plus incriminés sont l'âge jeune, la personnalité de l'enfant, la mauvaise expérience antérieure, le type de chirurgie et le mode de vie, l'anxiété des parents [2,3,7,10]. Les résultats de cette étude démontrent que de nombreux enfants qui attendent une chirurgie ambulatoire souffrent d'anxiété préopératoire. Dans la population pédiatrique, la maturité affective incomplète explique parfois le niveau d'anxiété. Avant la chirurgie, l'enfant a tendance à appréhender cet événement comme une menace. La prévalence contradictoire de l'anxiété préopératoire dans certaines études peut être liée à l'âge des enfants [7], instrument de mesure de l'anxiété [7,10], le manque d'informations sur l'opération à effectuer, la séparation de leurs parents [7,10,11] et expérience en matière de soins de santé [2,7,10]. Dans notre série, l'approche psychologique était le principal outil de gestion de l'anxiété préopératoire à la consultation d'anesthésie. Sur table opératoire, les moyens de gestion de l'anxiété préopératoire étaient essentiellement non-médicamenteux (99,11%) et reposaient principalement sur l'attitude d'assurance de l'anesthésiste associé au jeu thérapeutique (65,48%) suivi, du jeu thérapeutique (24,77%) et de l'attitude d'assurance de l'anesthésiste (8,84%). La prévention de l'anxiété préopératoire passe par une bonne approche psychologique ou non pharmacologique

du futur opéré lors de la CPA. Des programmes de préparation à l'hospitalisation permettent de diminuer l'anxiété préopératoire chez l'enfant [11,12,13]. Cette approche utilise des techniques de psychoéducation, de restriction cognitive ou d'apprentissage de la relaxation. D'autres approches plus spécifiques telles que l'hypnose, la sophrologie, la musicothérapie, les jeux vidéo, la distraction active et les masques à réalité virtuelle permettraient de diminuer l'anxiété préopératoire [9]. La présence des parents est remise en cause dans de nombreuses séries, bien que cela apporte une satisfaction parentale [9,11]. La présence d'un parent calme à l'induction diminue l'anxiété de son enfant [9]. Des programmes de préparations à la chirurgie intégrant les enfants et les parents sont à promouvoir dans la période préopératoire pour une approche globale de la procédure chirurgicale pédiatrique.

Conclusion

L'anxiété préopératoire peut favoriser la survenue de complications per et postopératoires graves. La prévalence de l'anxiété préopératoire demeure très élevée, en milieu chirurgical pédiatrique africain, surtout dans les pays pauvres. La recherche et la gestion de cette anxiété préopératoire est une démarche qualité qui doit s'inscrire dans le sens de l'amélioration de la sécurité anesthésique. Dans un environnement ou la pauvreté empêche aux patients de satisfaire leurs besoins de base, la gestion de l'anxiété préopératoire doit privilégier l'approche non-pharmacologique, avec des programmes de préparation intégrant l'enfant et leurs parents.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance**

Nga Nomo Serge Vivier

sergevivier@yahoo.fr

Disponible en ligne : 01 Avril 2021

- 1 : Service d'anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier d'Essos, Yaoundé, Cameroun
- 2 : Département de chirurgie et spécialités, ISTM, Yaoundé, Cameroun
- 3 : Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre hospitalier et universitaire, Yaoundé
- 4 : Service d'anesthésie-Réanimation, Hôpital régional de Maroua, Cameroun
- 5 : Département de chirurgie et spécialités, FMSB, Yaoundé, Cameroun

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Amouroux R, Rousseau-Salvador, Annequin D. L'anxiété préopératoire: manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Annales Médico-Psychologiques* 2010 ;168 :588- 92
- [2] Charana A, Tripsianis G, Matziou V, Vaos G, Iatrou C, Chloropoulou P. Preoperative Anxiety in Greek Children and Their Parents When Presenting for Routine Surgery. *Anesthesiol Res Pract.* 2018 Jul 2;2018:5135203. doi: 10.1155/2018/5135203
- [3] Christophe Dadure, Chrystelle Sola, Jérémie Castanié, Lucie Coruble. Gestion de l'anxiété périopératoire en anesthésie pédiatrique. Sfar-le congrès. Conférence d'actualisation, Paris, 2019.
- [4] Victoria A. Dreger, Thomas F. Tremback. Management of preoperative anxiety in children,. *AORN Journal*, Volume 84, Issue 5, 2006 : 777-804.
- [5] Bengono R. Bengono, F. Ntone, A.L. Amengle, E.L. Mendo, Mbengono J.A. Metogo et al. Evaluation et prise en charge de l'anxiété préopératoire chez l'adulte camerounais. *Revue de médecine et de pharmacie*, 9(2) ; 2019.
- [6] Louise Amália de Moura, Iohanna Maria Guimarães Dias, et Lilian Varanda Pereira. Prévalence et facteurs associés à l'anxiété préopératoire chez les enfants âgés de 5 à 12 ans. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016; 24: e2708. Publié en ligne

le 14 juin 2016 doi: 10.1590 / 1518-8345.0723.2708.

- [7] Luo R, Zuo Y, Liu HB, Pan Y. Postoperative behavioral changes in Chinese children undergoing hypospadias repair surgery: A prospective cohort study. *Paediatr Anaesth.* 2019;29(2):144-152.
- [8] Zeev N. Kain, Linda C. Mayes, Theresa Z. O'Connor, et al. Anxiété préopératoire chez les enfants : Prédicteurs et résultats. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996; 150 (12): 1238-1245. doi: 10.1001 / archpedi.1996.02170370016002
- [9] Brouh Y, Boukari Bawa M. Réduire l'anxiété préopératoire : une priorité dans la pratique anesthésiologique. *RAMUR* 2019 ;24 (3) :1-2.
- [10] Mohammad I. Ahmed, Maureen A. Farrell, Aatie Parrish, Aman Karla. Anxiété préopératoire chez les enfants Facteurs de risque et prise en charge non pharmacologique. *M.E.J. Anesth* 21 (2), 2011 : 153-170.
- [11] Kain ZN, Maclaren J, Mayes LC. Perioperative Behavior Stress in Children. In: Cote CJ, Lerman J, ID Todres, Eds. *A Practice of Anesthesia for Infants and Children.* Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2009, 26.
- [12] Kain ZN, Caldwell-Andrews AA. Preoperative psychological preparation of the child for surgery: an update. *Anesthesiol Clin North America* 2005 ; 23 : 597-14.
- [13] Bougouma C.T, Lankoandé M, Kabré Y, Baghyan M, Ki K.B et al. L'information médicale écrite préopératoire réduit l'anxiété des patients. *Etude prospective randomisée. Rev Afr anesthésiol med urgence.* 2019 ; 24 (3): 50-56.

Pour citer cet article :

S Nga Nomo, P Binyom, C Iroume, A Kuitchet, R Essomba G Chewa et al. Prévalence et gestion de l'anxiété préopératoire chez l'enfant en Afrique sub-saharienne : Expérience de l'hôpital central de Yaoundé. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 18-23



Article original

Evaluation de l'état bucco-dentaire des enfants dans les Jardins d'enfant les « Cigognes et Diane Séméga » de la commune V de Bamako

Assessment of the oral health of children in the “Cigognes et Diane Séméga” kindergartens
of the V commune of Bamako

O Diawara*^{1,6}, B Ba^{2,6}, M Ba^{2,6}, MB Coulibaly³, D Guette², A Niang^{4,6}, A Nimaga¹, M Koné², H Koita^{5,6},
A Kone¹, K Kayentao⁶, B Maiga⁶, S Coulibaly⁶

Résumé

Introduction : La santé bucco-dentaire peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'état bucco-dentaire dans le milieu préscolaire afin de connaître les besoins en messages éducatifs permettant ainsi de mieux orienter les stratégies d'approches du problème dans le milieu préscolaire.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive de type transversal basée sur l'observation de l'état bucco-dentaire des enfants préscolarisés dans les jardins d'enfants les « Cigognes » et « Diane Séméga » de la commune V du district de Bamako sur une période de 2 mois (Mai à Juin 2016).

Résultats : Le sexe masculin représentait 60,00% des cas. Les élèves âgés de 4 ans étaient les plus représentés avec 36,70% des cas, suivis des 3 ans (30,00%) avec des extrêmes allant de 2 à 6 ans. Les élèves qui se brossaient les dents étaient majoritaires 84,70% des cas et 70,87% des élèves avaient une mauvaise qualité de brossage. L'indice cao/d de notre population était de 2,20. L'absence de plaque dentaire a été constatée chez 18,00% des élèves.

Conclusion : La santé bucco-dentaire des enfants préscolarisés devrait être améliorée par un programme de prévention s'appuyant sur l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène alimentaire et le dépistage précoce de la carie.

Mots-clés : préscolaire, état bucco-dentaire, commune V, Bamako.

Abstract

Introduction: Oral health can affect the functional, psychological and social dimensions of child well-being. The objective of this work was to assess the oral health in the preschool environment in order to know the needs for educational messages thus allowing to better orient the strategies for approaching the problem in the preschool environment.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study based on the observation of the oral health of preschool children in the “Cigognes” and “Diane Séméga” kindergartens of commune V of the Bamako district over a period of 2 months (May to June 2016). **Results:** The male sex represented 60.00% of cases. Students aged 4 were the most represented with 36.70% of cases, followed by 3 years (30.00%) with

extremes ranging from 2 to 6 years. Students brushing their teeth were in the majority 84.70% of cases and 70.87% of students had poor brushing quality. Our population's *cao / d* index was 2.20. The absence of dental plaque was seen in 18.00% of the students.

Conclusion: The oral health of preschool children should be improved through a prevention program based on oral hygiene, food hygiene and early detection of cavities.

Keywords: preschool, oral health, commune V, Bamako.

Introduction

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé globale des enfants (1). Elle peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant (1). Les affections bucco-dentaires ont une incidence et une prévalence élevées et font parties des maladies les plus répandues dans le monde, elles touchent toutes les tranches d'âge (2). Les caries en constituent selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le 4ème fléau mondial après les maladies cardiovasculaires, les cancers et le Sida (3,4). A l'instar de la santé globale, la santé bucco-dentaire est fortement influencée par la situation socioéconomique. Une étude canadienne a démontré que le taux de caries des enfants des familles aux revenus plus faibles est deux fois et demie plus élevée que ceux des familles aux revenus plus élevés (1). Les affections bucco-dentaires touchent aussi bien les dents permanentes que temporaires (5-8).

La carie des dents temporaires est communément appelée : carie de petite enfance (CPE) qui a été définie par l'académie américaine de pédiatrie en 2004 comme étant la présence d'au moins une dent cariée, absente ou obturée sur une dent primaire d'un enfant âgé entre 0 et 71 mois (5-8). La CPE peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant. La douleur bucco-dentaire a des effets dévastateurs

sur les enfants, y compris la perte de sommeil, le retard de croissance, les troubles du comportement et les retards d'apprentissage (5-8). Les troubles dentaires s'associent à une diminution importante de l'assiduité scolaire et des jours de travail des parents. Des données probantes récentes relient les maladies bucco-dentaires à d'autres problèmes de santé tels qu'un faible poids à la naissance, une naissance prématurée et une carence en fer (8,9). La carie dentaire est un problème de santé publique important. D'après les centres for Disease Control and Prévention des Etats- Unis, la carie dentaire est la principale maladie infantile chronique, cinq fois plus courante que l'asthme chez les enfants (8). L'enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2010 signale que 57% des enfants canadiens de six à 11 ans ont eu des caries, pour une moyenne de 2,5 dents atteintes. Le taux de caries augmente chez les enfants de deux à quatre ans (9).

Au Mali, rares sont les études qui font état de la prévalence de la carie et ses déterminants à l'âge préscolaire. Un état des lieux de l'état bucco-dentaire dans ce milieu préscolaire s'avère nécessaire pour pouvoir déterminer l'impact de ce fléau à cet âge ainsi que les facteurs de risque. Nous avons mené cette étude pour évaluer l'état bucco-dentaire des enfants préscolarisés dans les jardins d'enfant les « Cigognes et Diane Séméga » de la commune V de Bamako en vue de déterminer les besoins en messages éducatifs permettant ainsi de mieux orienter les stratégies d'approches du problème dans le milieu préscolaire.

Méthodologie

L'étude s'est effectuée dans les jardins d'enfants les « Cigognes » et « Diane Séméga » de la commune V du District de Bamako du Mali. Il s'agissait d'une étude descriptive de type transversal basée sur l'observation de l'état bucco-dentaire des enfants préscolarisés sur une période de 2 mois (de Mai à Juin 2016).

Le recrutement était exhaustif de tous les enfants préscolarisés éligibles dans ces jardins d'enfants ayant

accepté de répondre au questionnaire et d'être examiné. Ont été inclus dans cette étude, tout préscolaire âgé de 2 à 6 ans inscrit dans les établissements concernés et ayant accepté de répondre au questionnaire et d'être examiné. Non pas été inclus de cette étude, tout préscolaire inscrit dans les établissements concernés, n'ayant pas accepté de répondre au questionnaire et d'être examiné.

Les données ont été collectées à travers les registres de classes et les fiches d'enquête. Les variables étudiées étaient : l'âge, et le sexe, l'occupation des parents, le nombre et période des repas, les aliments consommés en dehors des repas, mode de vie, la fréquence des pathologies buccodentaires, les instruments de brossage, la fréquence et la durée de brossage ; l'hygiène bucco-dentaire, l'état dentaire.

La participation à l'étude a été entièrement volontaire. Aucun des sujets refusant de participer à l'étude n'a été inclus. Tous les sujets qui avaient participé à l'étude avaient reçu une information détaillée sur les objectifs et les modalités de l'étude. Les sujets ont bénéficié de la gratuité de la consultation bucco-dentaire et des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire. Toutes les précautions nécessaires (l'anonymat) ont été prises pour assurer le respect des droits et liberté des personnes à l'étude.

L'analyse des données a été faite grâce au logiciel EPI info version 3.5.3, les tableaux ont été réalisés à partir du logiciel Microsoft Excel 2007, et la saisie grâce au logiciel Microsoft Word 2007.

Limite de l'étude :

Nous avons été confrontés à certains biais au cours de l'étude, dont :

Un biais de sélection :

- Lors du déroulement de l'étude, avec les perdus de vue ;
- Lors de l'analyse, avec les problèmes de comparabilités, avec des enfants venant des différents milieux socio-économiques ;

Un biais de classement :

- Biais de mémorisation ;
- Biais de minimisation (culpabilité).

Résultats

Le sexe masculin représentait 60,00% des cas pour un sex ratio égal à 1,5 (tableau I). Les élèves âgés de 4 ans étaient les plus représentés avec 36,70% des cas, suivis des élèves de 3 ans (30,00%), avec des extrêmes allant de 2 à 6 ans (tableau I).

Les pères de ces enfants étaient surtout des commerçants et agent de l'Etat respectivement dans 31,00% des cas et 20% des cas, alors que les mères au foyer étaient majoritaires avec 80,67% des cas.

Les élèves ayant un nombre de prise de repas quotidien inférieur ou égal à 3 étaient les plus représentés avec 65,33 % des cas (tableau II).

Les élèves qui se brossaient les dents étaient majoritaires dans 84,70% des cas parmi lesquels 61,42 % des cas se brossaient les dents une fois par jour. La majorité des élèves avaient une mauvaise qualité de brossage soit 70,87 % des cas (tableau III).

Distribution des dents selon l'indice cao/d

Au cours de notre étude la variable « absente » était de 5 dents tandis que la composante « obturée » était de 4 dents et la composante « cariée » comptait 331 dents.

L'indice cao/d de notre population était de 2,20.

Les élèves avaient une mobilité dentaire dans 47,33 % des cas. La dyschromie dentaire a été observée chez 46,70% des élèves (figure I). L'abrasion dentaire a été observée chez 48,70% des élèves. L'absence de plaque dentaire a été constatée chez 18,00% des élèves. Le saignement spontané avait été retrouvé chez 20 élèves soit 23,26% des cas. L'absence de plaque dentaire a été constatée chez 18,00% des élèves. Aucune affection buccale n'a été observée chez 98,00% des élèves.

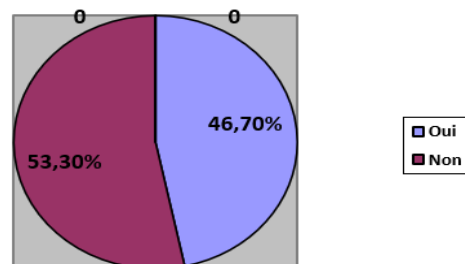


Figure 1 : Distribution de l'effectif des élèves en fonction de la dyschromie dentaire

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

	Effectif	Fréquence (%)
Sexe		
Masculin	90	60,00
Féminin	60	40,00
Age		
2 ans	12	8,00
3 ans	45	30,00
4 ans	55	36,70
5 ans	37	24,70
6 ans	1	0,70

Tableau II : Distribution de l'effectif des élèves en fonction du nombre de prise de repas quotidien

Nombre de repas	Effectif	Fréquence (%)
≤ à 3 prises	98	65,33
4 à 6 prises	37	24,67
> à 6 prises	15	10,00
Total	150	100,00

Tableau III : Distribution de l'effectif des élèves en fonction de la qualité du brossage des dents

Qualité du Brossage	Effectif	Fréquence %
Bonne	37	29,13
Mauvaise	90	70,87
Total	127	100,00

Discussion

Le sexe masculin représentait 60% des cas avec un sex ratio égal à 1,5. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que les parents accordent plus d'intérêt à la scolarisation des garçons par rapport aux filles. Nos résultats étaient supérieurs à ceux de Samir M et Imane J qui avaient trouvé dans leur étude réalisée au Maroc 53% de garçons (10) et à celui de Sané D qui dans son étude à Ziguinchor au Sénégal avait obtenu 43% de garçons (11). Alors que Tamba-Fall A et al avaient trouvé 60% pour les filles et 40% des garçons soit un sex ratio de 0,66 dans une étude effectuée au Sénégal (12) et Shaghaghian S et al avaient trouvé 49% pour les filles (13).

Les enfants âgés de 4 ans ont été les plus représentés avec 36,7% des cas. Cet âge reflète le caractère précoce des CPE. Nos résultats étaient inférieurs à

ceux de Samir M et Imane J qui ont trouvé 48,1% pour les 4 ans (10) et de ceux de Tamba-Fall A et al avec 45% de sujets âgés de 4 ans (12).

L'occupation des parents d'enfants préscolarisés a été dans la majorité des cas femme au foyer pour les mères dans 80,67% des cas, alors que les pères étaient commerçants et agent de l'Etat dans respectivement 31% des cas et 20% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la disponibilité des moyens financiers de ces pères pour assurer les frais d'instruction de leurs enfants. Tandis que le niveau socioéconomique des parents avait révélé que 45% des pères étaient ouvriers et 67,5% des mères sans profession selon Tamba-Fall A (12).

Les élèves qui se brossaient les dents étaient majoritaires dans 84,70% des cas parmi lesquels 61,42 % des cas se brossaient les dents une fois par jour. Les élèves qui avaient une mauvaise qualité de brossage étaient de 70,87%. Ce comportement pourrait exposer ces enfants à une mauvaise hygiène bucco-dentaire voire des pathologies bucco-dentaires. Notre résultat était supérieur à celui de Tamba-Fall A et al avec 72,5% des enfants qui se brossaient les dents (12). Cependant Shaghaghian S et al avaient eu 75% des enfants se faisaient brosser les dents une fois par jour ou plus (13).

Les élèves ayant une prise de repas quotidien inférieur ou égal à 3 ont été les plus représentés avec 65,33% des cas. Cela pourrait s'expliquer que ces enfants déjà à ces âges utilisaient le rythme de restauration quotidienne des adultes. Mais Tamba-Fall A et al avaient trouvé que tous les enfants avaient une fréquence d'ingestion d'aliments sucrés de plus de 3 fois par jour en plus de l'allaitement (12).

La mobilité dentaire et la dyschromie dentaire ont été constatées respectivement dans 47,35%, et 46,70 des cas. L'abrasion dentaire a été observée chez 48,70% des élèves.

L'absence de plaque dentaire a été constatée chez 18,00% des élèves et une mince couche de plaque dentaire entre 0,1 et 0,9 mm a été constatée chez 39,33% des élèves. L'accumulation importante de plaque dentaire entre 2 et 3 mm a été constatée dans

30,00% des cas. Cela pourrait s'expliquer que ces élèves ne se brossaient pas les dents suffisamment. Tandis que Sané D dans son étude notifiait un dépôt de plaque dentaire chez 11,11% des enfants de 2 à 3 ans, chez 36,11% des enfants de 3 à 4 ans et chez 52,78% des enfants de 4 à 5 ans (11).

Le saignement spontané avait été retrouvé chez 20 élèves soit 23,26% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la forte prévalence induite par la mauvaise qualité de brossage.

Aucune affection buccale n'a été observée dans 98,00% des cas. Alors que dans l'étude de Sané D 14,28% des enfants présentaient une atteinte de la muqueuse buccale qui serait dû à une malnutrition proteino-calorique (11).

La prévalence de l'atteinte carieuse était de 48,7%. Alors qu'elle était à 60,6% et 51,6% dans respectivement une étude réalisée en Mauritanie par Amadou S et de C Villaumé et al (14, 15), des valeurs supérieures à celles de notre étude. Par contre Mpassi-Mouba A et Sowole A et al avaient trouvé un résultat inférieur au notre avec une prévalence respective de 14% pour des enfants âgés de 3 à 5 ans au Congo et 10% (16, 17). Mais les résultats cliniques de Butera S montraient que seuls 40% des enfants examinés avaient une dentition totalement exempte de caries (18). Cependant Berkowitz RJ pensait que les enfants défavorisés peu importaient leur race, leur ethnicité ou leur culture, étaient les plus vulnérables à la carie de petite enfance (19).

L'indice cao/d moyen était de 2,20 dans notre étude. Ce résultat était du niveau bas. Il était à 2,4 et 2,05 ± 2,73 respectivement pour Sané D et Villaumé C (11, 15), des résultats similaires au notre. Par contre Amadou S et Sembene NM avaient trouvé des résultats supérieurs au notre avec respectivement 4,6 et 3,5 d'indice cao (14, 20).

Conclusion

Ces résultats montrent que la santé bucco-dentaire des enfants préscolarisés devrait être améliorée. Ainsi, nous pensons que pour participer à la résolution des

problèmes de santé bucco-dentaire de cette population, il nous paraît nécessaire d'établir un programme de prévention s'appuyant sur l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène alimentaire et le dépistage précoce.

L'enfant doit acquérir un comportement sain vis à vis de sa santé bucco-dentaire comme pour le reste du corps et ce, par l'apprentissage correct régulier du brossage dentaire. L'hygiène alimentaire consiste à corriger les mauvaises habitudes alimentaires et à développer des conseils visant à écarter les aliments les plus cariogènes tout en favorisant une alimentation équilibrée. La carie du premier degré ne peut être détectée que par le chirurgien-dentiste. C'est à ce stade qu'il faut intervenir car le traitement est indolore et beaucoup moins coûteux.

*Correspondance

Ousseynou Diawara

usseynou@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

- 1 : Service de Parodontologie CHU-CNOS
- 2 : Service de chirurgie buccale CHU-CNOS
- 3 : Centre de Santé Communautaire de Konobougou Segou
- 4 : Service de Pédodontie CHU-CNOS
- 5 : Service de chirurgie maxillo-faciale CHUCNOS
- 6 : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Rowan-Legg A, Cummings C, Gander S, Grueger B, Pancer LB, Rowan-Legg A et al. Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action. *Paediatr Child Health* 2013 ; 18(1) : 44–50.

- [2] WHO/NMH/NPH/ORH/0302 : Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003.
- [3] Koko J, Ategho S, Ateba Ngoa U, Mousavou M. Etude épidémiologique de la carie dentaire en milieu scolaire à Libreville, Gabon. *Clin Mother Child Health* 2009 ; (2) : 1065-73.
- [4] Lo CM, Faye D, Gaye F, Cissé D, Yam AA. Etude de la carie dentaire dans les écoles primaires publiques dépendant du centre de sante nabil choucair de Dakar Sénégal. *Odonto-Stomatologie Tropicale* 2001 ; 96 : 10-12.
- [5] Acs G, Lodolini G, Karminsky S, Cisneros G. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr dent* 1992; 14(5).
- [6] Acs G, Shulman R, NG Nw, Chussid S. The effect of dentalrehabilitation on the body weight of children withearly childhood caries. *Pediatr dent* 1999; 21(2): 109-13
- [7] Johsen D C, Gerstenmaier Jh, Disantis Ta, Berkowitz RJ. Susceptibility of nursing-caries children to future approximal molar decay. *Pediatr dent* 1986(3); 8 (3): 168-70.
- [8] Low W, Tan S, Scharwtz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr dent* 1999; 21(6): 325-6.
- [9] Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4 year- old children on Recife, pernambuco, Brazil. *Cad saude publica* 2005; 21(5): 1550-6.
- [10] Samir M, Imane J. Prévalence de la carie et ses déterminants en âge préscolaire à la ville de Kenitra. Mémoire de fin d'études, Ecole Nationale de Santé Publique Maroc 2011-2013.
- [11] Sane D. Etude de l'état de santé bucco-dentaire de l'enfant d'âge préscolaire de la région de Ziguinchor (Senegal). *These Chir. Dent., Dakar*, 1998, n°1.
- [12] Tamba-Fall A, Diouf-Gaye NG, Diaw O, Kane AW, Dieng SD, Diop F et al. Carie précoce de l'enfance : étude de cas chez une population Sénégalaise. *Rev. Iv. Odonto-Stomatol* 2012 ; 14 : 75-84.
- [13] Shaghaghian S, Bahmani M, Amin M. Impact of oral hygiene on oral health-related quality of life of preschool children. *International Journal of Dental Hygiene* 2015 ; 13(3) : 192–198.
- [14] Amadou S. Etude de la carie dentaire chez les enfants des écoles maternelles de Nouakchott (Mauritanie). Thèse de chirurgie dentaire, Université Cheick Anta Diop de Dakar (Sénégal) – 2006 N° 28.
- [15] Villaumé C, Litovsky B, Witzzak I, Roché E, Vernet J, Regimbaud H et al. Pratiques et Organisation des soins 2010 ; 4 (41) ; 303-311.
- [16] Mpassi-Mouba A. Contribution à l'étude de la pathologie dentaire et peri-dentaire en milieu préscolaire public brazzavilloise (Congo) (A Propos de 790 enfants âgés de 3 a 5 ans). *These chir. Dentaire, Dakar*, 2001; n°30.
- [17] Sowole A, Sote E, Folayan M. Dental caries pattern and predisposing oral hygiene related factors in Nigerian preschool children. *European Archives of Paediatric Dentistry* 2007 ; 8 : 206–210.
- [18] Butera S, Baehni PC. Santé dentaire d'une population préscolaire à Genève. *Acta Med Dent Helv* 1998 ; 3 : 1-6.
- [19] Berkowitz RJ. Causes, traitement et prévention de la carie de la petite enfance : perspective microbiologique. *Journal de l'Association dentaire canadienne* 2003 ; 69 : 304-307.
- [20] Sembene NM. Etat de santé bucco-dentaire des enfants des cases des tout-petits et connaissances des parents et des enseignants en hygiène préventive (Dakar). *Thèse Chir. Dent., Dakar*, 2003, n°26 : 68-69.

Pour citer cet article :

O Diawara, B Ba, M Ba, MB Coulibaly, D Guette, A Niang et al. Evaluation de l'état bucco-dentaire des enfants dans les Jardins d'enfant les « Cigognes et Diane Séméga » de la commune V de Bamako. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 24-29



Article original

Enquête sur les facteurs de risque cardio-vasculaire en milieu scolaire dans la communauté urbaine de Niamey (Classes de terminale)

Survey on cardiovascular risk factors in schools in the urban community of Niamey (Terminal classes)

H Idrissa¹, H Habibou¹, AM Maliki*¹, H Bako¹, FM Nouhou¹

Résumé

Introduction : Les pays en développement ont connu au cours des dernières décennies une transition épidémiologique caractérisée par une progression importante et régulière des maladies non transmissibles (MNT) dont les maladies cardiovasculaires (MCV) liée à l'émergence et au développement des facteurs de risque cardiovasculaire. Niger en particulier, les différentes études sur les facteurs de risque sont surtout hospitalières et individuelles et aucune étude épidémiologique n'a concerné les facteurs de risque cardiovasculaire en milieu scolaire.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée dans quelques établissements scolaires de la communauté urbaine de Niamey sur une période de 40 jours, allant du 16 Mai 2018 au 23 Juin 2018. Elle a concerné tous les élèves de tout âge en classe de terminales tirées au sort. Les aspects épidémiologiques et les différents facteurs de risque cardiovasculaire ont été étudiés. Les données ont été saisies et traitées par les logiciels Microsoft office Word 2010 et Microsoft office Excel 2010, EPI INFO 3.5.4. 2012.

Résultat : Au cours cette étude nous avons colligé 1061 élèves. On notait une prédominance du sexe

féminin de 52,1% (N=553) avec sexe ratio à 0,92. La moyenne d'âge était de 20,32 ans avec des extrêmes allant de 16 ans et 28 ans. La tranche d'âge comprise entre 20-25 ans était la plus représentée avec 63,2% (N=871). Les facteurs de risque cardiovasculaire retrouvés étaient l'hypertension artérielle (18,6%, N=198), le diabète (0,7%, N=7), l'obésité (3,1%, N=33), le surpoids (9,1%, N=97), l'obésité androïde (4,9%, N=27) uniquement chez les filles, le tabagisme (8,3%, N=88), la consommation d'alcool (2%, N=21) et la sédentarité (55,1%, N=585). Chez 16,1% des enquêtés il existait au moins l'association de 3 facteurs de risque cardiovasculaire (N=171). Nous avons noté des antécédents familiaux d'HTA (45,1%), de diabète (29,2%), de dyslipidémie (6,4%), d'IDM (7,1%), d'AVC (11,1%) et de mort subite de (8,9%).

Mots-clés : Facteurs de risque, milieu scolaire, communauté urbaine, Niamey.

Abstract

Introduction: Developing countries have experienced in recent decades an epidemiological transition characterized by a significant and regular progression of non-communicable diseases (NCDs) including cardiovascular diseases (CVD) linked to the

emergence and development of cardiovascular risk factors. Niger in particular, the various studies on risk factors are mainly hospital and individual and no epidemiological study has concerned cardiovascular risk factors in schools.

Methodology: This is a prospective, descriptive and analytical study carried out in a few schools in the urban community of Niamey over a period of 40 days, from May 16, 2018 to June 23, 2018. It concerned all students of any age in final year class drawn at random. The epidemiological aspects and the various cardiovascular risk factors have been studied. The data were entered and processed by Microsoft office Word 2010 and Microsoft office Excel 2010 software, EPI INFO 3.5.4. 2012.

Result: During this study we collected 1061 students. There was a predominance of the female sex of 52.1% (N = 553) with a sex ratio of 0.92. The average age was 20.32 years with extremes ranging from 16 years to 28 years. The age group between 20-25 years was the most represented with 63.2% (N = 871). The cardiovascular risk factors found were arterial hypertension (18.6%, N = 198), diabetes (0.7%, N = 7), obesity (3.1%, N = 33), overweight (9.1%, N = 97), android obesity (4.9%, N = 27) only in girls, smoking (8.3%, N = 88), alcohol consumption (2%, N = 21) and sedentary lifestyle (55.1%, N = 585). In 16.1% of the respondents there was at least the association of 3 cardiovascular risk factors (N = 171). We noted a family history of hypertension (45.1%), diabetes (29.2%), dyslipidemia (6.4%), MI (7.1%), stroke (11, 1%) and sudden death (8.9%).

Keywords: Risk factors, school environment, urban community, Niamey.

Introduction

Les pays en développement ont connu au cours des dernières décennies une transition épidémiologique caractérisée par une progression importante et régulière des maladies non transmissibles (MNT) dont les maladies cardiovasculaires (MCV). Bien que les

statistiques s'appuient sur les données fragmentaires hospitalières pour la plupart des cas, elles montrent, qu'en Afrique subsaharienne, la mortalité par maladie cardiovasculaire représente 22% de la mortalité générale [1]. Au Niger les MCV représentent la 3e cause de mortalité avec 13.3% des cas dont 32.3% d'hypertension artérielle (HTA). La progression des maladies cardiovasculaires est liée à l'émergence et au développement facteurs de risque cardiovasculaire. Ces facteurs ont été identifiés par de nombreuses études : (Framingham, MRFIT, PROCAM, et l'étude prospective parisienne) [2, 3, 4]. Selon leur degré d'implication dans le développement des maladies cardiovasculaires, les principaux facteurs de risque sont : l'HTA, le diabète, le tabac, les dyslipidémies, l'obésité et la sédentarité.

L'urbanisation progressive et l'adoption d'un mode de vie occidentale ont contribué à la charge croissante des MCV dans le monde en développement [2, 4]. La détermination et la prise en charge des facteurs de risque permettent d'empêcher sinon de retarder l'apparition de certaines maladies [5].

En Afrique en général et au Niger en particulier, les différentes études sur les facteurs de risque sont surtout hospitalières et individuelles. Au Niger, aucune étude épidémiologique à notre connaissance, n'a concerné les facteurs de risque cardiovasculaire en milieu scolaire. C'est ainsi que nous avons entrepris cette étude en milieu scolaire dans la communauté urbaine de Niamey (classes de terminales), tranche d'âge de la société souvent laissée à elle-même et en phase de transition de l'adolescence à l'âge adulte, afin d'aboutir à la prévention et à la prise en charge précoce des maladies cardiovasculaires.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique réalisée dans quelques établissements scolaires de la communauté urbaine de Niamey sur une période de 40 jours, allant du 16 Mai 2018 au 23 Juin 2018. Elle a concerné tous les élèves de tout âge en classe de terminales tirées au sort. Les aspects

épidémiologiques, les différents facteurs de risque cardiovasculaire et les antécédents familiaux ont été étudiés. Les données ont été saisies et traitées par les logiciels Microsoft office Word 2010 et Microsoft office Excel 2010, EPI INFO 3.5.4. 2012.

Résultats

Au cours de cette étude nous avons colligé 1061 élèves. On notait une prédominance du sexe féminin de 52,1% (N=553) avec sexe ratio à 0,92. La moyenne d'âge était de 20,32 ans avec des extrêmes allant de 16 ans et 28 ans. La tranche d'âge comprise entre 20-25 ans était la plus représentée avec 63,2% (N=871). L'ethnie Zarma était la plus représentée avec 44,2% des cas et les célibataires étaient majoritaires avec dans 96,1% des cas.

La sédentarité était le facteur de risque le plus fréquent dans (55,1%, N=585) et une activité physique était pratiquée par 44,9% (N=476) des enquêtés. L'activité « courir » était la plus pratiquée (Tableau I).

L'hypertension artérielle constitue le deuxième facteur de risque le plus fréquent dans 18,6% des cas, et 0,7% étaient diabétiques.

La consommation du tabac était faible chez nos enquêtés 8,3% (N=88), la chicha était la forme du tabac la plus utilisée avec 60,2% et cette consommation était débutée dans la majorité des cas (79%) entre 15 et 20 ans (Tableau II).

La consommation d'alcool dans notre étude était très faible 2% (N=21) et le type de boisson alcoolisée consommée était la bière dans 66,7% avec en moyen 2 à 3 verres par jour.

Selon l'IMC, 3,1% (N=32) de nos enquêtés étaient obèses, 9,1% (N=97) avaient un surpoids et l'obésité androïde était notée chez 4,9% uniquement chez les filles. Le tour de taille était anormal chez 4,9% (N=27) de nos enquêtés de sexe féminin.

La consommation des fruits et légumes était respectivement de 41,9% (N=444) et de 44,2% (N=469) et celle-ci était quotidienne chez la majorité des individus qui en consomment.

Chez 16,1% des enquêtés il existait au moins

l'association de 3 facteurs de risque cardiovasculaire (N=171). (Tableau III). Il ressort de nos résultats que seulement 1% (N=11) des enquêtés se savaient hypertendu, 0,7% (N=7) se connaissaient diabétique et 1,7% (N=18) avaient une dyslipidémie connue.

Nous avons noté des antécédents familiaux d'HTA (45,1%), de diabète (29,2%), de dyslipidémie (6,4%), d'IDM (7,1%), d'AVC (11,1%) et de mort subite de (8,9%). (Tableau IV).

L'analyse bi variée des résultats a permis de mettre en évidence une corrélation significative entre l'obésité et l'HTA ($p < 10^{-2}$) ; entre la sédentarité et l'HTA ($p = 0,02$) et entre le sexe et l'HTA ($p < 10^{-2}$). Par contre la consommation du tabac et de l'alcool n'a pas d'influence sur le profil tensionnel de nos enquêtés ($p = 0,24$ et $0,89$).

Tableau I : Répartition des enquêtés selon le type d'activité pratiquée.

Type de sport	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Courir	216	45,4
Soulever des poids	6	1,3
Marcher rapidement	46	9,7
Nager	3	0,6
Faire du vélo	6	1,3
Jouer au ballon	73	15,3
Autres*	37	7,7
ND	89	18,7
Total	476	100

Tableau II : Répartition selon l'âge de début du tabagisme.

Age de début de consommation (ans)	Nombre de cas	Pourcentage (%)
< 15	6	14
15 – 20	34	79
> 20	3	7
Total	43	100

Tableau III : Répartition des enquêtés en fonction de nombre de facteurs de risque cardiovasculaire par personne.

Nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire par personne	Nombre de cas	Pourcentage (%)
0 FDRCV	138	13
1 FDRCV	367	34,6
2 FDRCV	385	36,3
≥ 3 FDRCV	171	16,1
Total	1061	100

Tableau IV : Répartition des enquêtés en fonction des antécédents familiaux

ATCD familiaux	Nombre de cas	Pourcentage (%)
HTA	479	45,1
Diabète	310	29,2
Dyslipidémie	68	6,4
Syndrome coronarien	75	7,1
AVC	118	11,1
Mort subite	94	8,9

Discussion

Dans notre étude, on notait une prédominance du sexe féminin de 52,1% (N=553) avec sexe ratio à 0,92. Lemogoum Daniel et al. [6] ont noté également une prédominance féminine (54% de filles contre 46% de garçons, sexe ratio de 0,85). Cette prédominance féminine est notée dans d'autres études africaines [7, 8]. Elle s'explique par la prédominance féminine dans la population générale de la communauté urbaine de Niamey (50,22% en 2015 selon INS/MEF) d'une part et la promotion de la scolarisation de la jeune fille d'autre part.

La moyenne d'âge était de 20,32 ans avec des extrêmes allant de 16 ans et 28 ans. La tranche d'âge comprise entre 20-25 ans était la plus représentée avec 63,2% (N=871)

OUEDRAOGO Djénéba [6] et Salif SANKARA [9] au Burkina Faso avaient rapporté un âge moyen plus bas respectivement de 13,79 (extrêmes de 4 ans et 28 ans) et 13,67 ans± 4,51 (extrêmes de 5 ans et 28ans). Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est intéressé aux élèves de classes de terminales et dans la plupart des établissements

scolaires, les inscriptions aux classes de CI ne sont autorisées qu'à partir de 6-7ans. L'ethnie Zarma était la plus représentée avec 44,2% des cas. Ce constat pourrait s'expliquer par la prédominance en nombre de cette ethnie par rapport aux autres dans la communauté urbaine de Niamey.

L'hypertension artérielle constitue le deuxième facteur de risque le plus fréquent dans des cas. Cette étude révèle une prévalence élevée de l'HTA 18,6% qui constitue le deuxième facteur de risque après la sédentarité chez les élèves nigériens en classes de terminale. Fait important, l'HTA est favorisée chez ce groupe de jeunes principalement par le tabagisme et dans une moindre mesure par l'abus d'alcool. La pratique de l'activité physique régulière tend à réduire le risque d'HTA au sein de notre population. Comme notée dans une étude réalisée en Bangui en 2012 [10], une activité sportive à type de jogging est pratiquée par 45% de nos enquêtés. La majorité de nos enquêtés ne pratiquent aucune activité sportive et selon l'analyse bi variée de nos résultats, la sédentarité influence de manière significative la pression artérielle (p=0,02).

La prévalence de l'HTA retrouvée dans notre étude est beaucoup plus élevée que celle observée chez les enfants et adolescents dans pays développés oscillant entre 1% et 15% selon les séries [11, 12]. Elle est également supérieure à la prévalence moyenne d'HTA estimée à 9,5%, rapportée chez adolescents Africains d'âges comparables (13-19 ans) par la plus grande méta-analyse sur l'HTA juvénile en Afrique mentionnée plus haut [13].

Cette prévalence est proche de celui de Lemogoum Daniel et al. [6] qui avaient rapporté une prévalence de l'HTA de 17,9% dans l'ensemble de la population étudiée.

La consommation du tabac représente un taux de 8,3% soit 88 enquêtés avec 43 consommateurs quotidiens (48,9% des consommateurs). La Chicha constitue la forme de tabac la mieux consommée avec 60,2% suivi de la Cigarette avec 36,4%. L'âge moyen de début de consommation du tabac est de 17,38 ans avec des extrêmes allant de 12 et 23 ans. Cette consommation de tabac dans notre étude paraît

faible comparativement à certaines études de la sous-région qui est de l'ordre de 11-20% [14, 15]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait la consommation du tabac est mal vu dans notre société surtout chez les jeunes. C'est qui fait que ces derniers avouent peu leur consommation.

La consommation de l'alcool est très faible dans notre étude 2% par rapport aux taux retrouvés dans une population identique de la nôtre de la sous-région [16, 17]. Cet état de fait s'expliquerait par la région musulmane (prohibition de la consommation d'alcool) et la culture nigérienne.

L'obésité selon l'IMC retrouvée dans notre étude était de 3,1%. Le surpoids représentait un taux de 9,1% des cas et l'obésité abdominale dans 4,9% des cas. Notre résultat est cependant inférieur à celui retrouvé en Côte d'Ivoire en 2012 [18] dans une étude similaire, et largement supérieur à celui de OUEDRAOGO Djénéba [6] qui avait rapporté un excès pondéral dans 1,90 % et l'obésité dans 0,27 % des cas. D'après une méta-analyse réalisée sur des études prospectives dans la région Asie-Pacifique, l'élévation de l'IMC est un important facteur de risque de maladie cardiovasculaire [19]. De même, une autre méta analyse montre que le surpoids et l'obésité sont associés à l'incidence de plusieurs comorbidités incluant le diabète de type 2 et les maladies cardio-vasculaires [20].

L'analyse bi variée des résultats a permis de mettre en évidence une corrélation significative entre l'obésité et l'HTA ($p < 10^{-2}$) ; entre la sédentarité et l'HTA ($p = 0,02$) et entre le sexe et l'HTA ($p < 10^{-2}$). Notre observation corrobore avec les données actuelles de la littérature imputant l'HTA chez les adolescents principalement au surpoids et à l'obésité [21, 13, 22].

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence l'ampleur des différents facteurs de risque cardio-vasculaire en milieu scolaire dans la communauté urbaine de Niamey. Et, ce sont surtout des facteurs de risque modifiables à savoir la sédentarité, l'hypertension

artérielle, le surpoids et l'obésité qui prédominent dans ce milieu d'où l'importance d'un programme d'information, d'éducation pour un changement de comportement et des mentalités. Il faut donc organiser des campagnes de dépistage précoce des FDRCV dans la population en général et en milieu scolaire en particulier afin d'éviter l'apparition des maladies cardiovasculaires et leurs complications.

***Correspondance**

Maliki Abdoulaye Moctar

moctarmaliki@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

1 : Service de cardiologie, Hôpital National de Niamey

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] World Health Organisation (WHO) Global report. Preventing chronic diseases: a vital investment. 2005 disponible sur : www.who.int/chp/chronic_disease_report/.
- [2] Reddy KS, Yussuf S. Épidémie émergente de maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement. *Circulation*. 1998 ;97 :596-601.
- [3] Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Statistiques sur les maladies du monde : Mortalité par sexe, la cause et Régions de l'OMS, estimations pour 1998. 1999.
- [4] Pais P, Pogue J, Gerstein H, et al. Les facteurs de risque pour infarctus aigu du myocarde chez les Indiens: une étude de cas-témoins. *Lancet*. 1996; 348:358-363
- [5] Touré M K, Diarra M B, Sanogo K M et al. Cardiopathies Ischémiques en Cardiologie A Bamako (A Propos de 162 Cas) *Mali Médical* 2007, XXII 4 P : 36-39
- [6] Lemogoum Daniel , Kamdem Félicité , Elysée Claude Bika Lele et al. Hypertension artérielle et facteurs de risque

- associés chez les adolescents en milieu scolaire au Cameroun. *Revue de medecine et de pharmacie*. 2016 ;(2)2 :607
- [7] Mohamed K. Prévalence de l'hypertension artérielle en milieu scolaire à Conakry. Thèse med Conakry 2015
- [8] Aounallah-S H, EL Mhamdi S, Traissac Pet al. Obésité et hypertension artérielle en milieu scolaire : prévalence et association. Monastir, Tunisie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*.
- [9] Salif SANKARA. Hypertension artérielle en milieu scolaire de ouagadougou: aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques. These med n 01. Univ ouagadougou.2001
- [10] Chrisostome R. La pratique de l'éducation physique et sportive en milieu scolaire centrafricain : cas du lycée Barthélemy Boganda de Bangui (RCA). Mémoire Dakar 2012.
- [11] Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000; 320(7244) :1240-3.
- [12] National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004;114(2 Suppl 4th Report):555-76.
- [13] Noubiap JJ, Essouma M, Bigna JJ, Jingi AM, Aminde LN et Nansseu JR. Prevalence of elevated blood pressure in children and adolescents in Africa : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2: e375-e386. doi:10.1016/S2468-2667(17)30123-8
- [14] Ibrahima D. Etude des connaissances, attitudes et pratiques de la consommation du tabac au lycée Kankou Moussa de Daouda bougou-Bamako. Thèse med Bamako (Mali) 2011.
- [15] Association Burkinabé de Santé Publique (ABSP) en 2001 Enquête sur le tabac chez les adolescents en milieu scolaire de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso au Burkina Faso.
- [16] Mohamed K. Alcoolisme en milieu scolaire bamakois. Thèse med Bamako 2013.
- [17] N'cho Simplicie D, P Zengbé-Acray, E M Kouakou Ahoussou et al. Consommation d'alcool en milieu urbaine du secondaire en Côte d'Ivoire. 2014.
- [18] K.E. Kramoh, Y.N.K. N'goran, E. Aké-Traboulsi et al. Prévalence de l'obésité en milieu scolaire en Côte d'Ivoire. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*
- [19] Ni Mhurchu C, Rodgers A, Pan WH et al. Asia pacific cohort studies, collaboration body mass index and cardiovascular disease in the Asia-pacific region: an overview of 33 cohorts involving 310000 participants. *Int Epidemiol* .2004;33:751-758. doi: 10.1093/ije/dyh163
- [20] Daphne PG ,Wei Z ,Nick B et al. The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC public health* 2009, 9:88.
- [21] Opie LH, Seedat YK. Hypertension in sub-Saharan African populations. *Circulation*. 2005; 112:3562-3568.
- [22] Mawaw P, Yav T, Lukanka O, Mukuku O, Kakisingi C, Kakoma JB, Luboya ON. A cross-sectional study on obesity and related risk factors among women of the central market of Lusonga in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Pan Afr Med J*. 2017; 28:157.

Pour citer cet article :

H Idrissa, H Habibou, AM Maliki, H Bako, FM Nouhou. Enquête sur les facteurs de risque cardio-vasculaire en milieu scolaire dans la communauté urbaine de Niamey (Classes de terminale). *Jaccr Africa 2021; 5(2): 30-35*



Article original

Evaluation du niveau tensionnel (grade de l'HTA) chez les patients hypertendus vus pour la première fois en consultation cardiologique au pôle de cardiologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN)

Assessment of the blood pressure level (hypertension grade) in hypertensive patients seen for the first time in a cardiological consultation at the cardiology center of the National Hospital of Niamey (HNN)

H Habibou¹, AM Maliki*¹, H Idrissa¹, H Bako¹, SS Rachida¹

Résumé

Introduction : L'hypertension artérielle est l'élévation de la pression artérielle au sein des vaisseaux. C'est une maladie grave devenue de nos jours un problème de santé publique. L'HTA est inégalement répartie selon les continents et selon les pays. Il existe une relation continue entre le niveau (grade) tensionnel et les complications liées à l'HTA. Les chiffres réels ne sont pas encore connus dans notre contexte. L'objectif de cette étude prospective était de déterminer les aspects épidémiologiques le grade de l'HTA chez les patients hypertendus vus pour la première fois en consultation cardiologique.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur une période de 8 mois allant de septembre 2017 à Avril 2018, au Pôle de Cardiologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN) au Niger. Etaient inclus tous les patients des deux sexes et de tout âge, vus pour la première fois en consultation cardiologique pour hypertension artérielle. N'étaient pas inclus, les patients déjà suivis pour HTA par un cardiologue ou ayant consulté pour la première fois pour un autre motif. Le diagnostic positif était retenu systématiquement pour les patients en grade 3 de l'HTA et après deux à trois consultations successives

pour les grades 1 et 2 et, après respect des conditions des mesures. Les aspects épidémiologiques et les niveaux tensionnels (grade de l'HTA) ont été étudiés. Les données ont été saisies et traitées par les logiciels Microsoft office Word 2010 et Microsoft office Excel 2010, EPI INFO 3.5.4. 2012.

Résultat : Durant la période de cette étude, 151 patients ont été retenus. L'âge moyen des patients était de 54,34±10,90 ans avec des extrêmes de 30 et 77 ans. Le sexe féminin prédominait 52% (N=78) avec un sexe ratio de 0,93. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 30,50% (N=46). La résidence était urbaine chez 85,40% des patients (N=129).

Les patients non autonomes étaient plus représentés avec 62% (N=94). La majorité des patients 58,28% (N=88) n'avaient pas d'antécédent familial. Les autres facteurs de risque cardiovasculaire modifiables retrouvés étaient la sédentarité 44,37% (N=67), la dyslipidémie 25,16% (N=38), l'obésité selon l'IMC 20,53% (N=31) et le diabète 7,28% (N=11). Le grade 3 de l'HTA prédominait avec 52% (N=79) contre 24,7% (N=37) et 23,3% (N=35) respectivement pour les grades 1 et 2. Il existait une association significative entre le grade de l'HTA et le retard de consultation, l'ethnie et le genre masculin. Par contre

il n'existait pas d'association significative entre le grade de l'HTA et l'âge, et les autres facteurs de risque cardio-vasculaires modifiables (diabète, tabac, obésité, sédentarité et certains symptômes tels que la dyspnée, les céphalées et les vertiges.

Mots-clés : HTA, grade, HNN, Niger.

Abstract

Introduction: Arterial hypertension is the elevation of blood pressure within the vessels. It is a serious illness that has become a public health problem today. Hypertension is unevenly distributed across continents and across countries. There is a continuing relationship between blood pressure level (grade) and hypertension complications. The actual figures are not yet known in our context. The objective of this prospective study was to determine the epidemiological aspects and the grade of hypertension in hypertensive patients seen for the first time in cardiological consultation.

Methodology: This is a prospective study carried out over an 8-month period from September 2017 to April 2018, at the Cardiology Pole of the Niamey National Hospital (HNN) in Niger. Included were all patients of both sexes and of all ages, seen for the first time in cardiology consultation for high blood pressure. Patients already followed for hypertension by a cardiologist or who consulted for the first time for another reason were not included. The positive diagnosis was systematically retained for grade 3 hypertension patients and after two to three successive consultations for grades 1 and 2 and, after compliance with the measurement conditions. The epidemiological aspects and the blood pressure levels (grade of hypertension) were studied. The data were entered and processed by Microsoft office Word 2010 and Microsoft office Excel 2010 software, EPI INFO 3.5.4. 2012.

Result: During the period of this study, 151 patients were selected. The mean patient age was 54.34 ± 10.90 years with ranges of 30 and 77 years. The female sex predominated 52% (N = 78) with a sex ratio of 0.93. Housewives were the most represented with 30.50% (N = 46). The residence was urban in 85.40% of the

patients (N = 129). Non-autonomous patients were more represented with 62% (N = 94). The majority of patients 58.28% (N = 88) had no family history. The other modifiable cardiovascular risk factors found were sedentary lifestyle 44.37% (N = 67), dyslipidemia 25.16% (N = 38), obesity according to BMI 20.53% (N = 31) and diabetes 7.28% (N = 11). Grade 3 hypertension predominated with 52% (N = 79) against 24.7% (N = 37) and 23.3% (N = 35) respectively for grades 1 and 2. There was a significant association between the grade of hypertension and the delay in consultation, ethnicity and male gender. On the other hand, there was no significant association between the grade of hypertension and age, and other modifiable cardiovascular risk factors (diabetes, tobacco, obesity, sedentary lifestyle and certain symptoms such as dyspnea, headache and dizziness.

Keywords: HTA, grade, HNN, Niger.

Introduction

représente un problème de santé publique et un facteur de risque cardio-vasculaire majeur dans la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de maladies coronaires qui sont les principales causes de décès dans le monde. Parmi les 17 millions de morts occasionnés par les maladies cardiovasculaires, 9,4 millions sont imputables à l'hypertension artérielle [1]. On estime qu'environ un milliard de personnes dans le monde souffre d'HTA et avec une répartition inégale selon les continents et selon les pays [2,3]. Il existe une relation continue entre le risque cardiovasculaire et le niveau tensionnel (grade de l'HTA) [4].

Au Niger, il n'existe pas d'étude consacrée à l'évaluation du grade de l'HTA chez les patients hypertendus permettant d'estimer leur risque cardiovasculaire. C'est dans ce cadre que nous avons entrepris ce travail dans le but de savoir à quel grade les hypertendus viennent pour la première fois en consultation cardiologicalue.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur une période de 8 mois allant de septembre 2017 à Avril 2018, au Pôle de Cardiologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN) au Niger. Elle a concerné tous les patients des deux sexes et de tout âge, vus pour la première fois en consultation cardiologique pour hypertension artérielle. N'étaient pas inclus, les patients déjà suivis pour HTA ou ayant consulté pour un autre motif. Le diagnostic de l'HTA était retenu systématiquement pour les patients en grade 3 et après deux à trois consultations successives pour les grades 1 et 2 et, après respect des conditions des mesures. Les variables étudiées étaient les aspects épidémiologiques et les niveaux tensionnels (grade de l'HTA). Les données ont été saisies et traitées par les logiciels Microsoft office Word 2010 et Microsoft office Excel 2010, EPI INFO 3.5.4. 2012.

Résultats

Nous avons colligé au cours de cette étude 151 patients. L'âge moyen était de 54,34 +/- 10,90 ans avec des extrêmes allant de 30 et 70 ans. Le sexe ratio femme/homme était de 0,93. La tranche d'âge des 60-69 ans était la plus représentée dans 31,12% des cas. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 30,50%. La majorité de nos patients (62%) n'avaient pas de couverture sociale. Les antécédents familiaux d'HTA au premier étaient rapportés chez 33,44% des patients contre 58,28% des patients qui n'avaient aucun antécédent familial. Les principaux motifs (tableau I) de consultation étaient la dyspnée, les céphalées et les vertiges, dans respectivement 31,12%, 25,16% et 13,24% des cas.

Les patients ont été référés dans 77,50% des cas par un médecin. Le retard de consultation après l'apparition des signes fonctionnels était rapporté chez 47% des patients. La négligence était le facteur de retard de consultation dans 66,67% des cas (figure 1).

Les autres facteurs de risque cardiovasculaire les plus représentés étaient la sédentarité (44,36%),

la dyslipidémie (25,16%), l'obésité selon l'IMC (20,53%) et le diabète (7,28%).

L'hypertension artérielle était grade III dans 52% des cas suivie du grade 1 et du grade 2 dans respectivement 24,70 % et 23,30 % des cas. (Figure 2)

Il existait une association significative entre le grade de l'HTA et le retard de consultation ($p=0,0254$).

Par contre il n'existait pas d'association significative entre le grade de l'HTA et l'âge, et les autres facteurs de risque cardio-vasculaires modifiables (diabète, tabac, obésité, sédentarité et certains symptômes tels que la dyspnée, les céphalées et les vertiges.

Tableau I : Répartition des patients selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Fréquence	Pourcentage %
Dyspnée	47	31,12
Céphalée	38	25,16
Vertige	20	13,24
Bourdonnement d'oreilles	9	5,91
Palpitations	18	11,92
Paresthésies des membres	10	6,62
OMI	9	6,03
Total	151	100

Tableau II : Répartition patients selon les autres facteurs de risque cardiovasculaires associés :

Facteurs de risque cardiovasculaire	Fréquence	Pourcentage
Genre Masculin	61	40,40
Dyslipidémie	38	25,16
Sédentarité	67	44,37
Obésité (IMC)	31	20,53
Ménopause	32	21,20
Tabac	9	5,96
Alcool	4	2,65
Diabète	11	7,28
Age	51	33,77

Tableau III : Relation entre le retard de consultation et le grade de l’HTA

Retard consultation	Grade HTA			Total
	Grade 1	Grade 2	Grade 3	
OUI	22	10	39	71
NON	15	25	40	80
Total	37	35	79	151

p= 0,0254.

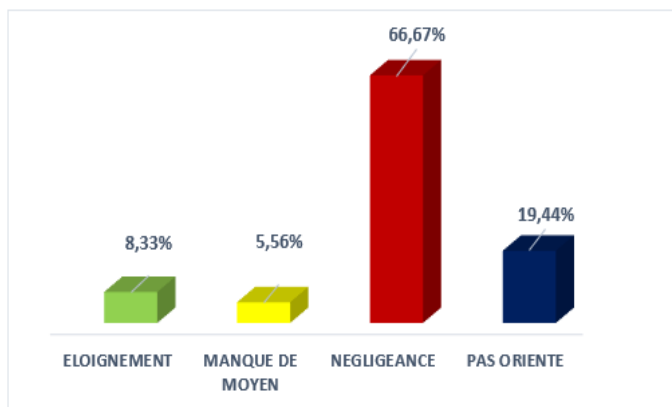


Figure 1 : Répartition des patients selon le motif du retard

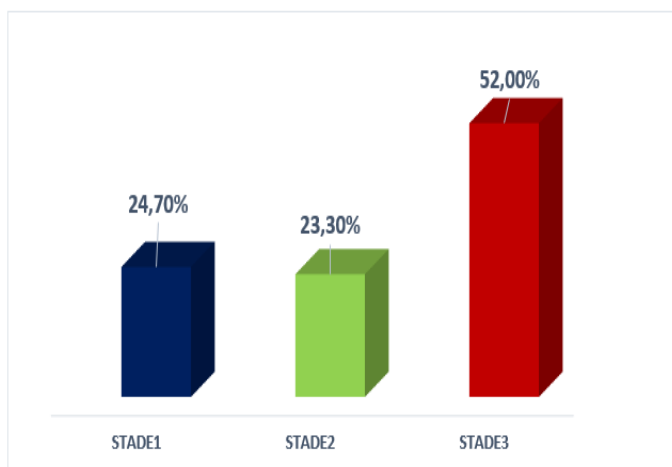


Figure 2 : Répartition patients selon le grade de l’HTA

Discussion

Sur 151 patients colligés dans notre étude, l’âge moyen était de 54,34 ans +/- 10,90 avec des extrêmes de 30 et 77 ans et la tranche d’âge la plus touchée était celle de 60-69 ans dans 31,12% des cas. Le sexe féminin était le plus représenté dans 52% des cas avec un sex ratio de 0,92. Ces données sont similaires à celles de Sidiki K. au Mali [5] qui avait noté que

31,2% des patients étaient âgés de 61 ans et plus avec un sex ration de 0,77 et El Jerrari I. [6] qui a rapporté en 2012 un âge moyen de 58,86 +/-9,93 et un sex ration de 0,71. Cette prédominance du sexe féminin pourrait être liée à la sédentarité, la prise des contraceptifs oraux et la consommation excessive des anorexigènes et des AINS. Selon les données de la littérature, en Afrique subsaharienne la prévalence de l’HTA est plus élevée en zone urbaine en rapport à l’occidentalisation du mode de vie [7].

Les principaux motifs de consultation les plus rencontrés étaient la dyspnée dans 31,12% des cas suivie des céphalées (25,16%) et des vertiges dans 13,24% des cas. L’HTA non compliquée est parfaitement asymptomatique, elle peut entrainer des symptômes non spécifiques tels que dyspnée, vertiges, céphalées le plus souvent occipitales [8]. Le retard de consultation après l’apparition des signes fonctionnels était rapporté chez 47% des patients. La négligence était le facteur de retard de consultation dans 66,67% des cas.

La sédentarité constitue à 44,37% le principal facteur de risque cardiovasculaire retrouvé. La sédentarité est un facteur de risque important de morbi-mortalité cardiovasculaire par le bien de la survenue de l’hypertension artérielle qui contribue à ce risque accru [9]. L’obésité selon l’IMC (20,53%) est le deuxième facteur de risque associé à l’HTA chez nos patients. On observe, ces dernières décennies, une augmentation de la prévalence de l’obésité ainsi que de l’hypertension artérielle. La relation entre le poids et la tension artérielle est actuellement bien établie. En effet, en Suisse, les données provenant de la cohorte lausannoise CoLaus rapportent une prévalence d’obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) de 15,7% [10]. Parallèlement, la prévalence de l’hypertension artérielle augmente aussi. Il est estimé que 60 à 70% du risque d’hypertension artérielle est imputable à l’obésité [11]. Chez les patients en surcharge pondérale (IMC 25-29,9 kg/m²), la prévalence de l’hypertension artérielle est de 60% environ, et chez les patients obèses (IMC > 30 kg/m²), elle est > 70%, alors qu’elle n’est que de 34% environ chez les

patients ayant un IMC < 25 kg/m²) [12]. En effet, les risques d'HTA est 3 fois plus fréquente chez les sujets obèses que chez les personnes normo-pondérales [13]. Dans notre étude, les hypertendus au grade III étaient les plus représentés avec 52% et nous avons retrouvé seulement une association significative entre le grade de l'HTA et le retard de consultation (p=0,0254).

Conclusion

Cette étude, première du genre à s'intéresser à l'évaluation des grades de l'hypertension artérielle révèle que l'HTA est plus fréquente chez la femme dans notre contexte avec un sex ratio de 0,92. La majorité des patients avaient consulté tardivement et sont vus au grade III de l'hypertension artérielle. Le motif du retard de consultation est principalement lié à la négligence. En fin nous avons noté une corrélation statistiquement significative entre le retard de consultation et le grade de l'HTA.

*Correspondance

Maliki Abdoulaye Moctar

moctarmaliki@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

1 : Service de cardiologie, Hôpital National de Niamey

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Panorama mondial de l'hypertension. Report No: WHO/DCO/WHD/2013.2.
- [2] Ngombe LK, Cowgill K, Monga BB, et al. Prévalence de l'hypertension artérielle dans la population des meuniers de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du

Congo. *Pan Afr Med J*; 22:152.

- [3] Doulogou B. Hypertension artérielle dans la population adulte au Burkina Faso : Prévalence, Détection, Traitement et Contrôle. Université de Montréal; 2014.
- [4] Houehanou C, Amidou S, Preux PM, et al. Hypertension artérielle (HTA) en Afrique subsaharienne. *J Médecine Vasc*. 2018;43(2).
- [5] Sidiki Koné. Epidémiologie de l'hypertension artérielle dans le service de cardiologie A du CHU Point G (de 2004 à 2006). Thèse Med. Université de Bamako; 2009
- [6] EL Jerrari I. Stratification du risque cardiovasculaire dans l'HTA, étude d'une série de 200 patients. Thèse Med numéro 79. Univ de Marrakech. 2012.
- [7] Fourcade L, Paule P, Mafart B. Hypertension artérielle en Afrique subsaharienne, Actualités et perspectives. *Med Trop*. 2007;67:559-67.
- [8] Dadvid Attias, Nicolas Lellouche. *Cardiologie vasculaire*. iKB, 8e edition Vernazobres Grego. 2018
- [9] Djomou A, Djamem M, Biholong. profil épidémiologique de l'hypertension artérielle en zone rurale à propos de 718 sujets.
- [10] M Firmann V Mayor The CoLaus study : A population-based study to investigate the epidemiology and genetic determinants of cardiovascular risk factors and metabolic syndrome. *BMC Cardiovasc Disord* 2008 ;(8)
- [11] Kotchen Obesity-related hypertension : Epidemiology, pathophysiology, and clinical management. *Am J Hypertens* 2010 ;(23)
- [12] P Bramlage D Pittrow HU Wittchen Hypertension in overweight and obese primary care patients is highly prevalent and poorly controlled. *Am J Hypertens* 2004 ;(17)
- [13] OMS 2003. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Série de Rapports techniques, n° 894, Genève. 2003.

Pour citer cet article :

H Habibou, AM Maliki, H Idrissa, H Bako, SS Rachida. Evaluation du niveau tensionnel (grade de l'HTA) chez les patients hypertendus vus pour la première fois en consultation cardiologique au pôle de cardiologie de l'Hôpital National de Niamey (HNN). *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 36-40



Cas clinique

Lymphangiome kystique cervical à propos d'un cas à l'hôpital National de Niamey et revue de la littérature

Cervical cystic lymphangioma about a case at national hospital of Niamey and review of literature

A Soumaila*¹, AI Dourahamane, OS Galadima², H Zaki³, G Hakimi¹, I Moudi¹, YD Harouna¹

Résumé

Les lymphangiomes kystiques sont des tumeurs dysembryoplasiques rares d'origine lymphatique. Ce sont des tumeurs bénignes de l'enfant qui touchent rarement l'adulte jeune. Nous rapportons un cas de lymphangiome kystique cervical avec revue de la littérature.

Abstract

Cystic lymphangiomas are rare dysembryoplastic tumors of lymphatic origin. These are benign tumors of the child but rarely it touches young adult. We report a case of adult cervical cystic lymphangioma and review of the literature.

Introduction

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne rare des vaisseaux lymphatiques. Dans 90% des cas il touche l'enfant avant la fin de la deuxième année de vie et représente 6% de l'ensemble des tumeurs bénignes de l'enfant [1,2]. Sa survenue chez l'adulte est exceptionnelle avec une localisation variable [2]. Nous rapportons un cas de lymphangiome kystique à

localisation cervicale gauche et analysons les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette tumeur.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente de 40 ans, sans antécédents pathologiques connu qui a consulté pour une masse latéro-cervicale gauche qui augmente progressivement de volume évoluant depuis 4 ans.

Cliniquement il s'agissait d'une masse cervicale gauche allant de la mandibule à la clavicule gauche, de consistance molle, mobile et indolore (figure 1).

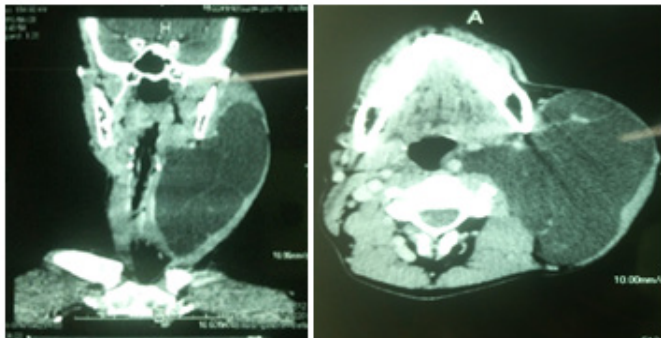
Le scanner cervical montre une volumineuse masse hypodense liquidienne paramédiane gauche s'étendant en sous mandibulaire jusqu'en sus claviculaire homolatérale de 165 mm de hauteur finement cloisonnée avec de fin septa sur 99,45x84,81 mm d'épaisseur axiale transverse. C'est une masse bien limitée avec une paroi épaissie atteignant 10mm par endroit avec rehaussement pariétal après contraste. Le diagnostic de lymphangiome kystique a été évoqué (figure2).

Nous avons réalisé une cervicotomie latérale gauche montrant une volumineuse masse kystique multi

cloisonnée contenant un liquide jaune citrin (figure 3). Les suites opératoires ont été simples et la patiente est mise en exéat à j5 post opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de lymphangiome kystique. La patiente a été revue à 6 mois, 12 mois puis à 18 mois post opératoire sans aucun signe de récidence.



Figure 1 : masse latéro-cervicale gauche



Figures 2 : Images scanographiques du Lymphangiome kystique



Figure 3 : rapport de la masse avec les vaisseaux du cou en peropératoire

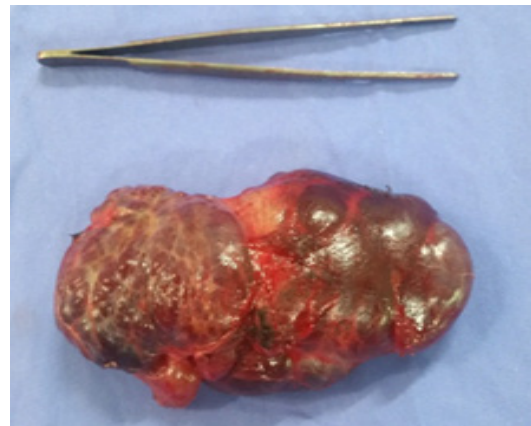


Figure 4 : Pièce opératoire

Discussion

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne rare des vaisseaux lymphatiques. Il touche le plus souvent les enfants au cours des deux premières années de vie, mais peut se voir à n'importe quel âge du fait de la latence clinique [2]. Exceptionnel chez l'adulte, il se rencontre à partir de l'âge de 20 ans dans les deux sexes [2]. Dans la majorité des cas l'âge des patients varie entre 20 à 50 ans [3], c'est le cas de notre malade qui est âgée de 40 ans. Le lymphangiome kystique siège dans 80% des cas au niveau cervical, mais moins fréquemment, il touche les viscères intra abdominaux, le médiastin (1%), l'aïne ou le creux poplité [4,5].

Deux théories ont été évoquées dans l'étiopathogénie : La notion d'obstruction ou de contusion lymphatique d'origine traumatique qui est de moins en moins admise et la théorie de la séquestration du sac lymphatique embryonnaire qui se remplirait progressivement de liquide lymphatique. Cette théorie explique l'histoire clinique de la plupart des patients [6].

Le lymphangiome kystique n'a pas de spécificité clinique. La symptomatologie varie selon la taille et la localisation de la tumeur [6].

Au niveau cervical c'est la constatation d'une masse isolée, de consistance molle, indolore, qui augmente progressivement de volume tandis que dans les localisations abdominales le tableau est dominé par une distension avec ou sans des signes de compression (douleur, occlusion) [7]. Des cas de rupture de kyste intra abdominale simulant un tableau de péritonite

aigue généralisée ont été rapportés [8].

Le diagnostic est suspecté par l'imagerie et confirmé par l'histologie. La radiographie standard met en évidence une opacité hydrique, à limite nette, refoulant selon son volume les organes avoisinants. L'échographie et la tomodensitométrie donnent plus de renseignements sur les caractères topographiques et le contenu qui peut être liquidien, pseudo-liquidien ou caverneux [5,6]. A l'échographie, la tumeur apparaît hypoéchogène ou anéchogène, parfois avec un sédiment ou de fins échos internes et un renforcement postérieur. La tomodensitométrie montre une tumeur de faible densité liquidienne mais les cloisons ne sont parfois révélées qu'après injection du produit de contraste. Cette description scannographique est identique à celle retrouvée chez notre patiente. Il s'agit d'une volumineuse masse hypodense liquidienne finement cloisonnée avec de fin septa qui se rehaussent après injection de produit de contraste. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) semblerait être utile pour l'exploration de cette tumeur, mais s'avérerait moins performante que la tomodensitométrie en cas de complications [5,6].

Sur le plan thérapeutique l'attitude dépendra du volume et de la localisation du kyste. Il peut s'agir soit d'une abstention thérapeutique avec surveillance radiologique pour les kystes pauci-symptomatiques et en absence de signes de complications [9]; soit une aspiration avec ou sans injection de produit sclérosant (éthanol) pour les kystes peu volumineux et de localisation superficielle. Les résultats à long terme de cette technique sont variables avec souvent jusqu'à 100% de récurrence dans certaines séries [10] ; soit une exérèse chirurgicale qui est l'attitude pratiquée par la plupart des équipes [11]. Seule une exérèse chirurgicale complète a plus de chance d'assurer une guérison définitive. En ce qui concerne certaines localisations abdominales (mésentérique, rétro-péritonéale, colique, splénique etc.), l'exérèse chirurgicale complète est difficile en raison des rapports de la tumeur avec certains organes. Le caractère bénin du lymphangiome kystique n'autorise pas le sacrifice de ces organes laissant

ainsi en place un résidu tumoral macroscopique responsable de récurrence. Selon les séries le taux de récurrence est de 40% après résection incomplète et de 17% après résection macroscopiquement complète, toutes localisations confondues [12]. Notre patiente a bénéficié d'une cervicotomie latérale gauche avec des suites opératoires simples et à 18 mois elle ne présente pas de récurrence.

Conclusion

Le lymphangiome kystique est une pathologie bénigne rare à localisations diverses dont le diagnostic est suspecté sur l'histoire et l'évolution d'une masse, sur des arguments radiologiques et confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire. La base du traitement est chirurgicale.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance**

Soumaila Amadou

doasoumadou@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

- 1 : Service de chirurgie générale : Hôpital National de Niamey
- 2 : Service d'Imagerie médicale et de radio-diagnostique : Hôpital National de Niamey
- 3 : Service de cytologie et d'anatomie pathologique : Hôpital National Lamordé

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Rifki Jai S, Adraoui J, Khaiz D. Le lymphangiome kystique rétropéritonéal. *Prog Urol*. 2004; 14(4):548-550. PubMed | Google Scholar
- [2] Karim Nadour1, Mountassir Moujahid et al. Lymphangiome kystique cervico-thoracique: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25:189
- [3] Ahmed Saadi, Haroun Ayed, Omar Karray et al. Le lymphangiome kystique rétropéritonéal: à propos de 5 cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25:73
- [4] Zekri B, Mouaqit O, Affari O. Lymphangiome kystique rétropéritonéal. *J Afr Hépatol Gastroentérol*. 2010 ; 4:260-262. PubMed | Google Scholar
- [5] H. Moumou, R. Dafiri. Imagerie du lymphangiome kystique : à propos de 77 cas pédiatriques. *Service de Radiologie, Hôpital d'enfants –Maternité CHU -Rabat- Maroc*
- [6] K. N'dri, V. Adjenou, A. Konan et Al. Lymphangiome kystique cervical : apport de l'échographie et de la tomographie à propos d'un cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 1996, 43 (4)
- [7] Brown LR, Reiman HM, Rosenow III EC. Intrathoracic lymphangioma. *Mayo Clin Proc* 1986 ; 61 : 882-92.
- [8] Driss Bassou, Abdellatif Darbi, Taoufik Amezyane. Lymphangiome kystique médiastinal. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2008 ;20, n° 5 : 272-3
- [9] A. Bouarhroum, O. El Mahi, R. Elidrissi. Lymphangiome kystique cervical. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2003 ;15, n° 3 : 165–6
- [10] Zoguéréh DD, N'Tarundenga U, Provendier B. Une volumineuse masse rétropéritonéale chez un adulte. *Rev Med Interne*. 2003; 24(3):202-203. PubMed | Google Scholar
- [11] Walid Ghanous, Vittorio Alberti, Claude Laurian. Lymphangiome kystique extensif de la paroi thoracique. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2007 ;19, n° 5 : 269-71
- [12] Lamia Rezgui-Marhoul el, Lotfi Hendaoui et al. Lymphangiome kystique cervical, diagnostic prénatal. *Presse Med* 2005 ; 34 : 967, Masson, Paris

Pour citer cet article :

A Soumaila, AI Dourahamane, OS Galadima, H Zaki, G Hakimi, I Moudi et al. Lymphangiome kystique cervical à propos d'un cas à l'hôpital National de Niamey et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 41-44



Cas clinique

Association hémopathie maligne et tuberculose : à propos de deux cas

Association of haematological malignancy and tuberculosis: about two cases

L Abarray*¹, FZ Lahlimi², I Tazi³

Résumé

La tuberculose est un problème de santé publique au Maroc. Son association avec une hémopathie maligne est peu décrite dans la littérature. Nous rapportons deux cas de deux patients qui présentent une tuberculose ganglionnaire associée respectivement à une leucémie aigüe lymphoblastique et à un lymphome non hodgkinien.

A travers ce travail nous voulons attirer l'attention sur les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette association.

Mots-clés : Tuberculose, Leucémie, Lymphome, Diagnostic, Traitement

Abstract

Tuberculosis is a public health problem in Morocco. Its association with a malignant hemopathy is rarely described in the literature. We report two cases of two patients who present a lymph node tuberculosis associated respectively with acute lymphoblastic leukaemia and a non-Hodgkin's lymphoma. Through these cases we want to draw attention to the diagnosis and therapeutic difficulties of this association.

Keys-words: Tuberculosis, leukaemia, Lymphoma, Diagnosis, Treatment.

Introduction

La tuberculose est l'une des maladies infectieuses les plus répandues dans le monde (1). Au Maroc, cette affection sévit encore à l'état endémique et constitue un problème majeur de santé publique (2). L'association tuberculose et hémopathie maligne est peu décrite dans la littérature.

Nous rapportons deux observations associant respectivement une leucémie aigüe lymphoblastique (LAL) et un lymphome malin non Hodgkinien (LNH) avec une tuberculose de type ganglionnaire qui représente la variété la plus fréquente au Maroc (3).

Cas clinique

Cas n°1

Patient âgé de 19 ans, suivi pour une tuberculose ganglionnaire révélée par une adénopathie cervicale gauche et mis sous traitement anti-bacillaire (selon le régime standard national Marocain :deux mois d'association Rifampicine+isoniazide +Pyrazinamide + Ethambutol(RHZE) et 4 mois d'association Rifampicine et isoniazide (RH) . Le patient avait consulté dans notre structure pour une

adénopathie cervicale dans un contexte d'altération de l'état général et de fièvre non chiffré faisant suspecter une rechute tuberculeuse. L'examen clinique a retrouvé une adénopathie mesurant 2,5*1,5 cm en latérocervical droit, mobile, ferme et indolore. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. L'hémogramme a retrouvé une anémie avec hémoglobine (Hb) à 7 g/dl, un taux de globules blancs (GB) à 1100 /mm³, et polynucléaires (PNN) à 70/mm³, des Lymphocytes (Lc) à 1000/mm³, et des Plaquettes 170000/mm³. Devant cette bicytopenie, Un myélogramme a été fait objectivant une moelle riche contenant 83% des blastes de petite taille avec grand rapport N/C, avec une chromatine jeune et cytoplasme basophile sans granulations, évoquant des lymphoblastes, l'Immunophénotypage objectivait un aspect compatible avec LAL-B (les marqueurs CD79a, HLA-DR, CD10, CD19 étaient positifs alors que les marqueurs myéloïde: CD13, CD33, CD14 ainsi que les marqueurs lymphoïdes T: CD3, CD5 et CD7 étaient négatifs), le caryotype montrait une hyperdiploïdie de bon pronostic et l'étude du LCR était normale. Ainsi, le diagnostic d'une LAL B haut risque, associée à une tuberculose ganglionnaire en cours de traitement était retenue. Notre attitude était de conduire une chimiothérapie d'induction GRAALL B et continuer le traitement antituberculeux. L'évolution était marquée par une amélioration sur le plan clinique : régression des sueurs nocturnes et disparition de l'adénopathie cervicale avec rémission complète en fin d'induction, aucun incident particulier n'a été noté.

Cas n°2

Patient de 47 ans, suivi pour une tuberculose ganglionnaire retenue après mise en évidence d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse sur la biopsie d'une adénopathie ganglionnaire inguinale. Le patient a été mis sous traitement anti-bacillaire protocole RHZE. Le patient avait consulté, 4 mois après le début du traitement anti-bacillaire, pour fistulisation de la même adénopathie dans un contexte d'altération de

l'état général et de sueurs nocturnes profuses.

Une deuxième biopsie ganglionnaire était effectuée et l'étude anatomopathologique avait révélé un lymphome non hodgkinien à grandes cellules B de haut grade associé à un granulome tuberculeux. Par ailleurs, dans le cadre de bilan d'extension, la radiographie thoracique était normale, le PET-Scanner avait révélé une splénomégalie siège de multiples foyers hypermétaboliques avec multiples adénopathies inguinales gauches hypermétaboliques. L'hémogramme avait montré : une hb à 12g/dl, Plaquettes à 234000, GB à 8770, PNN à 12300. Un syndrome inflammatoire avec vitesse de sédimentation VS > 50 mm à la première heure et CRP à 310. La BOM a noté l'absence d'envahissement médullaire. Le diagnostic d'une association LNH et tuberculose ganglionnaire a été retenu et le patient a reçu 6 cures de R-CHOP associé à son traitement anti bacillaire.

L'évolution était marquée par une bonne amélioration clinique et le TEP-Scanner de fin du traitement avait objectivé une nette diminution en taille et en nombre des nodules spléniques avec persistance d'une adénopathie inguinale gauche dont le Suv max est > à 200% du Suv hépatique classant le patient en score Dauville 5. Ainsi, une biopsie ganglionnaire était effectuée et l'étude anatomopathologique avait révélé l'aspect d'une lymphadénite réactionnelle avec absence de prolifération tumorale maligne et absence de granulome épithélio-giganto-cellulaire. Six mois après le patient a présenté une toux avec dyspnée révélant une localisation pleurale d'un LNH en rechute sans mise en évidence de granulome tuberculeux. Le patient a été mis sous traitement de deuxième ligne (R-ICE) à base du rituximab, ifosfamide, carboplatine et étoposide sans traitement antibacillaire avec bonne évolution clinique et radiologique.

Discussion

La tuberculose demeure encore aujourd'hui l'un des problèmes majeurs de santé publique au Maroc (4). En effet plus de 26000 nouveaux cas sont signalés chaque année avec plus d'un millier de décès par an

(5). L'association de tuberculose et cancer reste rare (6), elle a été surtout rapportée dans la littérature chez des sujets âgés entre 50 et 80 ans (7)

L'incidence des cancers hématologiques chez les sujets atteints de tuberculose était plus élevée comparée à la population générale selon une étude menée à Taïwan sur une période de 10 ans incluant 28866 personnes (7). De façon plus précise Ruiz-Arguelles et al (9) ont conclu que l'incidence de l'infection tuberculeuse chez les patients suivi pour LNH est 35 fois plus élevée que dans la population générale.

Le lien entre la carcinogenèse et l'inflammation chronique est actuellement confirmé. D'un côté, au cours de l'inflammation chronique, il a été observé des états dysplasiques précancéreux qui favorisent la survenue de cancer. D'un autre côté, lors d'une infection latente à *Mycobacterium tuberculosis*, tout individu est à risque de réactivation. Ce risque est augmenté chez les sujets atteints de cancer vu l'immunodépression causée principalement par la chimiothérapie(8).

Les LNH sont des proliférations clonales tumorales se développant à partir de cellules lymphocytaires B ou T et plus rarement NK. Ce sont des hémopathies lymphoïdes qui constituent un groupe hétérogène par leurs présentations cliniques, histologiques, immunologiques et cytogénétiques. Ils sont dominés par les lymphomes diffus à grandes cellules B que présente notre patient et qui représentent un tiers de l'ensemble des lymphomes (10). L'étiologie des lymphomes est loin d'être cernée, en effet son association aux virus (des hépatites, VIH, EBV, HHV8), l'*Helicobacter pylori*, l'exposition à des produits toxiques était déjà bien élucidée (11), contrairement à la tuberculose.

Au cours du LNH, il a été noté l'élévation de la concentration sérique d'Interleukine -10. Ce dernier est une cytokine connue pour ses effets anti-inflammatoires et immunosuppresseurs (12). Ainsi, il a été impliqué par la diminution de l'immunité à médiation cellulaire dans l'activation de la tuberculose latente (13).

Cette coexistence entre tuberculose et cancer pose

à la fois un problème diagnostique et thérapeutique. En effet, la tuberculose peut mimer une pathologie tumorale avec une présentation clinique et radiologique atypique et vice versa(14). Ceci est illustré dans nos deux cas rapportés qui avaient comme antécédents une tuberculose ganglionnaire et ils consultaient pour une symptomatologie pouvant faire suspecter un échec du traitement anti-bacillaire. Mais les investigations paracliniques concluaient respectivement à une leucémie et à un lymphome.

Ainsi, Le diagnostic de tuberculose devrait être pris en considération dans la pratique clinique, et donc faire partie du diagnostic différentiel des pathologies malignes surtout dans les pays endémiques.

Sur le plan thérapeutique, l'association des hémopathies malignes et tuberculose est peu rapportée dans la littérature, aussi peut-on comprendre l'absence de schemas standards de prise en charge de cette comorbidité qui pose des difficultés de choix thérapeutique lié principalement au risque d'induire une dissémination de la tuberculose en cas du traitement d'une hémopathie maligne par une thérapie immunosuppressive.

Dans un cas rapporté au Mali associant la tuberculose pulmonaire et LAL (15), la prise en charge était basée sur l'administration de la vincristine en monochimiothérapie sans corticoïdes pour éviter d'aggraver l'infection tuberculeuse. Dans notre 1er cas, ce problème thérapeutique n'a pas été posé vu que le patient était déjà sous traitement anti bacillaire 3 mois avant l'installation de LAL et il ne courait plus le risque de dissémination.

Conclusion

La coexistence entre la tuberculose et une hémopathie maligne révèle un défi diagnostique et thérapeutique vu que la présentation clinique de la tuberculose peut mimer une pathologie tumorale engendrant ainsi un retard diagnostique et de prise en charge appropriée. Il faut donc penser à cette association surtout dans les pays endémiques comme le Maroc.

D'autres recherches ou série de cas sont encore

nécessaires pour détailler plus clairement cette relation entre la carcinogenèse et l'infection tuberculeuse.

*Correspondance

Laila Abarray

laila.abarray.fmpm@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

- 1 : Service d'hématologie Clinique, CHU Mohamed VI, Faculté de médecine de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc
- 2 : Service d'hématologie Clinique, CHU Mohamed VI, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.
- 3 : Service d'hématologie Clinique, CHU Mohamed VI, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] A.Trébuq . Éléments sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Médecine et Maladies Infectieuses 2003 ;33: 124-129
- [2] Touati MM1,Darouassi Y,Chihani M1, Lakouichmi M2, Tourabi K2, Ammar H1, Bouaity B. ENT primitive extranodal tuberculosis:about 15 cases . The Pan African Medical Journal 2014 ;19 :179
- [3] Ghizlane Hamzaoui , Lamyae Amro, Hafsa Sajjai, Hind Serhane, Nezha Moumen, Abdellah Ennezari, Abdelhaq Alaoui Yazidi. Tuberculose ganglionnaire:aspects épidémiologiques,diagnostiques et thérapeutiques. The Pan African Medical Journal. 2014;19 :157
- [4] A.Benjelloun , Y. Darouassi 2, R. Bouchentouf 1, Y. Zakaria . Tuberculose ganglionnaire : profil épidémiologique au sein du service de pneumologie de l'hôpital militaire Avicenne à Marrakech.Revue des Maladies Respiratoires 2015; 32 : 211-212
- [5] Janah H, Souhi H, Kouismi H, Karima Mark, Rachida Zahraoui, Jouda Benamor, Mona Soualhi, Jamal Eddine Bourkadi. Facteurs de risque de mortalité par tuberculose pulmonaire. The Pan African Medical Journal 2014 ; 19: 347
- [6] Hadir A.El-MahallawyaSomia A.EissabNefissa G.RafehaAyman E.S.SalemcSoheir A.Eissaa.Tuberculosis in cancer patients: Role of newer techniques in relation to conventional diagnostic methods. Journal of Advanced Research 2010;1 :157-162
- [7] Y-W Hu, C-J Liu, Y-T Lee, Y-T Chen, T-L Chen, T-J Chen, and C-P Fung. Association between tuberculosis infections and non-pulmonary malignancies. British Journal of cancer 2013;109 :229–34.
- [8] Benoît Lechartier, Jesica Mazza-Stalder, Laurent P. Nicod, Jean-Paul Janssens. Infection latente à M. tuberculosis .Revue Medicale Suisse 2016; 7 :2289-2294
- [9] Ruiz-Argüelles GJ,Mercado-Díaz MA,S Ponce-De-León,S Pérez-Tamayo R. Lymphomata, granulomata and tuberculosis. Cancer. 1983;52 :258–262.
- [10]E. Frampas. Les lymphomes : quelques notions de base que le radiologue doit connaître. Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle 2013 ;94: 135-149
- [11] Bruce D Cheson, Richard I Fisher, Sally F Barrington, Franco Cavalli, Lawrence H Schwartz, Emanuele Zucca, T Andrew Lister, . Recommendations for initial evaluation, staging and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma. Journal of Clinical Oncology 2014;32(27):3059-3067.
- [12] George P. Canellos, T. Andrew Lister and Bryan D. Young. Lymphoma in the Immunosuppressed.The Lymphomas 2006 ;11 :542-565
- [13]M.Benjamin, Malak Abou Taam , Voa Ratsimbazafy . Les cytokines du système immunitaire et leurs antagonistes en thérapeutique.Actualités Pharmaceutiques Hospitalières 2019 ; 5 :36-48
- [14]Mikawa T, Miyoshi K, Fujita K, Hase R, Hosokawa N The Great Imitator. Clavicular Tuberculosis Mimics a Metastatic Neoplasm.Kansenshogaku Zasshi. 2015 Sep;89(5):588–91
- [15]Diallo YL , Diallo DA, Dembélé AK, Cissoko LNS, Ly M, Touré BA. .Un cas d'association LAL et tuberculose pulmonaire active chez l'enfant : Un cas malien . Le Mali médical 2010 ;25 :53-54

Pour citer cet article :

L Abarray, FZ Lahlimi, I Tazi. Association hémopathie maligne et tuberculose : à propos de deux cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 45-49



Cas clinique

Bactéries sur frottis sanguin : vraie bactériémie ou contamination ?

Bacteria on blood smear: real bacteremia or contamination?

S Ed-dyb*^{1,2}, S Rouhi^{2,3}, S Abbassi^{1,2}, R Bahri^{2,3}, H Yahyaoui^{2,3}, S Sayagh^{1,3}, M Ait Ameer^{2,3}, M Chakour^{2,3}

Résumé

L'observation des bactéries sur frottis sanguin est une situation très rare nécessitant une vigilance du biologiste. Ce dernier doit alerter le médecin traitant après avoir éliminé une contamination. Nous rapportons le cas d'un enfant récemment diagnostiqué avec lymphome de Burkitt dont le frottis sanguin a objectivé la présence des bactéries.

Mots-clés : Bactéries-Frottis sanguin-lympome de Burkitt-Enfant.

Abstract

The observation of bacteria on blood smears is a very rare situation requiring the vigilance of the biologist. The latter must alert the attending clinician after eliminating contamination. We report the case of a child recently diagnosed with Burkitt's lymphoma whose blood smear showed the presence of bacteria.

Keywords: Bacteria-Blood smear-Burkitt's lymphoma-Child.

Introduction

La découverte des micro-organismes faisant rappeler la structure des bactéries dans les frottis sanguins est inhabituelle. Elle doit être interprétée avec prudence,

nécessitant un examen minutieux de ces frottis. Cette découverte peut être d'une grande importance. Elle peut révéler le diagnostic précoce de la bactériémie; et le biologiste doit alerter le clinicien en extrême urgence. Cependant, la contamination in vitro est toujours possible ; elle doit être exclue en premier. Nous rapportons le cas d'un enfant diagnostiqué avec lymphome de Burkitt, dont le frottis a permis de visualiser des bactéries en intra et en extracellulaire.

Cas clinique

Il s'agit d'un enfant de 4 ans, hospitalisé au service d'hématologie pédiatrique pour tuméfaction maxillaire gauche évoluant depuis 7 semaines dans un contexte d'altération de l'état général et de fièvre non chiffrée. L'enfant a bénéficié d'une ponction biopsie qui a confirmé le diagnostic du lymphome de Burkitt. Un traitement à base d'une chimiothérapie intensive a été instauré.

Dans le cadre de la surveillance du traitement, un hémogramme et un ionogramme ont été demandés. Le premier a objectivé une hyperleucocytose GB à 15G/l, à prédominance neutrophiles à 75%. Le reste des lignées étaient normale, notamment les Plaquettes et l'hémoglobine. La numération de la formule sanguine

a été complétée par la réalisation d'un frottis sanguin. Ce dernier a objectivé la présence des bactéries sous forme de coccobacilles intracellulaires (figure 1). L'ionogramme sanguin était sans anomalie. Une hémoculture s'est positivée à *Acinetobacterbaumannii* souche sensible à la ceftazidime. Le reste du bilan infectieux était en faveur d'un processus infectieux avec une CRP à 54mg/l et une procalcitonine à 2mg/l. En recontactant le service clinique, il s'est avéré que le malade avait une porte d'entrée cutanée suite à une biopsie maxillaire mal cicatrisée. Le patient a été mis sous ceftazidime 50mg/kg/j+amikacine 15mg/kg/j. L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique, la disparition des bactéries sur frottis sanguin et la normalisation du bilan infectieux.

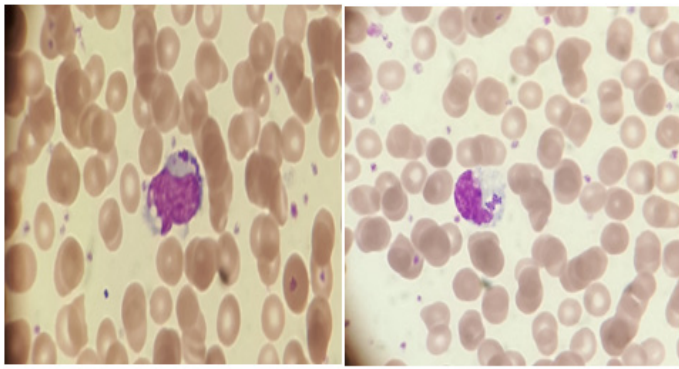


Figure 1 : Monocytes avec coccobacilles en intracytoplasmique.

Discussion

Les infections nosocomiales constituent un problème de santé publique majeur et ceci aussi bien par sa prévalence que par ses redevances humaines et économiques ; ainsi depuis la dernière décennie, ce type d'infection a fait l'objet d'une véritable prise en compte en tant que marqueur de la qualité des soins [1, 2].

La survenue d'une infection nosocomiale est significativement associée à la présence d'immunodépression. Les portes d'entrée de ces infections peuvent être d'abord pulmonaires, suivies de l'abdomen, l'appareil urinaire, la peau et les cathéters intravasculaires [3, 4].

Les bactéries les plus incriminées dans notre

contexte sont les bacilles Gram négatif notamment l'*Acinetobacterbaumannii*. Ce dernier est caractérisé le plus souvent par son profil multirésistant. Ceci engage le pronostic vital [5].

La recherche de la bactériémie dans le frottis sanguin pour le diagnostic d'une infection systémique n'est pas recommandée, mais sa découverte inattendue est certainement un argument majeur pour une septicémie sévère, nécessitant une analyse bactériologique urgente et rapide avec l'administration de l'antibiothérapie [6, 7].

Conclusion

La présence de bactéries sur des frottis sanguins est très rare. Elle est associée à un pronostic fatal dans la plupart des cas. Elle témoigne d'une bactériémie qui survient généralement chez des sujets immunodéprimés, et exceptionnellement chez les immunocompétents.

*Correspondance

Saida Ed-dyb

saeddyb@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

1 : Laboratoire d'Hématologie, CHU Mohammed VI, 53, Boulevard Ibn Sina, Assif D, 40080 Marrakech, Maroc.

2 : Laboratoire d'Hématologie, Hopital Militaire Avicenne, Avenue Al Mouqaouama, 40000Marrakech, Maroc.

3 : Faculté de médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Sidi Abbad, B. P. 7010, 40000 Marrakech, Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Despotovic, A., Milosevic, B., Milosevic, I., Mitrovic, N., Cirkovic, A., Jovanovic, S., &Stevanovic, G. Hospital-acquired infections in the adult intensive care unit—Epidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality. *American Journal of Infection Control*,2020; 1211-1215
- [2] Boev, C., & Kiss, E. Hospital-Acquired Infections. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2017; 29(1), 51–65.
- [3] Cyr Doscoph A, Kisito Q, Hessou S, Roch J. Etat des lieux des infections associées aux soins dans deux hopitaux publics du sud Benin la *J Appl Biosci* 2017;121:12192-12202
- [4] Kakupa DK, Muenze PK, BYL B, Wilmet MD. Etude de prévalence des infections nosocomiales et des facteurs associés dans les hopitaux universitaires de Lubumbashi *Pan Afr Med J* 2016 ;24 :275-6
- [5] Hassoune S, Ouhadous M, El Bouri H, Nani S, Barrou H. Prévalence des infections associées aux soins au centre hospitalier universitaire de Casablanca, Maroc, 2014. *Revépidémiol santé publique* 2016 ;06 :268.
- [6] Gérard J, Lebas E, Godon A et al. Bactéries libres et intraleucocytaires sur l'étalement sanguin : une situation rare mais de pronostic vital. *Ann Biol Clin.* 2007;65(1):87-91
- [7] Manzoni, D., & Sujobert, P. Diagnosis of bacteremia on a blood smear. *Blood*, 2015 ; 125(13), 2173–2173.

Pour citer cet article :

S Ed-dyb, S Rouhi, S Abbassi, R Bahri, H Yahyaoui, S Sayagh et al. Bactéries sur frottis sanguin : vraie bactériémie ou contamination ? *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 50-52



Cas clinique

Faux anévrisme de l'artère utérine, une cause rare de l'hémorragie secondaire du post partum à propos d'un cas et revue de la littérature

False uterine artery aneurysm, a rare cause of secondary postpartum haemorrhage:
a case report and review of the literature

A Soumni*¹, S Jayi¹, Kh S Yacoubi¹, A FZ Fdili¹, H Chaara¹, MY A Melhouf¹, M Maaroufi²

Résumé

Le pseudo-anévrisme de l'artère utérine est une cause rare des hémorragies du post partum tardive pouvant être responsable d'un saignement important, c'est une étiologie secondaire souvent à un traumatisme de l'artère utérine, qui peut être suspecté par une échographie pelvienne couplé au Doppler, et dont l'angiographie demeure déterminante à la fois pour poser le diagnostic et surtout le traitement par embolisation. Nous rapportons le cas d'une patiente admise chez nous à 40 jours du post partum avec un taux de l'hémoglobine à 6g/dl suite à un deuxième épisode d'hémorragie du post partum gérées médicalement, chez qui l'examen clinique était sans particularité, l'échographie couplée au Doppler a montré une lésion arrondie remplie au Doppler couleur et présentant un flux artériel turbulent. Une angiographie a permis de confirmer le diagnostic et d'assurer le traitement par embolisation de l'artère utérine.

A travers notre cas et à la lumière d'une revue de la littérature nous insistons sur la particularité épidémiologique, diagnostique et thérapeutique de cette entité, dont la bonne connaissance permet

aux praticiens de poser le diagnostic à temps et par conséquent d'améliorer le pronostic de ces jeunes patientes.

Mots-clés : Hémorragie. Post partum tardif. Faux anévrisme. Artère utérine. Embolisation.

Abstract

Pseudo-aneurysm of the uterine artery is a rare cause of late postpartum haemorrhages that may be responsible for significant bleeding, an etiology often secondary to trauma to the uterine artery, which can be suspected by a pelvic ultrasound coupled with Doppler, and whose angiography remains decisive both in diagnosing and especially embolization treatment. We report the case of a patient admitted to us at 40 days of postpartum with a hemoglobin level at 6g/dL following a second episode of medically managed post partum hemorrhage, in which the clinical examination was undignory, the doppler-coupled ultrasound showed a rounded lesion filled with the Doppler color and presenting a turbulent arterial flow. An angiogram confirmed the diagnosis and provided treatment by embolization of the uterine artery. Through our case and in the light of a review

of the literature we emphasize the epidemiological, diagnostic and therapeutic peculiarity of this entity, whose good knowledge allows practitioners to make the diagnosis in time and therefore improve the prognosis of these young patients.

Keywords: Hémorragie.Post late partum. False aneurysm.Uterine artery. Embolization.

Introduction

L'hémorragie secondaire du post partum est définie comme une hémorragie qui survient après les 24 h suivant l'accouchement et dans les 6 semaines du post partum, elle nécessite une prise en charge rapide et adéquate vu que sa gravité n'est pas moindre par rapport à l'hémorragie du post partum primaire [1] et qu'elle peut mettre en jeu le pronostic vital de la patiente.

Le faux anévrisme de l'artère utérine fait partie des causes rares de ces hémorragies, il résulte d'une effraction de la paroi de l'artère utérine ou de ces branches avec ou sans connexion avec le réseau veineux [1].

Son diagnostic est suspecté devant un saignement utérin important sans autre cause évidente, et dont la confirmation diagnostique repose sur l'écho-doppler et l'angioscanner. Nous rapportons le cas d'une malade qui a présenté une hémorragie secondaire du post partum dont l'échographie pelvienne avait suspecté un anévrisme et qui a été confirmé et traité par l'angiographie.

A travers notre cas pour lequel le diagnostic n'a été fait que lors du deuxième épisode d'hémorragie du post partum tardif, nous voudrions attirer l'attention des praticiens sur l'intérêt de rechercher cette étiologie devant toute patiente présentant une hémorragie inexplicée du post partum tardif afin d'améliorer le pronostic.

Cas clinique

Patiente âgée de 43ans, sans antécédents pathologiques notables, grande multipare avec

antécédents d'accouchements par voie basse hémorragiques traités médicalement, qui a présenté une hémorragie du post partum immédiat 2 heures après un accouchement eutocique par voie basse. La révision utérine n'objectivant pas une rétention placentaire et un examen sous valve qui a mis en évidence une déchirure cervicale suturée. La patiente a répondu à la perfusion de syntocinon et à la transfusion sanguine puis fut déclarée sortante. À sept jours du post partum la patiente a été réadmise dans un état de choc hémorragique suite à une hémorragie de grande abondance l'examen par l'équipe de garde n'a objectivé aucune cause évidente de ce saignement et dont l'échographie pelvienne retrouvait une vacuité utérine et l'absence d'épanchement pelvien. Elle a été transfusée en milieu de réanimation, le saignement s'est arrêté spontanément et les suites ont été sans particularité. À 40 jours du post partum un saignement de grande abondance est apparue, La patiente a été réadmise aux urgences, l'examen clinique était revenu sans particularité, une numération sanguine a objectivé un taux de l'hémoglobine à 6 g/dl avec un bilan de crase correcte. Un scanner pelvien injecté a été réalisé à la recherche d'une solution de continuité de l'utérus ou un signe de saignement actif avec une échographie pelvienne a objectivé une lésion bien remplie au Doppler couleur avec un flux artériel turbulent faisant évoquer une lésion vasculaire de type pseudoanévrisme (figure 1).

L'anévrisme de pédicule utérin a été fortement suspecté devant ces arguments cliniques à savoir des métrorragies récidivantes, et l'aspect à l'échographie Doppler très évocateur. L'artériographie réalisée en urgence a confirmé le diagnostic de pseudoanévrisme de l'artère utérine et a permis de l'emboliser, les suites post embolisation ont été favorables marquées par l'arrêt total de saignement. (Figures 2, 3 et 4)

Le contrôle clinique et échographique à un mois ne révélait pas de récurrence du saignement et met en évidence la disparition du pseudo anévrisme précédemment décrit.

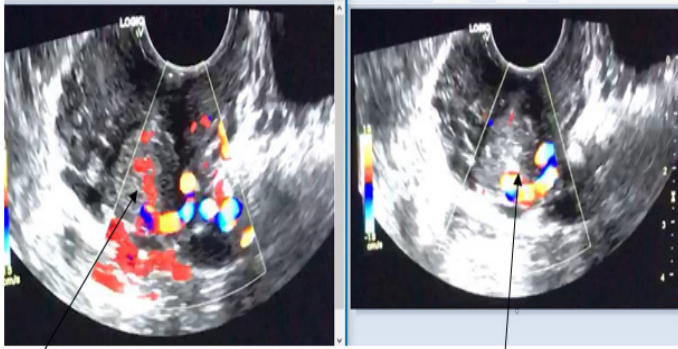


Figure 1 : Aspect en échographie Doppler de pseudo anévrysme.

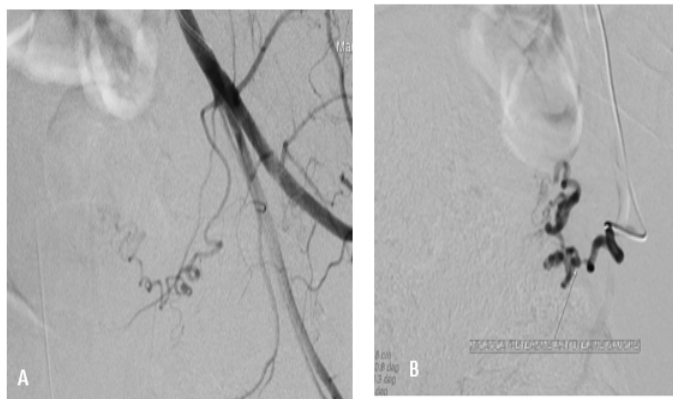


Figure 2 : A) artériographie de l'artère hypogastrique, B) micro cathétérisme de l'artère utérine gauche. Pseudo anévrysme du segment horizontal de l'artère utérine (flèche).



Figure 3 : Contrôle après embolisation du segment horizontal (proximal) de l'artère utérine gauche : absence de visualisation du pseudo anévrysme.

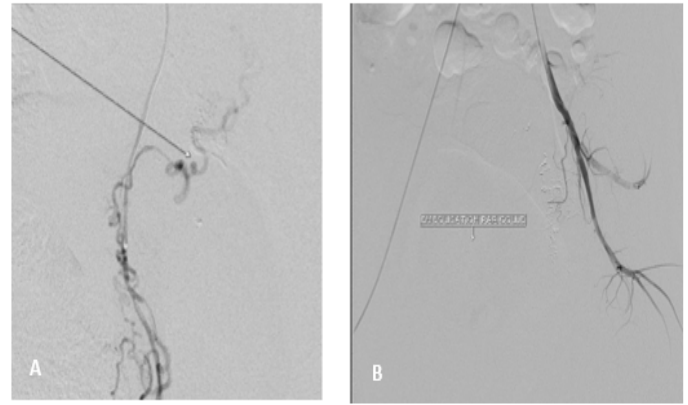


Figure 4 : A) Micro cathétérisme de l'artère pudendale gauche. Reprise du pseudo anévrysme (flèche). B) contrôle final après embolisation de l'artère pudendale par colle biologique montrant l'embolisation définitive du pseudo anévrysme.

Discussion

L'hémorragie du post partum représente la principale cause de la mortalité maternelle dans le monde arrivant jusqu'à 25% [1], les hémorragies secondaires sont moins fréquentes mais de gravité importante, survenant dans les 24 premières heures d'un accouchement et dans les 6 semaines du post partum [3], souvent secondaire à la rétention des débris placentaires ou à une endométrite, et exceptionnellement à un pseudo anévrysmes après un accouchement par voie basse ou voie haute [3]. La fréquence du faux anévrysme dans la littérature n'a pas été précisée mais elle reste rare et exceptionnelle.

Sur le plan physiopathologique le traumatisme de l'artère utérine peut être secondaire à des mécanismes différents : manœuvres endo utérines (curetage ,révision, résection),manœuvres chirurgicales (suture de l'hystérotomie lors d'une césarienne ,myomectomie, excision des lésions endométriosiques),envahissement par des processus tumorales (tumeur trophoblastique) ou infectieux[2] , La plaie vasculaire post-traumatique est à l'origine de la formation d'un hématome pulsatile qui communique avec la lumière de celle-ci à travers un petit collet. Le sang dissèque les tissus adjacents et se collecte dans le secteur périvasculaire [6]. La turbulence du flux sanguin extra luminal est responsable d'une augmentation

de la taille du faux anévrisme. Ainsi, à la différence des « vrais » anévrismes, constitués des trois couches pariétales (intima, média, adventice), les pseudo-anévrismes sont constitués d'une couche fibreuse simple contenu par les tissus adjacents et le thrombus néoformé [6].

Cette lésion a une tendance au début à augmenter progressivement ce qui explique l'absence de saignement mais au stade de rupture elle engendre un saignement actif et de grande abondance [3]. Notre patiente a bénéficié d'un accouchement par voie basse complété par une révision utérine et avec suture cervicale qui sont probablement impliqués dans le traumatisme du pédicule utérin.

Par ailleurs des cas spontanés et au cours de la grossesse sans notion de traumatisme ont été rapportés dans la littérature [5].

Classiquement le diagnostic était évoqué devant une patiente qui a présenté antérieurement des d'hémorragies du post partum, présumant probablement de l'existence de cette formation et dont l'accouchement actuel a provoqué la rupture de l'anévrisme et un saignement important en absence des autres étiologies classiques de l'hémorragie du post partum [2].

Il doit être également suspecté devant un accouchement hémorragique ou devant chaque processus qui engendre une effraction de l'artère utérine, c'est pour cela que la majorité des auteurs suggèrent d'évoquer systématiquement le diagnostic [3] en présence d'hémorragies du post partum immédiates sans cause évidente, de même la persistance d'un saignement malgré une hystérectomie subtotale d'hémostase ou ligature des hypogastriques [3].

L'examen clinique est souvent pauvre comme dans notre cas, mais il peut parfois objectiver un utérus mou à la palpation, de volume augmenté, avec une perception par le toucher vaginale en son sein d'une masse pulsatile et frémissante accompagné d'un thrill témoignant d'un processus vasculaire à ce niveau [5]. La place de l'échographie pelvienne dans la prise en charge diagnostique est tout d'abord pour éliminer les autres causes de saignement notamment une rétention

placentaire, une solution de continuité de la paroi utérine, par ailleurs des équipes entraînés peuvent objectiver en association avec le Doppler couleur une formation sacculaire siège d'un flux sanguin en communication avec une artère par un canal appelé le collet [3], dans notre cas l'échographie a permis de mettre en évidence cette image en regard de l'endocol et qui communique avec un réseau vasculaire. Mais l'échographie ne doit pas retarder la réalisation d'autres moyens diagnostiques notamment angio TDM ou angiographie qui posent aisément le diagnostic [3].

L'angioscanner est indiqué en cas où l'échographie n'est pas contributive, il doit être réalisé au temps artériel, les techniques de reconstructions permettent de mieux caractériser le sac anévrisimal et sa connexion avec l'artère utérine, dans notre cas il a mis en évidence une extravasation du produit de contraste en intra utérin suspectant ainsi le faux anévrysme [5]. L'angio-IRM n'est pas réalisée de façon systématique. Elle est surtout indiquée en cas de suspicion d'un pseudo-anévrisme au cours de la grossesse ou en cas de contre-indication à l'injection de produit de contraste iodé [5].

L'angiographie reste l'examen décisif pour établir le diagnostic. Mais, elle n'est envisagée que si une embolisation est programmée d'où son double intérêt diagnostique et thérapeutique. Cette technique permet de préciser l'axe artériel nourricier, de dépister les variétés anatomiques et de guider le geste de l'embolisation [6].

Une fois le diagnostic est confirmé, il faut donc rapidement réaliser en concertation avec un radiologue vasculaire, obstétricien et anesthésiste réanimateur une embolisation du faux anévrisme ou de l'artère utérine qui reste une technique à privilégier en épargnant à la patiente une morbidité post opératoire immédiate et pour garder la capacité à la procréation de la patiente surtout si elle est jeune ou désireuse de conservation utérine [3-7].

Deux types d'embolisation actuellement sont discutées, l'embolisation bilatérale du pédicule utérin, ou l'unilatérale avec angiographie controlatérale

concomitante vérifiant l'absence de reprise du pseudo-anévrisme [7].

Chez notre patiente l'embolisation a été réalisée en salle d'artériographie avec un plateau d'anesthésie. Il consiste en l'examen des artères hypogastriques et de leurs branches des deux côtés.

L'angiographie controlatérale est obligatoire vérifiant l'absence de reprise du pseudo anévrisme.

Les agents d'embolisation sont multiples, et se divisent en agent résorbables et non résorbables. Il est fortement recommandé d'utiliser l'agent définitif dans l'embolisation des pseudo anévrysmes (colle biologique, spires métalliques) en raison de haut risque de récurrence du saignement [5].

Dans notre cas, le geste a consisté en une embolisation sélective de l'artère utérine gauche par la colle biologique au niveau de son segment verticale para utérine et d'une branche récurrente de l'artère pudendale.

De rares complications après cette technique ont été rapportées dans la littérature, à savoir une fièvre transitoire ou des douleurs ischémiques post-embolisation qui restent des complications mineures et qui peuvent survenir après une embolisation pour hémorragie du post-partum [5].

Plus exceptionnellement, une rupture du pseudo-anévrisme ou une reperméabilisation de ce dernier qui justifie une seconde embolisation [5]. L'évolution chez notre cas a été très favorable avec une absence de saignement après la réalisation de cette technique avec un contrôle ultérieure par l'examen clinique et l'échographie qui avait objectivé une disparition de l'image cervicale.

Selon la majorité des études retrouvées dans la littérature, les patientes qui ont présenté ce diagnostic ont un risque accru ultérieur des hémorragies de post partum primaire et secondaire et qui nécessitent une prise en charge dans des centres spécialisés disposant le plateau technique nécessaire, par ailleurs la capacité de procréation ne semble pas être affectée par l'embolisation des artères utérines [5].

Conclusion

Le faux anévrisme est un diagnostic différentiel à ne pas méconnaître, il est suspecté devant l'absence des autres étiologies classiques de l'hémorragie du post partum, la confirmation du diagnostic repose sur l'écho doppler et l'angioscanner. L'embolisation est privilégiée actuellement par rapport à la chirurgie en raison de son efficacité, de sa faible morbidité et surtout son potentiel de préservation de la fertilité.

***Correspondance**

Abdelilah Sounni

abdelilah.sounni@usmba.ac.ma

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

1 : Service de Gynecologie Obstetrique II CHU Hassan II de Fès, Maroc

2 : Service de Radiologie CHU Hassan II de Fès, Maroc

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] C Deneux-Tharoux, M.-P. Bonnetta, J. Tortd ,Epidémiologie de l'hémorragie du post partum, Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction (N 1123,année2014).
- [2] Faux anévrisme d'une artère utérine après césarienne : une cause atypique d'hémorragie du post-partum. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, Vol N 29,909-912/2014
- [3] J.P. Pelage, O. Limot, P. Labauge, A. Fohlen, V. le Pennec, P. Bouhanna,P. Rozenberg, A. Fauconnier, place de

l'embolisation dans la prise en charge des hémorragies de la délivrance, *Lettre de gynécologue* 352,2010

- [4] F Douvrin,TF Mauger,JP Lemoine,les faux anévrisme de l'artère utérine une cause inhabituelle de l'hémorragie du post partum, *Service de radiologie vasculaire et interventionnelle. CHU Rouen, J Gynécol Obstet Biol reprod* 2012 ;31-20-24.
- [5] Najwa Benslima, Amina El Khamlichib, Mohamed Jiddaneb, Moulay Rachid El Hassanib, Rachida Dafria, Pseudo-anévrisme de l'artère utérine, *Imagerie de la Femme* (2017) 27, 49—53.
- [6] C Delesalle,P Dolley,G Beucher,M Dreyfus,G Benoist :Pseudo anévrisme de l'artere utérine,une cause des fois ignorée de l' hémorragie du post partum, *Journal de Gynecologie Obst'etrique et Biologie de la Reproduction* (2014) ;2-5.
- [7] Goupil J, Fohlen A, Linarda M, Vinatier L, Cuillier F, Colli-gnonc B, et al. Pseudo-anévrisme rompu de l'artère utérinetraité par embolisation pour hémorragie du post-partum : à propos de deux cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:325—30.

Pour citer cet article :

A Sounni, S Jayi, Kh S Yacoubi, A FZ Fdili, H Chaara, MY A Melhouf et al. Faux anévrisme de l'artère utérine, une cause rare de l'hémorragie secondaire du post partum à propos d'un cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 53-58



Article original

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH, chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus

Epidemiological, clinical, therapeutic and progressive aspects of HIV infection with patients diagnosed at age 50 and above

I Ayouba Tinni*¹, M Amadou Gado¹, M Daou^{2,4}, Y Hanki¹, S Moussa Saley¹, M Douchi Mahamadou⁵, BM Boulama Malam¹, YZ Kossi Odjo Dogbé¹, E Adehossi^{3,4}

Résumé

Introduction : Au Niger, selon l'ONUSIDA il y a 36 milles patients vivant avec le VIH en 2019 avec une séroprévalence de 0,40% chez les adultes âgés de 15 à 49 ans. Il n'existe pas des données chez le sujet âgé de 50 ans et plus souvent oublié dans les programmes de lutte contre la pandémie du VIH.

Objectif : Ce travail a été conduit afin de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'exploitation des dossiers des patients suivis, diagnostiqués à 50 ans et plus, de janvier 2005 au 29 mai 2019 au service des maladies infectieuses de l'Hôpital National de Niamey.

Résultats : Sur les 767 patients de la file active, 130 étaient âgés d'au moins 50 ans soit 16,95% dont 84 sont des hommes et 46 des femmes, le sex-ratio est de 1,83. L'âge moyen était de 55,68 ans pour des extrêmes de 50 et 73 ans. Les analphabètes sont au nombre de 99 (76,2%). Quatre patients (3,1%) sont hypertendus. Cent seize patients sont infectés par le VIH1 (89,2%), 10 par le VIH2 (7,7 %) et 4 ont une

infection duale (3.1%). Quatre-vingt-seize avaient au moins une infection opportuniste (73,5%). Dix patients (7,7%) ont une co-infection VIH-VHB. Le taux de CD4 médiane à l'inclusion est de 132 cellules/mm³. Sur le plan thérapeutique tous les patients étaient sous 1ère ligne. La prophylaxie au cotrimoxazole a été instaurée chez 42 patients (32,3%). La médiane du dernier dosage de taux de CD4 est de 420.50 cellules/mm³. La charge virale est indétectable chez 26 patients (55,31%) sur les 47 patients qui avaient un dosage récent de la charge virale. Onze patients (8,5%) sont décédés.

Conclusion : Loin d'être à l'abri de l'infection à VIH les sujets du troisième âge doivent faire l'objet d'une attention particulière du fait de leur état physiologique indépendamment du VIH.

Mots-clés : VIH, sujet diagnostiqué à 50 ans et plus, Niamey, Niger.

Abstract

Introduction: In Niger, according to UNAIDS, there are 36 thousand patients living with HIV in 2019 with a seroprevalence of 0.40% among adults aged 15 to 49 years. There is no data available in the 50-year-old

and more often forgotten in HIV pandemic programs. Objective: This work was undertaken to examine the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary features of HIV infection with patients aged 50 years and above.

Methodology: This is a retrospective study which is based on the exploitation of the patients' records, diagnosed at age 50 and above, from January 2005 to 29 May 2019 in the department of infectious diseases at the National Hospital of Niamey.

Results: Out of the 767 patients in the active file, 130 were at least 50 years old, i.e. 16.95%, 84 of whom are male and 46 are female, the sex ratio is 1.83. The average age was 55.68 years for extremes of 50 and 73 years. There are 99 illiterate patients (76.2%). Four patients (3.1%) are hypertensive. One hundred and sixteen patients are infected with HIV1 (89.2%), 10 with HIV2 (7.7%) and 4 have a dual infection (3.1%). Ninety-six had at least one eastern opportunistic infection (73.5%). Ten patients (7.7%) have HIV-HBV co-infection. The average CD4 count for inclusion is 132 cells/mm³. On the therapeutic level, all patients are on the first line therapeutic at admission. Co-trimoxazole prophylaxis was introduced in 42 patients (32.3%). The average of the last CD4 level dosage is 420.50 cells/mm³. The viral load is undetectable in 26 patients (55.31%) of the 47 patients who had a recent viral load assay. Eleven patients (8.5%) died.

Conclusion: Far from being immune to HIV infection, elderly patients should be given special attention because of their physiological condition regardless of HIV.

Keywords: HIV, patient diagnosed at age 50 and above, Niamey, Niger.

Introduction

Durant la dernière décennie, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les personnes âgées de 50 ans et plus a fait l'objet de plusieurs études conduites dans les pays développés, qui ont constaté une tendance à l'augmentation

du nombre de découvertes d'infection à VIH chez les personnes de cette classe d'âge du fait de l'amélioration de son environnement sanitaire [1-7]. Dans l'ensemble des pays de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (EU/EEE), ce nombre, rapporté à la population générale du même âge, a augmenté en moyenne de 2,1% chaque année entre 2004 et 2015[4].

Au Niger, selon l'ONUSIDA en 2019 il y a 36 milles patients vivant avec le VIH, 1700 nouvellement infectés et 1200 décès liés au VIH tout âge et tous sexes confondus.

La littérature scientifique dispose de très peu de données relatives à l'infection du VIH chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus en Afrique en général et au Niger en particulier.

L'objectif général de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH, chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus à l'hôpital national de Niamey et plus précisément au service des maladies infectieuses Pavillon Raymond Madras.

Méthodologie

Cadre et type d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'Hôpital National de Niamey (HNN) au niveau du service des maladies infectieuses Pavillon Raymond Madras : service référant pour les patients vivant avec le VIH (PVVIH). Il s'agit d'une étude rétrospective allant de Janvier 2005 au 29 Mai 2019 à propos de 130 cas tous sexes confondus.

Matériels

Notre matériel d'étude était composé de :

Dossiers des patients séropositifs diagnostiqués à 50 ans et plus hospitalisés ou admis en consultation au niveau du service Pavillon Raymond Madras.

Une fiche d'enquête où les données sont enregistrées (voir Annexe).

Le logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS) dans sa version 20.0 et le pack Microsoft office dans sa version 2016 nous a permis l'analyse et

la saisie des données.

Population d'étude

Les patients inclus dans notre étude sont des patients séropositifs diagnostiqués à 50 ans et plus, tous sexes confondus hospitalisés ou admis en consultation au niveau du service Pavillon Raymond Madras.

La communauté scientifique internationale considère comme âgée la personne atteinte de VIH à partir de 50 ans [8-9].

Variables analysées

Pour chaque patient, les variables suivantes ont été analysées :

Variables sociodémographiques : âge, sexe, situation matrimoniale et Niveau d'instruction.

Comorbidité : HTA, diabète, Insuffisance rénale.

Bilan clinique à l'inclusion : état général, manifestations cliniques retrouvées à l'examen.

Bilan biologique à l'inclusion : charge virale, Taux de CD4

Thérapeutiques : Début du traitement, Durée du traitement, ARV, prophylaxie au cotrimoxazole.

Bilan de suivi : charge virale récente, taux de CD4 récente, Observance du traitement.

Evolution et pronostic : Amélioration clinique, Stationnaire, Aggravé, Décès, Perdu de vue.

Résultats

Nous avons recensé 767 PVVIH au moment de notre étude suivis dans le service Pavillon Raymond Madras dont 130 âgés de 50 ans et plus au moment du diagnostic soit une prévalence de 16,95% dont la répartition en fonction des variables donne les résultats suivants :

La prédominance masculine était nette avec un sex-ratio de 1,82 homme pour 1 femme. La moyenne d'âge était de 55,68 avec des extrêmes de 50 et 73 ans. La tranche d'âge la plus touchée était de 50 à 54 ans avec 73 patients soit 56,2% et la moins touchée était celle de 70 ans et plus avec 5 patients soit 3,8%. Situation matrimoniale : les mariés étaient les plus représentés avec 32 patients soit 24,6% suivi des veufs avec 8 patients soit 6,2%. La situation matrimoniale

n'était pas précisée chez 83 patients soit 63,8%. Parmi les mariés, les monogames étaient les plus représentés avec 31,3%, le régime du mariage n'a pas été précisé chez 17 patients sur les 32 mariés soit 53,1%.

Selon le niveau d'instruction : Les non scolarisées étaient les plus représentés avec 99 patients soit 76,2% ensuite ceux du supérieur avec 11 patients soit 8,5%. Ceux du primaire et du secondaire représentaient respectivement 6,9% et 3,8%. En outre, 4,6% de nos patients avaient fréquenté les écoles coraniques.

Selon les comorbidités : Parmi les 130 patients 124 étaient sans aucune comorbidités soit 95,4%, 4 étaient hypertendus soit 3,1% et 1 diabétique soit 0,8%. L'AgHBs était positif chez 10 des patients soit 7,7% et le dosage de l'anticorps anti HVC était négatif chez tous les patients.

Aspects cliniques : 61,53% des patients avaient un mauvais état général à l'admission. Les infections opportunistes étaient retrouvées chez 51 patients soit 39,2% et n'avait pas été précisé chez 79 patients soit 60,8%, les plus fréquentes des infections opportunistes étaient ; la tuberculose pulmonaire avec 27 cas soit 20,8% et les candidoses buccales avec 12 cas soit 9,2% et 73,5% des 51 patients avaient au plus une infection opportuniste à l'admission. A l'admission 32,3% des patients étaient au stade 4 de l'OMS et 27,7% au stade 3 de l'OMS (Tableau I).

Profil virologique : les 116 patients étaient infectés par le VIH1 soit 89,2%, 10 patients au VIH2 soit 7,7% et 4 patients pour la co-infection VIH1+VIH2 soit 3,1%. Aucun de nos patients n'avait bénéficié du dosage de la charge virale à l'inclusion. Le dosage du taux de CD4 a été fait à l'inclusion chez 106 des patients soit 81,5%. La médiane du taux de CD4 à l'inclusion est de 132 cellules/mm³. Sur les 106 patients qui avaient bénéficié d'un dosage du taux de CD4 à l'inclusion, 71 patients soit 66,98% avaient un taux de CD4 inférieur à 200 et 6 patients soit 5,67% avaient un taux de CD4 supérieur à 500 (Tableau II).

Aspects thérapeutiques : La durée médiane avant la mise sous traitement était de 0,40 mois avec des extrêmes de 0 et 14,47 mois.

Parmi nos patients, 30 (23,1%) avaient bénéficié de

changement de molécule de 1ère ligne et 7 patients avaient bénéficié de changement de ligne thérapeutique soit 5,4%. Quarante-deux patients (32,3%) avaient bénéficié de prophylaxie au cotrimoxazole. La médiane de la durée du traitement était de 47,11 mois avec des extrêmes de 0,30 et 167,70 mois.

Aspects évolutifs : Parmi nos patients 47 avaient bénéficié d'un contrôle récent de la charge virale soit 36,2% sur les 130 patients. Sur ces 47 patients qui avaient un dosage récent de la charge virale, 26 avaient une charge virale indétectable soit 55,31% (Tableau III). Soixante patients (46,20%) sur les 130 avaient bénéficié d'un contrôle récent du taux de CD4, la médiane du dosage récent du taux de CD4 était de 420.50 cellules/mm³ avec des extrêmes de 15 et 1277 et 24 patients sur les 60 soient 40% avaient un taux de CD4 supérieur à 500 et 14 patients sur les 60 avaient un taux de CD4 inférieur à 200 (Tableau IV). Cent-deux patients (78,6%) des avaient une bonne observance thérapeutique et 11 des patients étaient décédés soit 8,5% au cours de l'évolution.

Discussion

Dans notre étude, la prévalence de l'infection à VIH chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus est de 16,95%. Cette fréquence serait sous-estimée, la découverte de la séropositivité se faisant en général tardivement dans cette tranche d'âge [10-11]. Nos résultats sont supérieurs à ceux de l'équipe de Coumé et al. au Sénégal qui avait retrouvé une prévalence de 8% sur une cohorte de 697 patients [12]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'étude de Coumé et al concernaient les patients âgés de 55 ans et plus [12].

Nos résultats sont proches de ceux de Mbopy-Kéou et al. au centre de traitement agréé de Bafoussam au Cameroun qui était de 14,10% [13].

Mais inférieurs à ceux de la série de Tran TC et al. en France qui avaient retrouvé une prévalence de 20% sur les 6003 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016 [7]. Pourcentage comparable à celui observé dans l'ensemble des pays

de l'UE/EEE soit 19% en 2016 [14]. Cette différence s'explique par la faible prévalence de l'infection à VIH dans la population générale au Niger qui est de 0,4% [15].

On avait une nette prédominance masculine 64,6% avec un sex-ratio de 1,82 alors qu'une tendance à la féminisation de l'infection est souvent observée après 50 ans [13-16]. Cette prédominance masculine a été retrouvée dans d'autres études notamment celle de Tran TC et al. en France en 2018 qui retrouvait 72% de sexe masculin [7]. Au Brésil une prédominance masculine 63,15% a été retrouvée par Torres TS et al. [17]. Smith RD et al. en Angleterre avaient retrouvé une prédominance masculine [18]. Cette prédominance du sexe masculin chez les personnes âgées de 50 ans et plus, peut s'expliquer dans notre contexte par le fait que les hommes sont sexuellement plus actifs sans compter l'influence de la polygamie contrairement aux femmes qui à cet âge sont exposées aux dyspareunies secondaires à la ménopause, en plus de l'influence de la religion.

L'HTA était la plus représentée des comorbidités avec 3,1% suivie du diabète avec 0,8%. Cette prédominance de l'HTA et du diabète a été retrouvé par Flexor G et al. en France avec respectivement 37% et 20%. Mbopi-Kéou et al. au Cameroun a retrouvé une prédominance de l'HTA à 54,5% [13], cette différence de pourcentage peut s'expliquer par le fait que Flexor G et al. ont réalisé leur étude chez des patients âgés de plus de 60 ans [19] contrairement à notre cohorte où la tranche d'âge la plus touchée était de 50 à 54 ans avec 73 patients soit 56,2%. Nos résultats sont différents de ceux de Coumé M et al. au Sénégal qui a retrouvé une prédominance de l'insuffisance rénale chronique modérée à sévère avec 33,9 % suivie par l'HTA et le diabète avec respectivement 25 % et 9 % [12] et de Torres TS et al. au Brésil en 2013 qui a retrouvé une prédominance des dyslipidémies à 52,4% suivie de l'HTA à 51,9% [17].

Les infections opportunistes étaient retrouvées chez 51 patients soit 39,2%. Coumé M et al. au Sénégal dans sa série avait retrouvé une prévalence des infections opportunistes chez 37 patients, soit 66 %

[12]. Il s'agit d'une forte prévalence comparée aux données européennes. Ces infections seraient liées au retard diagnostique, mais aussi à une plus grande susceptibilité à l'infection du fait des mauvaises conditions de vie (revenus faibles, faible niveau de scolarisation...) [12].

On note un retard diagnostique important dans notre série. En effet, selon la classification de l'OMS 32,3% des patients étaient diagnostiqués au stade 4 de l'OMS et 27,7% au stade 3 de l'OMS à l'admission, 71 patients soit 66,98% sur les 106 patients ayant eu un dosage de CD4 à l'inclusion avaient un taux de CD4 inférieur à 200. Ce retard diagnostique n'est pas spécifique des pays en développement où l'accessibilité aux soins demeure insuffisante [12]. Tran TC et al. en France [7], Noguéras et al. [14] en Espagne et Torres et al. [17] au Brésil soulignaient ce retard diagnostique. Ce retard peut être également expliqué par un moindre recours au dépistage systématique chez le sujet âgé. En effet, Tran TC et al. affirmaient dans leur étude que la réalisation d'un test de dépistage dans l'année précédant le diagnostic est moins fréquente chez les seniors que chez les plus jeunes, et que les seniors sont plus nombreux à n'avoir jamais été testés pour le VIH [7]. L'enquête KABP 2010 avait montré que seuls 32% des 45-54 ans ont la perception d'avoir un risque d'être contaminé par le VIH supérieur ou égal à la moyenne des gens [7-21]. Parallèlement, les professionnels de santé sont peut-être moins à l'aise pour discuter de sexualité avec leurs patients les plus âgés et sont probablement moins enclins à leur proposer un dépistage, car ils les considèrent peu exposés au risque d'infection par le VIH [5].

Aucun de nos patients n'avait bénéficié du dosage de la charge virale à l'inclusion. Ceci conformément au paquet minimum d'examen offerts par l'initiative nigérienne d'accès aux antirétroviraux (INAARV) à l'inclusion. Ceci peut s'expliquer également par le fait que les moyens ne sont pas toujours disponibles pour faire le dosage de la charge virale dans les pays en développement. En plus, depuis 2015 l'OMS a publié des lignes directrices mises à jour qui recommandent de dépister et de traiter sans attendre la charge virale

et le taux de CD4.

Dans notre étude 30 patients (23,1%) avaient été switch et 7 patients avaient bénéficié de changement de ligne thérapeutique soit 5,4%. Quarante-deux patients (32,3%) avaient bénéficié de prophylaxie au cotrimoxazole. La durée moyenne du traitement était de 58,43 mois. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Coumé M et al au Sénégal en 2014[72], de Mbopi-Kéou et al. au Cameroun en 2012[71] qui ont retrouvé respectivement 31,5 mois et 34,76 mois mais inférieures à ceux de Flexor G et al. en France en 2013[59], Torres TS et al. au Brésil en 2013[68] qui ont retrouvé respectivement 132 mois et 105,6 mois.

Dans notre étude l'état général s'était amélioré chez 74,6% des patients. En effet, parmi nos patients 47 avaient bénéficié d'un contrôle récent de la charge virale soit 36,2% sur les 130 patients. Sur ces 47 patients qui avaient un dosage récent de la charge virale, 26 avaient une charge virale indétectable soit 55,31%. Soixante des patients soit 46,20% sur les 130 avaient bénéficié d'un contrôle récent du taux de CD4, la médiane du dosage récent du taux de CD4 était de 420.50 cellules/mm³ et 24 patients sur les 60 soit 40% avaient un taux de CD4 supérieur à 500. Cette situation témoignerait de l'efficacité des programmes d'aide à l'observance et du suivi de proximité mis en œuvre au niveau des centres de traitement ambulatoire même si des progrès restent à faire pour l'atteinte des objectifs 90-90-90 définis lors de la Conférence de Melbourne en 2014 : Il s'agit d'atteindre, à l'horizon 2020, ou même 2030, 90 % de personnes porteuses du VIH informées de leur séropositivité, 90 % de personnes diagnostiquées ayant accès à une TARV et 90 % de patients traités avec une charge virale indétectable[22]. Par contre, 8,5% des patients étaient décédés au cours de l'évolution. Mbopi-Kéou et al. au Cameroun et Coumé M et al. au Sénégal [12], signalaient dans leurs séries respectives un taux de létalité similaire de 8,9% [13] et 7,14%. Cette mortalité est inférieure à celui de Flexor G et al. en France [19], Noguéras M et al. en Espagne [20] qui signalaient dans leurs séries respectives un taux de létalité de 14% et 13,9%. Cette mortalité

moins importante s'expliquerait par la taille de notre échantillon.

Limites du travail : Comme toute étude scientifique nous avons constaté des insuffisances dans la gestion des dossiers :

- Remplissage incomplet des dossiers
- Irrégularité du bilan biologique
- Absence de mise à jour des dossiers.

L'analyse n'a porté que sur des données disponibles et est donc sujette à un biais de sélection dont l'effet sur les estimations est difficilement appréciable.

Conclusion

Cette analyse ciblée sur les seniors montre que le nombre de découvertes de séropositivité VIH continue à augmenter partout dans le monde et que l'infection est souvent diagnostiquée tardivement dans cette population. Le SIDA du sujet âgé est une réalité au Niger et doit faire partie du programme de prévention au même titre que celui des sujets jeunes afin de mieux contrôler la propagation de l'infection. La morbi-mortalité au cours de cette infection virale chronique chez les sujets du troisième âge est préoccupante dans les pays en voie de développement et au Niger en particulier, par conséquent les professionnels de santé doivent accorder une plus grande attention à cette frange de la population en évoquant l'infection à VIH devant toute symptomatologie inexplicée et une prise en charge spécifique de la personne âgée atteinte de VIH doit être intégrée dans les programmes de santé en Afrique et au Niger en particulier afin de réduire considérablement cette morbi-mortalité.

*Correspondance

Ismael Ayouba Tinni

iayoubatinni2@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

1 : Service de maladie infectieuse pavillon Raymond

Madras de l'hôpital national de Niamey.

- 2 : Service de médecine interne section homme de l'hôpital national de Niamey
- 3 : Service de médecine interne de l'hôpital général de référence section VIP
- 4 : Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abdou Moumouni de Niamey-Niger.
- 5 : Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Zinder-Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Iwuji CC, Churchill D, Gilleece Y, Weiss HA, Fisher M. Older HIV-infected individuals present late and have a higher mortality: Brighton, UK cohort study. *BMC Public Health*. déc 2013;13(1):397-406.
- [2] Davis T, Teaster PB, Watkins JF, Thornton AC, Alexander L, Zanjani F. A Qualitative Approach to Increasing HIV Prevention in Primary Care Settings for Older Adults: Perspectives From Primary Care Providers. *J Appl Gerontol*. juill 2018;37(7):840-55.
- [3] Tillman JL, Mark HD. HIV and STI testing in older adults: an integrative review. *J Clin Nurs*. août 2015;24(15-16):2074-95.
- [4] Tivoschi L, Gomes Dias J, Pharris A, Schmid D, Sasse A, Van Beckhoven D, et al. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. *Lancet HIV*. nov 2017;4(11):514-21.
- [5] Pilowsky D, Wu L-T. Sexual risk behaviors and HIV risk among Americans aged 50 years or older: a review. *Subst Abuse Rehabil*. avr 2015;51-60.
- [6] HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 - 2017 data. Disponible sur: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2018-2017-data>.
- [7] Tran TC, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors

- en France, 2008-2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(40-41):792-8.
- [8] Power L, Bell M, Freemantle M (2010) A national study of ageing and HIV (50 Plus). Joseph Rowntree Foundation
- [9] France-DGS: Étude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/sida 2013 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etude_PVVIH_vieillissantes_mars_2013_DGS_Pleinsens.pdf
- [10] El-Sadr W, Gettler J. Unrecognized human immunodeficiency virus infection in the elderly. *Arch Intern Med.* 1995 Jan 23;155(2):184-6.
- [11] Chiao EY, Ries KM, Sande MA. AIDS and the elderly. *Clin Infect Dis.* 1999 Apr;28(4):740-5.
- [12] Coumé M, Faye A, Pouye A, Kane A, Diop TM. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH chez le sujet âgé sénégalais. *Cah Année Gérontologique.* 1 sept 2014;6 (3):97-101.
- [13] Mbopi-Kéou FX, Djomassi LD, Monebenimp F. Aspects descriptifs du VIH/SIDA chez les sujets âgés de 50 ans et plus suivis au Centre de
- [14] Traitement Agréé de Bafoussam - Cameroun. *Pan Afr Med J.* 14 août 2012;12:107-10.
- [15] European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017. 2016 data. Stockholm: ECDC; 2017. 124 p. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2017-2016-data15>. UNAIDS_FactSheet_fr.pdf. Disponible sur: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
- [16] Déguénonvo LF, Audrey Diop SA, Vedogbeton A, et al Bilan de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH dans un centre de dépistage volontaire et anonyme au Sénégal. *Santé Publique* 2011 4: 297-304.
- [17] Torres TS, Cardoso SW, Velasque LS, Marins LMS, de Oliveira MS, Veloso VG, et al. Aging with HIV : an overview of an urban cohort in Rio de Janeiro (Brazil) across decades of life. *Braz J Infect Dis.* mai 2013; 17(3):324-31.
- [18] Smith RD, Delpech VC, Brown AE, Rice BD. HIV transmission and high rates of late diagnoses among adults aged 50 years and over: *AIDS.* août 2010;24(13):2109-15.
- [19] Flexor G, Zucman D, Berthé H, Meier F, Force G, Greder-Belan A, et al. Vieillesse et infection par le VIH : suivi de 149 patients âgés de plus de 60 ans infectés par le VIH. *Presse Médicale.* mai 2013;42(5):145-52.
- [20] Nogueras M, Navarro G, Antón E, Sala M, Cervantes M, Amengual M, et al. Epidemiological and clinical features, response to HAART, and survival in HIV-infected patients diagnosed at the age of 50 or more. *BMC Infect Dis.* déc 2006;6(1):159-167.
- [21] Saboni L, Beltzer N. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes/ReSP-DGS. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(46-47):525-9.
- [22] (Synthèse) Savoir, c'est pouvoir é Connaître son statut sérologique, connaître sa charge virale. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2940_knowledge-is-power-summary_fr.

Pour citer cet article :

I Ayouba Tinni, M Amadou Gado, M Daou, Y Hanki, S Moussa Saley, M Douchi et al. Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'infection à VIH, chez le sujet diagnostiqué à 50 ans et plus. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 59-65



Editorial

Épilepsie et jeûne de Ramadan : Ce qu'il faut savoir !

Epilepsy and Ramadan fasting: What you need to know!

Soumaila Boubacar¹ (Neurologue, Épileptologue)

Selon l'OMS la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

En cela, je tiens ainsi à rappeler que le praticien notamment le Neurologue se doit d'être holistique dans son approche thérapeutique afin d'assurer une prise en charge globale du patient. Cela dit, le patient épileptique mérite donc d'être écouté dans tous les aspects de sa vie (profession, loisirs, sexualité, reproduction...etc) notamment ceux en rapport avec ses croyances et cultures dont leur atteinte est certes une source de frustrations, de craintes et d'émotions génératrices de crises mettant ainsi en jeu la prise en charge correcte de sa maladie. Le culte fait donc partie essentielle de ces aspects importants pour le patient épileptique en général et du musulman en particulier.

Ceci étant, le Ramadan est une période de jeûne qui se répète annuellement et qui a lieu au cours du neuvième mois du calendrier islamique [1].

Le jeûne est obligatoire pour tous les musulmans en bon état de santé. Le jeûne s'étend de l'aube au coucher du soleil. La période de jeûne varie d'une saison à l'autre et d'un pays à l'autre mais toujours de

l'aube au coucher du soleil ou à défaut par estimation de la durée. Pendant les mois d'été, la période de jeûne peut durer jusqu'à 16 heures ou plus, tandis que pendant les mois d'hiver, elle atteint jusqu'à 10 à 12 heures. La variation de la durée du jour en été signifie qu'aux altitudes tempérées, le jeûne peut durer jusqu'à 20 heures [1]. Pendant la période de jeûne, les personnes adultes ne sont pas autorisées à recevoir de la nourriture et de l'eau. Pendant le Ramadan, les personnes qui jeûnent ont tendance à modifier leurs habitudes alimentaires et le type de nourriture qu'ils mangent [2] d'où l'inquiétude des soignants, les patients et leurs parents sur la prise en charge de l'épilepsie dans cette période.

L'épilepsie représente la deuxième maladie neurologique mondiale par ordre de fréquence avec 70 millions de patients épileptiques dans le monde [3,4]. Elle est plus fréquente chez les enfants et les personnes âgées [5]. L'épilepsie est une affection neurologique dont on peut souffrir à n'importe quel âge. Près des 80 % vivent dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire. En Afrique noire, la médiane de l'épilepsie a été estimée à 15 cas pour mille habitants. . L'épilepsie a longtemps été

considérée comme une maladie spirituelle ; depuis 2000 ans av. J.-C. Au XIXe siècle, avec l'apparition d'une nouvelle discipline médicale, la Neurologie, l'épilepsie est considérée comme une maladie du cerveau qui est différente de la maladie mentale, c'est-à-dire de la folie [6]. Elle touche toutes les races, de tous les continents sans distinction de religion.

La religion musulmane, l'Islam, comporte cinq piliers dont le jeûne de Ramadan fait partie. Le jeûne existe sous forme d'actes méritoires facultatifs mais surtout la forme obligatoire se déroulant pendant le mois de Ramadan.

L'intérêt de ce sujet est d'examiner l'impact du jeûne pendant le Ramadan sur le contrôle des crises et la qualité de vie des patients adultes épileptiques [7].

Sur le plan nutritionnel, la restriction calorique et le jeûne intermittent semblent avoir divers effets bénéfiques sur la santé, notamment une amélioration du système immunitaire. En outre, on note une meilleure fonction cognitive et même une réduction des épisodes de crises chez certains patients épileptiques. L'alimentation avec restriction de temps a un effet anticonvulsif et ce régime restrictif peut favoriser des changements dans le métabolisme énergétique [8].

Même si les tissus utilisent de préférence les glucides l'énergie des glucides plutôt que celle des graisses et des protéines, la quantité d'hydrates de carbone stockée dans le corps n'est que de quelques centaines de grammes (principalement du glycogène dans le foie et les muscles), et elle peut fournir l'énergie nécessaire au fonctionnement de l'organisme [9,10].

Le contrôle du régime alimentaire est l'une des formes les plus anciennes et les plus courantes de traitement de nombreuses maladies. L'épilepsie ne fait pas exception à la règle ; depuis des siècles, les médecins traitent l'épilepsie par des changements et des restrictions alimentaires. L'utilisation du jeûne dans le traitement de l'épilepsie remonte à l'époque de l'Empire britannique [7].

Ramadan n'affecte pas de façon spectaculaire le métabolisme des lipides, des glucides et des protéines, ni la moyenne quotidienne des taux hormonaux. et des protéines. Une augmentation des taux sériques d'urée et d'acide urique a été fréquemment signalée, ce qui pourrait être attribué à la "déshydratation" relative au cours du jeûne mais certains changements, tels que l'augmentation des HDL, de l'apoprotéine A1, et la diminution des LDL, pourraient être bénéfiques pour le système cardiovasculaire [9].

Une enquête de Rehab Magdy et al, 2020 ayant porté sur trois cent vingt et un (321) patients musulmans [11] souffrant d'épilepsie active et dont l'âge médian était de 33 ans, (certains patients avaient plus d'un type de crise). C'était une étude prospective d'observation sur des patients musulmans souffrant d'épilepsie active et ayant l'intention de jeûner pendant le Ramadan de l'année 2019, avec une moyenne de 16 heures de jeûne par jour. La fréquence des crises pour chaque type de crise a été suivie pendant trois mois, un mois avant le Ramadan (Shaaban), pendant le Ramadan et un mois après (Shawwal), après avoir assuré l'observance médicamenteuse. Pendant le Ramadan, 86 des 224 patients souffrant de crises focales, 17 sur 38 patients souffrant de crises myocloniques et 6 sur 10 patients souffrant de crises d'absence. Les patients avec des crises d'absence ont montré une réduction $\geq 50\%$. En Shawaal, cette amélioration s'est poursuivie chez 83, 13 et 4 patients atteints respectivement de crises focales, myocloniques et d'absence. Les crises focales et myocloniques étaient significativement améliorées pendant les mois de Ramadan et de Shawaal par rapport à Shaaban. Cependant, les crises d'absence n'ont été significativement améliorées que pendant le Ramadan par rapport à Shaaban. La fréquence des crises tonico-cloniques généralisées ne différait pas significativement entre les trois mois.

Par ailleurs, une autre étude [12] de la même équipe égyptienne a inclus 430 patients. La majorité des patients (75,58 %) ont terminé le jeûne du Ramadan sans crise. L'absence maximale de crise avant le Ramadan et les heures de sommeil ont

été identifiées comme des facteurs prédictifs indépendants de la réussite du jeûne du Ramadan, en utilisant une analyse multivariée.

Khalid Alqadi et al, 2020 [7] avaient constaté que les crises survenues avant le jeûne représentaient 35,5 % de toutes les crises. L'analyse de régression multilinéaire a révélé une diminution significative des crises de 21% pendant le mois de jeûne par rapport à la ligne de base (coefficient ajusté=0,79, $p < 0,01$, intervalle de confiance (IC) à 95 % : 0,61-0,98, $R^2 = 0,81$) et de 29 % pendant le mois de post-jeûne par rapport à la ligne de base (coefficient ajusté=0,71, $p < 0,01$).

Cependant, le neurologue doit tenir un discours rassurant mais préventif auprès des patients et de leurs parents afin d'optimiser l'hygiène de vie et la bonne observance des médicaments antiépileptiques. Les facteurs suivants selon A. Mahmood et al (2020) constituent un moyen d'appréciation du risque élevé ou faible chez le patient épileptique souhaitant jeûner le mois de Ramadan, il s'agit donc de la stadification du risque des patients épileptiques et aptitude au jeûne du Ramadan [13].

Facteurs de faible risque pour le jeûne du sujet épileptique (A. Mahmood et al (2020))

- IRM normale
- EEG normal
- 1 à 2 Crises d'épilepsie pendant toute la vie adulte
- Maintenu sous monothérapie en raison de la faible charge épileptique
- Dose modérée

Facteurs de haut risque pour le jeûne du sujet épileptique (A. Mahmood et al (2020))

- IRM anormale
- EEG anormal
- Crises fréquentes
- Maintien sous médicaments combinés en raison de crises mal contrôlées dans le passé
- Epilepsies antérieures
- Conditions comorbides comme l'hypertension,

insuffisance cardiaque, tumeur maligne, diabète
-Personnes âgées

Ces données de la littérature montrent que le jeûne de Ramadan est bien possible par les patients épileptiques et que cela paraît d'ailleurs bénéfique pour eux à la lumière des résultats des différentes séries et cohortes scientifiques. Cependant, des conseils hygiéno-diététiques doivent être prodigués à ces patients notamment concernant l'organisation du sommeil et les habitudes alimentaires.

Par ailleurs, le neurologue doit sensibiliser le patient épileptique à consulter son médecin traitant le plus proche dès la moindre remarque de malaise pendant son état de jeûne afin de rediscuter en équipe (neurologue, patient, parents et érudite) sur la possibilité de la poursuite du jeûne, son arrêt provisoire ou définitif au cas par cas selon l'âge, les comorbidités, l'état clinique du patient et les données électrophysiologiques.

Des études multicentriques à grande échelle s'avèrent nécessaires afin mieux appréhender cette facette importante de l'épileptologie à laquelle tiennent beaucoup les patients épileptiques et qui doit également attirer l'attention des épileptologues en l'occurrence ceux francophones du fait du caractère désertique de ce sujet dans la littérature scientifique d'expression française.

*Correspondance

Soumaila Boubacar

abounadjma@yahoo.fr

Disponible en ligne : 11 Mai 2021

1 : Service de Neurologie, Hôpital National Boubacar
Amirou Diallo, Niamey, Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Ammad Mahmood , Hina Naz Abbasi , NazimGhouri , Ruzwan Mohammed , John Paul Leach. Managing epilepsy in Ramadan: Guidance for healthcare providers and patients. *Epilepsy & Behavior* 111 (2020) 107117.
- [2] Akram M. Al-Mahdawi. *Epilepsy and Ramadan Fasting. Neurosciences* 2002 ; 7 (3) 207-209.
- [3] Sophie Dupont. *Epilepsies de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte.* Paris.Elsevier Masson SAS.2020.
- [4] Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR, Estimation of the burden of active and lifetime epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia* 2010;51: 883-90.
- [5] Soumaila Boubacar, Anna Modji Basse, Adjaratou Dieynabou Sow. *Epilepsie du Sujet âgé en Afrique subsaharienne: Une expérience du Laboratoire de Neurophysiologie clinique du CHU Fann, Dakar, Sénégal.* AMEEJ. 2019; 8 (3).
- [6] Sélé Kourouma. *Sortir l'épilepsie de l'ignorance.* Paris. L'Harmattan. 2021.
- [7] Khalid Alqadi, Omar Alghamdi, Fawzi Babtain, Hanan Ba'arma, Somaya Bajammal, Miad Albalawi, Abdulrahman Alfadhel, Mohammed Jawhari , Amal Abu-jabber , Nadia Madani , Youssef Al-Said, Salah Baz, Husam Kayyali. Effects of fasting during Ramadan on seizure control and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 112 (2020) 107440.
- [8] Hovinga CA et al, Asato MR, Manjunath R, Wheless JW, Phelps SJ, Sheth RD, et al. Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy Behav.* 2008; 13:316–22.
- [9] Rachida Roky, Imad Houti, Samya Moussamih, Souad Qotbi, Nadia Aadil. *Physiological and Chronobiological Changes during Ramadan Intermittent Fasting.* *Ann Nutr Metab* 2004;48:296–303.
- [10] Angel JF, Schwartz NE: *Metabolic changes resulting from decreased meal frequency in adult male Muslims during the Ramadan fast.* *Nutr Rep Int* 1975; 11: 29–38.
- [11] Rehab Magdy , Nirmeen A. Kishk , Noha T. Abokrysha ,

- Gihan M. Ramzy , Hoda Ibrahim Rizk & Mona Hussein (2020): *Fasting and post fasting effect of Ramadan on different seizure types in patients with active epilepsy,* *Nutritional Neuroscience*, doi: 10.1080/1028415X.2020.1840048.
- [12] Rehab Magdy, Nirmeen A. Kishka, Noha T. Abokrysha, Gihan M. Ramzya, Hoda Ibrahim Rizkb, Mona Hussein. *Predictors of successful Ramadan fasting in Muslim patients with epilepsy: A prospective study.* *Seizure: European Journal of Epilepsy* 80 (2020) 67–70.
- [13] Ammad Mahmood, Hina Naz Abbasi , NazimGhouri, Ruzwan Mohammed, John Paul Leach. *Managing epilepsy in Ramadan: Guidance for healthcare providers and patients.* *Epilepsy & Behavior* 111 (2020) 107117.

Pour citer cet article :

Soumaila Boubacar. *Épilepsie et jeûne de Ramadan : Ce qu'il faut savoir ! Jaccr Africa* 2021; 5(2): 66-69



Article original

Exploration tomodensitométrique des anévrismes intracrâniens (AIC) à Abidjan : A propos de 149 cas

Computed tomography exploration of intracranial aneurysms in Abidjan: About of 149 cases

AE Zouzou*¹, A Toure¹, AP N'dja¹, DT Gnaoule¹, LE Dion Anicet¹, NE Fatto¹, GC Gbazy¹

Résumé

Objectif : Evaluer l'apport diagnostique de la tomodensitométrie (TDM) dans la prise en charge des anévrismes intra crâniens et ses complications.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive d'une durée de 8 ans s'étendant de janvier 2010 à décembre 2017, réalisée dans un service de radiologie d'un hôpital privé d'Abidjan à l'aide d'un scanner multi-barrettes (64). Nous avons inclus tous les patients chez qui le diagnostic d'un ou de plusieurs anévrismes rompus ou non a été retenu. Les malformations vasculaires cérébrales autres qu'anévrismales ainsi que les patients pour lesquels le dossier radiologique était incomplet n'ont été inclus. Les caractères épidémiologiques, les circonstances de découverte, le type, la taille, le siège, le nombre ont été analysé pour chaque patient à l'aide du rapport d'angio TDM cérébrale et de dossiers médicaux.

Résultats : L'âge moyen était de 49,54 ans avec des extrêmes 17 - 86 ans. Il s'agissait de 40 hommes (32%) et 85 femmes (68%), avec un sex ratio de 2,12. L'HTA représentait le principal facteur de risque. Les AIC étaient découverts au stade de complications hémorragiques (68%). Les AIC intéressaient majoritairement la partie antérieure du polygone de Willis : ACI (43 cas) 31,16%,

ACM (39 cas) 28,26%, AComA (37 cas) 26,81% et pour la circulation postérieure, les artères vertébro-basilaire (7 cas) 4,7% %. Les anévrismes étaient de forme sacciforme (95,97%) et fusiforme (4, 03%). Il s'agissait d'anévrisme de petite (57,07%) et de moyenne (37,58%) taille. L'ischémie secondaire au vasospasme (21%), l'hydrocéphalie (37%) et le resaignement (42%) représentaient les principales complications des hémorragies sous arachnoïdiennes (HSA).

Conclusion : L'AIC présente des complications hémorragiques redoutables dont la PEC passe par un diagnostic précoce. Le scanner plus accessible dans notre contexte constitue un excellent moyen de détection d'imagerie non invasif.

Mots-clés : anévrismes intracrâniens ; angio-CT ; hémorragie méningée.

Abstract

Objective: To assess the diagnostic contribution of computed tomography in the management of intracranial aneurysms and its complications.

Methodology: This was a retrospective descriptive study lasting 8 years extending from January 2010 to December 2017, carried out in a radiology department of a private hospital in Abidjan with the help of a multi-

strip scanner (64). We included all patients in whom the diagnosis of one or more ruptured aneurysms or not was made. Cerebrovascular malformations other than aneurysm as well as patients for whom the radiological file was incomplete were not included. The epidemiological characters, the circumstances of discovery, the type, the size, the site, the number were analyzed for each patient using the cerebral CT angio report and medical records.

Results: The average age was 49.54 years with extremes of 17 - 86 years. These were 40 men (32%) and 85 women (68%), with a sex ratio of 2.12. The main risk factor was hypertension arterial. AICs were discovered at the stage of hemorrhagic complications (68%). AICs were mainly of interest for the anterior part of the Willis polygon: ACI (43 cases) 31.16%, ACM (39 cases) 28.26%, AComA (37 cases) 26.81% and for the posterior circulation, the arteries vertebral basilar (7 cases) 4.7%. The aneurysms were sacciform (95.97%) and fusiform (4.03%). It was a small (57.07%) and medium (37.58%) aneurysm. Ischemia secondary to vasospasm (21%), hydrocephalus (37%) and re-bleeding (42%) were the main complications of subarachnoid hemorrhage (ASH).

Conclusion: AIC presents formidable hemorrhagic complications, the ECP of which requires early diagnosis. The more accessible scanner in our context is an excellent means of non-invasive imaging detection.

Keywords: intracranial aneurysms; angio-CT; subarachnoid hemorrhage.

Introduction

L'anévrisme artériel intracrânien (AIC) résulte d'une perte de parallélisme des bords d'une artère du polygone de Willis ou de ses branches. C'est une pathologie relativement fréquente dont la prévalence varie selon les études de 0,8 à 4,6% [1,2]. Le diagnostic précoce de AIC est fondamental afin d'une part de ne pas laisser évoluer vers une complication hémorragique grave responsable de 40% de mortalité

dans les 48 premières heures ou d'handicap acquis définitif du fait de leurs séquelles parenchymateuses cérébrales [3] et d'autre part définir la topographie et la sévérité dont dépendra le traitement. La TDM et l'IRM sont devenues les pierres angulaires du diagnostic car elles permettent d'identifier les anomalies vasculaires réservant l'artériographie cérébrale au guidage du traitement endo-vasculaire. La prise en charge des patients de cette affection est basée sur l'imagerie et le traitement est multidisciplinaire impliquant les radiologues (diagnostique et interventionnelle), les neurochirurgiens et neuroréanimateurs. L'acquisition depuis quelques années de scanner multibarrette avec des logiciels de post traitement performant permettant une étude plus précise des anévrismes a suscité l'intérêt des radiologues pour cette affection. Notre étude avait pour but de faire le diagnostic morphologique des AIC à Abidjan et d'analyser ses complications.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive d'une période de 8 ans s'étendant de janvier 2010 à décembre 2017, portant sur des patients suspects d'AIC, dans un hôpital d'Abidjan. La population d'étude était constituée de deux groupes de patients, d'une part des sujets externes adressés par les autres centres médicaux d'Abidjan et de l'intérieur du pays ne disposant pas de scanner et d'autre part des patients internés du centre disposant de dossiers médicaux. Tous les patients ont été explorés à l'aide d'un scanner multibarrettes TOSHIBA AQUILION 64 TOSHIBA AQUILION 64 model CXXG-012A et d'un système d'injecteur automatique de marque MEDRAO VISTRON.

Un angioscanner est réalisé après un scanner cérébral non injecté : acquisition hélicoïdale centrée sur le polygone de Willis avec des coupes de 0,625 mm reconstruits tous les 0,4 mm et un temps de rotation du tube de 0,5s. Injection de produit de contraste en bolus 80ml de produit de contraste iodé à 4ml/s. Le départ de l'acquisition était réalisé par détection de bolus

au niveau sur les artères carotides internes à hauteur de l'os hyoïde. À partir des images acquises, sont ensuite réalisées des reconstructions multiplanaires, maximum Intensity projection (MIP) et Volume Rendering Technique (VRT) ou 3D. L'utilisation de logiciels de reconstruction 3D permettait le diagnostic et les mesure de l'anévrisme. Nous avons inclus tous les patients chez qui le diagnostic d'un ou de plusieurs anévrismes rompus a été décelée. Ont été exclus les malformations vasculaires cérébrales autres qu'anévrismales.

Les paramètres étudiés étaient les données épidémiologiques (âge, sexe), les indications, les données morphologiques TDM (type, siège, taille, nombre, contour) ainsi que l'existence d'éventuelles complication à partir des comptes rendus d'examen et des dossiers médicaux.

La lecture des différents examens était faite par des radiologues seniors. Les analyses bivariées ont été faites avec expression du risque en Odds-Ratio (OR). Nous avons utilisé le test de Chi² de Pearson et le test exact de Fisher pour la comparaison des proportions. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Le dépouillement et l'analyse des données ont été faits par le logiciel Stata 13.

Résultats

Au total nous avons inclus 125 patients porteurs de 149 AIC. L'âge moyen était de 49,54 ans avec pour extrêmes de 17 et 86 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 40 et 60 ans avec 71 patients soit 56,8%. Il y avait 40 hommes (32%) et 85 femmes (68%), soit un sex ratio de 2,12. Les ATCD médicaux chez les patients internés notaient une prédominance d'HTA 28/38 cas soit 60,53% et une absence de facteurs de risque chez 13/38 (34,21%). Les principaux motifs de demande de l'angiogramme étaient les hémorragies cérébro-méningées avec 85 /125 patients (68%) et les céphalées 13/125 (10,4%). L'angiogramme précédé de coupe sans injection a été réalisé chez tous les patients. Le délai moyen de réalisation de l'examen était de 6,63 jours avec

des extrêmes 1 à 18 jours. Les principales données morphologiques sur les anévrismes sont résumées dans le tableau I.

Les anévrismes siégeaient dans leur grande majorité au niveau de la partie antérieure du polygone de Willis (92%) : artère carotide interne (31,16%), cérébrale moyenne (28,26%) et la communicante antérieure (26,81%). Pour la partie postérieure du polygone on notait les artères vertébro-basilaire (4,7%). Ces anévrismes prédominaient du côté droit (52,3%). Il s'agissait d'anévrisme sacciforme (95,97%) et fusiforme (4,03%) pour la forme. Concernant la taille des anévrismes, on notait dans la plupart des cas des anévrismes de petite 2-6 mm (57,07%) et moyenne taille 6-15 mm (37,58%). Les AIC étaient multiples chez 15 patients (12%) dont n=04 anévrismes chez un même sujet. Les anévrismes multiples étaient observés dans leur grande majorité sur l'ACI (5 cas) et ACM (2 cas).

Les reconstructions VRD et MIP ont montré des anévrismes de contours réguliers 140 cas (93,96%), irréguliers dans 9 cas (6,04%). Les anévrismes étaient compliqués d'hémorragies méningées dans 104 cas (69,80%). Le tableau II regroupe l'ensemble des données des complications hémorragiques.

La localisation avait une incidence sur la rupture : artères vertébro-basilaire 6/7 cas soit 85,41 % (p=0,00001) ; l'artère cérébrale postérieure 3/4 cas soit 75% (p=0,0001) et la communicante antérieure 31/37 cas soit 83,78% (p=0,003).

La taille de l'anévrisme avait une incidence sur la survenue de la rupture concernait les anévrismes de petite taille (6-10 mm) 40 /47 cas soit 85,11% (p=0,0004) et de taille moyenne (11-15 mm) 10 /12 cas soit 83,33% (p=0,00001). L'âge, le sexe et les contours n'ont pas montré d'incidence sur la rupture. Les complications évolutives lié aux anévrismes rompus chez les patients internés (38 patients) étaient le resaignement (7cas), l'hydrocéphalie (5 cas) et l'ischémie ou vasospasme (1 cas). Les anévrismes des artères vertébro-basilaires présentaient plus de risque hémorragique avec 6/7 cas soit 85,41 % (p=0,00001), suivi de ceux de l'artère cérébrale postérieure avec 3 /

4 soit 75% (p=0,0001) et la communicante antérieure 31 / 37 soit 83,78% (p=0,003).

Tableau I : Caractéristiques morphologiques des anévrismes

Localisation	n (%)
Circulation antérieure	137 (91,95)
A.C.I	43 (31,16)
A .C .M	39 (28,26)
A .Co . A	37 (26 ,81)
A.C .A	13 (9,42)
Carrefour ACM /ACA précommuniquante	5 (3,62)
Circulation postérieure 12 (8,05)	
Vertébro- basilaire	7 (4 ,7)
A .C.P	4 (2,68)
A.Co .P	1 (0,67)
Total	149 (100%)
Taille (mm)	
0-5	87 (58,38)
6-10	47(31,54)
11-15	12 (8 ,05)
16-20	1(0,68)
21-50	2 (1,35)
Total	149 (100)
Forme	
Sacciforme	143 (96)
Fusiforme	6 (4)
Contours	
Réguliers	140(93,96%)
Irréguliers	9(6,04)
Nombre par patients	
Unique	110 (88)
Multiple	15 (12)
Total	115

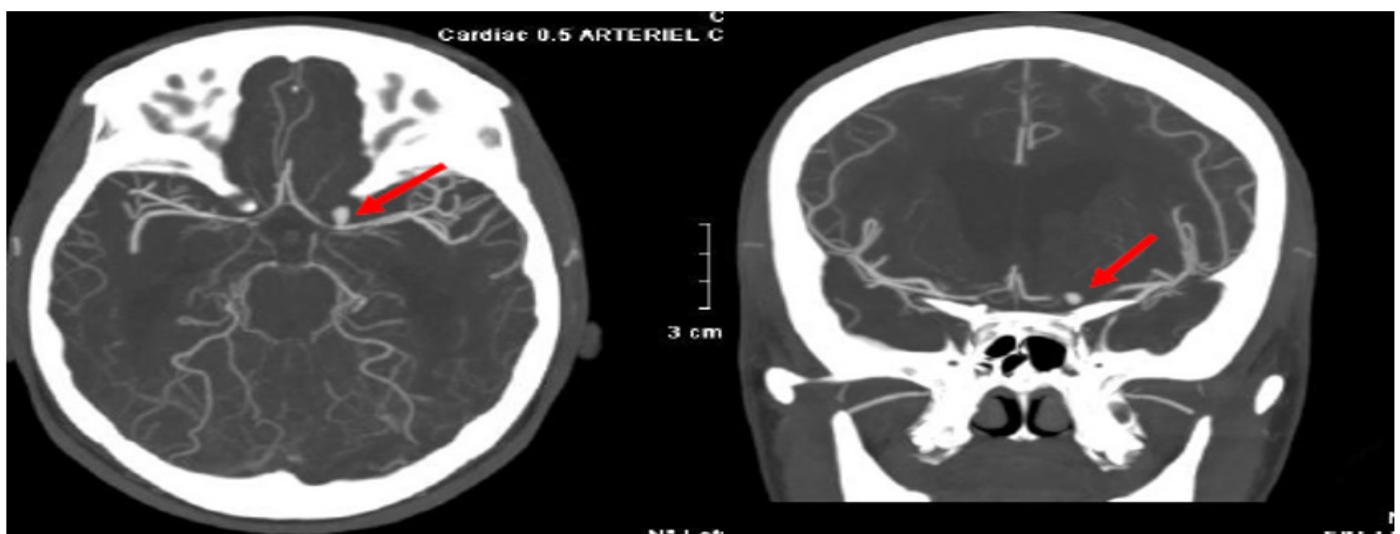


Figure 1 : Angio TDM montrant un anévrisme de l'artère cérébrale moyenne gauche chez une patiente de 17 ans

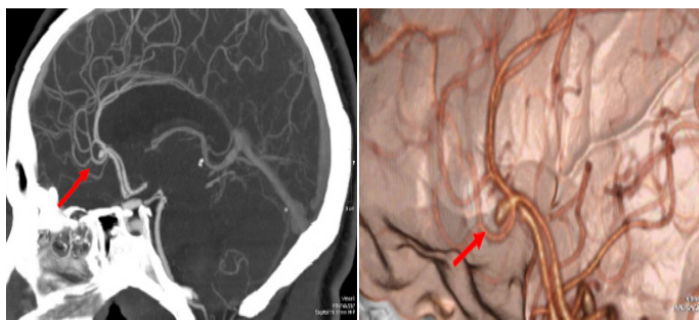


Figure 2 : Angio TDM montrant un anévrisme de l'artère cérébrale antérieure (segment A3) chez une patiente de 50 ans.

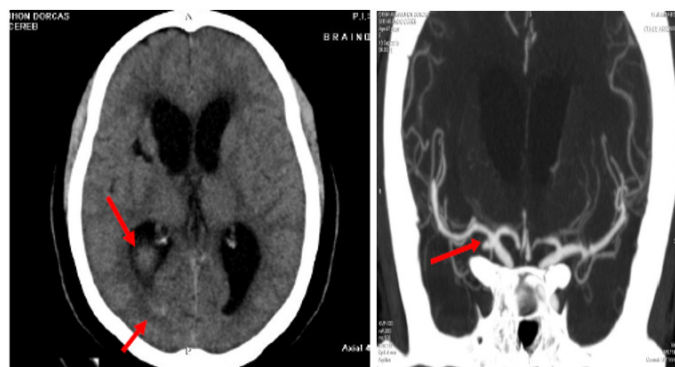


Figure 4 : Angio TDM montrant un anévrisme rompu de la carotide intracrânienne droite chez une patiente de 47 ans



Figure 3 : Angio TDM montrant un Anévrisme sacciforme en miroir de la jonction COA –ACM chez une patiente de 41 ans. Anévrisme large à gauche (22mm).

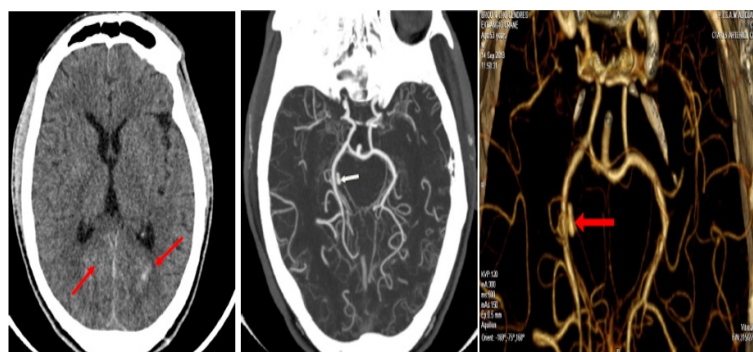


Figure 5 : Angio TDM d'un anévrisme rompu de l'artère cérébrale postérieure chez une patiente de 53 ans.

Tableau II : Caractéristiques des anévrismes rompu en fonction de la taille et la localisation

Anévrisme	Non n(%)	Oui n(%)	p
Rompu	45(30%)	104(70%)	
Facteurs de risque			
Taille (mm)			
0-5	35 /87(40,23%)	52/87(59,77%)	0,07
6-10	7/47(14,89%)	40 /47(85,11%)	0,0004
11-15	2 /12(16,67%)	10/12(83,33%)	0,00001
16-20	0	1(100%)	-
21-50	1 /2(50%)	1/2(50%)	0,999999
Topographie			
A.C.I	19/43 (44,19%)	24 /43(55,81%)	0,43
A .C .A	5/13(38,46%)	8/13(61,54%)	0,82
A .C .M	9/39(23,08%)	30/39(76,92%)	0,009
A.Co .A	6(16,22%)	31(83,78%)	0,003
A.Co P	0	1(100%)	.....
A.C. post	1/4(25%)	3/4(75%)	0,00001
ACM/ACA pré com	4/5(80%)	1/5(20%)	0,038
A.vertebro- basilaire	1/7(14,29%)	6/7(85,71%)	0,00001

Discussion

L'âge moyen de nos patients était de 49,54 ans. Kakou M [4] et Imaizumi [5] obtenaient respectivement 47 ans et 50,3 ans. Cet âge correspond à la superposition de la période de vieillissement progressif de la paroi artérielle et de la survenue de l'HTA. Cela corrobore également le fait que c'est dans la tranche d'âge 40-60 ans que l'on retrouve le taux le plus élevé de complications hémorragiques [5,6]. Plusieurs études de la revue de la littérature y compris la nôtre (sex ratio de 2,12), ont souligné cette prédominance féminine chez les patients porteurs d'anévrismes intracrâniens [7,8]. La prédominance féminine s'expliquerait selon Okamoto et al [9] par la perte de l'effet protecteur de la progestérone sur la paroi artérielle au cours de la ménopause vu l'âge auquel apparaissent ces complications hémorragiques aux environs de 50 ans. Chez 38 malades de notre étude pour lesquels les dossiers médicaux étaient disponibles nous avons enregistré 23 malades hypertendus, un malade tabagique et un autre alcoolique. Les autres facteurs de risques tels que la polykystose rénale autosomique dominante, la neurofibromatose de type I, le syndrome de Marfan, la néoplasie et le syndrome de Ehlers-Danlos de types II et IV n'ont pas été retrouvés.

Dans plusieurs études de la revue de la littérature [10,11,12], L'HTA reste un facteur de risque de ruptures des AIC compte tenu de l'augmentation de la pression intra artérielle et par voie de conséquence dans le sac anévrisimal (zone de faiblesse de la paroi artérielle) qui se rompt. Le diagnostic d'hémorragie sous arachnoïdienne (HSA) est suspecté par l'examen clinique (céphalées brutales, syndrome méningée, épilepsie, troubles neurologiques, voir coma) et facilement confirmé par la TDM sans injection. Dans notre étude l'anévrisme a été révélé par des HSA ou cérébro- méningée dans 68 % des cas et les céphalées dans 10,4%. Le mode de révélation de l'anévrisme par les complications hémorragiques a été signalé par plusieurs études de la revue de la littérature [13]. Le taux d'anévrismes non rompus de notre étude est relativement faible par rapport aux

séries occidentales [14,15] disposant d'un excellent niveau de médicalisation et d'une couverture maladie universelle dans certains pays facilitant l'accès aux examens. Cet accès est souvent rendu difficile dans notre contexte où le coût d'un angioscanner cérébral à Abidjan, environ 230€ reste élevé pour une grande partie de la population. En effet dans notre étude le délai moyen de réalisation d'un scanner était de 6,63 jours (extrêmes de 24 heures à 18 jours) devant l'apparition de signes d'appels. Les anévrismes intracrâniens se développent préférentiellement aux dépens de la partie antérieure du polygone de Willis (70 à 90 %) selon les études [16,17]. Nos résultats étaient superposables à ceux de la littérature avec 92 % des cas. La première localisation de notre série était la carotide interne (31,16%), ensuite la cérébrale moyenne (28,26%) (fig. 1 et 2) et la communicante antérieure (26,81%) à l'inverse chez Kassel et al [18], la communicante antérieure restait la première localisation (39 %).

Douze pour cent de nos patients ont présenté des anévrismes multiples, ce taux est sensiblement similaire à celui de Lin Zhao (14,51%) [19], et de Kaminogo (15%) [20]. Les anévrismes doubles ont été retrouvés dans la même proportion que les anévrismes triples soit 5,6%. Résultat non semblable aux données de Bhogal qui relève un fort taux d'anévrismes doubles (15%) contre 0,9% d'anévrismes triples [21]. Le plus grand nombre d'anévrisme détecté dans notre série chez un seul patient était n= 04 contre n=05 dans la série de Boghal.

Quatre-vingt-seize pour cent des anévrismes avaient un aspect sacciforme (fig 3) contre 4% fusiforme confirmant la fréquence des aspects sacciforme dans les AIC comme corroboré dans la littérature [22].

La majorité des anévrismes des séries de la littérature et la nôtre étaient dominés par les micro anévrismes (0-5mm) avec 58,38% dans notre série, 54% dans la série de McCormick [23] et 47% dans la série de Hashimoto [24]. Les gros anévrismes représentaient 2% de notre série, et moins de 10% dans la littérature avec 9% dans celle de Cormick et 7% chez Kassel.

En fonction de la taille du collet on distingue les

anévrismes à petit collet et les anévrismes à large collet. Un anévrisme est à large collet lorsque le rapport collet /taille de l'anévrisme est supérieure à 1. Ce rapport revêt selon les auteurs une importance capitale dans le choix du traitement. En effet les anévrismes à collets étroits constituent une meilleure indication du traitement endovasculaire avec moins de risque de mobilisation secondaire du coils .

Dans notre étude 140 anévrismes ont présenté des contours réguliers soit 95 % et 6,4% aux contours polylobés. Selon Greving et al [25] l'aspect de la paroi de l'anévrisme est un élément majeur de l'évaluation de la stabilité de celle-ci. Le caractère polylobé d'une paroi anévrismale créerait une zone de faiblesse à partir de laquelle l'anévrisme pourrait se fissurer. La taille de l'anévrisme a une incidence sur la survenue de la rupture. Dans notre étude, les anévrismes de taille moyenne (6-15mm) avaient significativement plus de risque de se rompre que les anévrismes de petites tailles. Nos résultats corroborent avec ceux de la littérature qui retiennent la taille de 10 mm comme étant la taille critique de rupture d'un anévrisme [26]. La localisation aurait une incidence sur la survenue de la rupture (fig. 4 et 5).

Les topographies incriminées étaient par ordre d'incidence la circulation cérébrale postérieure, l'artère communicante antérieure puis l'artère cérébrale moyenne. L'importance des localisations à fort potentiel de rupture est diversement rapportée dans la littérature. L'incidence de la topographie de l'anévrisme sur le risque de rupture est reconnue par plusieurs auteurs sauf que les topographies à fort risque de rupture identifiées varient [27 28]. Selon Grochoswki et al [15] la communicante antérieure suivie de la carotide interne et la cérébrale moyenne étaient les topographies les plus couramment incriminées. Dans une étude réalisée par Korja et al [29] l'artère cérébrale moyenne, la communicante antérieure suivie de la communicante postérieure étaient les topographies les plus fréquentes. Dans ce classement des localisations nous avons retrouvé selon les études la communicante antérieure, la cérébrale antérieure, et le système vertébro-basilaire

aux premiers rangs.

Conclusion

L'hémorragie méningée avec ses facteurs de gravité était une complication habituelle de l'AIC dans notre contexte. Le taux d'anévrismes non rompus de notre étude était relativement faible par rapport aux séries occidentales. La TDM est un excellent moyen diagnostique qui devrait être réalisé systématiquement devant tous signes d'appel.

*Correspondance

N'Dja Ange Patrick

ndjpatrick@gmail.com

Disponible en ligne : 11 Mai 2021

1 : Service de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale.
Centre Hospitalier Universitaire (CHU) (Abidjan,
Côte d'Ivoire)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Becker F: Anévrisme, artériomégalie, dolichoartère, dysplasie artérielle... : de quoi parle-t-on ? *Journal des Maladies Vasculaires* 2015 ; 40 : 70-71.
- [2] Rodriguez-Régent C et al. Diagnostic non invasif des anévrismes intracrâniens. *Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle* 2014 ; 95: 1148-60.
- [3] Edjali MC, Rejent MC et al. L'hémorragie sous arachnoïdienne en dix questions. *Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle* 2015; 96: 213-22.
- [4] Kakou M, Topka V, Adou N et al. Prise en charge des anévrismes artériels intracrâniens en Côte d'Ivoire. *African*

- journal of neurochirurgical sciences 2014 ; 33.
- [5] Imaizumi Y, Mizutani T, Shimizu K, et al. Detection rates and sites of unruptured intracranial aneurysms according to sex and age: an analysis of MR angiography-based brain examinations of 4070 healthy Japanese adults. *J Neurosurg.* 2018 ; 1:1-6.
- [6] Lai HP, Cheng KM, Yu SC et al. Size, location, and multiplicity of ruptured intracranial aneurysms in the Hong Kong Chinese population with subarachnoid haemorrhage. *Hong Kong Med J.* 2009; 15: 262-6.
- [7] Weir B, Disney L, Karrison T. Sizes of ruptured and unruptured aneurysms in relation to their sites and the ages of patients. *J Neurosurg* 2002; 96:64-70.
- [8] Roessler K, Cejna M, Zachenhofer I. Aneurysm characteristic subarachnoidal haemorrhage: incidence and location of small ruptured cerebral aneurysms - a retrospective population-based study. *Wien Klin Wochenschr.* 2011;123: 444-9.
- [9] Okamoto K, Horisawa R, Kawamura T et al. Menstrual and reproductive factors for subarachnoid hemorrhage risk in women: a case-control study in Nagoya, Japan. *Stroke* 2001; 32:28-41.
- [10] Taylor CL, Yuan z, Selman wr, Ratcheson RA, Rimm AA. Cerebral arterial aneurysm formation and rupture in 20,767 elderly patients: hypertension and other risk factors. *J. Neurosurg.* 1995; 83: 812-19.
- [11] Inci Servet, Spetzler Robert F. Intracranial Aneurysms and Arterial Hypertension: A Review and Hypothesis. *Surg Neurol* 2000, 53: 530–42.
- [12] Lai Leon Tat, Morgan Michael Kerin, Patel Nirav J. Smoking Increases the Risk of De Novo Intracranial Aneurysms. *World Neurosurgery* 2014;82: 195-201.
- [13] Orz Y , AlYamany M. The impact of size and location on rupture of intracranial aneurysms. *Asian Journal of Neurosurgery* 01 Jan 2015 ; 10 : 26-31.
- [14] Okuyama T, Sasamori Y, Takahashi H, Fukuyama K, Saito K . Study of multiple cerebral aneurysms comprised of both ruptured and unruptured aneurysm--an analysis of incidence rate with respect to site and size. *Neurological Surgery* 2004 ; 32:121-5.
- [15] Grochowski C, Litak J , Kulesza B , Szmygin P , Ziemianek D , Kamieniak P , Szczepanek D , Rola R , Trojanowski T . Size and location correlations with higher rupture risk of intracranial aneurysms. *Journal of Clinical Neuroscience* 2017 ; 48:181-4.
- [16] Vlak MH, Algra A, Brandenburg R et al. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2011; 10: 626-36.
- [17] Fisher CM, Kistler JP, Davis JM. Relation of cerebral vasospasm to subarachnoid hemorrhage visualized by computed tomographic scanning. *Neurosurgery* 1980; 6: 1-9.
- [18] Kassell NF, Sasaki T, Colohan AR et al. Cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1985; 16: 568-72.
- [19] Zhao L , Zhang L , Zhang X et al. An analysis of 1256 cases of sporadic ruptured cerebral aneurysm in a single Chinese institution. *PloS one* 2014; 9: 169-77.
- [20] Kaminogo M, Yonekura M, Shibata S. Incidence and outcome of multiple intracranial aneurysms in a defined population. *Stroke* 2003 ; 34: 16-21.
- [21] Bhogal P, Almatter M, Hellstern V et al. Difference in aneurysm characteristics between ruptured and unruptured aneurysms in patients with multiple intracranial aneurysms. *Surgical Neurology International* 2018;10: 9-1.
- [22] Wiebers DO, Piepgras DG, Meyer FB et al. Pathogenesis, natural history, and treatment of unruptured intracranial aneurysms. *Mayo Clin Proc* 2004; 79:1572-83.
- [23] Mc Cormick D, Michel CM, Monyer H et al. Etude nécropsique sur 145 cas d'anévrysmes intracraniens . *J Neurosur* 1970; 90: 689-7005.
- [24] Hashimoto Y, T Morimoto et al. Funada Image processing of plant information in the relation between leaf temperature and stomatal aperture. In *Technological and Methodological Advances in Measurement*. Edited by G. Striker, K. Havrilla, J. Solt and T. Kemeny. North Holland Publishing Co 1983; 3: 313-20.
- [25] Greving JP, Wermer MJH, Brown RD, et al. Development of the phases score for prediction of risk of rupture of intracranial aneurysms: a pooled analysis of six prospective cohort studies. *Lancet Neurol.* 2014; 13:59-66.
- [26] Wiebers DO, Whisnant JP, Sundt TM et al. The significance of unruptured intracranial saccular aneurysms. *J Neurosurg* 1987; 66: 23-9.
- [27] The International Study of Unruptured Intracranial

Aneurysms Investigators. Unruptured intracranial aneurysms-risk of rupture and risks of surgical intervention. *N Engl J Med.* 1998; 339:1725-33.

[28] Orz Y, Alyamany M. The impact of size and location on rupture of intracranial aneurysms. *Asian Journal of Neurosurgery* 2015; 10:26-31.

[29] Korja M, Kivisaari R, Rezai Jahromi B et al. Size and location of ruptured intracranial aneurysms: consecutive series of 1993 hospital-admitted patients. *J. Neurosurg* 2017; 127: 748-53.

Pour citer cet article :

AE Zouzou, A Toure, AP N'dja, DT Gnaoule, LE Dion Anicet, NE Fatto et al. Exploration tomodensitométrique des anévrismes intracrâniens (AIC) à Abidjan : A propos de 149 cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 70-78



Cas clinique

Thrombose veineuse cérébrale post infection à COVID 19 : à propos d'un cas

Cerebral venous thrombosis post COVID 19 infection: a case report

KA Mbaye*¹, R Diagne¹, F Kane¹, AB Mbodji¹, MS Diop-Séne¹, AD Sow¹, KTouré²

Résumé

Introduction : Le nouveau coronavirus constitue un problème de santé publique par ses nombreuses complications souvent fatales comme les maladies thrombo-emboliques.

Cas clinique: Nous rapportons le cas d'une patiente de 76 ans diabétique, hypertendue bien suivie qui avait présenté des manifestations neurologiques 24 heures après son retour à domicile d'une hospitalisation pour infection à COVID 19. Le diagnostic d'une TVC était posé et l'évolution favorable après mise sous anticoagulant.

Conclusion : Les cas de thrombose veineuse cérébrale sont de plus en plus rapportés dans la littérature, il est important d'y penser devant tout tableau neurologique encéphalique vu le caractère thrombogène de la COVID 19.

Mots-clés : Thrombose veineuse cérébrale, nouveau coronavirus, anticoagulant, Sénégal.

Abstract

Introduction: The new coronavirus constitutes a public health problem due to its many complications, which are often fatal, such as thromboembolic diseases.

Clinical Case: We report the case of a 76-year-old diabetic and hypertensive patient with well followed

who presented with neurological manifestations 24 hours after returning home from hospitalization for COVID 19 infection. The diagnosis of CVT was made and favorable evolution after putting on anticoagulant. Conclusion: Cases of cerebral venous thrombosis are increasingly reported in the literature, it is important to think about it in front of any encephalic neurological picture given the thrombogenic nature of COVID 19. Keywords: Cerebral venous thrombosis, novel coronavirus, anticoagulant, Sénégal.

Introduction

La COVID-19 est une maladie virale causée par le nouveau coronavirus, le SARS-CoV-2, elle est considérée comme une pandémie par l'Organisation mondiale de la santé. C'est une pathologie grave pouvant engager rapidement le pronostic vital par une détresse respiratoire sévère. Elle est considérée comme une maladie à caractère systémique pouvant être responsable de vascularite et de maladie thromboembolique.

Le mécanisme thromboembolique dans la Covid 19 est multifactoriel, nous notons :

D'une part l'existence des facteurs de risque tels

que l'alitement, l'hypoxémie, l'âge, l'obésité, une pathologie néoplasique active ou une insuffisance veineuse.

D'autre part un phénomène d'immuno-thrombose à savoir l'atteinte de l'endothélium vasculaire et la coagulation intravasculaire disséminée (augmentation de D-Dimere et du taux de fibrinogène une thrombopénie modérée, une diminution du taux de prothrombine (TP) et un allongement du temps de céphaline activée (TCA)).

Une incidence élevée de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) allant de 7,7 à 28,0% chez les patients hospitalisés avec une pneumonie associée au COVID-19 a été rapportée malgré une prophylaxie appropriée contre la MTEV (Maatman TK 2020, Lodigiani C 2020), cependant quelques séries de cas de thrombose veineuse cérébrale ont été rapportées chez les patients atteints de COVID 19 et les publications en Afrique n'en demeurent pas plus. Nous rapportons un cas de thromboses veineuses multiples chez une patiente suivie pour COVID 19.

Cas clinique

Patiente de 76 ans diabétique, hypertendue connue et bien suivie, aux antécédents de pneumopathie à COVID19 diagnostiquée 12 jours avant son admission. Elle a présenté vingt-quatre heures après la négativité de sa RT-PCR la survenue brutale de crises convulsives tonico-cloniques apparemment généralisées, des troubles du comportement à type d'agitation psychique et un déficit hémicorporel gauche.

Les constantes à l'admission montraient une hypertension à 160/90 mmHg, une température à 36°3 C, une tachycardie à 105 battements /mn et une glycémie capillaire à 3,15g/l.

À l'examen la patiente avait un assez bon état général avec des muqueuses bien colorées, des mollets souples, une légère déshydratation, un syndrome confusionnel, un syndrome pyramidal gauche de type capsulaire (3/5 au membre supérieur et inférieur) et une tachycardie régulière. Les champs pulmonaires

étaient libres sans bruits surajoutés et le reste de l'examen était sans particularité.

L'hémogramme montrait une hyperleucocytose à 19 100000 à prédominance neutrophile, une thrombopénie à 116 000 (N :150-450 10³), la glycémie à jeun était à 3.38 gl /l avec HbAC à 7.7%, la CRP élevée à 48 mg/l, l'ionogramme sanguin et le bilan lipidique était normal. La sérologie rétrovirale et syphilitique était négative.

Le scanner cérébral était normal et l'angio IRM cérébrale objectivait une thrombose du sinus sagittal supérieur et latéral droit (figure 1e et 2). Le reste du bilan, cardiaque (échographie cardiaque, ECG) et exploration des troncs supra-aortique était normal.

La patente était mise sous héparine de bas poids moléculaire à dose efficace (0,6 mg X2 /jours) en sous cutanée et acénocoumarol, une antibiothérapie à base de Ceftriaxone 4g/j et métronidazole 1,5 g /j, une insulinothérapie, de la carbamazépie à libération prolongée 200 mg/24 H, du paracétamol 1g/8 H et une kinésithérapie motrice. L'évolution clinique était favorable avec rémission des crises, un équilibre glycémique et une récupération motrice.

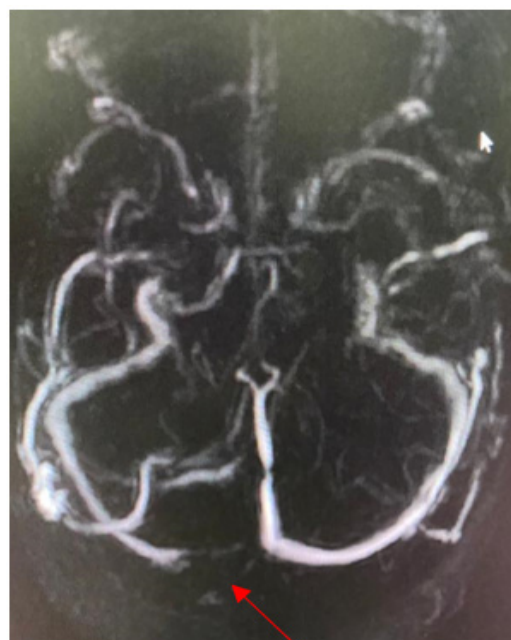


Figure 1 : thrombose du sinus latéral droit.



Figure 2 : thrombose du sinus longitudinal

Discussion

Les perturbations de la coagulation sont fréquemment décrites chez les patients atteints de la maladie à coronavirus 2019 ainsi que les événements cliniques thrombotiques et ceci par de nombreux mécanismes. Premièrement, on sait que le D-dimère, le fibrinogène, et les produits de dégradation de la fibrine sont élevés par rapport aux sujets sains. De plus, l'interaction SRAS-CoV-2 avec le récepteur ACE peut entraîner des blessures favorisant ainsi un état d'hypercoagulabilité (khan IH 2020). À cela s'ajoute les facteurs de risque classique favorisant une maladie thrombo-embolique. Notre patiente avait des facteurs risques cardiovasculaires tels que l'âge, le diabète et l'hypertension artérielle. Il convient de noter que la majorité des patients diagnostiqués de TVC dans un contexte de COVID 19 étaient d'âge moyen et sans comorbidités significatives et les facteurs de risque parfois rencontrés étaient l'obésité, tumeur prostatique ou tabagisme. (Tian Ming Tu 2020). Chez notre patiente et dans plusieurs des cas rapportés dans la littérature, l'infection à COVID-19 précédait les symptômes de la thrombose veineuse et cela jusqu'à deux semaines. Notre patiente avait présenté sur le plan clinique des signes neurologiques (syndrome confusionnel, crises convulsives et déficit moteur) 12 jours après l'apparition de symptômes respiratoires. Ceci correspond aux principaux signes neurologiques rapportaient dans la littérature à savoir des troubles de la conscience, l'aphasie, les crises convulsives et les déficits moteurs (Katarina Dakay DO 2020, Tian

Ming Tu 2020).

Sur le plan biologique les D-dimères, la fibrinémie, les protéines de la coagulation n'ont pas été dosées chez notre patiente par contre nous notons chez elle une thrombopénie modérée et une élévation de la CRP, ce qui est similaire aux données de la littérature. L'anticoagulant circulant (ACC) est décrit comme un facteur prothrombotique. Certains auteurs rapportent la présence d'anticorps anti-phospholipides chez certains patients atteints de TVC dans un contexte de COVID 19 (Li Y 2020, Tian Ming Tu 2020), le dosage des anticorps anti-phospholipides n'était pas réalisé chez notre patiente. L'IRM cérébrale a permis d'objectiver les thromboses du sinus longitudinal supérieur et du sinus latéral droit. C'est un examen indispensable dans le diagnostic des thromboses veineuses cérébrales. Dans la littérature nous notons plus l'atteinte du sinus transverse que du sinus longitudinal ou du sinus sigmoïde et ceci sans explications particulières (Hughes C 2020, Tian Ming Tu 2020, Katarina Dakay DO 2021). Le traitement des thromboses veineuses est triple, le traitement anticoagulant, symptomatique et étiologiques. Étant donné de la non disponibilité de traitement étiologique efficace à ce jour notre patiente a bénéficié d'un traitement à base d'héparine de bas poids moléculaire et d'acenocoumarole. Ce traitement est conforme aux données de la littérature (Tian Ming Tu 2020, Katarina Dakay DO 2021). Cependant il n'existe pas de consensus sur le choix de l'anticoagulant et la durée optimale du traitement d'une thrombose veineuse cérébrale (Ferro JM 2017) de surcroît si elle est associée à la COVID 19 (Costa A 2000). La thrombose veineuse est plus élevée chez les patients atteints de formes sévères de SRAS-COV2 et l'évolution est le plus souvent fatale (Tian Ming Tu 2000, Katarina Dakay DO 2021). Chez notre patiente nous notons une bonne amélioration avec une récupération motrice (5/5 selon MRC), rémission complète des crises et des agitations psychiques.

Conclusion

La COVID 19 est une maladie à caractère systémique pouvant engager rapidement le pronostic vital à court

et long terme par ses nombreuses complications. Les complications neurologiques sont décrites et la thrombose veineuse cérébrale en demeure pas moins. Il est nécessaire de penser aux thromboses veineuses cérébrales devant tous symptômes neurologiques focaux.

Les règles d'éthiques sont respectées.

*Correspondance

Khalifa Ababacar Mbaye

kammytjunior@gmail.com

Disponible en ligne : 11 Mai 2021

1 : CHU Fann, Université Cheikhe Anta Diop de Dakar, Sénégal

2 : Université de Thies, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Maatman TK, Jalali F, Feizpour C, Douglas 2nd A, McGuire SP, Kinnaman G, et al. Routine venous thromboembolism prophylaxis may be inadequate in the hypercoagulable state of severe coronavirus disease 2019. *Crit Care Med* 2020.
- [2] Lodigiani C, Iapichino G, Carenzo L, Cecconi M, Ferrazzi P, Sebastian T, et al. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. *Thromb Res* 2020;191:9-14
- [3] Khan IH, Savarimuthu S, Tsun Leung MS, Harky A. The need to manage the risk of thromboembolism in COVID-19 patients. *J Vasc Surg.* 2020;5.
- [4] Tian Ming Tu, Claire Goh, Ying Kiat Tan. Cerebral Venous Thrombosis in Patients with COVID-19 Infection: A Case

- Series and Systematic Review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 29, No. 12 (December), 2020: 105379
- [5] Katarina Dakay DO, Jared Cooper, Jessica Bloomfield. Cerebral Venous Sinus Thrombosis in COVID-19 Infection: A Case Series and Review of The Literature ; *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol. 30, No. 1 (January), 2021: 105434.
- [6] Li Y, Wang M, Zhou Y. Acute cerebrovascular disease following COVID-19: a single center, retrospective, observational study. *SSRN Electron J* 2020
- [7] Hughes C, Nichols T, Pike M, Subbe C, Elghenzai S. Cerebral venous sinus thrombosis as a presentation of COVID-19. *Eur J Case Rep Intern Med* 2020;7(5):001691.
- [8] Ferro JM, Boussier MG, Canhao P, et al. European stroke organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis – endorsed by the European academy of neurology. *Eur Stroke J* 2017;2:195–221.
- [9] Costa A, Weinstein ES, Sahoo DR, et al. How to build the plane while flying: VTE/PE thromboprophylaxis clinical guidelines for COVID-19 patients. *Disaster Med Public Health Prep* 2020;1–15.

Pour citer cet article :

KA Mbaye, R Diagne, F Kane, AB Mbodji, MS Diop-Séne, AD Sow et al. Thrombose veineuse cérébrale post infection à COVID 19 : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 79-82



Article original

Hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'Hopital National Ignace Deen

Arterial hypertension in pregnant women at the maternity of Ignace Deen National Hospital

I Sylla*¹, F Bamba Diallo², IT Diallo¹, A II Sow¹, AL Diallo¹, IS Baldé¹, T Sy¹, AO Bah³

Résumé

Introduction : l'hypertension artérielle est la deuxième cause de morbidité et de mortalité maternelle dans le monde et concerne 6 à 8% des grossesses. L'objectif était de déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen. Les objectifs de ce travail étaient de :

Déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes ;

Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes hypertendues.

Identifier le type d'hypertension artérielle le plus fréquent chez les femmes enceintes dans le service.

Décrire les facteurs de risque retrouvés et les complications fréquentes.

Etablir le pronostic maternel et fœtal de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective, transversale de type descriptif d'une durée de 6 mois allant du 01 juillet au 31 décembre 2019 à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen. Notre population d'étude était les gestantes ou parturientes présentant une pression artérielle systolique ≥ 140 mmhg et / ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmhg au moins une fois au cours des trois trimestres de la

grossesse ou du travail.

Résultats : Deux cents cinquante-six patientes (256) patientes ont participé à notre étude avec une fréquence de 5,39%, le profil épidémiologique était celui des patientes âgées de 15-24 ans (46,5%), provenant de Ratoma (45,7%), exerçant une profession libérale (37,9%), mariées (93,9%), non scolarisées (37,5%) et évacuées (57%). Le principal facteur de risque était la primiparité (40,6%), les motifs de consultation étaient dominés par les céphalées (73,4%) et œdèmes des membres inférieures (62,5%). Le principal type d'hypertension était la pré-éclampsie surajoutée (12,5%), l'hypertension artérielle gestationnelle (3,9%) et l'hypertension artérielle chronique (0,4%). Les complications materno-fœtales étaient dominées par l'éclampsie (57%), l'hématome retro placentaire (20,7%), insuffisance rénale aiguë (5,9%), décès maternels (3,1%), les prématurés (39,1%), mort fœtale in utero (25%), souffrance fœtale aiguë (6,3%) et des décès néonatal précoces (1,6%).

Les médicaments les plus utilisés étaient la Nifedipine (77,7%), le sulfate de magnésium (59%), et alpha methyl-dopa, le mode d'accouchement par césarienne était le plus fréquent.

Conclusion : la détection précoce des facteurs de risque par un bon suivi prénatal et la prise en

charge adéquats et pluridisciplinaire (obstétricien, néphrologue, réanimateur, et néonatalogie) des femmes hypertendues et des nouveaux-nés peuvent améliorer le pronostic materno-fœtal.

Mots-clés : hypertension artérielle, femme enceinte, Ignace Deen, Guinée.

Abstract

Introduction: High blood pressure is the second leading cause of maternal morbidity and mortality worldwide and affects 6 to 8% of pregnancies. The aim was to determine the prevalence of high blood pressure among pregnant women in the maternity ward of Ignace Deen National Hospital. The objectives of this work were to:

Determine the prevalence of arterial hypertension in pregnant women;

Describe the socio-demographic characteristics of hypertensive pregnant women.

Identify the most common type of high blood pressure in pregnant women in the ward.

Describe the risk factors found and the frequent complications.

To establish the maternal and fetal prognosis of arterial hypertension during pregnancy.

Results: Two hundred and fifty six patients (256) participated in our study with a frequency of 5.39%, the epidemiological profile was that of patients aged 15-24 years (46.5%), from Ratoma (45,7%), exercising a liberal profession (37.9%), married (93.9%), no schooling (37.5%) and evacuees (57%). The main risk factor was primiparity (40.6%), the reasons for consultation were dominated by headaches (73.4%) and edema of the lower limbs (62.5%). The main type of hypertension was added preeclampsia (12.5%), gestational high blood pressure (3.9%) and chronic high blood pressure (0.4%). Maternal-fetal complications were dominated by eclampsia (57%), retro-placental hematoma (20.7%), acute renal failure (5.9%), maternal deaths (3.1%), premature babies (39.1%), fetal death in utero (25%), acute fetal distress (6.3%) and early neonatal deaths (1.6%).

The most used drugs were Nifedipine (77.7%),

magnesium sulfate (59%), and alpha methyl-dopa, the mode of delivery by Caesarean section was the most common.

Conclusion: The early detection of risk factors through good prenatal follow-up and adequate multidisciplinary management (obstetrician, nephrologist, resuscitator, and neonatal) of hypertensive women and newborns can improve the maternal-fetal prognosis.

Keywords: arterial hypertension, pregnant woman, Ignace-Deen, Guinea.

Introduction

L'hypertension artérielle au cours de la grossesse est définie comme une élévation de la pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm hg et /ou de la pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmhg à deux (2) reprises, en position assise ou en décubitus latéral gauche, à l'aide d'un appareil de mesure validé quelque soit le terme de la grossesse [1, 2]

L'origine de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, toujours de l'étape de l'hypothèse est mal élucidée, elle serait due à un trouble précoce de la placentation par défaut de vascularisation. Cette hypertension artérielle peut être antérieure à la grossesse ou apparaître à n'importe quel moment de celle-ci [3]. Les troubles hypertensifs de la grossesse couvrent un large éventail d'affections dont la preeclampsie, l'éclampsie, l'hypertension gestationnelle et l'hypertension chronique. Les grossesses avec élévation de la pression artérielle représentent la deuxième cause la plus fréquente de morbidité et mortalité maternelles et fœtales à l'échelle mondiale et concerne 6 à 8% des grossesses [4, 5].

En 2016, en France la prévalence de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse était de 5 à 10 % [6].

Au Togo en 2014, la fréquence de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse était de 12, 3% avec 3% de décès maternel et 4,5 % de décès fœtal [7].

Au Mali dans une étude réalisée au centre de santé de référence de la commune VI sur l'hypertension artérielle et grossesse, la prévalence de l'hypertension artérielle était de 8,6% avec un taux de mortalité fœtale in utero de 10,48% [8].

En guinée Diallo B S a rapportait 9% de HTA au cours de la grossesse avec un taux de létalité maternelle de 2% et 2,74% de décès néonatal [9].

La fréquence élevée de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, l'absence d'étude récente de cette pathologie dans le service ont motivé la présente étude. L'objectif était de Déterminer la fréquence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'hôpital national Ignace Deen et plus spécifiquement de :

- Déterminer la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes hypertendues.
- Identifier le type d'hypertension artérielle le plus fréquent chez les femmes enceintes dans le service.
- Décrire les facteurs de risque retrouvés et les complications fréquentes.
- Etablir le pronostic maternel et fœtal de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse.

Méthodologie

Cadre de l'étude : le service de maternité de l'hôpital national Ignace Den (CHU de Conakry) a servi de cadre pour cette étude.

Il est le seul service de référence pour la région de Conakry et les préfectures environnantes.

Type et durée d'étude : Il s'agissait d'une étude prospective, transversale, descriptive d'une durée de 6 mois allant du 1er juillet au 31 décembre 2019.

Population d'étude : La population d'étude était constituée de toutes les gestantes ou parturientes présentant une pression artérielle systolique ≥ 140 mmhg et /ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mm hg hospitalisées dans le service et ayant accepté de participer à l'étude.

N'étaient pas incluses dans cette étude toutes les gestantes ou parturientes hypertendues qui n'ont pas été hospitalisées dans le service

L'échantillonnage était exhaustif et a concerné les femmes qui répondaient aux critères de sélection ci-dessus.

Les variables d'étude : Pour chaque patiente les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge maternel , la provenance , la profession , la situation matrimoniale, le niveau d'instruction ,le mode d'admission ,la parité ,les antécédents, les facteurs de risque ,les circonstances de découverte , la protéinurie ,le type d'HTA ,les complications maternelles, patientes décédées selon le type de HTA , les complications fœtales, le traitement administré, le mode d'accouchement .

Saisie et analyse des données : La saisie des données a été faite par le logiciel Epi info version 7.1 et l'analyse par le logiciel SPSS version 21.

Considérations éthiques : Les informations récoltées auprès des patientes ont été confidentielles et leurs consentements libres et éclairés ont été obtenus oralement.

Résultats

- Fréquence :

Au cours de la période d'étude nous avons recensé 256 patientes hospitalisées pour hypertension artérielle au cours de la grossesse pour 4753 consultations au service de maternité Ignace Deen soit une fréquence de 5,39%.

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques.

Paramètres	Effectifs	Pourcentage (%)
Age(ans)		
15-24	119	46,5
25-34	105	41
≥ 35	32	12,5
Provenance		
Dixinn	21	8,2
Kaloum	4	1,6
Matam	17	6,6
Matoto	69	27,5
Ratoma	119	45,7
Hors Conakry	28	10,9
Profession		
Femme au foyer	59	23
Profession libérale	97	37,9
Elève et étudiante	49	19,1
Salariée	51	19,9
Situation matrimoniale		
Mariée	259	93,4
célibataire	17	6,6
Niveau de scolarité		
Non scolarisée	96	37,5
Primaire	22	8,6
Secondaire	70	27,3
Universitaire	68	26,6

Aspects cliniques :

Tableau II : Répartition selon les données cliniques

Paramètres	Effectifs	Pourcentage
MODE D'ADMISSION		
Admise	96	37,5
Référée	14	5,5
Evacuée	146	57
PARITE		
Primipare	110	43
Pauci pare	75	29,3
Multipare	42	16,4
Grande multipare	29	11,3

ANTECEDENTS		
ATCD personnel HTA chronique	45	17,6
ATCD personnel diabète	5	2
ATCD familiaux de HTA	105	41
ATCD familiaux de diabète	7	2,7
FACTEURS DE RISQUE		
PRIMIGESTE	104	40,6
AGE < 20 ans	36	14,1
Obésité	27	10,5
Grossesse multiple	25	9,8
HTA chronique	24	9,4
ATCD HTA gestationnelle	18	7
ATCD de pré-éclampsie	22	8,6
ATCD de Diabète	4	1,6
ATCD HRP	4	1,6
Age > 40 ans	3	1,2
Prise de pilule contraceptive	1	0,4
Affection rénale	1	0,4
Alcoolisme	0	0
Tabagisme	0	0
CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE		
Céphalées	188	73,4
Œdèmes des membres inférieurs	160	62,5
Vertiges	159	62,1
Epigastralgie en barre	100	39,1
Acouphène	67	26,2
Flous visuels	63	24,6
Crises tonico- cloniques	48	18,8
Métrorragie faite de sang noirâtre	45	17,6

Dyspnée	8	3,1
Morsure de la langue	3	1,2
Palpitation	2	0,8
Bouffissure du visage	1	0,4
Coma	1	0,4
Œdème du visage	1	0,4
<hr/>		
Type d'HTA		
Pré- éclampsie	212	82,9
Pré- éclampsie surajouté	32	12,5
HTA gestationnelle	10	3,9
HTA chronique	2	0,7
<hr/>		
LA PROTEINURIE		
Négative	11	4,3
1 croix	3	1,2
2 croix	28	10,9
3 croix	180	70,3
> 3 croix	29	11,3

Prise en charge :

Tableau III : répartition des patientes selon la prise en charge.

PARAMETRES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
TRAITEMENT MEDICAL		
Nifedipine	199	77,7
Sulfate de magnésium	151	59
Alpha methyl dopa	107	41,9
Corticoïdes	38	14,8
Transfusion	17	6,6
Magnésium voie orale	8	3,4
Furosémide	7	2,8
Nicardipine	6	2,4
Diazépam	2	0,8
Urbanyl	1	0,4
<hr/>		
TRAITEMENT OBSTETRICAL		
Non Accouchée durant l'étude	11	4,3
Voie basse	38	14,8
Césarienne	207	80,9

Pronostic :*Pronostic maternel :*

Tableau IV : Répartition des patientes selon les complications maternelles.

Parametres	Effectifs	Pourcentage
Eclampsie	57	22,3
HRP	53	20,7
IRA	15	5,9
IRC	0	0
OAP	5	2
Hellp syndrome	2	0,8
CIVD	0	0
Décès	8	3,1

Pronostic fœtal :

Tableau V : Répartition des patientes selon les complications fœtales.

Parametres	Effectifs	Pourcentage
Prématurité	100	39,1
Hypotrophie fœtale	6	2,4
RCIU	3	1,2
Souffrance fœtale aigue	16	6,3
Mort fœtale in utéro	64	25
Décès néonatal précoce	4	1,6

Discussion

• Fréquence :

Au cours de cette étude nous avons enregistré 256 patientes hospitalisées pour HTA au cours de la grossesse parmi 4753 consultations soit une fréquence de 5,39%.

La fréquence de l'association HTA au cours de la grossesse varie selon le pays, elle dépend des critères d'inclusion dans les différentes études et du niveau de la pyramide sanitaire.

Notre fréquence est inférieure à celles trouvées par Diallo B.S (8,82%) [9], Mohamed et all. (31%) [10] et Niamkey J T et all. (8,4%) [11].

Par contre elle est supérieure à celle trouvée par ITOUA C et coll. (2,43%) au Congo [12].

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que seulement les femmes enceintes hypertendues hospitalisées ont été retenues par l'étude.

Cette différence de fréquence de HTA au cours de

la grossesse d'une structure hospitalière à l'autre est probablement due au mode de recrutement, aux moyens et méthodes de mesure de la pression artérielle, ou aux facteurs environnementaux.

• Caractéristiques sociodémographiques :

L'âge moyen de nos patientes était de 26,06 ans ± 6,22 ans avec des extrêmes de 15 et 42 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était de 15 -24 ans avec une fréquence de 46,5%, suivie des patientes âgées de 25-34 ans (41%).

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Baldé O et all. à l'hôpital national de Donka 54,6% pour la tranche d'âge de 15-24 ans [13].

Ce résultat pourrait s'expliquer par le mariage précoce, la précocité des rapports sexuels dans notre société et la multiplicité des facteurs de risque chez les gestantes jeunes notamment la primiparité, l'obésité et la grossesse gémellaire.

45,7% de nos patientes provenaient de la commune de Ratoma suivi de la commune de Matoto avec 27%. L'afflux élevé des patientes provenant des communes de Ratoma et de Matoto serait lié au fait que ces deux (2) communes sont les plus peuplées de la capitale d'une part et d'autre part le manque de structures sanitaires dans ces localités et l'insuffisance de personnel qualifié.

Dans notre étude les patientes qui exerçaient une profession libérale étaient les plus représentées soit 37,7% suivies des femmes au foyer soit 23%.

Notre résultat est différent de ceux trouvés dans d'autres études où les femmes au foyer sont les plus représentées respectivement avec 44% pour Diallo B S et all. [9] au CHU de Donka et 38 % pour Baldé O et coll. dans le même service [13].

Les mariées étaient les plus représentées dans notre étude 239 patientes soit 93,4 % suivi des célibataires avec 17 patientes soit 6,6 %.

Notre résultat est similaire à celui rapporté par Baldé O et al. 85,7% chez les mariées contre 14,3 % des célibataires [13].

Ces résultats sont conformes à l'enquête démographique et de santé (EDS) 2018 qui montre que 71% des femmes en Guinée étaient mariées et 25

% étaient célibataires [14].

La prédominance des femmes mariées dans notre série (93,4%) serait due au contexte culturel et religieux de notre pays admettant difficilement toute conception en dehors du mariage.

Dans notre étude les patientes non scolarisées étaient les plus représentées avec 37,5% suivies de patientes ayant un niveau secondaire soit 27,3 %.

Notre résultat est conforme à celui de l'enquête démographique et de santé (EDS) 2018 en Guinée qui montre que 69 % des femmes de 15 – 49 ans n'ont aucun niveau d'instruction [14]. Ce manque d'instruction expose celles-ci à un manque ou au mauvais suivi prénatal favorisant la survenue des complications dont l'hypertension artérielle au cours de la grossesse.

- Données cliniques :

Les patientes évacuées étaient les plus représentées avec 57% suivies des patientes admises avec 37,5%. Ce résultat confirme que les femmes consultent dans les cliniques et ne sont évacuées qu'après la survenue des complications dans le service qui, actuellement est le service de référence en Guinée.

Les primipares représentaient 43% suivies des paucipares avec 29,3% des cas. Notre résultat est inférieur de celui trouvé par Diallo B S et all 56% de multipares [9]. En dehors des facteurs de risque classiques bien connus qui ont fait l'objet de plusieurs publications, la pré-éclampsie serait favorisée par d'autres facteurs moins connus .C'est le cas pour la durée de la vie conjugale et pour l'ancienneté des rapports sexuels sans préservatif du couple [15].

La relation entre l'HTA et la primiparité pourrait s'expliquer par l'inadaptation de l'organisme maternel aux bouleversements de la grossesse et les troubles hémodynamiques rénaux et placentaires. Dans notre étude 17,6% des patientes étaient hypertendues et 2% étaient diabétiques. Notre résultat est similaire à celui trouvé par COULIBALY B. où 19,2% étaient hypertendues et 0,8% étaient diabétiques [16].

Dans notre étude 41% de nos patientes avaient un membre de sa famille hypertendu et 2,7% diabétique. En effet lorsque l'un des parents est hypertendu, le

risque chez les enfants est important mais le mode de transmission est discuté. Cette observation est en accord avec celle de Beaufile M. qui a noté que le mode de vie et les antécédents familiaux prédisposeraient à la survenue de l'HTA [17].

Dans notre étude, la primigestité était le facteur de risque le plus représenté soit 40,6% suivies des patientes âgées de moins de 20 ans (14,1%), de l'obésité (10,5%), des grossesses multiples (9,8%), l'HTA chronique (9,4%), antécédent d'HTA gestationnelle (7%).

Notre résultat est inférieur à celui trouvé par Diallo B. S. et all qui a trouvé 52,4 % de primigestes [9]. La présence de ces facteurs de risque joue un rôle très important dans la survenue de l'HTA ainsi que la survenue des complications.

Dans notre étude, 73,4% avaient des céphalées, 62,5% des œdèmes des membres inférieurs, 61,1% des vertiges, 39,1% de l'épigastrie en barre, 26,2% d'acouphènes, 24,6% de flous visuels, 18,8% des crises tonico-cloniques, 17,6% de métrorragie faite de sang noirâtre.

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Diallo B.S et all ; 76% de céphalées, 68% de vertiges, et est supérieur à celui trouvé par Coulibaly Baby soit 60,4% de céphalées et 48,4% de vertiges [9 ; 16].

S'agissant de la protéinurie, 70,3% avaient une protéinurie égale à 3g/l, 11,3% de protéinurie supérieure à 3g/l, 10,9% de protéinurie à 2g/l, 1,2% à 1g/l et 4,3% de protéinurie négative.

Ce résultat confirme que les patientes sont reçues tardivement avec une atteinte rénale.

Au cours de notre étude 82,9% des patientes ont présenté une pré-éclampsie, 12,5% une pré-éclampsie surajoutée, 3,9% une hypertension artérielle gestationnelle et 0,7% une hypertension artérielle chronique.

Notre résultat est supérieur à celui de Kartout Leila qui a trouvé 60,3% de pré-éclampsie, 37,4% de HTA gestationnelle et 2,3% de pré-éclampsie surajoutée [18]. Ces résultats corroborent les données de la littérature qui rapportent que la pré-éclampsie est la forme la plus dominante parmi les pathologies

hypertensives liées à la grossesse [19 ;20].

- Prise en charge

Médicale

Dans notre étude, la Nifedipine était le médicament le plus fréquemment utilisé soit 77,7% suivi de 59% de sulfate de magnésium et 41,9% d'alpha methyl dopa. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que ces médicaments sont subventionnés dans le service et disponible à un cout raisonnable.

Obstétricale

207 de nos patientes soit 80,9% ont été césariées, 38 patientes soit (14,8%) ont accouché par voie basse et 11 de nos patientes soit 4,3% ont été libérées avant le terme de la grossesse.

Notre résultat est inférieur à celui rapporté par Kartout Leila 37,2% de césariennes et 59,1% d'accouchement normal [18].

- 5- Pronostic :

Maternel : Dans notre étude, l'éclampsie était la complication maternelle la plus représentée soit 22,3%, suivie de 20,7% de HRP, 5,9% d'IRA et 3,1% de décès (8 patientes).

Notre résultat est supérieur à celui de NIAMKEY J.T et all qui ont trouvé 10,4% d'éclampsie, 2,6% d'HRP [11] et celui rapporté par Christine TSHABU-AGUEMON et al soit 36,8% d'éclampsie et 1,8% de HRP [21].

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la prise en charge tardive de nos patientes qui sont reçues avec des complications.

Fœtal : Dans notre étude, 39,1% des fœtus étaient prématurés, 2,4% d'hypotrophie fœtale, 1,2% de RCIU, 6,3% de souffrance fœtale, 25% de MFIU et 1,6% de décès néonataux précoces.

Notre résultat est différent de celui rapporté par Diallo B.S soit 23,92% de prématurés, 30,19% d'hypotrophie fœtale, 14,5% de MFIU et décès maternel précoce [9].

La protéinurie est un élément définissant la sévérité de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, une fois que l'hypertension est sévère, elle a des répercussions fœtales ce qui pourrait expliquer les complications observées.

Conclusion

L'hypertension artérielle est un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Dans notre étude, la prévalence de l'hypertension artérielle chez les femmes enceintes était de 5,39%. Le profil sociodémographique était celui des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, exerçant une profession libérale, non scolarisées, primigestes, primipares mariées, provenant de la commune de Ratoma.

Les principaux motifs étaient les signes de gravité et des complications à savoir : les céphalées suivies des œdèmes des membres inférieurs, les vertiges, l'épigastrie en barre, les acouphènes, flous visuels, des crises tonico-cloniques, métrorragie faite de sang noirâtre.

La pré-éclampsie était la variété clinique la plus courante. La Nifedipine était le médicament le plus utilisé suivie du sulfate de magnésium et de l'alpha methyl dopa (Aldomet). La césarienne a été le mode d'accouchement le plus fréquent.

L'éclampsie, l'hématome rétro placentaire, l'insuffisance rénale aigue, le décès maternel (3,1%), la prématurité, la MFIU (25%), la SFA et le décès néonatal précoce (1,6%) ont été les complications maternelles et fœtales les plus rencontrées.

Le dépistage précoce de l'HTA et une prise en charge rapide, adaptée et efficace des cas diagnostiqués s'avèrent donc une nécessité absolue devant cette association redoutable HTA et grossesse.

L'administration de sulfate de magnésium et la césarienne permettent d'améliorer le pronostic maternel et fœtal. La prévention passe nécessairement par un suivi prénatal de qualité.

***Correspondance**

Ibrahima Sylla

driba62@yahoo.fr

Disponible en ligne : 11 Mai 2021

- 1 : Maternité de l'Hopital National Ignace Deen
- 2 : Maternité de l'Hopital National Donka
- 3 : Néphrologie de l'Hopital National Donka

National Hospital Donka, CHU of Conakry, Guinea. *Open J Obstet Gynecol* 2019; 09:960-7. <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.97093>.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] M Moonen, D.Legrand, P Lancelloti. Recommandations Européennes 2011 pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires pendant la grossesse: Prise en charge l'hypertension artérielle. *Rèv méd liege*. 2012; 10:509-12
- [2] Bernadet-Monrozies. Quel suivi pour une femme enceinte hypertendue? 2014 ; 8 : 1-6
- [3] H. de Tourris, F.Pierre, G Magnin. *Gynécologie et Obstétrique*. Vol.25 7è édition Masson. 2007.
- [4] Scantlebury DC, Schwartz GL, Acquah LA, White WM, Moser M, Garovic VD. The treatment of hypertension During Pregnancy: When should Blood Pressure Medications Be started? *Curr Cardiol Rep* 2013; 15: 1-20. [Hhttps://doi.org/10.1007/S11886-013-0412-0](https://doi.org/10.1007/S11886-013-0412-0)
- [5] Markus G. Mohaupt. Hypertension Durant la grossesse. *Swiss Med Forum-Forum med Suisse* 2016; 38: 780-6.
- [6] Claire Mounier-Vehier. Consensus d'experts. HTA et grossesse de la SFHTA ; société française d'hypertension artérielle 2015, 7 :6
- [7] Baragon S, Goeh-Akue E, M.Pio, YM. Afassinou, B. Atta. Hypertension artérielle et grossesse à Lomé (Afrique subsaharienne) : aspects épidémiologiques, diagnostics et facteurs de risque. *Service de cardiologie, centre hospitalier universitaire* 2014 ; 3 : 145-50
- [8] Doumbouya FT. Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI. Thèse de doctorat en Médecine. 2010. Bamako,
- [9] Diallo B.S, Samba Keita M, Baldé IS, Diawara O, Sy T, Kaba ML et al. Fœtal Prognostics in Relation to uricemia and Maternal Proteinuria of Arterial High Blood Pressure Types during Pregnancy at the Maternity of Donka, National Hospital Donka, CHU of Conakry, Guinea. *Open J Obstet Gynecol* 2019; 09:960-7. <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.97093>.
- [10] Mohamed MS, Sass S, Zein A, Lbarre A, Khadmaoui A, Lrhorf LA, et al. Etude prospective du profil épidémiologique des femmes enceintes pré-éclamptiques en Mauritanie. *Eur Sci J ESJ* 2017 ; 13 : 124. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n36p124>.
- [11] Niamkey J.T, N'Guette R, Adho A, Anongba S, Ekou A. Aspects épidémiologiques et évolutifs de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse à Abidjan. *Rev Int Sc Méd* 2007 ; 9 : 54-60.
- [12] Itoua C, As Ngounda Monianga, B F Ellenga Mbolla, Gm Mbemba, Moutoundou, C E Gombet Koulimaya Tr Gomet. Hypertension artérielle et grossesse : épidémiologie et pronostic materno-foetals au centre hospitalo-universitaire de Brazzaville (Congo). *Médecine d'Afrique noire* .2013, vol. 60 ,n° 1
- [13] Baldé O, Baldé IS, Diallo MC, Barry I S, Baldé E Y, Diallo M.H, Baldé F, Sy T. Pré-éclampsie sévère et éclampsie : Aspects sociodémographiques et qualité de la prise en charge au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka. *Rev int Sc Med R ISM* 2017; 19, 1: 68-73
- [14] Institut national des statistiques ; Ministère du plan et du développement économique, Conakry, Guinée. Enquête démographique et de santé (EDS 2018), Cleaverton, Maryland, USA , p 20-22.
- [15] R Abauleth, P.Kadhel, D. Gondo, C. Kakou, Konan, N'Guessan, et al. La pré-éclampsie: une pathologie liée à la vie sexuelle du couple? *Lett Gynécologue* 2009 : 8-10.
- [16] Coulibaly B. Hypertension artérielle de la femme enceinte dans le district de Bamako à propos de 250 cas. Thèse de doctorat en médecine, 2008. Université de Bamako.
- [17] Beaufils M. «Hypertensions gravidiques, hypertensive disorders of pregnancy». *Artic Rev Médecine Interne* 2002 : 927 à 938.
- [18] Kartout Leila. Les hypertensions artérielles gravidiques : Etude rétrospective au service de gynécologie obstétrique du CHU Mohamed VI de Marrakech Université CADI AYYAD 2012.
- [19] Thierry P, Dominique L, Michel C. Prise en charge multidisciplinaire de la pré-éclampsie. Elsevier Masson. 2009.

[20] Mboudou E.T, Foumane P, Belley Priso. Hypertension au cours de la grossesse. Aspects cliniques et épidémiologiques à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé Cameroun 2009 ; 6 : 1087-92.

[21] Christine Tshabu-Aguemon, Ogourindé Mathieu Ogoudjobi, Mègnissè Sèna H, S. Lokossou, Benjamin Hounkpatin, Justin Lewis Denakpo, et al. Facteurs pronostics de la pré-éclampsie sévère à la maternité universitaire de Porto-Novo au Bénin. J Société Biol Clin Bénin 2017 : 59-64.

Pour citer cet article :

I Sylla, F Bamba Diallo, IT Diallo, A II Sow, AL Diallo, IS Baldé et al. Hypertension artérielle chez les femmes enceintes à la maternité de l'Hôpital National Ignace Deen. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 83-93



Cas clinique

Une tumeur rénale rare découverte fortuitement au scanner en phase de prérupture dans un contexte de douleur post partum : l'angiomyolipome rénal, à propos de 1 cas

A rare renal tumor incurrantly discovered by the scanner in the pre-rupture phase in a context of post-partum pain: renal angiomyolipoma, about 1 case

A Toure^{1,2}, NE Fatto*², AP N'dja^{1,2}, A Le Dion², DT Gnaoule^{1,2}, AE Zouzou^{1,2}, NAJI Kouakou-Fatto³, GC Gbazy^{1,2}

Résumé

L'angiomyolipome est une tumeur bénigne rare. Elle présente trois composantes différentes: musculaire, vasculaire et grasseuse, dont la distribution est variable.

L'atteinte sporadique est unilatérale et isolée avec une forte prédominance féminine.

Cette tumeur est découverte majoritairement de façon fortuite et son diagnostic en imagerie repose sur la mise en évidence de la composante grasseuse intra-tumorale en tomodynamométrie (TDM).

Le carcinome du rein à composante grasseuse est le principal diagnostic différentiel.

Nous vous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans présentant un volumineux angiomyolipome rénal gauche en phase de pré-rupture de découverte tardive et fortuite dans le post partum devant des douleurs abdominales diffuses persistantes.

Mots-clés : Rein, angiomyolipome, TDM abdominale.

Abstract

Angiomyolipome is a rare benign tumor. It has three different components: muscle, vascular and fat, whose distribution is variable. Sporadic impairment is one-

sided and isolated with a strong female predominance. This tumour is mostly discovered by chance and its diagnosis in imaging is based on the discovery of the intra-tumor fat component in CT scans. Fat-component kidney carcinoma is the main differential diagnosis. We report the case of a 28-year-old patient with a voluminous left renal angiomyolipoma in the pre-rupture phase of late and fortuitous discovery in the postpartum in the face of persistent diffuse abdominal pain.

Keywords: Kidney, angiomyolipome, abdominal CT.

Introduction

L'angiomyolipome est une tumeur bénigne rare [1]. Elle se caractérise par la présence à des proportions variables d'un contingent grasseux, musculaire lisse et vasculaire.

Classiquement ce type de tumeur s'inscrit dans le cadre de la Sclérose Tubéreuse de Bourneville (STB), L'atteinte rénale est alors multiple et bilatérale. Mais, l'angiomyolipome rénal peut être sporadique, isolé et unilatéral avec une forte prédominance féminine

[1]. Elle peut être asymptomatique ou symptomatique se manifestant alors par des signes non spécifiques favorisant ainsi sa découverte de manière fortuite.

Le diagnostic est évoqué en imagerie médicale sur la mise en évidence de la forte composante grasseuse à la tomodensitométrie (TDM) [2].

Nous vous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans chez laquelle, il a été découvert de façon fortuite dans le post partum un volumineux angiomyolipome rénal gauche devant des douleurs abdominales diffuses.

Cas clinique

Patiente âgée de 28 ans, accouchée récente depuis 1 mois primigeste primipare sans antécédents particuliers, a consulté dans un centre périphérique pour une douleur abdominale diffuse persistante.

Ces douleurs auraient débuté au cours de la grossesse aux alentours du 4^e mois, avec une majoration en fin. Elles auraient persisté dans le post partum. L'analyse du carnet mère enfant a mis en évidence 5 consultations prénatales (CPN) réalisées par un Gynécologue obstétricien.

Aucune anomalie significative n'a été objectivée durant la grossesse.

A la 28^{ème} semaine d'aménorrhée, une échographie prescrite pour douleur abdominale sur grossesse n'a pas relevé d'anomalie rénale.

L'accouchement a été effectué par voie basse, les suites de couches immédiates étaient sans particularités. Cependant, face à la persistance de la symptomatologie douloureuse abdominale, elle s'est rendue dans un centre de soins périphérique pour prise en charge.

A l'examen physique, la température était de 36.7 C, la tension artérielle de 140/10 mm hg, le pouls de 80bpm. Au niveau abdominal, on objectivait à la palpation, un abdomen souple dépressible sans évidence de masse palpable.

Un bilan biologique a été réalisé et est revenu sans particularités : l'hémoglobine : 13g/dl, les globules blancs : 8200/mm³, l'urée : 0.35g/l et la créatinine : 12 mg/l.

Face aux plaintes répétées de la patiente, un scanner abdominal fut prescrit et réalisé le 22/04/2020.

La tomodensitométrie abdominale a mis en évidence une volumineuse masse hétérogène à contours réguliers encapsulée mesurant 176x119x169 mm développé au dépend du rein gauche au sein de laquelle la mesure de la densité était de -66UH du fait de la composante grasseuse majoritaire. Le scanner avait finalement conclu à un angiomyolipome du rein gauche (Figure 1).

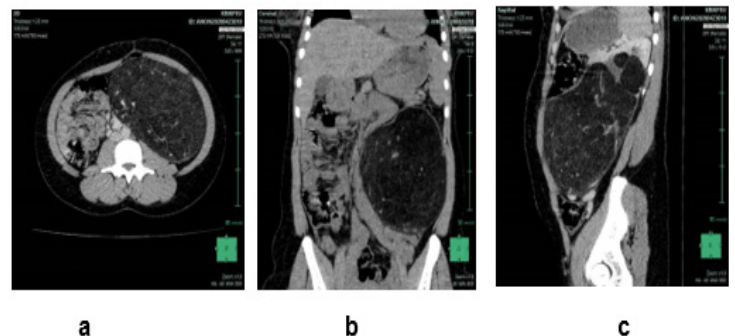


Figure 1 : Angiomyolipome rénal unilatéral, coupe TDM sans injection axiale (a), coronale (b), sagittale(c). Volumineuse masse de densité grasseuse hétérogène à contours réguliers encapsulée mesurant 176x119x169 mm développé au dépend du rein gauche.

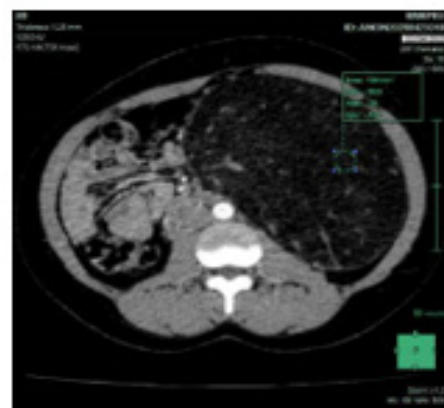


Figure 2 : Angiomyolipome, coupe axiale TDM : la mesure au ROI montre une composante grasseuse avec une densité de -66UH.

Discussion

L'angiomyolipome (AML) est une tumeur bénigne (hamartome) qui représente 1 à 3% des tumeurs solides

du rein [1]. Elle est due à la prolifération anormale au sein du parenchyme rénal de cellules graisseuses matures ou immatures, de fibres musculaires lisses et de capillaires [1]. Son incidence tend à augmenter du fait de la découverte fréquente de celle-ci notamment grâce aux méthodes d'imageries. Ce type de tumeur s'inscrit préférentiellement dans le cadre de la Sclérose Tubéreuse de Bourneville (STB). L'atteinte rénale est alors multiple et bilatérale dans 50 à 80% des cas, touchant préférentiellement dans ce cas les sujets jeunes pour un âge moyen de 30 ans pour une répartition uniforme du genre. Mais, l'AML rénal peut être découvert en dehors de toute phacomatose, survenant chez l'adulte pour un âge moyen 50 ans. Dans ce cas, il est isolé, unilatéral avec une forte prédominance féminine [2]. Généralement, l'AML est asymptomatique, découverte le plus souvent de manière fortuite mais elle peut dans certains cas, s'exprimer cliniquement par une douleur lombaire, une hématurie macroscopique rarement par une masse abdominale ou lombaire palpable [2].

L'hypertension artérielle est le symptôme le moins fréquent dans la littérature avec un taux de survenue de 2,1%. Elle peut être expliquée par la stimulation du système Rénine-Angiotensine-Aldostérone, suite à l'ischémie locale induite par l'extension locale régionale de certains AML rénaux volumineux [3].

Notre patiente présentait une HTA limite.

En imagerie, l'aspect échographique est typiquement celui d'une masse rénale solide régulière, à la fois hyperéchogène et hétérogène.

Dans notre cas cette volumineuse masse rénale n'avait été mise en évidence au cours des différentes échographies pratiquées chez notre parturiente. De plus, la réorganisation anatomique intra abdominale du fait de la présence du fœtus nécessite un opérateur expérimenté. Même si sa spécificité demeure faible, l'échographie contribue au diagnostic.

La TDM abdominale est un examen de haute spécificité et sensibilité et possède une excellente valeur prédictive positive et négative vis-à-vis de l'AML et des masses rénales.

La tomodynamométrie abdominale est évocatrice du

diagnostic dans 95% des cas, elle met en évidence une masse rénale au sein de laquelle, la densité graisseuse majoritaire est caractérisée par des densités négatives au ROI (-40 à -100UH) (Figure 2) [4,5].

La présence d'une composante graisseuse au sein d'une masse tumorale rénale, en tomodynamométrie est quasi pathognomonique d'AML [4,5].

L'exploration tomodynamométrique est réalisée avec et sans injection de produit contraste iodé. L'épaisseur de coupe est fonction de la taille des lésions, 5 mm pour les tumeurs de plus de 5 cm, inférieure à 3 mm pour les tumeurs de petite taille [6].

Dans 4% à 5% des AML, la composante graisseuse ne peut être détectée par la TDM à cause de la faible proportion graisseuse au sein de la lésion. Ces lésions paraissent hyperdenses à la TDM et se rehaussent après injection de produit de contraste. Ce groupe d'AML constitue une difficulté diagnostique car elles miment de très près les carcinomes rénaux (CCR) [7]. Le contingent graisseux peut également être masqué par l'hémorragie l'AML. La TDM hélicoïdale et les coupes fines (2 à 5 mm) augmentent dans ces cas-là la sensibilité et la spécificité du scanner [2].

Bien que bénin, l'AML a tendance à croître et peut devenir symptomatique. En effet, 52% des tumeurs sont symptomatiques au-delà de 4 cm, alors que seuls 24% le sont à moins de 4 cm. Il existe un risque hémorragique intra-tumoral et péri-rénal important par rupture vasculaire. Ce risque augmente avec la taille de la tumeur [8].

Concernant notre patiente, le scanner a permis de mettre en évidence une masse hétérogène à contours réguliers encapsulée mesurant 17cm développée au dépend du rein gauche avec une composante graisseuse ce qui nous a permis d'affirmer le diagnostic. Le risque hémorragique étant lié à la taille tumorale, ainsi selon J.Raft. [9], la taille moyenne de l'angiomyolipome lors de la rupture est de 11,7 cm.

Le principal diagnostic différentiel demeure cependant le carcinome du rein à composante graisseuse, les îlots graisseux dans ce type de tumeur sont liés des métaplasies osseuses associant moelle osseuse et tissu osseux calcifié [10].

Par ailleurs, des cas d'adénocarcinomes rénaux présentant des zones de densité radiologique grasseuse ont été rapportés, en cas d'hémorragie, de nécrose ou d'envahissement de la graisse sinusale ou péri-rénale [10].

C'est pourquoi il est communément admis qu'un traitement est nécessaire pour les tumeurs symptomatiques quelle que soit leur taille et asymptomatiques au-delà de 4 cm (embolisation sélective, tumorectomie voire néphrectomie). Dans les autres cas, une surveillance radiologique est indispensable tous les 6 à 12 mois selon les auteurs d'autant que des cas d'évolution maligne sont rapportés, qui correspondent en fait à une dégénérescence sarcomateuse [2].

Conclusion

L'Angiomyolipome rénal est une tumeur bénigne, le plus souvent asymptomatique mais dont les complications peuvent s'avérer graves.

Le plus souvent asymptomatique, elle peut être découverte lors de la grossesse voire dans le post-partum imposant des échographies rigoureuses chez toute gestante se plaignant de douleur abdominale, tant sur le plan obstétrical qu'abdominal.

Son diagnostic à l'imagerie médicale notamment au scanner repose sur la mise en évidence la composante grasseuse qui est quasi pathognomonique de la tumeur.

*Correspondance

Fatto N'guessan Ebeys

ebeyssf@gmail.com

Disponible en ligne : 17 Mai 2021

1 : UFR des Sciences Médicales, Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan, COTE D'IVOIRE)

2 : Service de Radiologie, CHU COCODY Abidjan (Côte d'Ivoire)

3 : Service d'hématologie-biologie CHU COCODY Abidjan (Côte d'Ivoire)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Chen SS, Lin At, Chen KK, Chang LS. Renal angiomyolipoma experience in 20 years in Taiwan. *Eur Urol.* 1997; 32(2): 175- 178.
- [2] Pfister C., Thoumas D., Fauquet I. : Stratégie diagnostique et thérapeutique des angiomyolipomes. *Prog. Urol.*, 2002 ; 12 : 108-113.
- [3] Youness A., Abdelhak K., Mohammed F., et all. Remission of hypertension after treatment of giant simple renal cyst: a case report. *Cases Journal* 2009, 2:9152.
- [4] Lemaitre L., Robert Y., Dubrulle F. Renal angiomyolipoma : growth followed up with C.T. and/or U.S. *Radiology*, 1995, 197: 598-602
- [5] Lezar S., Hassen S., Mestour M., et all. «IMAGERIE DES ANGIOMYOLIPOMES RENAUX A PROPOS DE 12 CAS.» *J Maroc Urol*, pp. 2 : 22-24., 2006.
- [6] Prando A., Radiological classification of renal angiomyolipomas based on 127 tumors. *International Braz J Urol* (2003), vol.29 (3): 208-216.
- [7] Bernardini S., Chabannes E., Algros M.P., et all : Variants of renal angiomyolipoma closely simulating renal cell carcinoma : difficulties in the histological diagnosis. *Urol. Int.*, 2002 ; 69 : 78-81.
- [8] Yamakado. K. «Renal Angiomyolipoma : Relationship between Tumor Size, Aneurysm Formation and Rupture,» *Radiology*, vol. 225, pp. 78-82, 2002.
- [9] RaftJ J., Lalot M., Meistelman C., Longrois D. : Rôle de la grossesse dans la rupture d'un angiomyolipome. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2005;33: 898-906
- [10] Strotzer M., Lehner K.B., Becker K. : Detection of fat in a renal cell carcinoma mimicking angiomyolipoma. *Radiology*, 1993 ; 188 : 427-428.

Pour citer cet article :

A Toure, NE Fatto, AP N'dja, A Le Dion, DT Gnaoule, AE Zouzou et al. Une tumeur rénale rare découverte fortuitement au scanner en phase de prérupture dans un contexte de douleur post partum : l'angiomyolipome rénal, à propos de 1 cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 94-98



Article original

Analyse des décès maternels par audit à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali

Maternal death analysis through audit at the hospital Nianankoro Fomba of Ségou in Mali

T Traoré*¹, K Sidibé¹, B Taoré¹, M Traoré¹, A Sanogo¹, C Sylla⁶, SZ Dao⁵, SA Beye¹, F Kané⁷, S Boiré⁸, B Traoré⁹, D Fomba¹⁰, S Dougnon¹¹, TA Théra², Y Traoré³, I Tégoué³, N Mounkoro³, M Touré⁴, Z Ouattara³

Résumé

Les décès maternels peuvent être évités même dans les pays à faibles ressources. Pour cela il faut disposer des données nécessaires à l'élaboration de programmes. L'audit des décès dans les établissements de soins est un bon outil de collecte de ces données, permettant de définir les déterminants du décès.

L'objectif de cette étude était d'analyser les dysfonctionnements ayant contribué aux décès maternels afin de réduire la mortalité maternelle au Mali.

Nous avons colligé 62 décès maternels sur 2548 naissances vivantes avec un taux de décès maternels de 2430 pour 100000NV.

L'âge moyen était de $27,9 \pm 7,3$ ans avec des extrêmes de 16 à 49ans. Il s'agissait le plus souvent de paucipares et de multipares non scolarisées (74,2%) non suivies au cours de la grossesse dans 61,2% des cas.

Dans 83,9% des cas, les patientes étaient référées en urgence dont 58,1% sont décédées dans moins de 12 heures après leur admission à l'hôpital.

Tous les décès ont été audités dont 51,9% étaient évitables contre 48,1% non évitables.

Les causes obstétricales directes ont dominé avec l'hémorragie du post partum immédiat (22,5%),

l'infection (12,9%), l'éclampsie (8,06%).

Mots-clés : Analyse, décès maternels, audit, Ségou.

Abstract

Maternal deaths can be avoided even in low-resource countries. To do this it is necessary to have the data necessary for the development of programs. The audit of deaths in health care facilities is a good tool for collecting these data, making it possible to define the determinants of death.

The objective of this study was to analyze the dysfunctions that contributed to maternal deaths in order to reduce maternal mortality in Mali.

We collected 62 maternal deaths out of 2548 live births with a maternal death rate of 2430 per 100,000NV.

The average age was 27.9 ± 7.3 years with extremes of 16 to 49 years. They were most often pauci-pares and multipares out of school (74.2%) not followed during pregnancy in 61.2% of cases.

In 83.9% of cases, patients were referred urgently, 58.1% of whom died in less than 12 hours after admission to hospital.

All deaths were audited, of which 51.9% were avoidable compared to 48.1% not preventable.

Direct obstetric causes dominated with immediate

postpartum haemorrhage (22.5%), infection (12.9%), eclampsia (8.06%).

Keywords: analyze, maternal deaths, audit, Ségou.

Introduction

L'évaluation des pratiques professionnelles est une procédure permettant une amélioration de la qualité des soins. La mortalité maternelle est le décès d'une femme survenue pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les 42 jours suivant sa terminaison quelle qu'en soit sa durée ou sa localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite (cause toujours liée à la grossesse) (OMS, 2005). Elle est un indicateur de la qualité des soins prodigués aux femmes.

Dans les pays en développement plus d'un demi-million de mères meurent chaque année de problèmes associés à leurs grossesses. Le continent africain est le plus touché où le risque est de 100 fois plus élevé que dans les pays industrialisés. Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la santé maternelle, la mortalité reste élevée. Ces femmes meurent parce qu'elles ont un accès limité ou n'ont pas accès aux soins de santé, ou la qualité des soins reste problématique. Les causes de décès restent dominées par les hémorragies, la septicémie, l'hypertension artérielle et ces complications, les avortements compliqués non médicalisés et le travail prolongé.

Dans le monde on estime actuellement à 529000 décès par an, soit un ratio de 400 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Le Mali est l'un des pays où le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé avec 368 décès maternels pour 100000 naissances vivantes (Cellule de Planification et de Statistique, 2014).

Une étude réalisée sur la mortalité maternelle à la maternité du Centre Hospitalier régional de Ségou en 2008 estimait la létalité hospitalière à 2031 pour 100000 naissances vivantes sur 3 ans soit un taux

largement au-dessus de la moyenne nationale (Traoré et al., 2010). Cette étude s'est peu intéressée au caractère évitable ou non évitable des décès maternels. Des progrès ont été réalisés par les autorités à savoir la gratuité de la césarienne, la référence évacuation et l'instauration des audits maternels ces moments. L'audit des décès dans les établissements de soins consiste à « rechercher de manière qualitative et approfondie, les causes et les circonstances ayant entouré des décès survenus dans des établissements de santé » (OMS, 2004). Il permet d'améliorer les pratiques professionnelles, la formation en modifiant les programmes d'enseignement, les ressources humaines et de sensibiliser les autorités, sanitaires et la communauté.

Cette étude a été initiée pour faire le bilan de notre expérience d'audit au centre hospitalier Nianankoro Fomba de Ségou.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective et analytique allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

La population d'étude a concerné les décès enregistrés dans le service pendant la grossesse, l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement et dont la cause du décès n'était ni fortuite, ni accidentelle.

Nous avons défini dans notre étude les termes suivants :

- Transport médicalisé : patientes dont le transport a été assuré par une ambulance accompagnée d'un agent de santé ;
- Grossesse bien suivie : femmes ayant bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales (1 consultation au 1^{er} et 2^e trimestre et 3^e trimestre) et le bilan prénatal standard au Mali effectué
- Grossesse mal suivie : il s'agit des femmes qui ont fait moins de 3 consultations prénatales et ou le bilan prénatal standard au Mali non effectué
- Conscience altérée : le score de Glasgow ≤ 12

- Niveau de responsabilité : concerne l'individu ou la structure dont l'action aurait pu éviter la survenue du décès.

Le déroulement pratique de l'étude à consister à une analyse régulière des dossiers de décès maternels par un comité d'audit composé de :

- Un administrateur de la direction de l'hôpital, de la direction régionale de la santé
- Deux gynécologues obstétriciens,
- Un pédiatre,
- Les responsables du laboratoire et de la banque de sang,
- Un médecin anesthésiste réanimateur,
- Un administrateur de l'action sociale,
- Quartes sages-femmes et
- Un interne en Gynécologie-Obstétrique.

L'analyse a concerné les points suivants :

- L'histoire de la maladie et le parcours du malade avant son admission ;
- L'exactitude du diagnostic à l'admission y compris les procédures utilisées pour aboutir à ce diagnostic ;
- La qualité du traitement.

Et le comité identifiait les dysfonctionnements ayant conduit au décès, son caractère évitable ou non, puis procédait à des recommandations en fonction du niveau de responsabilité.

Les données ont été saisies sur Word, Excel et analysée à l'aide d'un logiciel Epi info-version 6 FR. Le test de chi 2 a été utilisé avec un seuil de signification $p=0,05$.

Résultats

Durant la période d'étude 2548 naissances vivantes étaient enregistrées dans notre centre avec 62 décès maternels soit une fréquence de 2,43%. La moyenne d'âge était de $27,9 \pm 7,3$ ans avec des extrêmes de 16 à 49ans. Le tableau I montre les caractéristiques générales de la population d'étude. Les patientes étaient référées en urgence dans 83,9% par les structures périphériques dont 19,2% par un transport non médicalisé. Concernant la parité, les paucipares ont représenté 29% (18 cas) suivis des multipares

et grandes multipares avec respectivement 25,8% et 22,6%. Dans 91,9% des cas aucun antécédent n'était retrouvé contre 4,8% de patientes suivies pour une hypertension artérielle. Sur le plan chirurgical 6,5% avaient été césarisées ; 1,6% avait un antécédent de laparotomie et 1,6% un antécédent d'appendicectomie. Les grossesses n'étaient pas suivies dans 61,2% (38 cas). A l'admission 67,7 des patients avaient une altération de conscience avec un score de Glasgow ≤ 12 Les autres présentations cliniques étaient dominées par l'anémie avec 22,7%, le collapsus cardiovasculaire avec 24,2%. Les décès sont survenus dans 74,2% des cas après l'accouchement (16 cas). Le lieu du décès était la réanimation dans 56,8%, en hospitalisation 25,8%, salle d'accouchement 12,9% et le bloc opératoire 4,8%. Les motifs d'admission en réanimation étaient dominés par les HPPI (19,3%), l'HTA et ses complications (28,8%), le sepsis (8,7%) Les causes de décès sont répertoriées sur le (tableau II). La durée d'hospitalisation était inférieure à 12 heures dans 58,1% des cas contre 19,4% de plus de 48 heures. Après analyse le comité a retenu une évitabilité de décès dans 51,9% des cas soit au cours du traitement, lors du diagnostic ou de la surveillance contre 48,1% de décès non évitable. Les différents niveaux de responsabilité sont répertoriés sur le tableau III.

Tableau I : Caractéristiques générales de la population d'étude

	Effectif	Pourcentage
Age		
16-19	10	16,1
20-34	41	66,1
35-49	11	17,8
Profession		
Ménagère	56	90,3
Enseignante	4	6,5
Autres	2	3,2
Statut matrimonial		
Mariée	57	91,9
Célibataire	5	8,1
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	46	74,2
Scolarisée	16	25,8

Tableau II : Causes de décès

	Effectif	(%)
Causes directes		
HPPI	14	22,5
OAP	8	12,9
Infections	8	12,9
Eclampsie	5	8,06
HRP	2	3,2
Causes indirectes		
Anémie	9	14,5
Infection VIH	2	3,2
Envenimation	1	1,6
Insuf. cardiaque	1	1,6
Embolie Pulm.	1	1,6
Drépanocytaire	1	1,6
Causes indéterminées	10	16,1
Totale	62	100,0

Dans 83,8% des cas les causes ont pu être déterminées.

Tableau III : Répartition des décès selon le niveau de responsabilité

Responsabilité	Effectif	(%)
Victime / famille	29	39,2
Personnel médical	29	39,2
Autorité médicale	16	21,6
Total	74	100,0

NB : Il y a des décès dont la responsabilité est imputable à plusieurs acteurs ce qui explique plus de responsabilités que de décès.

Discussion

La mortalité maternelle demeure un indicateur incontournable de performance de la santé, elle est encore très élevée. Environ 800 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement (Rafanomezantsoa et al. , 2014).

L'âge moyen de nos patientes était de 27,9±7,3 ans et la tranche d'âge 20-34 ans était la plus concernée avec 66,1% de cas. Ce constat est fait par d'autres auteurs avec des fréquences allant de 56 à 68,4% (Kiré, 2008 ; Coulibaly, 2015). Notre moyenne était superposable à celle de Rafanomezantsoa et al. (Rafanomezantsoa et al., 2014).

Nous avons enregistré une fréquence hospitalière de

décès maternel de 2,43% naissances vivantes soit 2433 pour 100.000NV. Notre taux est supérieur à ceux de Kiré. (Kiré, 2008) avec 263,95/100.000NV, (Rafanomezantsoa et al., 2014). (841/100.000NV) Notre fréquence élevée pourrait s'expliquer par la position géographique de l'hôpital, assurant une mission de première référence dans la région avec un plateau technique meilleur que les structures périphériques (service de Gynéco-Obstétrique et de réanimation).

La majorité de nos décès (90,3%) étaient des ménagères avec un faible revenu ce qui pourrait constituer un handicap à l'accès aux soins.

Elles étaient dans la plupart des cas mariées (91,9%), cela s'expliquerait par les mariages précoces dans notre pays (Cellule de Planification et de Statistique, 2014). Ce résultat est proche de ceux de KIRE B. soit 94,7% (Kiré, 2008).

Les femmes non scolarisées étaient les plus nombreuses (74,2%) comme cela était le cas dans la série de DICKO G B. (85,71%) (Dicko, 2010). Ceci s'explique par le faible taux de scolarisation des femmes scolarisées au Mali (24%) (Cellule de Planification et de Statistique, 2014).

Dans notre étude 83,9% des décès étaient des femmes référées en urgence par les structures périphériques dont 19,2% par un transport non médicalisé contre 70% de non médicalisé dans la série de Kiré (2008)

Notre taux des références reçues est superposable à ceux de Kiré, (2008) ; d'Otiobanda et al. au Congo (Otiobanda et al., 2012) et de Coulibaly (Coulibaly, 2015) qui avaient enregistré le maximum de décès parmi les référées en urgence avec respectivement 52,6%, 63,3% et 72%. Notre taux était inférieur à celui de la série Malgache qui rapporte 44,6% (Rafanomezantsoa et al. ; 2014).

Ces taux élevés de référence en urgence s'expliquent par l'insuffisance en personnel qualifié et le sous équipement des structures en périphérie. Les paucipares étaient les plus représentées avec 29%, les mêmes tendances ont été rapportées dans des séries Africaines avec respectivement 33%, 48,2% et 48,2% (Rafanomezantsoa et al. ; 2014, Maguiriga, 2000,

Lankoandé et al., 1998).

Parmi nos décès 6,5% avaient un utérus cicatriciel ce qui constituait un risque. Malgré que la consultation prénatale soit le meilleur moyen de dépistage des grossesses à risque, 61,2% de nos femmes décédées n'avaient bénéficiées d'aucun suivi prénatal. Ce constat a été fait dans d'autres séries avec un taux allant de : 47 à 61% (Maguiriga, 2000 ; Coulibaly, 1995 ; Mallé, 2008 ; Koné, 1999).

A l'admission l'état de nos patientes était grave avec un tableau clinique diversifié. Une situation qui s'explique par le délai long d'admission et le recours tardif aux soins (Mallé, 2008). Dans notre série les décès sont survenus en majorité dans le post partum comme cela fut rapporté dans les séries Africaines (Diallo et al. 1998, Mahbouli et al., 2003).

Des taux inférieurs sont rapportés par d'autres auteurs avec 39% de décès dans le post partum (Maina Mucheni et Wangechi Chicago, 2014). Ce taux élevé de décès dans le post partum pourrait s'expliquer par le nombre élevé de complications du post partum et le déficit du plateau technique à savoir la disponibilité des produits sanguins labiles, la capacité d'accueil de la réanimation.

L'approvisionnement de nos structures de santé en produits sanguins labiles reste problématique avec une part importante du don de sang familial sollicité en situation d'urgence. La majorité des décès sont imputables à un déficit de produits sanguins comme cela fut le cas au Burkina Faso avec 26% (Lankoandé et Ouedraogo, 1998).

La majorité des décès soit 56,8% sont survenus en réanimation et les motifs d'admission en étaient dominés par les hémorragies du post partum immédiat (19,3%), l'hypertension artérielle et ses complications (28,8%), le sepsis (8,7%).

Dans l'étude réalisée au Point G en 2011 les taux rapportés étaient de 19,69% pour l'hémorragie obstétricale et 46,80% pour l'HTA et ses complications (Lankoandé et Ouedraogo, 1998).

Dans notre série, 58,1%, des décès sont survenus dans moins de 12 heures après l'admission des patientes dans le service, ce taux est de 37,1% pendant

les 24 premières heures dans la série malgache (Rafanomezantsoa et al., 2014).

Selon l'OMS 45% des décès surviennent dans le post partum et les 24 heures qui suivent l'accouchement (Coulibaly et al., 2011).

Tous les décès ont été audités parmi lesquels 83,8% des causes ont pu être déterminées.

L'hémorragie du post-partum a été la cause obstétricale directe la plus fréquente comme cela est retrouvé dans les séries Africaines avec des taux allant de 25,3 à 40% (Rafanomezantsoa et al., 2014 ; Mallé, 2008 ; OMS, 2005). Selon l'OMS 50 à 71% des décès par hémorragie surviennent dans le post partum Cette cause rend la période du post partum particulièrement dangereuse à cause du manque de produits sanguins labiles dans nos structures de santé (Coulibaly et al.2011).

Pour les causes indirectes l'anémie était la principale cause retrouvée. Cela s'explique par la carence nutritionnelle retrouvée chez 60% des gestantes dans les pays en voie de développement (Abdourhamane, 2008) et aussi à l'absence de prophylaxie anti palustre et de supplémentation par manque de consultation prénatale chez 61,2% de nos patientes.

Dans notre étude 51,9% des décès étaient évitables. Mallé (Mallé ; 2008) a estimé que 90,4% des décès étaient évitables.

Les soins appropriés ont permis d'éviter 56,2% des décès en France (OMS, 2005).

Plus de 80% des décès maternels pourraient être prévenus grâce à des mesures qui ont fait leurs preuves et qui sont d'un coût abordable, même dans les pays les plus démunis du monde.

L'audit des décès a été instauré dans nos afin d'apporter des solutions dans le but de réduire les décès évitables. Son objectif principal est l'amélioration de la qualité des soins.

Le comité d'audit a situé une part de responsabilité de la victime et/ou de sa famille dans la genèse du décès dans 39,2% des cas à cause du non suivi prénatal, le recours tardif aux soins, la méconnaissance des signes de danger et la croyance. Ce taux était de 42,86% dans l'étude de. (Dicko, 2010).

Le personnel de santé a été responsable dans 39,2% des décès par : l'insuffisance dans la surveillance, le retard dans l'évacuation vers l'hôpital, le diagnostic et le traitement inappropriés, le retard dans la prise en charge.

Notre résultat est inférieur à celui de Mallé qui avait trouvé 80,95% (Mallé, 2008) des décès en rapport avec le personnel soignant.

21,6% des décès étaient liés aux autorités sanitaires par : le manque de produits sanguins, l'insuffisance de personnels qualifiés, du plateau technique et des lits de la réanimation.

Conclusion

Chaque décès maternel ou complication à long terme représente une tragédie individuelle pour la femme, son partenaire, ses enfants et sa famille dans un monde où les connaissances et les ressources permettant d'empêcher ces décès sont disponibles ou pourraient l'être. L'audit des décès maternels est un outil important dans l'évaluation des services pour une meilleure orientation de ces ressources au profit des femmes. Il a permis de noter la part de la famille et de l'organisation des structures hospitalières dans la survenue des décès dans notre hôpital. Il devrait être généralisé comme le recommande l'Etat malien.

*Correspondance

Tidiani Traoré

tidiobongosso@yahoo.fr

Disponible en ligne : 17 Mai 2021

- 1 : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali ;
- 2 : Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako Mali
- 3 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE, Bamako Mali

- 4 : Centre Hospitalier Universitaire de l'Hôpital du Mali, Bamako Mali
- 5 : Centre de Santé de référence commune II, Bamako Mali
- 6 : Centre de santé de référence Koutiala, Mali
- 7 : Centre de santé de référence Bla, Mali ;
- 8 : Centre de santé de référence Niono, Mali ;
- 9 : Centre de santé de référence San, Mali ;
- 10 : Centre de santé de référence Markala, Mali ;
- 11 : Hôpital Mali Gavardo Ségou, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Abdourhamane M. 2008. Etude de la mortalité maternelle au CHU Gabriel Touré : de l'épidémiologie à l'audit. Thèse méd. Bamako; 130p ; N°305.
- [2] Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International. 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International; 577p.
- [3] Coulibaly F. 1995. étude qualitative des causes de la mortalité maternelle à Bamako. A propos de 25 études de cas cliniques. Thèse Med. Bamako; ; 95p; n.40.
- [4] Coulibaly Z. 2015. Audit des décès maternels comme outil de lutte contre la mortalité maternelle 2009-2014 au CSRéf CI du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2015 ; 78p ; N°56.
- [5] Coulibaly. Y, Goita. D, Dicko. H, Diallo. B, Diallo. D, Keita. M, Doumbia. D, Diallo. AK. 2011. Mortalité et morbidité maternelles en réanimation en milieux tropical. R.A.M.U.R Tome 16, n°2,
- [6] Diallo FD, Diallo AB, Goma O, Camara Y, Cissé M, Diallo M S. 1998. Mortalité maternelle et facteurs de risque liés au mode de vie. Med. Afr Noire 1998 ; 45 (12) :925-926.
- [7] Dicko G B. 2010. Mortalité maternelle et audit clinique au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Méd Bamako; 113p ; N°183.
- [8] Kiré B. 2008. Audit des décès maternels au centre de

- référence de la commune I du District de Bamako, Thèse Med Bamako 2008 ; 115p ; N°442.
- [9] Koné S. 1999. : Etude de la mortalité maternelle liée à la gravido- puerpéralité dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional de Ségou de janvier 1993 à décembre 1998. Thèse, Méd. Bamako 1999 ; 83p ; N°63.
- [10] Lankoandé j, Ouedrago CH, Touré B, Ouedrago A, Dao B, Koné B. 1998. Mortalité maternelle à la maternité de centre hospitalier national de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 colligés en 1995. Med. Af Noire Noire 1998 :167
- [11] Lankoande J, Ouedraogo CH. 1998. Mortalité maternelle à la maternité du centre hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso) à propos de 123 cas colligés en 1995. Med Afr Noire 1998 ;45(3):187-90.
- [12] Maguiraga M. 2000. Etudes de la mortalité maternelle au Mali : cause et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med, Bamako, 86p ; N°11.
- [13] Mahbouli. S, Basli. M, Messaoudi. F, Chibani. M, Rachdi. R. 1998. Maternal mortality: epidemiology, risk factors and evitability. About ten cases. Gynécologie obstétrique et fertilité. Vol 31, Issue 12, Déc. 2003, 1018-1023.
- [14] Maina Mucheni. O, Wangechi Chicogo. A. 2014. Maternal mortality in Central Province, Kenya, 2009-2010. The Pan African journal. 2014; 17: 201.
- [15] Malla C K. 2008: Audit des décès maternels au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 42 cas Thèse Med ; 79p ; N°175.
- [16] OMS. 2004. Au-delà des Nombres: Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse. Genève: OMS, 2004.
- [17] OMS. 2005. Mortalité maternelle : Rapport sur la Santé dans le Monde : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, 2005 : 68-9.
- [18] Otiobanda GF, Mahoungou-Guibi KC, Itoua C, Ellengambolla F.B, Soussa RG, Pambaou O. 2012. Morbidité et mortalité maternelle en période gravido-puerpérale dans un service de réanimation polyvalente R.A.M.U.R Tome 17 N°2-.
- [19] Rafanomezantsoa T.A, J Harily Nirina M.O, Fenmanan S. et al. 2014. Mortalités maternelles vues à l'hôpital Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana: 2011-2013 Médecine d'Afrique noire. Décembre 2014, Vol.61, N°12.
- [20] Traoré B, Théra TA, Kokaina C, Beye S A, Mounkoro N, Teguite .I et al. 2010. Mortalité maternelle au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Ségou au mali étude rétrospective sur 138 cas. Mali Médical 2010 tome xxv N°2:42-47.

Pour citer cet article :

T Traoré, K Sidibé, B Taoré, M Traoré, A Sanogo, C Sylla et al. Analyse des décès maternels par audit à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 99-105



Cas clinique

La Maladie d'Ollier : à propos d'un cas et revue de la littérature

Ollier disease: a case report and literature review

AY Mourabiti*^{1,2}, M Sqalli Houssaini^{1,2}, M Haloua^{1,2}, B Alami^{1,2}, MY Alaoui Lamrani^{1,2},
M El Maaroufi^{1,2}, M Boubbou^{1,2}

Résumé

La maladie d'Ollier est une affection rare non héréditaire caractérisée par la présence de chondromes métaphyso-diaphysaires, débutant généralement au cours de la première décennie. Le risque principal au cours de cette affection est la transformation sarcomateuse qui engage le pronostic vital du patient. Les cas rapportés ne dépassent pas la centaine en 30 ans. Le diagnostic de chondrosarcome dans ces cas est délicat. Il s'agit d'une tumeur de bas grade de malignité à évolution lente, dont le traitement relève avant tout de la chirurgie, seule capable d'assurer la rémission. En cas de rechute, radiothérapie et chimiothérapie ont été testées mais leur efficacité s'est avérée très réduite. Le pronostic, qui dépend du siège de la lésion, de sa taille, du nombre de foyers et du contrôle local, est relativement favorable mais une récurrence survient dans 25 à 50 % des cas. A travers notre observation et une revue de la littérature, nous essayerons de préciser les caractéristiques cliniques et radiologiques de cette pathologie, ainsi que les modalités de prise en charge.

Mots-clés : Maladie d'Ollier, enchondromatose, dégénérescence sarcomateuse, Os tubulaires, métaphyse.

Abstract

Oilier's disease is a rare affliction non-hereditary characterized by the presence of metaphyseal-diaphyseal chondromes, usually beginning in the first decade. The main risk in this condition is sarcomatous transformation, which is life-threatening. Diagnosis of chondrosarcoma is delicate in these cases. It is a kind of slowly evolving low grade malignant tumor. Surgery is the primary treatment course, and can lead to remission. Prognosis, depending on the number and dimension of the lesions, their localization and metastasis prevention, is usually good, but relapses are relatively frequent: 25 to 50%. In case of relapse, radiotherapy and chemotherapy were tested but their efficacy is limited. Through our observation and a review of the literature, we will try to specify the clinical and radiological characteristics of this pathology, as well as the methods of management.

Key words: Ollier disease, enchondromatosis, sarcomatous degeneration, tubular bones, metaphysis.

Introduction

La maladie d'Ollier a été décrite pour la première fois

en 1898; il s'agit d'un trouble squelettique caractérisé par de multiples enchondromes, qui sont des nodules cartilagineux qui se développent dans les os. La prévalence de la maladie d'Ollier est de 1 sur 100 000 et la pathogénèse de la maladie est inconnue.

La symptomatologie la plus courante est la déformation esthétique due à de multiples gonflements des mains et des pieds, et la plupart des patients présentent une boiterie causée par un raccourcissement asymétrique d'une extrémité [1,2]. Le diagnostic de la maladie d'Ollier dépend des résultats cliniques, radiographiques et pathologiques. L'enchondrome dans la maladie d'Ollier présente un risque potentiel de transformation maligne en chondrosarcome. Les options de traitement ont un effet limité, mais en cas de complications, la chirurgie est recommandée [3].

Cas clinique

Il s'agit d'un enfant âgé de 2 ans, issu d'un mariage non consanguin, unique de sa famille.

Présente une tuméfaction osseuse de la cheville droite qui remonte à 6mois ce qui a motivé la consultation chez un pédiatre privé qui a demandé un bilan biologique. Les résultats sont présentés dans le tableau 1

Le patient a reçu une cure de Vitamine D puis référé au service de pédiatrie - CHU Hassan II de Fès pour complément de PEC

L'examen clinique à l'admission trouve une asymétrie des 02 membres inférieurs (figure1) avec des bourrelets osseux palpable au poignet et aux métacarpes en bilatérales et un chapelet costal.

La suspicion clinique était celle d'une hypophosphatasie devant les signes cliniques du rachitisme et la diminution isolée du PAL

Les radiographies standard montrent des lésions osseuses multiples, ostéolytiques, associé à des élargissements métaphysaires et intéressant l'extrémité supérieure de l'humérus, l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, les métacarpes et des phalanges en bilatérale plus marqué à gauche, l'extrémité antérieure des arcs costaux en bilatérale,

l'os iliaque, l'ischion et le pubis à gauche, les 02 extrémités du fémur, du tibia en bilatérale et du péroné à gauche, ainsi que des métatarses et des phalanges. Et étaient typiques d'une enchondromatose multiple (figure 2-6).

Tableau I : résultats des bilans biologiques

Variable	Résultats	Plage normale
GB	6640 /mm	4500 – 150000
HB	11.4 g	11.5 – 13.5
Plaquette	223 000 /mm	150000 – 500000
Calcémie	92.8 mg/l	86 – 107
Phosphatase alcaline	81 UI/L	104 – 345
Vit D	15 ng/ml	30 – 100
PTH	24.3 pg/ml	15 – 65



Figure 1 : asymétrie des 02 membres inférieurs



Figure 2 : radiographie standard du thorax face montrant des lésions ostéolytiques avec élargissement de l'extrémité antérieure des arcs costaux en bilatérale



Figure 3 : radiographie du bassin et de la cuisse montre des lésions ostéolytiques intéressant l'os iliaque, l'ischion et le pubis à gauche ainsi que les deux extrémités du fémur en bilatérale.



Figure 4 : radiographie des 2 jambes objective la présence de multiples lésions ostéolytiques métaphyso-épiphysaire au niveau des 02 extrémités du tibia en bilatérale et du péroné à gauche, ainsi que des métatarses et des phalanges.

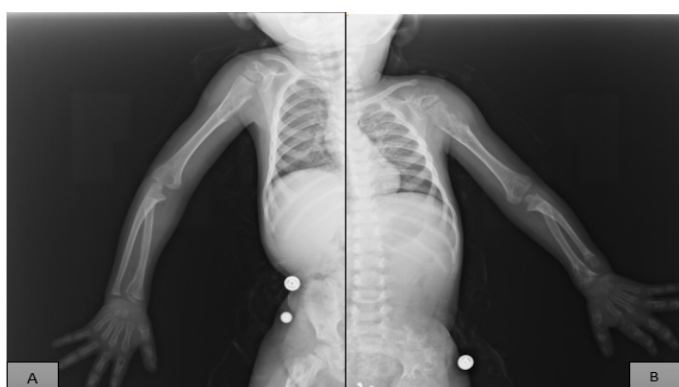


Figure 5 : radiographie des deux membres supérieurs montrant de multiples lésions ostéolytiques avec élargissement métaphysaire, associé au niveau de l'extrémité supérieur de l'humérus, de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, ainsi que des métacarpes et des phalanges en bilatérale plus marqué à gauche



Figure 6 : radiographie du crane sans anomalie.

Discussion

La maladie d'Ollier est une enchondromatose dont les manifestations cliniques sont nombreuses. Il s'agit d'une maladie non héréditaire dont les manifestations débutent le plus souvent au cours de la première décennie de vie.

Initialement décrite par Ollier en 1899, la physiopathologie de cette maladie reste mal connue. Des études récentes suggèrent qu'il s'agit d'une aberration chromosomique ponctuelle affectant le gène PTHR1 même si chez 90% des patients cette mutation est absente [4]

Ces tumeurs sont le plus souvent asymptomatiques, non douloureuses dont la découverte est souvent due à des déformations plus ou moins importantes [5].

Les os les plus touchés sont les os tubulaires courts des mains et des pieds, mais ils peuvent se présenter dans les os longs tels que le fémur, l'humérus et le tibia. Les côtes et les os plats sont rarement atteints.

Une classification de l'enchondromatose basée sur l'aspect radiographique, le site anatomique et le mode d'hérédité. Le résultat était six sous-types d'enchondromatose : la maladie d'Ollier est classée comme Spranger type I [6].

Le diagnostic de la maladie d'Ollier repose sur des manifestations cliniques et des résultats radiographiques spécifiques, mais les examens histopathologiques ont une influence limitée, sauf si une malignité est suspectée [7].

Les lésions peuvent affecter plusieurs os et se produire généralement bilatéralement, avec une prédominance

unilatérale conduisant à une distribution asymétrique, ce qui entraîne une discordance des jambes et des fractures pathologiques. Les patients présentent généralement des masses osseuses palpables indolores, qui peuvent être de taille, d'emplacement, de nombre et d'âge d'apparition variés [1].

Le bilan radiologique revêt une importance capitale, car la confirmation du diagnostic peut être faite sur une simple radiographie standard ; l'aspect typique des lésions au cours de la maladie d'Ollier est celui de lacunes métaphysaires de forme et de taille variables, avec extension diaphysaire. Ces lacunes sont cerclées par un liseré fin d'ostéosclérose avec assez souvent des calcifications intra lésionnelles [8].

Lorsque les lésions augmentent de taille et provoquent des douleurs, une échographie, une imagerie par résonance magnétique et une scintigraphie sont recommandées [3].

Le traitement de la maladie d'Ollier est généralement conservateur. Une intervention chirurgicale est réalisée en cas de divergence de longueur des membres, de fracture pathologique et de transformation maligne [9].

Le pronostic global de la maladie d'Ollier est favorable, cependant une surveillance annuelle est recommandée [1].

Conclusion

La maladie d'Ollier est une affection rare caractérisée par une dysplasie osseuse d'origine constitutionnelle dont l'évolution vers la dégénérescence néoplasique est connue.

Cette maladie est généralement diagnostiquée par des signes cliniques et par la localisation typique des enchondromes en radiographie conventionnelle. En cas de suspicion de transformation maligne, l'IRM dynamique et la scintigraphie osseuse peuvent aider au diagnostic.

Le traitement de la maladie d'Ollier est généralement conservateur, cependant, dans certains cas compliqués, la chirurgie reconstructive peut être effectuée.

*Correspondance

Yahya Mourabiti Abdelaali

yahya.mourabitiabdelaali@usmba.ac.ma

Disponible en ligne : 17 Mai 2021

1 : Service de Radiologie mère-enfant, CHU HASSAN II de Fès, Maroc.

2 : Faculté de Médecine de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] KUMAR, Avinash, JAIN, Vijay Kumar, BHARADWAJ, Minakshi, et al. Ollier disease: pathogenesis, diagnosis, and management. *Orthopedics*, 2015, vol. 38, no 6, p. e497-e506.
- [2] WEJJAKUL, Witchuree, PRUKSAKORN, Dumnoensun, SIRIRUNGRUANGSARN, Yuddhasert, et al. The literature review of Ollier disease. *Chiang Mai Medical Journal*, 2013, vol. 52, no 3-4, p. 73-79.
- [3] SILVE, Caroline et JÜPPNER, Harald. Ollier disease. *Orphanet journal of rare diseases*, 2006, vol. 1, no 1, p. 37..
- [4] Couvineau A, Wouters V, Bertrand G, Rouyer C, Gérard B, Boon LM, Grandchamp B, Vikkula M, Silve C. PTH1R Mutations associated with Ollier disease result in receptor loss of function. *Hum. Mol. Genet.* 2008; 15: 2766–75.
- [5] Kamaleshwaran KK, Mohanan V, Kalarikal R, Shinto AS. Detection of Unknown sites of multiple enchondroma (Ollier's Disease) mimicking like metastasis using bone scintigraphy. *Clin Cancer Investig J* 2015;4:581-3
- [6] SPRANGER, J., KEMPERDIECK, H., BAKOWSKI, H., et al. Two peculiar types of enchondromatosis. *Pediatric Radiology*, 1978, vol. 7, no 4, p. 215-219.

- [7] WANG, Jing-Ping, XU, Zhou-Yi, BAO, Zheng-Qi, et al. Ollier disease: two case reports and a review of the literature. American journal of translational research, 2018, vol. 10, no 11, p. 3818.
- [8] Gabos PG, Bowen JR: Epiphyseal-metaphyseal enchondromatosis. A new clinical entity. J Bone Joint Surg Am 1998,80:782-792
- [9] PANNIER, Stéphanie et LEGEAI-MALLET, Laurence. Hereditary multiple exostoses and enchondromatosis. Best practice & research Clinical rheumatology, 2008, vol. 22, no 1, p. 45-54.

Pour citer cet article :

AY Mourabiti, M Sqalli Houssaini, M Haloua, B Alami, MY Alaoui Lamrani, M El Maaroufi et al. La Maladie d'Ollier : à propos d'un cas et revue de la littérature. Jaccr Africa 2021; 5(2): 106-110



Article original

Prise en charge du syndrome néphrotique corticorésistant chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-De-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso) : réalités d'un pays en développement

Management of Steroid Resistant Nephrotic Syndrome in Children at the Paediatric Teaching Hospital Charles-De-Gaulle in Ouagadougou (Burkina Faso): realities of a developing country

H Savadogo*¹, L Tamini/Toguyeni¹, AS Ouermi², A Kaboré¹, BD Diarra¹, G Coulibaly³, S Kaboret¹, L Dao¹, D Yé¹

Résumé

Objectif : L'objectif de l'étude était de faire l'état des lieux de la prise en charge du syndrome néphrotique corticorésistant de l'enfant dans le dans le contexte d'un pays en développement.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive sur la période allant du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2017 soit cinq ans. Elle a concerné les enfants âgés de zéro à 15 ans hospitalisés ou suivis pour syndrome néphrotique corticorésistant au Centre Hospitalier Universitaire pédiatrique Charles-De-Gaulle durant la période d'étude.

Résultats : Trente patients ont été inclus dans l'étude. La fréquence de la corticorésistance était de 38%. L'âge moyen des patients était de $7,7 \pm 3,6$ ans. La tranche d'âge de 9 à 12 ans était la plus représentée. Les principaux signes cliniques étaient le syndrome œdémateux, la pâleur cutanéomuqueuse, l'oligurie. La protéinurie était en moyenne de $149,7 \pm 108,6$ mg/kg/24h. Les moyennes de la protidémie et de l'albuminémie étaient respectivement de $48,7 \pm 7,7$ g/L et $25,4 \pm 6,4$ g/L. La durée du séjour hospitalier était en moyenne de $31,8 \pm 68,4$ jours. Une rémission

a été observée chez onze patients soit 36,7 % des cas dont sept cas de rémission partielle et quatre cas de rémission complète. Le taux de mortalité était de 6,7 %.

Conclusion : La prise en charge du syndrome néphrotique corticorésistant dans notre contexte présente beaucoup d'insuffisances. La création d'une unité de néphrologie pédiatrique et l'acquisition de matériel pour la réalisation de la biopsie rénale permettraient d'améliorer sa prise en charge.

Mots-clés : Syndrome néphrotique corticorésistant, Enfant, Ouagadougou, Afrique.

Abstract

Objective: The work aimed at studying the management of Children's Steroid Resistant Nephrotic Syndrome in the context of a developing country.

Methodology: This work was a retrospective descriptive study over the period from 1st January 2013 to 31st December 2017 (a five-year period). The study described zero to 15-year-old children hospitalized or treated for steroid resistant syndrome at the Ouagadougou Charles De Gaulle Paediatrics

Teaching Hospital during this period.

Results: Thirty patients were included in the study. The frequency of steroid resistance was 38%. The patients' average age was 7.7 ± 3.6 years. The most representative age group was the one ranging from 9 to 12. The main clinical signs were oedematous syndrome, cutaneo-mucous pallor, and oliguria. Proteinuria averaged 149.7 ± 108.6 mg/kg/24h. The averages of protidemia and albuminemia were 48.7 ± 7.7 g/L and 25.4 ± 6.4 g/L, respectively. The average stay at the hospital was 31.8 ± 69.4 days. Remission was observed in eleven patients (36.7% of the cases) among which 7 cases of partial remission and 4 cases of complete remission. The mortality rate was 6.7%.

Conclusion: The management of steroid resistant nephrotic syndrome in our context has many shortcomings. The creation of a pediatric nephrology unit and the acquisition of material for performing renal biopsy might improve its management at the Charles De Gaulle Paediatrics Teaching Hospital.

Keywords: Steroid Resistant Nephrotic Syndrome, Children, Ouagadougou, Africa.

Introduction

Le syndrome néphrotique idiopathique (SNI) ou néphrose est une néphropathie glomérulaire fréquente chez l'enfant. Il représente environ 25 % des syndromes néphrotiques du sujet adulte. La réponse au traitement corticoïde permet de distinguer les formes corticosensibles (SNICS), de loin les plus fréquentes en pédiatrie (90 % des cas) et les formes corticorésistantes (SNICR) représentant 10% des cas à l'échelle mondiale [1, 2].

Le syndrome néphrotique de l'enfant en Afrique est connu pour sa mauvaise réponse à la corticothérapie. Les auteurs retrouvent une disparité dans la réponse au traitement sur le continent africain [1, 3]. Des études hospitalières ont rapporté 27,94% de corticorésistance en Algérie [4] et 15,74% en Côte-d'Ivoire [3]. Chez les enfants présentant un SNCR, les résultats histopathologiques montrent

des lésions glomérulaires minimales en microscopie optique, une prolifération mésangiale diffuse ou une glomérulosclérose segmentaire et focale [5].

Au Burkina Faso les données sont encore rares sur le syndrome néphrotique en milieu pédiatrique et la corticorésistance semble fréquente en pratique pédiatrique courante dans notre contexte. En 2014, une étude visant à apprécier la réponse à la corticothérapie du syndrome néphrotique de l'enfant à Ouagadougou retrouvait une corticorésistance dans 56,7% des cas avec un taux de mortalité de 7,3% [6]. Nous avons entrepris la présente étude dans le but de faire le point sur le syndrome néphrotique corticorésistant dans notre contexte de travail afin d'améliorer sa prise en charge.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective sur la période allant du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2017 soit 5 ans.

Nous avons inclus dans l'étude tous les enfants âgés de zéro à 15 ans hospitalisés dans le service ou suivis en consultation externe pour SNCR et dont le dossier médical était exploitable.

Les enfants chez qui un dosage de la protéinurie avec protidémie ou albuminémie n'a pas été réalisé ont été exclus de l'étude.

De façon opérationnelle, nous avons défini :

- Corticorésistance : nous l'avons défini par une protéinurie supérieure à 50 mg/kg/24h, associée à une hypoprotidémie inférieure à 60 g/L (ou une albuminémie inférieure à 30 g/L), après 4 à 8 semaines de corticothérapie per os (60 mg/m²/j ou 2 mg/kg/j) avec ou sans bolus de méthylprednisolone.
- Corticorésistance secondaire : elle a été définie par la reprise de la protéinurie après une rémission initiale avant ou après les bolus de méthylprednisolone.
- Corticodépendance : elle est définie par une rechute survenant lors de la décroissance de la corticothérapie ou moins de trois mois après

l'arrêt de celle-ci.

- Rechute complète : elle a été définie par une protéinurie supérieure à 50 mg/kg/24h accompagnée d'une hypoprotidémie inférieure à 60 g/L ou une hypoalbuminémie inférieure à 30 g/L.
- Rechutes espacées : survenant plus de trois mois après l'arrêt de la corticothérapie.
- Rémission complète : elle est définie par une protéinurie inférieure à 5 mg/kg/24h.
- Rémission partielle : elle est définie par une diminution franche du débit de protéinurie (inférieure ou égale à 50 mg/kg/24h) par rapport au niveau initial avec une protidémie supérieure à 60 g/L.
- Guérison : si aucune rechute n'a eu lieu pendant 2 ans après arrêt de tout traitement spécifique.
- Hypertension artérielle : Nous avons utilisé les trois formules développées par Somu et coll, qui permettent d'estimer le 95ème percentile (unité : mm Hg) simplement sur la base de l'âge (unité : ans), indépendamment du sexe.
 - Valeur systolique (95ème percentile) : 1-17 ans = $100 + (\text{âge} \times 2)$
 - Valeur diastolique (95ème percentile) :
 - 1-10 ans = $60 + (\text{âge} \times 2)$
 - 11-17 ans = $70 + \text{âge}$.

Les pressions artérielles élevées dans un contexte de surcharge volumique et qui régressent après déplétion n'ont pas été considérées comme des hypertension artérielles permanentes.

- Infection du tractus urinaire : Nous avons retenu le diagnostic d'infection du tractus urinaire dans tous les cas où un germe a été isolé à l'examen cytobactériologique des urines (ECBU) et qu'un traitement antibiotique a été instauré.
- Insuffisance rénale : nous l'avons définie arbitrairement par une créatininémie supérieure ou égale à 120 $\mu\text{mol/L}$. Elle est aiguë si la créatininémie s'est normalisée ($< 120 \mu\text{mol/L}$) en moins de trois mois ; et chronique si elle demeure élevée au-delà de trois mois. Elle est dite « sans précision » lorsque les données disponibles ne

permettent pas d'affirmer le caractère aigu ou chronique de l'insuffisance rénale.

Le logiciel Microsoft Excel 2013 a été utilisé pour la confection des tableaux et figures et le logiciel SPSS 20.0 pour le traitement des données.

Résultats

Fréquence

Trente patients ont été inclus dans l'étude sur la période de cinq ans. Ces patients représentaient 1,6 % de tous les patients hospitalisés dans le service (n = 1834) durant la période d'étude. La fréquence hospitalière moyenne était de 6 cas par an. Le nombre total de cas de syndrome néphrotique enregistrés durant la période d'étude était de 79. La fréquence de la corticorésistance était alors de 38 %.

Caractéristiques sociodémographiques des patients

L'âge moyen était de $7,7 \pm 3,6$ ans avec des extrêmes de 2 et 14 ans.

La population d'étude était constituée de 15 patients de sexe masculin et 15 autres de sexe féminin donnant un sex-ratio de 1. Les enfants d'âge compris entre 9 et 12 ans étaient les plus concernés (33,3% des cas).

Antécédents médicaux

Parmi les antécédents médicaux mentionnés, neuf patients (30% des cas) avaient présenté des antécédents d'œdèmes. Un patient (3,3%) a présenté des antécédents d'infections ORL à répétition. Trois patients (10 %) ont eu recours à une automédication par produits traditionnels.

Le statut vaccinal selon le programme élargi de vaccination a été précisé chez 20 patients dans la tranche d'âge de zéro à 24 mois. Parmi ces patients 17 soit 56,7 % des cas étaient à jour de leurs vaccinations.

Signes cliniques et paracliniques

Les principaux signes cliniques trouvés chez les patients à l'admission étaient le syndrome œdémateux (bouffissure du visage dans 90% des cas, œdèmes des membres inférieurs dans 83,3% des cas, œdèmes généralisés dans 53,3% des cas), la pâleur cutanéo-muqueuse (40% des cas) et l'oligurie (23,3% des cas). La pression artérielle a été mesurée chez 28 patients.

La moyenne des pressions artérielles systolique (PAS) et diastolique (PAD) était respectivement de $113,6 \pm 17,4$ mm Hg (extrêmes de 90 et 160) et $73,9 \pm 16,6$ mm Hg (extrêmes de 50 et 120). Six patients soit 21,4 % des cas avaient une hypertension artérielle.

Sur le plan paraclinique, les résultats du bilan biologique initial sont mentionnés dans le tableau I.

Des germes ont été identifiés chez 3 patients à l'examen cytotbactériologique des urines (10 % des cas). Il s'agissait de : *klebsiella pneumoniae* dans deux cas et *Escherichia coli* dans un cas.

L'échographie abdominale a été faite chez 19 patients soit 63,3 % des cas. Chez trois enfants la taille du rein n'a pas été précisée. La moyenne de la taille des reins était de $96,3 \pm 7,4$ mm (extrêmes 83 et 109) et de $94,7 \pm 8,3$ mm (extrêmes 83 et 112) respectivement pour le rein droit et le rein gauche.

Les reins étaient hyperéchogènes chez 17 patients soit 89,5 % des cas.

La biopsie rénale n'est pas disponible dans notre contexte. Il n'existe donc pas de données histologiques.

Modalités thérapeutiques et évolutives

Les différentes molécules utilisées pour le traitement sont mentionnées dans le tableau II.

La durée moyenne du traitement immunosuppresseur était de $2,9 \pm 1,1$ mois (extrêmes 0,5 et 6 mois) pour

le cyclophosphamide, 10 mois pour le mycophénolate mofetil et 6 mois pour l'azathioprine et la ciclosporine A.

La durée moyenne du traitement par inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) était de $2,5 \pm 2,3$ mois avec des extrêmes de 1 et 7 mois.

La moyenne de la durée d'hospitalisation était de $31,8 \pm 68,4$ jours avec des extrêmes de 0 et 374 jours.

Deux patients soit 6,7 % des cas sont décédés après la sortie du service. Le contexte de décès n'a pu être précisé dans aucun des cas. Onze patients soit 36,7 % des cas sont entrés en rémission. Parmi ces patients 4 cas de rémission complète et 7 cas de rémission partielle ont été notés. Tous ces patients avaient bénéficié d'un traitement par cyclophosphamide.

Un patient a été transféré au service de néphrologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado-Ouédraogo. Ce patient présentait une insuffisance rénale terminale. Trois patients des cas sont sortis contre avis médical en cours d'hospitalisation, les parents ayant prétexté un épuisement financier.

Treize enfants soit 43,3 % des cas étaient encore en cours de suivi au service de consultation externe du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-De-Gaulle à la fin de l'étude.

Tableau I : Moyenne de quelques résultats d'analyses biologiques réalisés chez les patients à l'admission

Examens biologiques	n (%)	Moyenne \pm DS	Extrêmes
Biochimie			
Protéinurie (g/24 heures)	30 (100)	$3,5 \pm 3,15$	0,6 – 18,2
Protéinurie (mg/kg/24 heures)	30 (100)	$149,7 \pm 108,6$	51,5 - 640
Protidémie (g/L)	30 (100)	$48,7 \pm 7,7$	31 - 59
Albuminémie (g/L)	5 (16,7)	$25,4 \pm 6,4$	14,5 – 30,5
Urée plasmatique (mmol/L)	30 (100)	$7,4 \pm 3,7$	1,5 – 16,4
Créatininémie (μ mol/L)	30 (100)	$88,4 \pm 109,5$	21,0 – 498,0
Glycémie (mmol/L)	30 (100)	$5,5 \pm 1,2$	3,4 – 9,4
Natrémie (mEq/L)	30 (100)	$134,5 \pm 7,5$	119,0 – 158,0
Kaliémie (mEq/L)	30 (100)	$4,6 \pm 0,6$	3,5 – 5,9
Calcémie (mEq/L)	29 (96,7)	$2,0 \pm 0,3$	1,5 – 2,8
Bicarbonates plasmatiques (mmol/L)	30 (100)	$20,1 \pm 6,0$	6 - 31
Hématologie			
Taux d'hémoglobine (g/dL)	16 (53,3)	$10,2 \pm 2,2$	3,7 – 12,5
Leucocytes (éléments/mm ³)	16 (53,3)	13635 ± 7219	3200 - 31100
Plaquettes (éléments/mm ³)	16 (53,3)	398937 ± 127855	190000 - 624000

Tableau II : Médicaments utilisés dans le traitement du syndrome néphrotique corticorésistant

Molécules	Effectif	Pourcentage (%)
Cyclophosphamide	18	60
IEC	7	23,3
Azathioprine	2	6,6
Mycophénolate mofétil	1	3,3
Ciclosporine A	1	3,3

Discussion

Limites de l'étude

Notre étude a connu un certain nombre de limites. Il s'est agi d'une étude qui a porté sur des données rétrospectives dans un contexte de manque d'unité de néphrologie pédiatrique. L'incomplétude des données dans les dossiers d'hospitalisation a conduit à l'exclusion de nombreux dossiers de notre étude.

En plus de ces limites, il y a la non-exhaustivité des examens biologiques au cours du suivi. En effet, Il est habituel que dans notre contexte les patients posent des problèmes de moyens financiers limitant la réalisation des examens paracliniques demandés.

La non réalisation de la biopsie rénale et de tests génétiques ainsi que la non disponibilité des immunosuppresseurs ont aussi représenté d'importantes limites pour notre étude.

Fréquence

La fréquence de la corticorésistance au cours de la période d'étude était de 38 %. A l'échelle mondiale, la fréquence de la corticorésistance est de l'ordre de 10 %. Mais cette fréquence semble plus élevée sur le continent africain. Oukrif en Algérie et Ndongo au Sénégal ont rapporté respectivement 27,9 % et 22 % de corticorésistance [4, 7]. Une corticorésistance élevée a également été rapportée par Savadogo au Burkina (56,7 %) et Coulibaly en Côte-d'Ivoire (15,7 %) [3, 6]. La fréquence élevée de corticorésistance dans le contexte africain pourrait s'expliquer non seulement par une mauvaise observance thérapeutique mais aussi par une fréquence plus importante de syndromes néphrotiques secondaires dans les pays en développement [8].

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen de survenue du syndrome néphrotique corticorésistant était de $7,7 \pm 3,6$ ans dans notre série. Cette moyenne d'âge est similaire à celle des patients de Azouaou en Algérie (7 ans) [9]. Elle est le reflet de l'âge moyen de survenue du syndrome néphrotique primitif de l'enfant en Afrique subsaharienne (entre 6 et 8 ans).

Le sex-ratio était de 1 dans notre étude. Ce résultat est similaire à celui de Bouchereau en France (sex-ratio =1) [10]. Certains auteurs rapportent un sex-ratio entre 1,4 et 1,5 dans des études récemment conduites [9, 11]. Cette égalité entre patients de sexe masculin et féminin dans notre série pourrait s'expliquer par une forte déperdition des patients de sexe masculin parmi les corticorésistants, la prédominance masculine étant classique dans la littérature.

Signes cliniques et paracliniques

Les principaux signes cliniques trouvés à l'admission étaient la bouffissure du visage (90 %), les œdèmes des membres inférieurs (83,3 %), l'ascite (56,7 %), les œdèmes généralisés (53,3 %), la pâleur cutanéomuqueuse (40 %), l'oligurie (23,3%). La pression artérielle a été mesurée chez 93,3 % des cas parmi lesquels 21,4 % avait une hypertension artérielle (HTA). L'examen clinique n'a pas mis en évidence de signes pouvant orienter vers une origine génétique du syndrome néphrotique corticorésistant chez nos patients (dysmorphie faciale, anomalie des organes génitaux ou autres malformations).

Le syndrome œdémateux constitue la principale manifestation clinique du syndrome néphrotique [12]. Ainsi, Gargah et coll en Tunisie retrouvaient dans leur étude des œdèmes des membres inférieurs chez 100 % des patients [13]. Mabilia-Babela et coll au Congo Brazzaville retrouvaient une ascite chez 60 % de leurs patients [14]. Cela pourrait s'expliquer par le retard à la consultation dans nos contrées africaines. La pâleur cutanéomuqueuse traduit une anémie qui pourrait être carencielle ou en rapport avec des parasitoses intestinales fréquentes chez l'enfant dans les pays en développement. La fréquence de l'oligurie dans notre étude est comparable à celle de Savadogo au

Burkina qui retrouvait 29,3 % de cas [6]. L'oligurie est probablement liée à la rétention hydrosodée.

La fréquence de l'HTA dans notre étude est inférieure à celle d'auteurs africains tels Bourquia et coll ainsi que Mabilia-Babela [14, 15]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la pression artérielle n'a pas été mesurée de façon systématique chez tous nos patients. Néanmoins notre résultat est similaire à celui de Savadogo au Burkina qui retrouvait 19,5 % de cas d'HTA [16]. L'HTA pourrait être en rapport avec les syndromes néphrotiques impurs mais aussi le syndrome œdémateux.

La moyenne de la protéinurie était de $3,5 \pm 3,15$ g/24h (extrêmes = 0,6 et 18,2) et $149,7 \pm 108,6$ mg/kg/24h (extrêmes = 51,5 et 640) dans notre série. Cette moyenne est inférieure à celle de Savadogo ($217,9 \pm 199,7$ mg/kg/24h) [6]. Cela pourrait s'expliquer par la petite taille de son échantillon, la réponse à la corticothérapie ayant pu être appréciée chez seulement 30 patients (73,2% des cas) dont 17 patients corticorésistants.

Pour la protidémie et l'albuminémie, la valeur moyenne était respectivement de $48,7 \pm 7,7$ g/L et $25,4 \pm 6,4$ g/L. Gargah et coll retrouvaient une moyenne d'albuminémie à $21,8 \pm 3,7$ g/L [13]. Parmi les patients 16,7 % avaient une insuffisance rénale avec des valeurs élevées de créatininémie allant jusqu'à 498,0 μ mol/L.

L'échographie rénale a été pratiquée chez 19 patients soit 63,3 % des cas. Une hyperéchogénicité a été notée chez 17 patients soit 89,5 % des cas (n = 19). L'hyperéchogénicité diffuse de la médullaire rénale chez l'enfant est le plus souvent liée à une néphrocalcinose médullaire dont les étiologies sont multiples et variées. Dans les causes iatrogènes il peut s'agir des traitements par calcium, diurétique, ou par corticoïde etc [17].

La biopsie rénale n'étant pas réalisée dans notre contexte, nous n'avons pas de données histologiques concernant nos patients. A l'histologie, après ponction biopsie rénale les lésions les plus fréquentes sont celles de hyalinose segmentaire et focale, de glomérulosclérose segmentaire et focale et

d'hypercellularité mésangiale diffuse. Dans la série de Chemli et coll, l'analyse de la biopsie rénale révélait 55% de cas de hyalinose segmentaire et focale (HSF), 40% de lésions glomérulaires minimales (LGM), et 5% de prolifération mésangiale diffuse (PMD) [18]. Azouaou retrouvait également à des proportions variables les mêmes types histologiques : 57,4 % de hyalinose segmentaire et focale, 19,4% de lésions glomérulaires minimales et le reste des formes avec prolifération mésangiale diffuse [9].

La biopsie rénale est indispensable dans la prise en charge du syndrome néphrotique corticorésistant afin d'adapter le traitement en fonction du type histologique de lésions rénales. Il serait souhaitable que des dispositions soient prises pour la rendre accessible dans notre contexte afin d'améliorer la prise en charge de la maladie.

Modalités thérapeutiques et évolutives

Plusieurs molécules ont été utilisées chez nos patients pour le traitement du syndrome néphrotique corticorésistant. Il s'est agi essentiellement des immunosuppresseurs associés aux IEC. Pour les immunosuppresseurs, 60 % des patients étaient sous cyclophosphamide pendant une durée moyenne de $2,9 \pm 1,1$ mois (extrêmes 0,5 et 6 mois). Un patient a été mis successivement sous azathioprine, ciclosporine A, et mycophénolate mofétil. Aucun cas de rémission spontanée n'a été constaté dans notre étude. Dans l'éventualité d'une rémission spontanée, un traitement conservateur s'avère suffisant.

Dans la littérature ce sont les anticalcineurines (ciclosporine, tacrolimus) qui sont utilisés car ayant fait preuve d'une certaine efficacité [9, 18]. Tahar et coll en Tunisie ont mené une étude visant à apprécier l'efficacité du protocole thérapeutique combinant la prednisone à la ciclosporine A. Ce protocole thérapeutique a révélé une rémission complète chez 50 % des patients et une rémission partielle chez 30 %. Vingt pour cent des patients n'ont pas présenté de réponse au traitement [19]. Selon le protocole établi par la société Française de néphrologie pédiatrique [19], la ciclosporine est administrée par voie orale à la dose initiale de 150 à 200 mg/m² de surface

corporelle par jour en deux prises. La combinaison ciclosporine A-corticoïdes produirait de meilleurs résultats avec des risques minimes de néphrotoxicité. Le cyclophosphamide utilisé chez la plupart de nos patients est dit d'efficacité limitée dans la littérature [20]. C'est la non disponibilité et le coût exorbitant des autres immunosuppresseurs utilisés dans les pays développés (ciclosporine A, tacrolimus, mycophénolate mofétil) qui nous amènent à proposer le cyclophosphamide en première intention à nos patients corticorésistants. Mais en l'absence d'efficacité démontrée il convient d'abandonner l'utilisation de cette molécule et ne proposer qu'un traitement symptomatique, quand on connaît les risques iatrogènes potentiels qu'elle pourrait entraîner. Un seul de nos patients a bénéficié d'un traitement par ciclosporine A puis mycophénolate mofétil grâce au soutien du fonds national de solidarité.

Dans notre série, 23,3 % des patients avaient bénéficié d'un traitement par IEC pendant une durée moyenne de $2,5 \pm 2,3$ mois avec des extrêmes de 1 et 7 mois. Les recommandations KDIGO 2012 suggèrent l'utilisation des IEC pour la prise en charge des enfants atteints de SNCR. Ces recommandations stipulent que tous les enfants doivent bénéficier d'un traitement par IEC ou, si ce dernier n'est pas toléré d'un traitement par antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA 2). En effet, des effets antiprotéinuriques même en l'absence d'hypertension, ont été observés lors de l'administration d'IEC, utilisés seuls ou en association avec des ARA 2. Ce sont les agents préférés pour le traitement des patients souffrant de SNCR sujets à une hypertension. Il a également été démontré que ces molécules avaient des effets rénoprotecteurs, par le biais d'actions inhibitrices de la fibrose et qu'elles ralentissaient ainsi la progression de la maladie rénale [5].

La moyenne de la durée d'hospitalisation était de $31,8 \pm 68,4$ jours. Ces résultats sont inférieurs à ceux de Savadogo au Burkina ($64,5 \pm 28,2$ jours). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'au cours de notre étude, certains enfants étaient suivis en ambulatoire dans le service de consultation externe.

Ces enfants ont été adressés au CHU pédiatrique Charles-De-Gaulle après une prise en charge initiale par des pédiatres généralistes. Certains d'entre eux avaient déjà reçus des bolus de méthylprednisolone avant d'être adressés dans notre service.

Deux patients soit 6,7 % des cas sont décédés au cours de l'étude après avoir quitté le service. Le contexte de décès n'a pu être précisé dans aucun cas. Ce résultat est supérieur à celui de Savadogo au Burkina qui retrouvait une mortalité de 5,8 % [6].

Onze patients soit 36,7 % des cas sont entrés en rémission. Parmi ces patients 4 cas de rémission complète et 7 cas de rémission partielle ont été notés. Azouaou et coll en Algérie retrouvaient une rémission complète dans 35 % des cas et partielle dans 30 % des cas après institution du protocole thérapeutique associant ciclosporine-prednisone [9]. Le faible taux de rémission dans notre étude est certainement lié au fait que le cyclophosphamide que nous proposons à nos patients est d'efficacité limitée. L'absence de biopsie rénale ni d'étude génétique pourraient également expliquer la faible rémission chez nos patients dans la mesure où elles permettent d'adapter le traitement en cas de corticorésistance.

Dix pour-cent des patients sont sortis contre avis médical en cours d'hospitalisation. Cela pourrait s'expliquer par la durée et la complexité de la prise en charge du syndrome néphrotique en général et de la forme corticorésistante en particulier. La pauvreté des parents et les perceptions culturelles pourraient également expliquer cette situation. En effet, les œdèmes sont parfois perçus comme la conséquence de phénomènes mystiques dans certains groupes ethniques.

Treize enfants soit 43,3 % des cas étaient encore en cours de suivi au service de consultation externe du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-De-Gaulle (CHUP-CDG). L'arrivée des prestations de néphropédiatrie au CHUP-CDG a permis un meilleur suivi régulier des enfants atteints de pathologies rénales.

Conclusion

Notre étude a révélé que la fréquence du syndrome néphrotique corticorésistant est élevée au CHUP-CDG. Cette mauvaise réponse à la corticothérapie est plus élevée dans la tranche d'âge de 9 à 12 ans et concerne à proportion égale aussi bien les garçons que les filles. Le syndrome œdémateux est au premier plan de la symptomatologie clinique. A la découverte de la maladie, on note une protéinurie élevée pouvant atteindre 150 mg/kg/24h. La non-disponibilité de la biopsie rénale dans notre contexte constitue un énorme frein à la prise en charge adéquate de cette pathologie. En Afrique, les lésions de hyalinose segmentaire et focale semblent être plus fréquentes qu'en occident. Le caractère chronique de la maladie, la non disponibilité et le coût élevé des immunosuppresseurs rendent complexe la prise en charge et sont responsables d'une forte déperdition. Dans la moitié des cas, l'évolution du syndrome néphrotique corticorésistant se fait vers l'insuffisance rénale terminale. De ce fait tout traitement immunosuppresseur à vie est contre-indiqué. Il serait souhaitable que des études multicentriques soient menées afin de déterminer la fréquence de la maladie et les facteurs associés à la corticorésistance chez l'enfant à l'échelle du territoire national au Burkina Faso.

*Correspondance

Hamidou Savadogo

hamidou.savadogo.chupcdg@gmail.com

Disponible en ligne : 17 Mai 2021

1 : Service de pédiatrie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-De-Gaulle, 01 BP 1198 Ouagadougou 01, Burkina Faso.

2 : Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional (CHUR) de Ouahigouya BP 36, Ouahigouya, Burkina Faso.

3 : Service de néphrologie et hémodialyse, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado-Ouédraogo, 03 BP 7022 Ouagadougou 03, Burkina Faso.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Keita Y, Lemrabott AT, Sylla A, et al. Le syndrome néphrotique idiopathique (SNI) de l'enfant à Dakar : à propos de 40 cas. *Pan Afr Med J.* 2017;26 :1-6.
- [2] Niaudet P. Prise en charge de la néphrose chez l'enfant. *Journal pédiatr puéric.* 2001 ; 14(1) :13-8.
- [3] Coulibaly PNA, Adonis-Koffy L, Diarrasouba G, et al. Réponse initiale à la corticothérapie dans le syndrome néphrotique de l'enfant en Côte d'Ivoire. *Afr J Paediatr Nephrol* 2014;1(2):52-6.
- [4] Oukrif L, Toudji L, Bekkat D, et al. Syndrome néphrotique idiopathique chez 408 enfants. *Néphrol Thér* 2017;13(5):369-70.
- [5] Bourquia A. Guide africain de néphrologie pédiatrique. 1ère édition. Casablanca-Maroc; 2014.
- [6] Savadogo H. Réponse à la corticothérapie du syndrome néphrotique de l'enfant à Ouagadougou (Burkina Faso) [Mémoire]. Médecine : Ouagadougou; 2014. 76p.
- [7] Ndongo AA. Les particularités du syndrome néphrotique de l'enfant au Sénégal. *Revue du CAMES : Science de la santé* 2017;4(2):11-4.
- [8] Cochat P, Mourani C, Exantus J, et al. Néphrologie pédiatrique dans les pays en développement. *Med Trop* 2009;69:543-7.
- [9] Azouaou L, Oukrif L, Bensnoussi A, et al. Syndrome néphrotique idiopathique corticorésistant de l'enfant à Alger. *Néphrol Thér* 2015;11(5):355-6.
- [10] Bouchereau J. Traitement et évolution du syndrome néphrotique idiopathique cortico-résistant de l'enfant: étude d'une cohorte monocentrique de 68 patients traités par anticalcineurines. [Thèse]. Médecine : Paris; 2016. 87p.
- [11] Bourillon A. Pédiatrie pour le praticien. 6ème édition. Paris; 2011.
- [12] Eddy A, Symons J. Nephrotic syndrome in childhood.

Lancet 2003;362:629-39.

- [13] Gargah T, Labassi A, Goucha-Louzir R, Ben Moussa F, Lakhoua M. Histopathological spectrum of childhood idiopathic steroid-resistant nephrotic syndrome in Tunisia. *Tunis Méd* 2011;89(3):258-61.
- [14] Mabilia-Babela J, Pecko J, Loumingou R, Diatoulou F, Senga P. Le syndrome néphrotique chez l'adolescent congolais : aspects cliniques et histologiques. *Arch Pédiatr* 2006;13:88-9.
- [15] Boute N, Roselli S, Gribouval O, Niaudet P, Gubler M, Antignac C. *Podocine et syndromes néphrotiques corticorésistants*. 5ème édition. Paris; 2001.
- [16] Salomon R, Niaudet P, Atignac E. Récidive du syndrome néphrotique après transplantation rénale : rôle des anomalies constitutionnelles du podocyte. *Actu Néphrol* 2005:27-35.
- [17] Sbihi L, Alami D, Dafiri R. Signification de l'hyperéchogénicité diffuse de la médullaire rénale chez l'enfant. 2010; Hôpital d'Enfants-Maternité Rabat.
- [18] Chemli J, Harbi A. Traitement du syndrome néphrotique idiopathique corticorésistant. *Arch Pédiatr* 2009;16:260-8.
- [19] Tahar G. Cyclosporine A and steroid therapy in childhood steroid-resistant nephrotic syndrome. *Int J Nephrol Renovasc Dis* 2010;3:117-21.
- [20] Cheptou M, Pichault V, Campagni R, Vodoff M-V, Fischbach M, Paillard C. Lymphome de Hodgkin révélé par un syndrome néphrotique : à propos d'un cas. *Arch Pédiatr* 2015;22(12):1268-71.

Pour citer cet article :

H Savadogo, L Tamini/Toguyeni, AS Ouermi, A Kaboré, BD Diarra, G Coulibaly et al. Prise en charge du syndrome néphrotique corticorésistant chez l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-De-Gaulle de Ouagadougou (Burkina Faso) : réalités d'un pays en développement. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 111-119



Cas clinique

Thrombus du ventricule droit secondaire a une plaie pénétrante à propos d'un cas au centre hospitalier national universitaire de Fann

Thrombus of the secondary right ventricle has a penetrating injury a case study at national university hospital center of Fann

SL Sy*¹, PA Diagne², SJ Manga³, MS Diop², EM Sarr¹, M Seye¹, ID Bindia¹, NA Sarr¹, EA Tine¹, M Dioum¹, IB Diop¹

Résumé

Les plaies par armes blanches représentent la cause la plus fréquente de plaie pénétrante. Le but de notre travail était de décrire un cas de thrombus du ventricule droit diagnostiqué fortuitement à l'échocardiographie trans-thoracique de contrôle dans le cadre d'un bilan complémentaire de suivi d'une plaie pénétrante de l'hémithorax gauche.

Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 21 ans, alcool-tabagique, en cours de traitement pour une tuberculose pulmonaire, admis au service de Chirurgie Cardiothoracique du CHNUF pour la prise en charge d'une plaie pénétrante par arme blanche de la face antérieure de l'hémithorax gauche sans retentissement hémodynamique significatif. La radiographie du thorax montrait les séquelles de la tuberculose pulmonaire. L'électrocardiogramme objectivait un sous décalage du segment PQ. L'échographie transthoracique initiale mettait en évidence un minime décollement péricardique circonférentiel de 6 mm. L'angioscanner thoracique notait un pneumopéricarde de faible abondance associé à un emphysème sous-cutané en regard. L'échographie transthoracique

réalisée au troisième jour objectivait un thrombus flottant à l'apex du ventricule droit. Le patient avait bénéficié d'un traitement anticoagulant. L'évolution était marquée par la disparition du thrombus au quinzième jour d'anticoagulation.

Le thrombus du ventricule droit secondaire à une plaie thoracique par arme blanche est rarement décrit dans la littérature. Il traduit formellement une effraction du ventricule concerné. L'échographie transthoracique réalisée en urgence peut montrer des signes d'effraction péricardique. Par ailleurs, la répétition de cet examen de routine dans les 48 heures permettrait d'objectiver un éventuel caillot formé à distance du traumatisme. Le traitement de la forme non compliquée repose sur l'anticoagulation.

Mots-clés : Thrombus ventricule droit, Plaie pénétrante, Echographie transthoracique, CHU Fann.

Abstract

The wounds by knife represent the most frequent cause of death by penetrating injury. The purpose of this work was to describe a case of right ventricle thrombus incidentally diagnosed during the

transthoracic ultrasound control during the additional check-up of the follow-up of a penetrating injury of the left hemi-thorax.

We are reporting the case of a 21-year-old, alcoholic and smoking currently in treatment for pulmonary tuberculosis, admitted at the Cardiothoracic Surgery Service of CHNUF for the treatment of penetrating injury by knife of the anterior side of the left hemi-thorax without significant hemodynamic effect. The radiography of the thorax displayed after-effects of pulmonary tuberculosis. The electrocardiogram objectivised an under shift of the PQ segment. The initial transthoracic ultrasound put into evidence a slight pericardia detachment of a 6mm circumference. The thoracic angiography noted pneumopericardia of a low abundance associated to a subcutaneous in front of it. The patient benefitted an anticoagulant treatment. The evolution was marked by the disappearance of the thrombus at the fifteenth day of anticoagulant. The thrombus of the secondary right ventricle due to a thoracic injury by knife is rarely described in the literature. It translates formally an opening of the said ventricle. The emergency carried out transthoracic ultrasound can display the signs of pericardia opening. Besides, the repetition of that routine check-up exam within the 48 hours allowed to objectivising a potential blood clot formed far from the trauma. The treatment if the non-complicated form relies on anticoagulation.

Keywords: Thrombus right ventricle, Penetrating injury, Transthoracic ultrasound, UHC Fann.

Introduction

Les plaies par armes blanches représentent la cause la plus fréquente de plaie pénétrante. On entend par plaie du cœur toute solution de continuité de l'un des tissus du revêtement du cœur par un agent vulnérant avec ou sans perte de substance. Elle est dite pénétrante si elle dépasse le péricarde pariétal [1].

Il est important d'être préparé à les prendre en charge correctement car le risque vital est potentiellement

engagé.

L'évaluation du patient nécessite un examen clinique rigoureux et des connaissances anatomiques précises pour apprécier les risques selon la topographie de la plaie.

Les décisions d'examens complémentaires et les actions thérapeutiques sont prises de façon collégiale entre urgentistes, cardiologues, chirurgiens et réanimateurs.

Le but de notre travail était de décrire un cas de thrombus du ventricule droit diagnostiqué fortuitement à l'échographie transthoracique (ETT) dans le cadre d'un bilan complémentaire de suivi d'une plaie pénétrante de l'hémithorax gauche.

Cas clinique

Il s'agissait d'un jeune homme de 21 ans, alcoolotabagique, au 6ème mois de traitement pour une tuberculose pulmonaire, qui au décours d'une rixe, avait reçu un coup de poignard de nature non précisée au niveau de la paroi antérieure de l'hémithorax gauche.

Il avait été admis initialement au service d'accueil des urgences de l'hôpital Général Idrissa POUYE de Grand Yoff où il avait été reçu dans un tableau de dyspnée avec lipothymie et état de choc hémorragique avec à l'examen de la plaie un saignement en nappe. Il a bénéficié d'une mise en condition et de l'administration de macromolécules associée à une transfusion sanguine (1 poche de culots globulaires) à la suite de laquelle il fut transféré deux heures plus tard (après stabilisation de son état hémodynamique) au service de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire (CTCV) du Centre hospitalier national universitaire de Fann (CHNUF) pour une meilleure prise en charge. A l'admission à H2 du traumatisme, l'examen physique retrouvait un patient conscient, mais agité et tenant des propos incohérents. A la prise des constantes hémodynamiques et respiratoires, on notait une hypotension artérielle à 90/60 mmHg, une fréquence cardiaque à 81 battements par minute, une polypnée à 22 cycles par minutes et une saturation

à l'air ambiant (SpO₂) à 97%. L'examen du thorax montrait une plaie oblique d'environ 3 cm de long allant du 3^{ème} au 4^{ème} espace intercostal gauche à 2 cm du bord gauche du sternum, avec à l'exploration au doigt une plaie profonde, avec section du muscle grand pectoral et contact direct du doigt sur les côtes. On notait une diminution du murmure vésiculaire à la base de l'hémichamps pulmonaire gauche. Les bruits du cœur étaient bien perçus réguliers sans souffle ni bruit surajouté. Le reste de l'examen clinique, notamment neurologique était sans particularité.

Devant cette plaie de l'aire cardiaque, une plaie pénétrante avec effraction pleuro-péricardique avait été fortement suspectée.

Le bilan biologique initial montrait une numération formule sanguine (NFS) normale avec un taux d'hémoglobine à 15.5 g/dl après la transfusion de deux poches de culots globulaires dont une poche dans le service.

La radiographie du thorax objectivait une opacité mal systématisée apicale droite, sans cardiomégalie ni épanchement pleural.

L'électrocardiogramme constatait un sous décalage du segment PQ en inféro-latéral.

L'ETT initiale mettait en évidence un minime décollement péricardique circonférentiel de 6 mm sans signes de compression.

Devant ce tableau clinique et les résultats de l'ETT initiale, nous avons décidé après concertation de l'équipe d'effectuer un angioscanner thoracique qui avait montré un pneumopéricarde de faible abondance associé à un emphysème sous-cutané en regard, sans anomalies au niveau des gros vaisseaux, avec un aspect de broncho-pneumopathie apicale droite d'allure évolutive en faveur de sa tuberculose.

L'évolution chez notre patient était marquée, deux jours après, par l'apparition d'un syndrome infectieux clinico-biologique secondaire à une suppuration de la plaie avec isolement d'une souche de pseudomonas aeruginosa sur deux hémocultures et d'une souche de Staphylococcus aureus Meti-S à l'examen cyto-bactériologique du pus.

L'ETT de contrôle, réalisée au troisième jour [figure

1], découvrait de manière fortuite un thrombus flottant pédiculé appendu à l'apex du ventricule droit, avec disparition de l'épanchement péricardique.

Après un staff médico-chirurgical nous avons instauré une anticoagulation à dose curative (Enoxaparine sodique 1mg/kg/12 Heure pendant 14 jours) et acénocoumarol 5 mg par jour concomitamment. Il avait également bénéficié d'une antibiothérapie intraveineuse à base de ciprofloxacine 500mg trois fois par jour, pendant 14 jours.

L'évolution après traitement était marquée par la disparition du thrombus au quinzième jour d'anticoagulation et celle du syndrome infectieux. L'évolution au long cours était favorable et l'acénocoumarol était poursuivie pendant un mois.



Figure 1 : Plaie par arme blanche de la face antérieure de l'aire précordiale.

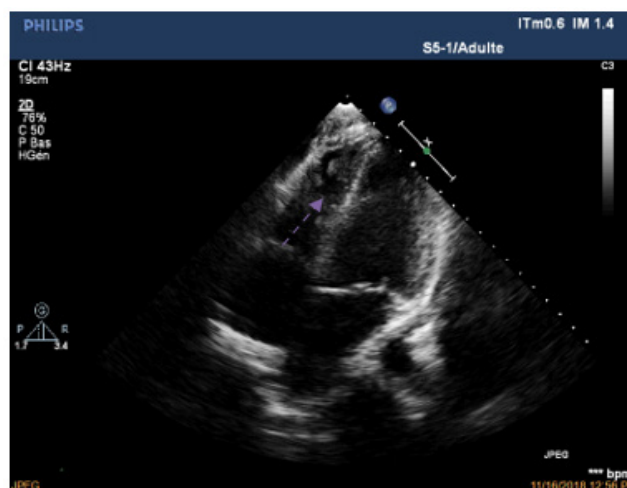


Figure 2 : ETT à J3 montrant le thrombus de l'apex du ventricule droit.

Discussion

Une plaie dans la région précordiale parasternale doit faire suspecter une atteinte du cœur dont le pronostic

est variable [2].

Une plaie par arme blanche située dans la zone délimitée par les lignes médio-claviculaires en dehors, les clavicules en haut et l'aube costal en bas (« cardiac box » des anglosaxons) permet d'identifier les patients à risque de plaie cardiaque [1, 3].

La fréquence des traumatismes pénétrants du thorax est en constante augmentation dans les grands centres urbains. La mortalité des plaies cardiaques reste très élevée alors même qu'une forte proportion des patients a un état hémodynamique stable à l'admission. La démarche diagnostique repose essentiellement sur l'existence ou non d'une défaillance circulatoire et sur le siège et le trajet du traumatisme pénétrant car les signes cliniques peuvent être tardifs. À l'inverse des traumatismes thoraciques fermés, l'ETT est un examen incontournable facile, accessible et non invasif qui joue un rôle pivot dans le dépistage systématique des plaies cardiaques chez les blessés à risque alors que celui de l'échocardiographie trans-œsophagienne (ETO) est moins bien établi [3]. Cependant l'ETO garde toute son importance dans le dépistage des traumatismes thoraciques fermés.

Les plaies cardiaques intéressent le plus souvent les ventricules, notamment le ventricule droit en raison de sa situation anatomique antérieure dans le médiastin. Le tableau clinique peut être bruyant : état de choc hémorragique en rapport avec une plaie cardiaque qui saigne dans la plèvre par une brèche péricardique ou tamponnade en cas de péricarde peu ouvert ou d'hémostase temporaire par les tissus de voisinage. Inversement, la plaie cardiaque peut n'avoir initialement aucun retentissement hémodynamique en cas d'hémopéricarde minime, mais exposer à une reprise ultérieure du saignement dont le pronostic est sombre. Parfois, les lésions pénétrantes du cœur peuvent être découvertes à distance du traumatisme, à partir de signes d'appel très variés : insuffisance valvulaire symptomatique, œdème pulmonaire, souffle cardiaque continu... [3].

En dehors des patients moribonds qui justifient une intervention chirurgicale de sauvetage immédiate, l'ETT est l'examen réalisé en première intention au

décours d'un traumatisme thoracique ouvert, que le tableau clinique soit évocateur de plaie cardiaque ou non. La recherche d'un hémopéricarde qui témoigne habituellement d'une plaie cardiaque sous-jacente constitue la base de l'exploration par les ultrasons. Sa présence permet dans ce contexte de réaliser une exploration chirurgicale dans de bonnes conditions hémodynamiques, avant que les signes de tamponnade n'apparaissent [3].

L'état de choc hémorragique est du évidemment aux plaies du cœur et des gros vaisseaux qui conduisent rapidement à une exsanguination. Il ne faut cependant pas oublier qu'une plaie d'une ou plusieurs artères pariétales (artère intercostale ou mammaire interne) peut être en cause, en particulier en cas de délais importants avant le traitement [4].

Chez le patient instable, les seuls examens complémentaires à réaliser sont une radiographie du thorax et une échographie FAST en salle de déchoquage. L'exploration du thorax est réalisée par un scanner, mais seulement après radiographie du thorax et pose éventuelle d'un drain thoracique. Le scanner est l'examen le plus sensible pour l'évaluation des lésions pulmonaires, les épanchements et l'examen des vaisseaux médiastinaux. En revanche, si un traitement non opératoire est envisagé, le scanner aide à la juste sélection des patients [5]. Si le patient est stable sur le plan hémodynamique, la radiographie pulmonaire est inévitable et pourrait suffire dans un contexte peu inquiétant de signes cliniques de bénignité et en l'absence d'image pathologique (cardiomégalie, épanchements pleuraux...). Cependant, tout doute doit pousser à des investigations complémentaires (ETT, TDM) [2].

Dans notre travail, étant donné que l'ETT et l'angioscanner thoracique initiaux avaient éliminé une tamponnade et des lésions des gros vaisseaux, l'état de choc initial était probablement imputé au saignement important en nappes de la plaie.

Le statut vaccinal antitétanique doit être vérifié, avec administration d'immunoglobulines ou rappel de vaccination selon les cas.

L'antibiothérapie n'est pas systématique mais doit être

prescrite dans les situations suivantes : délai prolongé de prise en charge, présence de souillures, présence de corps étrangers, lacération avec présence de tissus dévitalisés, ischémie locale, terrains à risque (diabète, immunodépression...). Dans ces cas, le traitement antibiotique est de courte durée (trois à cinq jours) couvrant les germes telluriques et cutanés [5].

Notre patient avait reçu une antibiothérapie intraveineuse systématique (1 g x 3/jour), mais celle-ci n'a pas empêché une surinfection de la plaie.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de cas clinique montrant l'apparition secondaire d'un thrombus intra-cardiaque survenu après un traumatisme ouvert du thorax. Néanmoins, de rares études nous font état de cas de thrombus intracavitaire apparu suite à un traumatisme fermé du thorax. La première est celle de Finck C. et al [6] dans laquelle un homme de 36 ans avait été admis aux urgences pour traumatisme fermé du thorax après avoir été percuté par un car. Une ETO réalisée trouvait un mouvement anormal du ventricule droit et un thrombus septal de l'atrium gauche à travers un foramen ovale perméable patent, persistant aux contrôles ETT ultérieurs. Le patient avait été mis sous héparine relayée par la coumadine. Neuf jours plus tard, l'IRM cardiaque n'avait pas retrouvé le thrombus qui avait significativement diminué aux ETT de contrôle.

La seconde étude était celle de Ruvolo G. et al [7], elle concernait un jeune homme de 22 ans avec traumatisme contondant du thorax secondaire à un accident de ski un an auparavant. L'ETO avait montré un thrombus intra-ventriculaire gauche avec hypokinésie apicale sévère. Une intervention chirurgicale cardiaque avait été réalisée sans incident post-opératoire. Les ETT de contrôle à 6 et 12 mois montraient une cinétique normale de l'apex. Ce cas montre l'importance de l'hospitalisation, de la surveillance hémodynamique et des contrôles échocardiographiques tardifs pour le diagnostic et la prise en charge en temps opportun de la contusion myocardique et de la formation secondaire de thrombus ventriculaire afin de prévenir les complications potentiellement mortelles.

Dans notre cas, la formation du thrombus intra-ventriculaire droit exposait le patient à un risque embolique (embolie pulmonaire), mais celui-ci avait probablement permis de colmater la brèche myocardique et d'empêcher la formation d'un épanchement péricardique ou une hémorragie médiastinale nécessitant une prise en charge plus lourde et avec un pronostic plus réservé.

L'attitude expectative et le choix de l'anticoagulation étaient consécutifs à une collaboration multidisciplinaire entre cardiologues et chirurgiens cardiaques.

Conclusion

Le thrombus du ventricule droit secondaire à une plaie thoracique par arme blanche est rarement décrit dans la littérature et traduit formellement par une effraction du ventricule concerné. Devant une plaie traumatique de l'aire précordiale, l'échocardiographie et l'angioscanner réalisés de manière précoce ne permettraient pas de faire le diagnostic. Les échocardiographies de contrôle doivent être systématique pour déceler la formation de thrombus et suivre son évolution. Sa prise en charge est urgente et dépend des caractéristiques du thrombus, de l'état hémodynamique du patient, des lésions associées, mais également d'une collaboration étroite entre cardiologues et chirurgiens cardiaques. L'anticoagulation serait une option thérapeutique pour les formes stables sans complications.

*Correspondance

Sidy Lamine SY

lemzodiamono82@hotmail.com

Disponible en ligne : 17 Mai 2021

1 : Service de Cardiologie, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann de Dakar, Sénégal

- 2 : Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann de Dakar, Sénégal
- 3 : Service de cardiologie, Hôpital de la Paix, Ziguinchor, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] El Kouache M., Mellas S., Chakour K., El Bouazzaoui A., Shimi A., Khatouf M. et al. Les plaies et les tamponnades post-traumatiques du cœur. Chirurgie thoracique cardio – vasculaire. 2013 ; 17 : 23-8.
- [2] Egmann GE., Marteau AM., Basse TH., Jeanbourquain D. Plaies par arme blanche. Urgences 2010 ; 41 : 437-56.
- [3] Vignon P. Utilisation de l'échocardiographie Doppler dans la prise en charge des lésions cardiovasculaires traumatiques. Réanimation. 2003 ; 12 : 134-44
- [4] Avaroa JP., D'journob XB., Trouseeb D., Rochc A., Thomasb P., Doddolib C. Le traumatisme thoracique grave aux urgences, stratégie de prise en charge initiale. Réanimation. 2006 ; 15 : 561-7.
- [5] Bège T., Berdah SV., Brunet C. Les plaies par armes blanches et leur prise en charge aux urgences. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2012 ; 24 : 221-7.
- [6] Finck C., Kozlowski L., Castle M., Simon H., Marx W., Jaffe A., State University of New York, Health Science Center, Syracuse. Traumatic Intracardiac Thrombus. The American College of Surgeons. 2000 ; 99 : 235-7.
- [7] Ruvolo G., Fattouch K., Speziale G., Macrina F., Tonelli F., Marino B. Left ventricular thrombosis after blunt chest trauma. J Cardiovasc Surg. 2001 ; 42 : 211-2.

Pour citer cet article :

SL Sy, PA Diagne, SJ Manga, MS Diop, EM Sarr, M Seye et al. Thrombus du ventricule droit secondaire a une plaie pénétrante à propos d'un cas au centre hospitalier national universitaire de Fann. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 120-125



Article original

The assessment of a covid circuit in a mother-child center in Tunisia

Le bilan d'un circuit covid dans un pôle Femme Enfant en Tunisie

C Mrazguia¹, H Aloui*¹, H Jaouad¹, F Jaouad¹, BS Houada¹, E Fnina¹, A Marzougui¹, G Saber¹, L Wael¹

Abstract

Background: The Covid-19 pandemic has forced us to create a specialized circuit to prevent contamination of other patients. We report on the experience of our mother-child center and the evaluation of its Covid circuit.

Objective: We studied the patients who passed through this circuit and also the management of the hospitalization department.

Methodology: This is a retrospective study from February 2020 until December 29. During this period, we studied our Covid circuit.

Results: We examined 48 patients including 19 caregivers. The mean triage score was 3,54. The medical history was dominated by high blood pressure (16 cases). Twenty eight patients, including 17 caregivers, were hospitalized in the Covid department. They were all feverish. The mean triage score was 4,30. We requested 3 chest scans in front of respiratory signs, only 1 of which showed suggestive signs. We retained the diagnosis of Covid-19 on a nasopharyngeal sample positive for SARS-CoV-2. The other diagnoses retained were among others a bacterial pneumonitis (3 cases) and an arrhythmia (3 cases). The Covid intensive care service hospitalized five patients.

In total, 104 nasopharyngeal samples were taken from patients consulting the circuit, suspected patients in the wards, caregivers exposed and in deconfinement.

Conclusion: During this Covid crisis, Tunisian society realized the fragility of its health system, the lack of resuscitation beds and the limited hospital capacity of its services.

Our Covid circuits through our hospitals with their reciprocal Covid cells managed the 1st wave, what about this second wave which promises to be more severe?

Keywords: Covid19, Circuit, Tunisia.

Résumé

Contexte: La pandémie de Covid-19 nous a obligé à créer un circuit spécialisé pour éviter la contamination d'autres patients. Nous rapportons l'expérience de notre pôle Femme Enfant en Tunisie et de l'évaluation de son circuit Covid.

Objectif : Nous avons étudié les patients qui sont passés par ce circuit ainsi que la gestion du service d'hospitalisation.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective de février 2020 au 29 décembre. Durant cette période, nous avons étudié notre circuit Covid.

Résultats : Nous avons examiné 48 patients dont

19 soignants. Le score de triage moyen était de 3,54. Les antécédents médicaux étaient dominés par l'hypertension artérielle (16 cas). Vingt-huit patients, dont 17 soignants, ont été hospitalisés dans le département de Covid. Ils étaient tous fiévreux. Le score de triage moyen était de 4,30. Nous avons demandé 3 scanners thoraciques devant des signes respiratoires, dont 1 seul montrait des signes évocateurs.

Nous avons retenu le diagnostic de Covid-19 sur l'échantillon nasopharyngé positif pour le SRAS-CoV-2. Les autres diagnostics retenus étaient entre autres une pneumopathie bactérienne (3 cas) et une arythmie (3 cas). Le service de soins intensifs de Covid a hospitalisé cinq patients.

Au total, 104 prélèvements nasopharyngés ont été prélevés sur des patients consultant le circuit, des patients suspects dans les services, des soignants exposés et en déconfinement.

Conclusion : Lors de cette crise Covid, la société tunisienne a pris conscience de la fragilité de son système de santé, du manque de lits de réanimation et de la capacité hospitalière limitée de ses services.

Nos circuits Covid à travers nos hôpitaux avec leurs cellules Covid réciproques ont géré la 1ère vague, qu'en est-il de cette nouvelle vague qui s'annonce plus sévère ?

Mots-clés : Covi 19, Circuit, Tunisie.

Introduction

The covid 19 is a viral infection caused by a zoonotic novel coronavirus named Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-Cov-2). The disease is highly contagious. It had taken a catastrophic turn affecting a tremendous number of people worldwide and resulting in a pandemic situation in the world.

The COVID 19 pandemic situation was declared on March 11, 2020 by the WHO [1]. This issue, like the H1N1 flu situation before, forced us to adopt appropriate prevention and control strategies and to create specialized circuits to avoid the contamination

of other patients [2].

In Tunisia, COVID 19 is classified as a notifiable disease and is treated for free [2]. As of January 2nd, 2021, precisely at 11 PM, according to the national observatory of new and emerging diseases, the total number of deaths was about 4800, 143544 patients were infected and the screening tests were performed on 630443 patients [3].

Through a compilation of findings gleaned from studying the patients examined in our hospital's circuit we report our assessment of the circuit.

Methodology

This is a retrospective study from February 2020 until December 29. During this period, we studied our attitude towards the Covid crisis, namely the installation, the improvements, the organization and the results of our Covid circuit.

Informed and written consent was obtained from patients prior to initiation of treatment.

The criteria for discharge from the hospital were: SpO₂ > 95% in ambient air, the absence of decompensation of associated defects and the possibility of self-isolation for 14 days after discharge.

All the patients underwent clinical monitoring after their period of self-isolation.

For statistics we used SPSS 23.

Ethical Considerations:

- 1) The ethics committee of Mohamed Tlatli hospital approved this work.
- 2) A dispensation was provided to us by the scientific committee of the Mohamed Tlatli hospital.
- 3) Oral consent was obtained for each patient.
- 4) We declare that we respect all ethical considerations.

Results

• Organization of the circuit:

Since February 2020, the medical committee of Mohamed Tlatli's hospital in Nabeul has planned a numerous meeting to put strategies that aim to help a

valid countering of the emerged COVID 19 situations. During these meetings, the covid circuit had been established referring to the national institute for health evaluation and accreditation (INEAS: Instance Nationale de l'Evaluation & de l'Accréditation en Santé) and the international recommendations [2].

The emergency department, with its easy access, has been selected as a triage point. Part of the Gynecology Department has been devoted as an inpatient unit. Severely infected patients needing intensive care were transferred to the Medical Intensive Care Unit in a nearby hospital.

The Covid unit, was officially created on March 22, 2020. It included doctors and hospital staff (the president of the medical committee, the hospital director, a nurse, a senior technician and a general supervisor).

A president of the unit was designated and a stamp was made in the name of the Covid cell which tasks were defined with close collaboration with the union of the paramedical corps. A core group of the cell had held meetings twice a week for two months to spot the missing equipments and to assess the state of the Covid circuit in aim to improve it. The members of the Covid cell and the hospital's nursing staff appealed for donations.

The covid unit gave instructions to conduct the constructions needed to create separation rooms and doors, to build an operating room and a delivery room, and to install adapted sinks, soap and hydro-alcoholic gel dispensers in the covid circuit.

The members of the cell supervised the creation works, the installation of two containers in the parking lot of the emergency department, the provision of the department with the missing equipments required for the hospitalization of the patients and the setting up of checklists of the necessary equipment in each room and the operating and delivery rooms.

The hospital director and all the members of the unit were formally informed by every donation. Donations were centralized in the pharmacy which managed their distribution through the covid unit.

The hospital's research committee in collaboration

with the covid cell organized theoretical and practical training sessions for all the hospital's caregivers in order to inform, educate, and demystify the disease and to ensure good health care practices.

The first training session took place on February 17, 2020. These sessions were first dedicated to the doctors then for the rest of the medical staff.

Posters were made and placed in strategic locations in the hospital. Some were designed to teach the nursing staff about good practices the other signs were made to direct patients to the Covid circuit. These posters were written in both Arabic and French.

The Tunisian College of Occupational Medicine has elaborated a list of exemption criteria for the shifts during the covid 19 pandemic (annex1). Healthcare personnel with co-morbidities have been urged to consult occupational medicine department in order to benefit from an exemption. Thus, two health personnel were dispensed from Covid duty. Biologists, pharmacists and intern trainees were also excluded from Covid shifts.

The shifts' personnel were chosen by drawing lots. Some medical staff has volunteered to help.

The scientific medical committee has elaborated the treatment protocols based on international recommendations [4-6], as shown in annex 1.

The hospital's staff exposed to this emerged disease has been treated in the covid circuit since March 22, 2020.

The Covid circuit was launched on April 16, 2020. It was composed of a triage tent (desk, infra-red Thermometer), a booth for registration, a consultation box (desk, ultrasound machine, computer, landline telephone, ECG, scope, thermometer, stethoscope, saturometer, garbage cans), a six-bed in-patient ward with oxygen supply. It also contained an operating room equipped with an operating table, an anaesthesia ventilator, an electric scalpel, and a delivery room with an examination table, an RCF machine, a light and a heating table for newborn babies. The covid shifts were manned by 4 nurses, 1 midwife, 2 workers, 2 anesthesia technicians, 1 ambulance driver, 1 guard, 1 administrator and 1 pharmacist.

Suspect patients were sorted according to the INEAS score by the doctor in the dedicated box.

A secured Covid circuit has been established in the radiology department, located in the neighboring hospital, for thoracic CT scans.

Suspect patients were sorted according to the INEAS score by the doctor in the dedicated box [6].

After medical examination, the patient was either discharged home, referred to the emergency room or hospitalized in the isolation ward. In case of severe infection or necessity of intubation, patients were transferred to the intensive care unit.

While functioning, the covid circuit received 48 patients who have presented with various reasons.

• *Particularity of our hospital:*

Our hospital is made up of 4 departments. It is a mother-child pole. It contains a department of gynecology-obstetrics, pediatrics, radiology and general emergencies. For patients requiring intensive care hospitalization, they are referred to the nearby hospital, Taher Maamouri, Nabeul. For chest scans, the nearby hospital was also called in because our radiology department only does standard x-rays. We primarily examine women and hospital caregivers, regardless of gender. For the pediatric department, we do not report any consultations for suspected Covid.

• *Activity report of the Covid cell:*

We examined 48 patients including 19 caregivers.

The triage score was 0-8 with a mean of 3.54. It was less than 4 in 9 cases. The medical history was variable dominated by high blood pressure (16 cases), as shown in Table 1.

Among them 28 patients, including 17 caregivers,

were hospitalized in the Covid department. They were all feverish. The mean triage score was 4.30.

We requested 3 chest scans in front of respiratory signs, only 1 of which showed suggestive signs.

We retained the diagnosis of Covid-19 on a nasopharyngeal sample positive for SARS-CoV-2. The other diagnoses retained were bacterial pneumonitis (3 cases), arrhythmias (3 cases), as detailed in Table 2.

The Covid intensive care service hospitalized five patients, three transferred from the circuit and two others brought by the SAMU following vital distress. The length of hospital stay ranged from a few hours to 14 days.

In total, 104 nasopharyngeal samples were taken from patients consulting the circuit, suspected patients in the wards, caregivers exposed and in deconfinement. We had one death, an 80-year-old woman who died of complications from a stroke.

Despite the training sessions and clear guides at the pharmacy and circuit level, we observed excessive use of protective equipment leading to rapid exhaustion of stocks.

Several difficulties have arisen from the lack of a clear official circuit despite repeated contact with officials from different ministerial departments.

The minutes of the medical committee were regularly sent to the ministry and to the hospital caregivers for information.

Our Covid circuit has never closed despite the scarcity of patients, observed since June 3, 2020. The cell had called on several occasions to encourage citizens to consult the Covid circuits.

Table 1: the medical history of the patients examined in the circuit.

Antecedents	Percentages (%)
Arterial hypertension	33
Type 2 diabetes	20
Asthma	15
Chronic respiratory failure	6
History of ischemic heart disease	4
Chronic renal failure	10

Table 2: the different diagnoses retained in the patients examined in our circuit

Diagnosics	Percentages (%)
Covid positive	58
Bacterial lung disease	6
Acute edema of the lungs	6
Pulmonary embolism	2
chronic obstructive pulmonary disease exacerbation	2
Asthma attack	2
Purulent angina	2
Stroke	2
Seizure	2
Hypertensive peak	8
Rhythm disturbances	6
Urinary tract infection	2

Discussion

The Covid circuit is essential within each structure as evidenced by national and international experience. Its management requires a dedicated multidisciplinary unit.

The occupational physician is necessary to decide between those who have organic causes which are sources of exemption and those who are afraid of the unknown [2].

Reinforcement of resuscitation beds is mandatory for the management of severe cases

[7]. According to our Ministry of Health (MH), at the level of the public sector, there are only 240 resuscitation beds available in all resuscitation services at the level of university hospitals and regional hospitals in the territory to deal with the epidemic, a number which shows a pronounced insufficiency and rather meager resources, especially in the event of a possible deterioration of the situation [8]. We have prepared protocols according to national recommendations developed by experts under the aegis of INEAS for the triage and care of patients by adapting them to our hospital [6].

The organization of work and of the guards must be uncompromising. Indeed, the fear was there especially with the first guards and persisted despite the iterative information [7].

The continued presence of the same referents and

continuous communication have helped our hospital overcome the epidemic. We have thus gained experience and we hope to be ready to face new health crises.

We have observed difficulties in the use of specialized equipment, in procurement and in stock management of the circuit.

A redistribution of personnel is necessary for the smooth running of the circuit [9]. However, it makes more sense to operate a Covid circuit with dedicated paramedical staff. In fact, removing personnel from the wards to make them work paralyzes the activity of the hospital. Staff training in the use of all the tools at their disposal is necessary.

Better communication between Covid cells, SAMU, ministry, ONMNE (L'Observatoire national des Maladies Nouvelles et Émergentes) is necessary in the future to encourage patients to consult and have an attending physician but also to make the functioning of the circuits more fluid.

We will thus detect more quickly the cases but also the secondary aggravations. This will reduce calls to the SAMU.

Faced with an epidemiological situation made up of isolated outbreaks or limited horizontal transmission, we recommend dedicating a center for Covid + patients and keeping a buffer zone in each hospital structure with emergency services sorting [2].

The problem posed by the Covid crisis is the

cancellation of the cold operating activity of our gynecology department. This cancellation happened twice with the first and second wave. And even when this activity resumes, recruiting patients is proving difficult, given the population's fear of going to hospitals for fear of catching the virus. What will be the consequences for his patients who do not consult? Dedicating hospitals for Covid + quarantine is necessary to examine, monitor, isolate and provide medical care [10].

The strategy at the start of the crisis was to confine patients to hotels. These structures without equipment, psychological support, or sufficient personnel for surveillance were not the cause of several complications that could have been avoided by turning our empty hospitals into surveillance and quarantine centers. Done, the President of the Republic inaugurated, Thursday, December 10, 2020, the new university hospital in Sfax, financed by a donation from China, worth 140 million dinars, and which will be transformed, initially, into a National Center for the Treatment of Covid-19 Patients, before being operated as a multidisciplinary military hospital. The hospital's capacity is approximately 246 beds [11].

Another positive aspect is the mobilization of society for donations. Thus, the closing financial report of in-kind donations made from March 19 to July 5, 2020 finds a total value of 37,792,949 Tunisian Dinar[12].

Conclusion

During this Covid crisis, Tunisian society realized the fragility of its health system, the lack of resuscitation beds and the limited hospital capacity of its services. How can we face such a crisis with its means?

All this aside, we found ourselves faced with a population reluctant to imposed measures of containment and the like, sometimes crying conspiracy and not believing in the reality of the crisis. The health personnel are physically and morally overwhelmed with this population.

Nevertheless, a positive point that emerges from this crisis is the mobilization of businessmen and

large companies who have responded to appeals for donations and have helped to improve a more than critical situation.

Our Covid circuits through our hospitals with their reciprocal Covid cells managed the 1st wave, what about this second wave which promises to be more severe? Reinforcement of resuscitation beds, training of nursing staff to avoid wasting means of protection and education of the population is essential.

Limitations: Our circuit is specialized which limits the number of recruitments.

*Correspondence

Haithem Aloui

alouihaitem85@gmail.com

Available online : May 20, 2021

1 : Mohamed Tlatli Hospital in Nabeul (Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul).

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflict of interest : None

References

- [1] Zhu N, Zhang D, Wang W et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-33.
- [2] Abdelmalek R. Covid-19, chronicles of a forecasted pandemic. *Tunis Med.* 2020;98(4):295-8.
- [3] ONMNE. Les principaux chiffres enregistrés pour le 02 Janvier 2021 04/01/2021. Available from: <https://www.onmne.tn/?p=10636>.
- [4] Susen S, Tacquard CA, Godon A et al. Prevention of thrombotic risk in hospitalized patients with COVID-19 and hemostasis monitoring. *Critical care.* 2020;24(1):364.
- [5] Darmon M. Recommandations d'experts portant sur la prise

en charge en réanimation des patients infectés à SARS-CoV2. In: -GFRUP-SPLF-SPLF-SFMU S-S, editor.; 07/11/2020; Paris2020. p. 37.

- [6] INEAS. Guide Parcours du patient suspect ou atteint par le Covid-19. Consensus d'experts. Tunis10/04/2020. p. 76.
- [7] Meddeb K, Chelbi H, Boussarsar M. Fear, Preparedness and Covid-19. Tunis Med. 2020;98(5):321-3.
- [8] MH. «COVID-19» emergency response project. Tunis Septembre 2020. p. 85.
- [9] Cohen J, Kupferschmidt K. Strategies shift as coronavirus pandemic looms. Science. 2020;367(6481):962-3.
- [10] Wang WZ, Y. Cheng, R. Chen, J. Feng, H. Quarantine hospitals are essential for COVID-19 contention. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2020;24:3442-3.
- [11] BREACK TOUZET K. The Chinese donation for the construction of the new Sfax University Hospital has been signed 2016. Available from: <https://www.hospihub.com/actualites/le-don-chinois-pour-la-realisation-du-nouveau-chu-de-sfax-a-ete-signe>.
- [12] MH. Closing financial report for in-kind donations from March 19 to July 5, 2020 Tunis2020. Available from: <http://www.santetunisie.rns.tn/images/dons-ennaturefr1.pdf>.

To cite this article :

C Mrazguia, H Aloui, H Jaouad, F Jaouad, BS Houda, E Fnina et al. The assessment of a covid circuit in a mother-child center in Tunisia. *Jaccr Africa 2021; 5(2): 126-132*

*Article original***Hémorragie du post partum immédiat à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes**

Immediate postpartum haemorrhage at Fousseyni Daou hospital in Kayes

S Dembele*¹, M Diassana¹, B Macalou¹, A Sidibe², A Hamidou², D N'diaye¹, SO Traore³,
M Traore⁴, M Sima⁴, A Bocoum⁵, C Sylla⁵, S Traore⁶

Résumé

Introduction : La mortalité maternelle reste très élevée dans le monde aux environs de 585000 décès par an et l'hémorragie est la principale cause. Le but était d'étudier les hémorragies du post-partum immédiat à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données. Elle s'est déroulée du 1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2018. L'étude avait porté sur toutes les femmes qui avaient accouché dans le service ayant présenté une hémorragie du post-partum immédiat ou qui avaient accouché dans d'autres structures ou à domicile, reçues pour hémorragie du post-partum immédiat et dont la prise en charge a été effectuée dans le service.

Résultats : La fréquence de l'hémorragie du post-partum immédiat a été de 1%. La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec une fréquence de 66%. Les multipares étaient les plus représentées avec une fréquence de 36,8%. L'hémorragie de la délivrance a été la principale cause retrouvée avec une fréquence de 68%. L'Hystérectomie d'hémostase a été réalisée chez 21,40% des cas. Nous avons enregistré 3 décès maternels soit une fréquence de 7,9%.

Conclusion. L'hémorragie du post-partum immédiat

constitue un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement comme le Mali. Elle fait partie des principales causes de décès maternels dans notre service.

Mots-clés. Hémorragie, Post-partum, Immédiat, Hôpital, Kayes.

Abstract

Introduction: Maternal mortality remains very high in the world at around 585,000 deaths per year haemorrhage is the main cause. The aim was to study the immediate postpartum haemorrhage at the FOUSSEYNI DAOU DE KAYES hospital.

Methodology: It was a descriptive cross-sectional with prospective data collection. It took place from January 1, 2018 to December 31, 2018. The study focused on all the women who had given birth in the department who presented an immediate postpartum hemorrhage or who had given birth in other facilities or at home received for immediate postpartum hemorrhage and which was managed in the department.

Results: The frequency of immediate postpartum hemorrhage was 1%. The 20-35 age group was the most represented with a frequency of 66%. Multiparas were the most represented with a frequency of

36.8%. Haemorrhage during delivery was the main cause found with a frequency of 68%. Hemostatic hysterectomy was performed in 21.40% of cases. We recorded 3 maternal deaths, ie a frequency of 7.9%. Conclusion. Immediate postpartum haemorrhage is a major public Health problem in developing countries like Mali. It is one of the main causes of maternal in our service.

Keywords. Hemorrhage, Postpartum, Immediate, Hospital, Kayes.

Introduction

La mortalité maternelle reste très élevée dans le monde, aux environs de 585000 décès par an, et l'hémorragie est la principale cause [1]. Dans les pays en voie de développement, l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) est la première cause de décès maternel et celui-ci touche environ 1% des femmes enceintes [2]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur 585000 femmes qui meurent chaque année des complications de la grossesse et de l'accouchement un quart succombe par HPPI [1]. Selon la même source, la pratique de la délivrance dirigée devra être d'un grand apport dans la lutte contre ce fléau. L'HPPI se définit par la perte de 500 ml de sang ou plus dans les 24 heures qui suivent l'accouchement par voie basse (5% des accouchements par voie basse) et 1000 ml ou plus au cours de la césarienne avec un retentissement sur l'état général , mais c'est à partir de 1000 ml que la tolérance maternelle se trouve réellement menacée (1% de femmes environ) . L'incidence des HPPI graves, c'est-à-dire résistantes aux premières mesures médico-obstétricales (notamment la prescription de sulprostone) est estimée à environ 1 pour 1000 naissances [3]. En République Démocratique du Congo (ex ZAÏRE) et au Nigéria sur une étude territoriale, 5% des femmes non suivies pendant la grossesse avaient développé une HPPI avec un taux de décès de 6,9% [4]. Au Mali, le taux d'HPPI particulièrement élevé de 2,7% en 1999 selon DIALLO B. [5] est lié à l'insuffisance de la couverture

sanitaire dans certaines localités et au manque de personnel qualifié. DIAWARA CO. [6] avait trouvé un taux proche de 2,49% en 2008 au Centre de Santé de Référence de KOUTIALA. COULIBALY S. [7] dans sa série avait trouvé un taux de 1,67% au Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako. Dans la majorité des cas l'HPPI est décrite chez des patientes ne présentant aucun facteur de risque identifié [8], comme par exemple les antécédents personnels d'HPPI, la survenue d'une pré éclampsie, d'une chorioamniotite au cours de la grossesse. Compte tenu de l'absence de données sur la fréquence et la gravité de cette pathologie dans notre service, nous avons initié ce travail pour étudier l'Hémorragie du post-partum immédiat à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES. Elle s'est déroulée du 1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2018. L'étude avait porté sur toutes les femmes enceintes qui avaient accouché dans le service ayant présenté une HPPI ou qui avaient accouché dans d'autres structures ou à domicile, reçues pour HPPI et dont la prise en charge a été effectuée dans le service. N'ont pas été retenues dans notre étude les femmes ayant présenté une hémorragie du post-partum 24 heures après l'accouchement et les femmes ayant présenté une HPPI dont la prise en charge en charge n'a pas été faite dans le service. Les données ont été recueillies à partir du dossier obstétrical, du registre d'accouchement, du registre de compte rendu opératoire, du partographe, du carnet de consultation prénatale (CPN) et de la fiche de Référence / Évacuation. Les données ont été saisies à partir du logiciel Microsoft office Word et Excel 10 et analysé à partir du logiciel SPSS.Version.20. Sur le plan éthique le consentement éclairé et la confidentialité ont été respectés.

Résultats

Du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 sur 3962 accouchements effectués dans le service nous avons colligé 38 cas l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) soit une fréquence de 1%. La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec une fréquence de 66% et 24% des cas avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans. 68,4% des cas d'HPPI avaient été évacués et 5,26% avaient un antécédent de césarienne.

24% des cas d'HPPI étaient de grandes multigestes, 13% étaient des primigestes et 24% étaient des paucigestes.

42,1 % des cas avaient fait 1 à 3 consultations prénatales. 89,5% des cas avaient accouché par voie basse et 10,5% par césarienne. 92,1% des cas avaient une durée de travail inférieure ou égale à 12 heures et 5,3% avaient une durée de travail entre 13 et 14 heures. La gémellité avait été retrouvée dans 13,2%

des cas.

31,6% des cas avaient une perte sanguine de plus de 1000 ml et 65,8% avaient une perte sanguine comprise entre 500 et 1000 ml. 81,6% des cas avaient accouché dans une maternité et 18,4% avaient accouché à domicile. La gestion active de la troisième période de l'accouchement a été pratiquée chez 63,2% des cas, la délivrance artificielle chez 21,1% des cas. 5,3% des cas d'HPPI avaient un placenta accréta. L'état général était altéré chez 65,8% des cas. 71,1% des cas avaient un état de choc et 65,8% avaient une anémie clinique. Le massage utérin a été pratiqué chez 100% des cas. La révision utérine associée à la délivrance artificielle ont été effectuées chez 31,6% des cas. La délivrance artificielle a été réalisée chez 23,7% des cas.

Nous avons enregistré 55,26% de complications maternelles et 3 décès maternels soit une fréquence de 7,9%.

Tableau I : La répartition des cas d'HPPI selon motif d'évacuation

Motif d'évacuation	Effectif	%
HPPI	4	15,40
Hémorragie de La délivrance	8	30,80
Rétention placentaire	2	07,70
Métrorragie sur grossesse	1	03,80
Multiparité	1	03,80
Hypertension artérielle	3	11,50
Défaut d'engagement	1	03,80
Rétention de J2	2	07,70
Hématome retro placentaire	4	15,40
Total	26	100,00

Tableau II : La répartition des cas d'HPPI selon la parité

Parité	Effectif	%
Primipare	05	13,20
Paucipare	12	31,60
Multipare	14	36,80
Grande multipare	07	8,40
Total	38	100,00

Tableau III : La répartition des cas d'HPPI selon le traitement reçu pendant le travail.

Traitement	Effectif	%
Antispasmodique	07	18,40
Utérotonique	07	18,40
Expression utérine	04	10,50
Manceuvres obstétricales	03	07,90
Aucun	17	44,70
Total	38	100,00

Tableau IV : La répartition des cas d'HPPI selon l'étiologie.

Etiologie	Effectif	%
Hémorragie de La délivrance	26	68,00
Troubles de la coagulation	04	11,00
Traumatisme de la filière génitale	06	16,00
Rupture utérine	02	05,00
Total	38	100,00

Tableau V : La répartition des cas d'HPPI selon la prise en charge médicale.

Traitement médical	Effectif	%
Transfusion	24/38	63,20
Supplémentation en fer	35/38	92,10
Macromolécules	18/38	47,40
Ocytocine	37/38	97,40
Misoprostol	16/38	42,10
Ocytocine +Misoprostol	16/38	42,10
Antibiotique	38/38	100,00

Tableau VI : La répartition des cas d'HPPI selon la prise en charge chirurgicale.

Traitement chirurgical	Effectif	%
Suture de la filière génitale	11	78,60
Hystérectomie d'hémostase	03	21,40
Total	14	100,00

Tableau VII : La répartition des cas d'HPPI selon la cause du décès maternel

Cause du décès maternel	Effectif	%
Troubles de la coagulation	01	33,30
Choc hypovolémique	02	66,70
Total	03	100,00

Discussion

Nous avons colligé 38 cas d'hémorragie du post-partum immédiat sur 3962 accouchements effectués

soit une prévalence de 1%. Notre fréquence est inférieure à celles rapportées par ONGOÏBA I. [10], KEITA S. [11], TRAORE MT. [12], et BOHOUSSOU M. et coll [13] qui avaient respectivement trouvé une

fréquence de 1,85%, 1,38%, 1,38% et 2,08%. La tranche d'âge 20 et 35 ans était la plus représentée avec une fréquence de 65,8%, supérieure à celles rapportés par KEITA S. [11] et TRAORE MT. [12] qui avaient respectivement trouvé 63,04% et 61,89%, mais inférieur à celle de PAMBOU O. et coll [16] qui avaient trouvé 68,75%. 10,5% des cas avaient un âge inférieur ou égal à 19 ans. Ce taux est proche de celui d'ALIHONOU E. et coll [15] qui avaient rapporté une fréquence de 9,29%, mais inférieur à ceux de KEITA S. [11] et TRAORE MT. [12] qui avaient respectivement trouvé 24,6% et 23,36%. 68,4% des cas avaient été évacués par d'autres structures ou avaient accouché à domicile. Le motif d'évacuation le plus retrouvé était l'hémorragie de la délivrance avec une fréquence de 30,8%. AKPADZA K. et coll [16], ONGOÏBA I. [10] et KEITA S. [11] avaient respectivement rapporté des taux d'évacuation de 39,09%, 47,9% et 42%. 5,26% des cas d'HPPI avaient un antécédent de césarienne, cette fréquence est supérieure à celles rapportées par ALIHOUNOU E. et coll [15] et KEITA S. [11] qui avaient respectivement rapporté 3,9% et 4,3%, mais plus proche de celles de DIAWARA CO. [6] et TRAORE M. [12] qui avaient respectivement trouvé 5,6% et 6,56%. Les paucigestes et les multigestes étaient les plus représentées avec respectivement une fréquence de 24% et de 34%. Ces fréquences sont nettement supérieures à celles rapportées par DIAWARA CO. [6] qui étaient respectivement 19,4% et 13,9%. Les paucipares et les multipares représentaient la majorité des cas avec les fréquences respectives de 31,6% et 36,8%. ALIHONOU E. et coll [15] ont trouvé une fréquence de 39,74% pour les paucipares et de 60% pour les grandes multipares. KEITA S. [11] et TRAORE MT. [12] ont rapporté respectivement pour les paucipares et les grandes multipares une fréquence de 62,7% et de 73,3% et pour les primipares et les multipares une fréquence de 35,65% et de 39,74%. 63,2% des cas d'HPPI avaient fait la consultation prénatale (CPN). DIALLO A. [17] et DIALLO B. [5] ont rapporté respectivement des taux de CPN de 48,1% et de 77,5%. 18,4 % des cas d'HPPI avaient un facteur de

risque de surdistension utérine dont la plus fréquente était la gémellité avec une fréquence de 13,2%. La durée du travail d'accouchement était inférieure ou égale à 12 heures chez 92,1% des cas d'HPPI. DIALLO B. [5] et DIALLO A. [17] ont rapporté respectivement une durée de travail d'accouchement inférieure ou égale à 12 heures chez 11,3% et 14% des cas d'HPPI. ALIHONOU E. et coll [15], KEITA S. [11] et TRAORE MT. [12] avaient respectivement trouvé une durée de travail d'accouchement supérieure à 12 heures chez 59,6%, 25,4% et 39,35% des cas d'HPPI. Dans notre étude 89% des cas d'HPPI avaient accouché par voie basse, DIAWARA CO. [6] et KEITA S. [11] avaient respectivement rapporté une fréquence de 13,90% et de 13,04% contre 5,1% et 4,30% rapportés respectivement par DIALLO A. [17] et TRAORE MT. [12]. 18,4% des cas d'HPPI avaient accouché à domicile. 10% des cas d'HPPI avaient accouché par césarienne. Ce taux est supérieur à celui rapporté par AKPADZA K. et coll [16] qui avaient trouvé une fréquence de 2,71%. Parmi les cas d'HPPI qui avaient une durée de travail d'accouchement inférieure ou égale à 12 heures 36,8% avaient reçu un antispasmodique ou un utérotonique. La gestion active de la troisième période de l'accouchement avait été réalisé chez 63,2% des cas et la délivrance artificielle chez 21,9% (nous avons noté un cas de rétention placentaire suite à un accouchement à domicile). L'examen du placenta était normal chez 50% des cas et 5,3% des cas avaient un placenta accréta. Nous avons observé une altération de l'état général chez 65,8% des cas, un état de choc chez 71,10% des cas et une anémie clinique chez 65,8% des cas. Ce taux d'anémie clinique est supérieur à ceux rapportés par ONGOÏBA I. [10] et DIAWARA CO. [6] qui avaient trouvé respectivement 16% et 27,8%. 31,6% des cas d'HPPI avaient une perte sanguine supérieure à 1000 ml et 65,8% avaient une perte sanguine comprise entre 500 et 1000 ml. Parmi les femmes qui avaient présenté une HPPI, 81,6% avaient accouché dans une maternité et 18,4% à domicile. L'hémorragie de la délivrance a été la cause la plus retrouvée avec une fréquence de 68,4%.

L'hémorragie de la délivrance reste un problème de santé publique puisqu'elle reste la première cause de mortalité maternelle [18]. Notre fréquence se rapproche de celle de DIAWARA CO. [6] qui avait trouvé 66,7%. Au Mali NEM TECHUTN D. [9] avait trouvé que 59,3% des décès maternels au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de BAMAKO étaient liés à l'hémorragie de la délivrance. Dans 34,6% des cas l'hémorragie de la délivrance était due à une rétention placentaire. L'atonie utérine a été retrouvée comme étiologie de l'hémorragie de la délivrance chez 65,4% des cas d'HPPI. Notre taux est supérieur à celui rapporté par AKPADZA K. et coll [16] qui avaient rapporté un taux de 48,73% , mais comparable à ceux de ALIHONOU E. et coll [15] , DIALLO B. [5] , ONGOÏBA I. [10] , DIAWARA CO.[6] qui avaient rapporté respectivement un taux de 55,8% , 69% , 68% et 62,5% . PAMBOU O. et coll [14] avaient trouvé une fréquence de 41,66%. La multiparité a constitué le premier facteur favorisant l'atonie utérine par conséquent elle occupe la première place dans les facteurs de risque d'HPPI avec une fréquence de 47,1% des cas dans notre étude. KEITA S [11] et TRAORE MT. [12] avaient respectivement rapporté une fréquence de 45,6% et de 45,70%. Dans notre série l'HPPI était liée dans 16% des cas à un traumatisme de la filière génitale. Nous avons retrouvé 10,5% de déchirure du col de l'utérus. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par TRAORE MT. [12] et DIALLO B. [5] qui avaient respectivement trouvé 21,52% et de 28,2%, mais proche de celui de KEITA S. [11] qui avait rapporté 15,9%. La déchirure périnéale du 2ieme degre a été la deuxième cause de traumatisme de la filière génitale avec une fréquence de 2,6%, inférieure à celle rapportée par KEITA S. [11] qui avait trouvé 36,2%. Dans 2,6% des cas le traumatisme de la filière génitale était liée l'association d'une déchirure du col de l'utérus et d'une déchirure périnéale. L'utilisation du forceps et de la ventouse obstétricale a été la deuxième cause de traumatisme de la filière génitale avec une fréquence de 33% pour le forceps. La rupture utérine a été la troisième cause

des cas d'HPPI avec une fréquence de 5%. Elle a été découvert lors de la césarienne pour hématome rétroplacentaire chez une parturiente et chez une femme évacuée pour placenta prævia au cours de l'examen clinique à son admission. L'HPPI était liée aux troubles de la coagulation dans 11% des cas. Notre taux est proche de ceux de KEITA S. [11] et de TRAORE MT. [12] qui avaient respectivement trouvé 10,10% et 12,3%. ALIHONOU E. et coll [15] avaient rapporté une fréquence de 33%. PAMBOU O.[14] et coll avaient montré que les troubles de la coagulation étaient à l'origine de 33% des cas d'HPPI. Les troubles de la coagulation étaient liés dans 50% à une rétention prolongée d'œuf mort et dans 50% à un décollement prématuré du placenta normalement inséré. L'anémie clinique a été retrouvée chez 100% des cas. Les utérotoniques ont été utilisés chez 97,4% des cas d'HPPI. Le misoprostol a été administré chez 42,10% des cas d'HPPI. L'association d'utérotonique et de misoprostol a été utilisée chez 40,10% des cas d'HPPI. La transfusion a été effectuée chez 63,20% des cas d'HPPI avec du sang total (qui est seulement disponible dans notre hôpital). Notre résultat est supérieur à ceux rapportés par ONGOÏBA I. [10], KEITA S. [11] et TRAORE MT. [12] qui avaient respectivement trouvé 40,8%, 44,8%, et 31,76%. La révision a été pratiquée chez 31,6% des cas d'HPPI et elle avait permis d'assurer l'hémostase. ONGOÏBA I. [10] et TRAORE MT. [12] avaient respectivement rapporté des taux de révision utérine de 39,6% et de 39,33%. La délivrance artificielle du placenta a été effectuée chez 23,6% des cas d'HPPI. Le massage utérin a été pratiqué chez 100% des cas d'HPPI ce qui a considérablement de diminuer le saignement en favorisant la rétraction utérine. 14 cas d'HPPI ont subi un traitement chirurgical soit une fréquence de 37%. La suture hémostatique des parties molles a été réalisée chez 78,6% des cas d'HPPI contre 93,7%, 88,9% et 59,2% rapportés respectivement par KEITA S. [11], ONGOÏBA I. [10] et DIALLO B [5]. 21,4% des cas d'HPPI ont bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase. Cette fréquence est supérieure à celles rapportées par ONGOÏBA I. [10], DIALLO A [17] et

TRAORE MT. [12] qui avaient respectivement trouvé 11,1%, 10,25%, et 3,2%. L'embolisation de l'artère utérine et la ligature des artères hypogastriques sont aussi des moyens chirurgicaux pour assurer l'hémostase mais elles n'ont pas pu être réalisées dans notre service à cause de l'insuffisance du plateau technique. 55,26% des cas d'HPPI avaient présenté une complication (anémie 100%, maladies thromboemboliques 14,% et endométrite 4,8%). Dans notre série nous avons enregistré 3 décès maternels soit une fréquence de 7,90% suite aux troubles de la coagulation dans 33,3% des cas et au choc hypovolémique dans 66,7% des cas. DIALLO B. [5], DIALLO A. [17], KEITA S. [11], TRAORE MT. [12] et ONGOÏBA I. [10] ont rapporté respectivement des taux de mortalité maternelle de 19,7%, 23,20%, 7,20%, 25,61% et 2%. Ces décès maternels pourraient être imputés à l'absence de dérivés du sang surtout le plasma frais congelé dans notre hôpital et le retard dans l'évacuation des cas d'HPPI.

Conclusion

L'hémorragie du post-partum immédiat constitue un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement comme le Mali. Sa fréquence a été de 1%. Elle fait partie des principales causes de décès maternels dans notre service avec un taux de 7,9%. Les principales causes retrouvées ont été l'hémorragie de la délivrance, le traumatisme de la filière génitale, la rupture utérine et les troubles de la coagulation. Dans l'espoir de lutter contre cette pathologie tueuse des femmes pendant l'accouchement un accent particulier doit être mis sur la prévention. Cette prévention commence par la disponibilité de personnels qualifiés et de structures de santé avec un plateau technique adéquat.

*Correspondance

Sitapha Dembélé
dsitapha@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Mai 2021

- 1 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- 2 : Centre de santé de référence de Kayes
- 3 : Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako
- 4 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU Point « G »
- 5 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré
- 6 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional de Sikasso

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Networks. Des meilleurs soins dans le post-partum sauvent des vies. NET WORKS. 1997 ; vol 17 n°4 : 1-17 .www.google.com.
- [2] Subtil D., Sommé A., Ardiet E., Depret-Mosser S. Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement, 2004 Elsevier Masson SAS.
- [3] Goffinet F. et al. Pratical use of sulprostone in the treatment of hemorrhages during delivery. J Gynécol Obstet Biol Reprod (Paris), 1995.24(2) : p 209-16.
- [4] Harrison KA. , Rossitier CE. Maternal mortality ; In : HARRISON KA. Ed. ; cheld bearing health and social pricrities. A survery of 22.774 Consecutive hospital birth in Zaria northern Nigeria Br. J. Obst. et Gynecol. 1985 ; 92 : 100-115.
- [5] Diallo B. Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et d'obstétrique à l'HGT. (Thèse : Méd). Bamako : 1990 n°125.
- [6] Diawara CO. Hémorragie du post-partum immédiat au Centre de Santé de Référence de Koutiala. (Thèse : méd). Koutiala : 2008 N°396p37.
- [7] Coulibaly S. Hémorragie du post-partum immédiat au

Centre de Santé de Référence de la commune II du district de Bamako : (thèse : méd). 2007p61.

Pour citer cet article :

S Dembele, M Diassana, B Macalou, A Sidibe, A Hamidou, D N'diaye et al. Hémorragie du post partum immédiat à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. *Jaccr Africa 2021; 5(2): 133-140*

- [8] Drife J. Management of primary postpartum haemorrhage. *Br J Obstet Gynecol*, 1997. 104(3) : p.275-7.
- [9] Nem TD. Étude de la mortalité maternelle au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako de 1998 à 2002 à propos de 160 cas. (Thèse : méd). Bamako : 2004.77p27.
- [10] Ongoïba I. Hémorragie du post-partum immédiat dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako à propos de 144 cas. (Thèse : méd). Bamako : 2006. n°06-224p.
- [11] Keita S. Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital du Point G. Bamako 1991-2001. (Thèse : Méd). Bamako : 2003.99p47.
- [12] Traore MT. Etude épidémiologique des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako à propos de 488 cas. (Thèse : Méd). Bamako : 2004. 98p46.
- [13] Bohoussou M. et coll. Les hémorragies du post-partum immédiat : étiologie et pronostic à propos de 210 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du C.H.U de Cocody.
- [14] Pambou O. et coll. Les hémorragies graves de la délivrance au C.H.U de Brazzaville. (Thèse : Méd). Noire : 1996.43(7) : 418-422p.
- [15] Alihonou E. et coll. Les hémorragies de la délivrance : Etude statistique et Etiologique (à propos de 151 cas recensés en 5ans). *Publication médicale Africaine* 2002.121 : 8-11p.
- [16] Akpadza K. et coll. Les hémorragies de la délivrance à la clinique de gynécologie obstétrique C.H.U TOKOIN-LOME (TOGO) : de 1988 à 1992. *Méd. Afr .Noire* : 1994.41 (11) :601-603p.
- [17] Diallo A. Contribution à l'étude de l'hémorragie de la délivrance HGT. (Thèse : Méd). N°11-1989.
- [18] Goffinet F. Hémorragie de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines. *J Gynécol. Obstet. Biol. Reprod* ; 1997.26 (suppl. n°2) : 34-38p.



Cas clinique

Migration intra-vésicale d'un Dispositif Intra-utérin calcifié : à propos d'une observation

Intravesical migration of a calcified intrauterine device: a case report

A Sarr*¹, L Gueye², A Thiam¹, B Sine¹, O Sow¹, A Ndiath¹, M Ndiaye⁴, B Sakho¹, C Ze Ondo¹,
A A Diouf³, B Diao¹, P A Fall⁴, A K Ndoye¹

Résumé

La pose de Dispositif intra utérin (DIU) est l'une des méthodes de contraception la plus utilisée au monde avec une morbidité très faible. La migration intra vésicale en est une complication rare. Nous rapportons une observation chez une femme de 34 ans qui avait des algies pelviennes et des troubles urinaires du bas appareil. Le couple échographie – abdomen sans préparation associée à la cystoscopie avaient permis de poser le diagnostic de DIU calcifié. Le traitement a consisté à une ablation du DIU calcifié par chirurgie ouverte.

Mots-clés : DIU, Migration, Vessie, Calcification.

Abstract

Intrauterine device insertion is one of the most widely used methods of contraception in the world with very low morbidity. Intravesical migration is a rare complication. We report an observation in a 34-year-old woman who had pelvic pain and lower urinary tract disorders. Ultrasound and unprepared abdomen combined with cystoscopy allowed the diagnosis of a calcified IUD. The treatment consisted of removal of the calcified IUD by open surgery.

Keywords: IUD, Migration, Bladder, Calcification.

Introduction

La pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) est l'une des méthodes de contraception réversible la plus utilisée au monde du fait de sa simplicité, de son efficacité et de sa faible morbidité avec un indice de Pearl inférieur à 1 pour 100 années femme [1]. L'insertion d'un DIU peut être source d'infection génitale, de saignement, d'expulsion, de perforation utérine partielle ou complète, de migration du DIU [2]

Lorsqu'il existe une migration, le DIU peut se localiser dans le cul de sac de Douglas, le ligament large et l'épiploon (45%) [2]. Les localisation digestives (comme le mésentère et le côlon) et la vessie sont moins fréquentes [3].

Nous rapportons le cas d'un DIU migré qui s'est calcifié dans la vessie ; à travers ce cas et une revue de la littérature nous allons discuter les particularités physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques des migrations intra-vésicales de DIU.

Cas clinique

Mme A Fall, patiente de 34 ans vient consulter pour des algies pelviennes évoluant depuis 1 an associées à une pollakiurie mixte et une hématurie

terminale intermittente. La patiente précise que les algies pelviennes étaient plus intenses en fin de miction. Dans ses antécédents la patiente avait deux césariennes basses transverses et avait opté pour une contraception longue durée par pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) en cuivre (TCu 380A) il y a 8 ans. Le DIU a été mis en place deux semaines après une Césarienne basse transverse (CBT). Le premier contrôle était réalisé 6 mois après la pose du DIU et déjà le gynécologue n'avait pas objectivé de DIU ni à l'examen clinique, ni à l'échographie abdomino-pelvienne. Par la suite, la patiente a été perdue de vue par son médecin traitant

A l'examen physique, la patiente avait une discrète douleur à la palpation profonde de l'hypogastre ; le col utérin était court, ferme et fermé, surplombé par un utérus de taille normale. Les culs de sac de Douglas étaient libres et il n'y avait pas de masse annexielle. Les fils du DIU n'étaient pas perçus à l'examen au speculum.

L'ECBU avait permis d'objectiver une leucocyturie significative sans toutefois isolé un germe.

L'abdomen sans préparation (ASP) avait permis de visualiser le DIU sur l'air de projection vésicale (Figure 1).

L'échographie avait confirmé la présence intra vésicale d'un DIU calcifié (Figure 2).

Nous avons essayé une extraction endoscopique avec une pince à corps étranger qui s'est soldée par un échec du fait que le DIU calcifié était fortement incarcéré sur la face latérale gauche de la vessie. Ainsi nous avons procédé à une cystostomie ce qui a permis l'extraction du DIU calcifié (Figure 3).

Les suites opératoires étaient sans particularité avec ablation de la sonde à demeure à J7.



Figure 1 : DIU au niveau de l'aire de projection vésicale

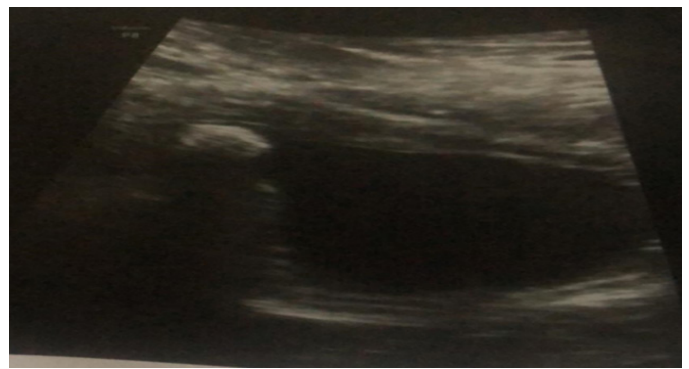


Figure 2 : Image hyperéchogène intra vésical correspondant au DIU calcifié



Figure 3 : DIU complet avec calcification de la branche droite

Discussion

Il s'agit du troisième cas de migration intra-vésicale de DIU prise en charge dans notre structure depuis le premier cas rapporté par Ndoye et al en 2000, ce qui prouve la rareté de cette complication dans notre pratique [4, 5]. La migration du DIU est secondaire à une perforation utérine qui est un évènement rare dont l'incidence est d'environ 1,3 pour 1000 poses [6].

Elle peut être aussi immédiate, résultant d'une faute technique au moment de la pose ou secondaire, due à une érosion graduelle à travers la paroi utérine. En effet, l'importance des réactions inflammatoires entraînent une accumulation d'enzymes et de substances lysosomiales favorisant la destruction endométriale et la migration du DIU [7]. La perforation est favorisée par la multiparité, l'utérus cicatriciel, la pose en post-abortum ou en post-partum, l'inflammation chronique de l'utérus, la malrotation utérine et la maladresse de l'opérateur [3]. Chez notre patiente les deux facteurs favorisants identifiés étaient la multiparité et l'utérus

cicatriciel.

En outre le risque de perforation est plus élevé pour les insertions pratiquées pendant les six premières semaines du post-partum (risque relatif égal à 5), comme c'était le cas chez notre patiente. Il est multiplié par 10 durant la période d'allaitement. Cela s'explique par l'hypoestrogénie qui favorise l'atrophie endométriale associée à une involution utérine importante [7].

Cependant la présence d'un DIU en intra vésical peut être liée à une erreur technique par introduction directe à l'intérieur de la cavité vésicale [8].

Le délai de migration qui correspond au temps qui sépare la pose du stérilet et l'apparition des premiers signes cliniques est variable de quelques mois à plusieurs années [9]. La localisation vésicale du DIU se manifeste le plus souvent par des troubles urinaires du bas appareil ou une hématurie terminale [5, 7, 8].

La migration intravésicale d'un DIU se complique le plus souvent d'une calcification du stérilet [7]. Le processus de lithogénèse est favorisé par la présence du DIU qui est un corps étranger mais aussi par l'existence de l'infection urinaire qui selon Mhiri et al est quasi constante [10].

Outre la lithiase, la migration peut être à l'origine d'une fistule vésico-utérine ou d'une actinomycose pelvienne dans sa forme pseudo tumorale englobant la vessie [7].

L'ASP est un temps capital dans la démarche diagnostique. L'absence de DIU est en faveur d'une expulsion mais la visualisation du DIU ne présage en rien de sa topographie. L'échographie permet de confirmer la vacuité de la cavité utérine et de visualiser le DIU dans la vessie.

Le couple échographie/ASP permet le diagnostic de migration intra-vésicale du DIU dans la majorité des cas, cependant devant la non visibilité du DIU au sein du calcul, il peut faire à tort le diagnostic de lithiase vésicale simple, d'où l'intérêt, dans ce cas d'une uro-TDM [11].

La cystoscopie permet de poser le diagnostic en objectivant le DIU dans la vessie. Néanmoins, les moyens d'imagerie actuelle ont limité son rôle à

l'étape thérapeutique [11].

En effet l'extraction du DIU calcifié peut être facile par simple traction de ce dernier par une pince à corps étranger lors d'une cystoscopie [12] ; parfois la fragmentation du calcul est nécessaire par lithotritie endovésicale avant l'extraction du DIU [13]. La chirurgie ouverte garde de rares indications notamment en cas d'échec de la lithotritie endovésicale [14], lorsqu'il existe une fistule vésico-utérine associée [15] ou lorsque le plateau technique est insuffisant comme c'est le cas de notre observation.

Conclusion

La calcification d'un DIU qui a migré dans la vessie est un évènement rare. Un examen clinique et une échographie pelvienne réguliers permettent un suivi efficace des femmes qui ont un DIU. Le couple ASP/échographie suffit le plus souvent à poser le diagnostic et le traitement de référence est l'endoscopie.

Contributions des auteurs :

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

*Correspondance

Alioune Sarr

sarramoc@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Mai 2021

- 1 : Service d'urologie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal
- 2 : Service de gynécologie, Centre Hospitalier régional de Thiès, Sénégal
- 3 : Service de gynécologie, Centre Hospitalier National de Pikine, Sénégal
- 4 : Service d'urologie, Hôpital Dalal Jam, Dakar, Sénégal

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Bouzouba W, Alaoui F Z F, Jayi S, Bouguern H, Melhouf M A. Migration intra-péritonéal d'un dispositif intra utérin diagnostiqué 20 ans après l'insertion : à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2014; 17:07.
- [2] Kassa B, Audra P. Le stérilet migrateur : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Contracept Fertil Sex.* 1999; 27(10): 696-700.
- [3] Nouri M., Fassi M., Koutani A., Ibn Attaya A., Hachimi A., Lakrissa A. Migration of an intrauterine device into the bladder. Report of a case. *J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1999; 28: 1620-1624.
- [4] Ndoye A, Ba M, Fall PA, Sylla C, Gueye SM, Diagne BA. Migration de dispositif intra-utérin dans la vessie. *Prog Urol.* 2000; 10: 295-297.
- [5] Diao B, Sy MR, Gueye SMK, Diallo Y, Fall B, Kaboré FA et al. Lithiase sur dispositif intra uterin (DIU) migre dans la vessie. *Dakar Médical.* 2009 ;54(2) :166-169.
- [6] Treiman K, Liskin SC M L, Kols A et al. Les DIU: état récent des informations. *Population Reports (Series B).* 1995 Dec; (6): 1-35.
- [7] Haouas N, Sahraoui W, Youssef A, Thabet I, Mosbah AT. Migration intra-vésicale de dispositif intra-utérin compliquée de lithiase. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2006;35:288-92.
- [8] Hernández-Valencia M, Carrillo Pacheco A. Intra-vesical translocation of an intrauterine device, report of a case. *Ginecol Obstet Mex.* 1998 Jul ; 66:290-2.
- [9] Berroho K, Tikaoui H, Ghouati I, Saadi N, Tazi Z, Elbernoussi L et al. Migration intra-vésicale du dispositif intra-utérin. *Maroc Médical.* Mars 2009 ; 31(1) : 35-39.
- [10] Mhiri M, Bayouhd H, Mhiri C, Rekik S, Smida L. Le calcul vésical chez la femme : à propos de 10 cas. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.* 1990 ; 19 : 979-82.
- [11] Latib R, Ennafaa I, Chami I, Boujjida M N, Jroundi L. Lithiase vésicale compliquant une migration de dispositif intra-utérin. *Imagerie de la femme.* 2010 ; 20 : 155-157.
- [12] Pare A K, Ouattara A, Yé D, Kabré B, Bako A, Abubakar B M et al. Management of Intrauterine Device Migrated into the Bladder: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Urol.* 2020 Oct 31; 2020 :8850087.
- [13] Sharma A, Andankar M, Pathak H. Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device with secondary calculus formation. *Korean J Fam Med.* 2017 May; 38(3): 163–165.
- [14] Joual A, Querfani B, Taha A, El Mejjad A, Frougui Y, Rabii R et al. Migration intravésicale d'un dispositif intra-utérin compliquée d'une lithiase. *Prog Urol.* 2004 ; 14 : 374-375.
- [15] Ornellas AA, Waintrub S, Carvalho J, Koifman N, Bullos S. Fistule vésico-vaginale après ablation d'un corps étranger intra-vaginal négligé. *Prog Urol.* 2006 ; 16 : 502-504.

Pour citer cet article :

A Sarr, L Gueye, A Thiam, B Sine, O Sow, A Ndiath et al. Migration intra-vésicale d'un Dispositif Intra-utérin calcifié : à propos d'une observation. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 141-144



Cas clinique

Plaque fémorale intra-corticale ablatée à 21 ans post-opératoires : à propos d'un cas

Femoral intra-cortical screw removed at 21 years postoperative: about a case

HV Feigoudozoui*¹, KD Soumaro¹, DA Sess¹, JB Sié-Essoh¹, I Bamba¹

Résumé

Introduction : Les fractures de la diaphyse fémorale sont les plus fréquentes des fractures du fémur chez l'enfant. L'ostéosynthèse d'une fracture du fémur par plaque vissée chez l'enfant a des avantages et des inconvénients.

Objectif : Partager l'expérience de l'ablation d'une plaque vissée longtemps incluse dans la corticale fémorale.

Observation : Un sujet jeune de 25 ans, aux antécédents d'une fracture fermée de la diaphyse fémorale traitée par ostéosynthèse par plaque vissée à l'âge de 4 ans avait longtemps disparu après consolidation sans faire l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il avait réapparu et consulté dans notre structure pour une autre fracture fermée du même fémur. Puis, il était opéré dans notre service pour cette nouvelle fracture.

Discussion : La plaque vissée fait partie des implants qui peuvent être utilisés dans les ostéosyntheses de la fracture diaphysaire fémorale chez l'enfant. Dans la littérature, tous les auteurs avaient aussi retrouvé des avantages et des complications. Mais Il faut toujours choisir la méthode thérapeutique la moins invasive possible afin de minimiser les inconvénients.

Conclusion : Il est préférable de choisir un traitement accessible et facile de manipulation. La plaque vissée

entraîne chez l'enfant plus de complications que d'avantages.

Mots-clés : Fémur, Ostéosynthèse, Plaque vissée.

Abstract

Introduction: Fractures of the femoral shaft are the most common fractures of the femur in children. In children, the osteosynthesis of a fracture of the femur by a screw plate has benefits and disadvantages.

Objective: To share the experience of removing a screw plate long included in the femoral cortex.

Observation: A young subject of 25 years, with a history of a closed fracture of the femoral diaphysis treated by osteosynthesis by screw plate at the age of 4 years had long disappeared after consolidation without removing the osteosynthesis material. He had reappeared and consulted in our structure for another closed fracture of the same femur. Then, he was operated on with us for this new fracture.

Discussion: The screw plate is one of the implants that can be used in osteosynthesis of the femoral diaphyseal fracture in children. In the literature, all the authors also found benefits and complications. But always choose the least invasive therapeutic method possible to minimize the inconvenience.

Conclusion: It is best to choose an accessible treatment

that is easy to handle. The screwed plate causes more complications than benefits in children.

Keywords: Femur, Osteosynthesis, Screw plate.

Introduction

L'incidence des fractures du fémur chez l'enfant est de 1,6% de toutes les lésions osseuses [1]. Les fractures de la diaphyse fémorale sont les plus fréquentes des fractures du fémur chez l'enfant [2]. Elles surviennent à tout âge, mais plus fréquemment au début de l'enfance et au cours de l'adolescence [3]. Le choix entre le traitement orthopédique et le traitement chirurgical est le plus souvent aisé et se fait en fonction des cas. Le traitement chirurgical peut utiliser des broches, un fixateur externe, un clou ou une plaque vissée. Plusieurs auteurs pratiquent l'ostéosynthèse par plaque vissée mais chez les enfants de plus de 6 ans [4]. La fréquence d'ostéosynthèse par plaque vissée chez l'enfant n'est pas élucidée dans la littérature. Pour l'ostéosynthèse d'une fracture du fémur chez l'enfant, deux types de plaque vissée sont disponibles : la plaque de compression et la plaque simple [5]. Chez l'enfant, l'ostéosynthèse d'une fracture du fémur par plaque vissée a des avantages et des inconvénients [6]. Dans cette étude, la complication était mécanique et liée à la présence de la plaque vissée. Le but de l'étude était de partager l'expérience de l'ablation d'une plaque vissée longtemps incluse dans la corticale fémorale d'un adulte jeune.

Cas clinique

Monsieur B.O.A âgé de 25 ans, aux antécédents d'une fracture fermée de la diaphyse fémorale à l'âge de 4 ans traitée par ostéosynthèse par plaque vissée, avec une suite opératoire marquée par sa disparition après consolidation, avait consulté dans notre service pour traumatisme fermé de la cuisse gauche. Le bilan clinico-radiologique avait mis en évidence une fracture oblique fermée du tiers moyen de la diaphyse

fémorale adjacente sur matériel d'ostéosynthèse [Figure I]. L'indication d'une ostéosynthèse par clou centromédullaire verrouillé était donc posée.

L'intervention était déroulée en deux temps : l'ablation de la plaque vissée et l'ostéosynthèse par enclouage centromédullaire du fémur fracturé. Le premier temps opératoire était laborieux. La plaque vissée était découverte. Elle était celle montée lors de l'intervention à l'enfance du patient. Elle était entièrement incluse dans la corticale de la diaphyse fémorale de sorte que les vis étaient complètement recouvertes par le périoste [Figure II]. Une ostéotomie linéaire était nécessaire afin de découvrir les 6 vis de la plaque. Le dévissage était ensuite facilement réalisé, progressivement jusqu'à permettre l'ablation de la plaque [Figure III]. Enfin au second temps opératoire, l'intervention avait consisté à l'enclouage centromédullaire. Après un alésage à la taille 11, le clou était introduit dans le canal médullaire puis verrouillé en dynamique selon la technique usuelle. Le deuxième temps opératoire était déroulé sans difficulté majeure.

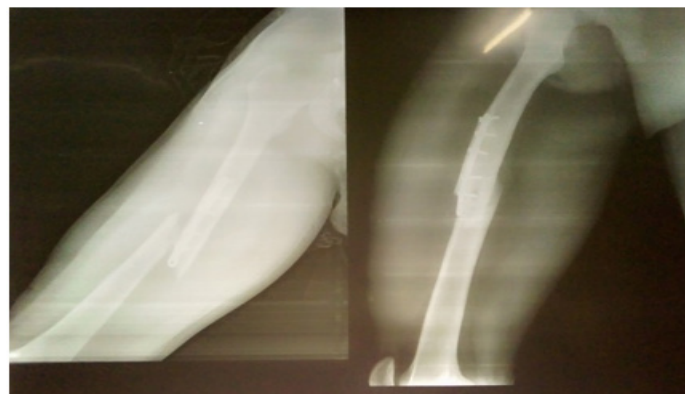


Figure 1 : radio post-opératoire du fémur



Figure 2 : Découverte du foyer de fracture et de la plaque intra-corticale.

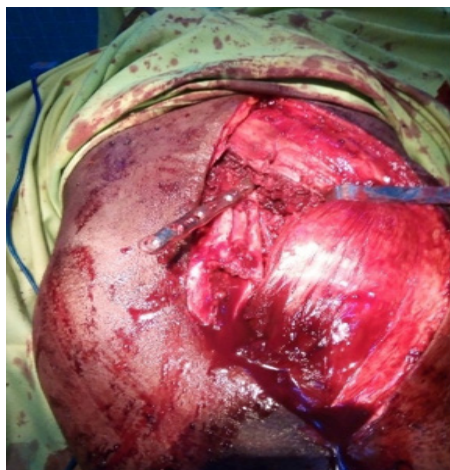


Figure 3 : Ablation complète de la plaque.

Discussion

La plaque vissée fait partie des implants qui peuvent être utilisés dans les ostéosynthèses de la fracture diaphysaire fémorale chez l'enfant. Comme le cas de cette étude, plusieurs auteurs utilisent également dans leurs travaux la plaque vissée dans l'ostéosynthèse d'une fracture fémorale chez l'enfant [7 - 9]. Dans tous les cas, les auteurs avaient rencontré des avantages et des complications.

- *Avantages*

Ils sont peu nombreux. Pour une ostéosynthèse par plaque vissée, l'amplificateur de brillance n'est pas nécessaire lorsque l'on réalise un abord direct sur le foyer ouvert [6]. Ainsi les irradiations sont évitées, surtout chez un être en croissance. Dans une prise en charge de fracture diaphysaire du fémur, l'ostéosynthèse permet la mobilisation précoce des articulations de la hanche et surtout du genou évitant ainsi une raideur.

En outre, certains auteurs ont qualifié de très efficace l'ostéosynthèse par plaque vissée dans le traitement chirurgical des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant [5]. Sur une série de 60 enfants avec des fractures diaphysaires du fémur traitées par ostéosynthèse par plaque vissée, Caird et coll. avaient pu, après prise en charge, les réinsérer tous dans la vie sociale [10].

- *Inconvénients*

Ils sont plus nombreux comparés aux avantages. La plaque vissée entraîne un certain nombre

d'inconvénients si elle est utilisée dans l'ostéosynthèse de la diaphyse fémorale chez l'enfant. Les complications assez régulièrement rencontrées dans la littérature étaient: l'infection de la plaie opératoire, la défaillance du matériel, l'inégalité de longueur des membres après consolidation [6, 7, 10]. Parmi ces complications, la plus majeure était l'inégalité de longueur démontrée dans l'étude réalisée par l'équipe de Mirzatolouei [11]. Lors de l'examen physique de notre patient, aucune inégalité de longueur n'était retrouvée. La survenue de l'infection est parfois favorisée par l'abord direct du foyer de fracture qui en augmente le risque. Dans cette étude, il était impossible de prouver la présence d'une infection du site opératoire. Contrairement aux présents travaux, les cicatrices des voies d'abord étaient parfois plus importantes entraînant des chéloïdes [10]. La cicatrice de l'intervention réalisée dans l'enfance de notre patient avait disparu. La chéloïde n'était pas présente. D'une part, il y a un risque de re-fracture suite à l'amincissement des corticales causé par la présence de la plaque. D'autre part, l'ablation de la plaque a sa propre morbidité [6]. C'était exactement le cas dans cette étude. La présence de la plaque vissée incluse dans la corticale du fémur du patient avait paru contribuer à la fragilisation du segment osseux. Ce qui avait facilité la survenue de la fracture à la moindre occasion. Enfin dans cette étude, l'ablation de la plaque était laborieuse jusqu'à nécessiter un nouveau déperiochage comme l'avaient démontré certains auteurs [6].

- *Synthèse*

Plusieurs options thérapeutiques existent pour traiter la fracture diaphysaire du fémur. La plaque vissée est acceptable à condition de respecter les conditions de réalisation et de suivi. Il faut choisir une méthode de traitement la moins invasive possible afin de minimiser les inconvénients. S'il doit en avoir, les complications doivent être négligeables.

Le respect des consignes est souvent délicat pour certains parents d'enfants. Notre patient avait disparu après sa première ostéosynthèse. Dans une ostéosynthèse par plaque vissée, il est recommandé

d'ablater le matériel dès après la consolidation [6]. Cependant, notre patient avait vécu avec l'implant pendant plusieurs années. Par conséquent, la plaque vissée s'était donc constituée en facteur favorisant de fracture de par son inclusion dans la corticale.

Par ailleurs dans la littérature, le traitement chirurgical le plus utilisé est l'enclouage centromédullaire élastique stable (ECMES) suivi de la fixation externe pour les fractures ouvertes. L'ostéosynthèse par plaque visée est de moins en moins pratiquée dans le traitement chirurgical de la fracture diaphysaire du fémur chez l'enfant. [12].

D'une manière générale, plus l'enfant a moins de 6 ans, plus il sied de choisir un traitement orthopédique. Notre patient avait 4 ans, un traitement orthopédique lui aurait évité cette morbidité. Le traitement orthopédique est aussi jusqu'à nos jours resté une des meilleurs options pour le traitement d'une fracture de la diaphyse chez l'enfant. Plusieurs travaux avaient démontré son efficacité [13]. Plusieurs auteurs proposent le traitement orthopédique en première intention. Pour une fracture fermée de la diaphyse fémorale chez un enfant de moins de 6 ans, il faut autant que possible opter pour un traitement orthopédique.

Conclusion

Beaucoup de choix thérapeutiques existent de nos jours pour les fractures fémorales chez l'enfant. Il est préférable de choisir un traitement accessible et facile de manipulation. Un traitement moins invasif entraînant le moins de complication possible. La plaque vissée entraîne chez l'enfant plus de complications que d'avantages. Le cas de cette étude doit permettre d'attirer l'attention de la communauté chirurgicale quant à l'usage de cet implant chez l'enfant. Son utilisation dans les ostéosynthèses chez l'enfant est délicate et doit se faire avec beaucoup de rigueur. Avec l'expérience de cette étude, la prudence sera dorénavant de l'éviter au maximum et de choisir un traitement orthopédique.

***Correspondance**

Feigoudozoui Hermann Victoir

hfeigoudozoui@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Mai 2021

1 : Service de Chirurgie Orthopédique et traumatologie CHU Yopougon, Abidjan, Côte-d'Ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Allison P, Dahan-Oliel N, Jando VT, Su Yang S, Handy RC. J Child Orthop. 2011 ; 5 : 101 – 108.
- [2] Flynn JM, Skaggs D, Sponseller PD, Ganley TJ, Kay RM, Leitch KK. The operative management of pediatric fractures of the lower extremity. J Bone Joint Surg Am. 2002 ; 84(12) :2288-2300.
- [3] Métaizeau JP. Fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant. Encycl Méd Chir, Appareil locomoteur. 2006; 14B-10.
- [4] Vitiello R, Lillo M, Donati F, Masci G, Noia G, De Santis V et al. Locking plate fixation in pediatric femur fracture: evaluation of the outcomes in our experience. Acta Biomed. 2019; 90(1): 110-115.
- [5] Beaty JH. Operative treatment of femoral shaft fractures in children and adolescents. Clin Orthop and related research. 2005 ; 434 :114 - 122.
- [6] Metaiezau JD et Denis D. Actualités dans les fractures de jambe chez l'enfant. Elsevier Masson SAS. Conférences d'enseignement Paris ; 2018, p. 203 - 212.
- [7] May C, Yen YM, Nasreddine AY, Hedequist D, Hresko MT, Heyworth BE. Complications of plate fixation of femoral shaft fractures in children and adolescents. J Child Orthop. 2013 ; 7 : 235 - 243.

- [8] Schwartz Cl. Devenir à l'âge adulte de 50 fractures du fémur, opérées chez l'enfant, entre 3 et 13 ans. *Orthop Traumatol.* 1994 ; 4 : 257-263.
- [9] Ndour O, Muzombo AM, Ndoye NA, Mbaye PA, Faye Fall A, Ngom G. Traitement des fractures du fémur de l'enfant: indications et résultats. À propos de 63 cas colligés au service de Chirurgie Pédiatrique du CHU Aristide le Dantec de Dakar, Sénégal. *Tunisie Orthopédique.* 2013 ; 6(1) : 66-71.
- [10] Caird MS, Mueller KA, Puryear A, Farley FA: Compression plating of pediatric femoral shaft fractures. *J Pediatr Orthop.* 2003 ; 23:448–452.
- [11] Mirzadolouei F, Afshar AR, Sarhadian R, Shishavi F. Length discrepancy following femur fracture plating in children. *Iranian J Orthop Surg.* 2009 ; 7(1) : 11 – 17.
- [12] Yaokreh JB, Odéhour-Koudou TH, Koffi KM, Sounkere M, Kouamé YGS, Tembely S. Surgical treatment of femoral diaphyseal fractures in children using elastic stable intramedullary nailing by open reduction at Yopougon Teaching Hospital. *Orthopaedics and Traumatology : Surgery and Research.* 2015 ; 100 : 589-592.
- [13] Berne D, Mary P, Damsin JP, Filipe G. Fracture de la diaphyse fémorale de l'enfant : traitement par plâtre pelvi-pédieux d'emblée. *RCOT.* 2003 ; 89(7) : 599-604.

Pour citer cet article :

HV Feigoudozoui, KD Soumaro, DA Sess, JB Sié-Essoh, I Bamba. Plaqué fémorale intra-corticale ablatée à 21 ans post-opératoires : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 145-149



Cas clinique

Toxidermie tardive secondaire à la prise de chlorpromazine vue au service de psychiatrie de l'hôpital National de Niamey (HNN) Niger : à propos d'un cas et revue de la littérature

Late toxidermia secondary to chlorpromazine seen in the psychiatric department of the National Hospital of Niamey Niger: about a case and review of the literature

MM Salifou Abdou^{*1,2}, B Bagué^{1,2}, KCC Sawadogo^{1,2}, OS Kambou^{1,2}, D Douma Maiga^{3,4}

Résumé

Les toxidermies sont des complications cutanéomuqueuses secondaires à l'administration interne des médicaments. Ces réactions d'hypersensibilités peuvent être immédiates ou retardées et l'intensité peut être légère, modérée ou sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Tous les médicaments y compris les psychotropes peuvent être en cause.

Nous rapportons à travers cet article le cas d'un patient âgé de 37 ans schizophrène depuis 5 ans suivi et traité par chlorpromazine et trihexyphendyl. L'évolution était favorable sur le plan psychiatrique avec une rémission complète de la symptomatologie mais marquée par l'apparition d'une toxidermie 5 ans après le début du traitement dont l'imputabilité de la chlorpromazine était retenue. Traité, l'évolution était favorable.

Mots-clés : toxidermie, schizophrénie, chlorpromazine, Niger.

Abstract

Toxidermia are skin-mucous complications secondary to the internal administration of medicines. These

hypersensitivity reactions may be immediate or delayed and the intensity may be mild, moderate or severe, which may be life-threatening. All medicines including psychotropes may be involved.

Through this article we report the case of a patient aged 37 years schizophrenic for 5 years followed and treated with chlorpromazine and trihexyphendyl. The development was psychiatric-friendly with complete remission of symptomatology but marked by the onset of a toxiderma 5 years after the start of treatment whose imputability of chlorpromazine was retained. Treaty, the development was favourable.

Keywords: toxidermia, schizophrenia, chlorpromazine, Niger.

Introduction

Les toxidermies sont des complications cutanéomuqueuses secondaires à l'administration par voie orale, parentérale, intramusculaires ou sous-cutané de médicaments (1,2). Il existe une très grande variabilité sémiologique et la symptomatologie n'est pas spécifique. Le plus souvent ces lésions sont

bénignes mais peuvent être quelques fois graves et engager le pronostic vital (1,2). Tous les médicaments dont les psychotropes peuvent en être responsables. Cependant l'imputabilité est difficile à prouver en raison du contexte de polymédication fréquent, des réactions qui peuvent être différées (3). Malgré une enquête étiologique bien conduite, 10% des cas de toxidermie restent sans cause et sont le plus souvent associés à *mycoplasma pneumoniae* (1). Nous rapportons le cas d'un patient schizophrène traité par chlorpromazine et trihexiphenidyl qui avait développé 5 ans après le début du traitement une toxidermie.

Cas clinique

Il s'agit d'un patient âgé de 37 ans, marié, cultivateur, sans antécédents pathologiques particuliers. Il était régulièrement suivi en psychiatrie pour schizophrénie paranoïde depuis 2014 et traité par chlorpromazine 200mg per os en une prise le soir associé à la trihexyphenidyl 5 mg comprimé si effets secondaires. L'évolution était marquée par une rémission complète de la symptomatologie psychiatrique après 2 mois de traitement. Cinq ans après le début du traitement, le patient avait présenté des lésions cutanées érythémateuses secondairement bulleuses peu nombreuses. Ces lésions étaient d'abord apparues au niveau des zones photoexposées à savoir les membres supérieurs et inférieurs puis se sont propagées par la suite à d'autres zones mais épargnant le visage et les muqueuses et n'était pas associée à une fièvre. Il consultait dans un centre de santé primaire après l'apparition des lésions et avait reçu un traitement non documenté avec poursuite du traitement par chlorpromazine. Devant l'extension des lésions, il décidait de consulter en dermatologie 10 jours après le début des lésions. Interrogé, le patient ne rapportait pas de notion de prise d'autres médicaments y compris le trihexyphenidyl, de phytothérapie et on ne notait pas d'infection dans le mois qui avait précédé l'apparition des lésions dermatologiques. Le diagnostic de toxidermie secondaire à la prise de la chlorpromazine était retenu. Cette dernière était

arrêté et le patient était traité par prédnisone 20mg par jour et desloratadine comprimé 5 mg par jour pendant 2 mois associée à l'azithromycine 500mg par jour et vitamine C 1000 mg, 1 comprimé par jour puis association acide fusidique et bethamethasone : 1 comprimé toutes les 12heures. L'évolution était favorable avec cicatrisation complète des lésions dermatologiques. L'imputabilité de la chlorpromazine était définitivement considérée. Concernant le traitement de la pathologie psychiatrique, le patient était mis sous halopéridol comprimé 5mg matin et soir avec une bonne évolution du tableau clinique.



Figure 1: images après la cicatrisation



Figure 2: images après cicatrisation

Discussion

Cet article rapporte le cas d'un jeune patient âgé de 37 ans suivi en psychiatrie pour schizophrénie paranoïde vu en consultation dermatologique pour toxidermie. La schizophrénie est l'affection psychiatrique la plus retrouvée chez les patients suivis pour une pathologie psychiatrique présentant une affection dermatologique (4). Mohamed Barrimi et col dans une étude transversale portant sur les affections dermatologiques chez les schizophrènes sur 12 mois avaient retrouvé 41% des schizophrènes et une moyenne d'âge des patients de 27 ans (4).

Chez notre patient, l'imputabilité de la chlorpromazine était retenue. Bien que les pathologies dermatologiques soit fréquentes en psychiatrie, la toxidermie est cependant rare (4, 5, 6, 10). Dans son étude M. Barrimi avait retrouvé 1,3% des cas de toxidermie iatrogène due aux antipsychotiques (4). Selon la littérature, les antipsychotiques sont connus pour causer des effets indésirables cutanés chez approximativement 2 à 5% des patients. En général le groupe de phénothiazines est une classe médicamenteuse rapportant rarement des cas d'atteintes cutanées. Cependant on peut retrouver des cas de dermatite sous chlorpromazine, lévomepromazine et pérazine (9). Lasic et al avaient rapporté un cas d'exanthème médicamenteux sous chlorpromazine (11).

Le délai d'apparition des lésions dermatologiques était long, environ 5 ans chez notre patient. Selon plusieurs auteurs, les réactions cutanées surviennent dans le premier mois après l'initiation du traitement (1, 9, 12).

Les mécanismes des réactions cutanées ne sont pas encore bien élucidés. Les mécanismes physiopathologiques à l'origine des toxidermies sont multiples ce qui explique la grande diversité sémiologique observée. Cependant, ils peuvent être schématiquement repartis en 2 groupes, d'une part les mécanismes immunologiques et immunoallergiques médiés par des effecteurs cellulaires et humoraux du système immunitaire et d'autre part par des mécanismes toxiques et ou pharmacologiques dans

lequel le médicament exerce directement son effet sur la cible (1).

Le retard de consultation chez notre patient était de 10 jours. Le retard de consultation chez les malades mentaux et surtout les schizophrènes que ce soit pour la maladie mentale ou pour une affection somatique était rapportée par plusieurs auteurs (8,7).

Le traitement chez notre patient a consisté à l'arrêt de la chlorpromazine, à l'administration d'un antihistaminique, un corticoïde et un antibiotique. Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge de la toxidermie et le traitement demeure symptomatique (13,14).

Conclusion

Les toxidermies sont des complications cutanéomuqueuses secondaires à l'administration de médicaments et toutes les classes thérapeutiques peuvent être en cause. Ces réactions peuvent être aiguës ou différées rendant ainsi l'enquête d'imputabilité difficile. Ce cas clinique nous rappelle ainsi la possible survenue de ces formes différées et la nécessité pour le clinicien de bien éduquer le patient et sa famille sur les réactions dermatologiques pouvant apparaître au cours du traitement permettant ainsi d'éviter le retard diagnostique mais aussi de prise en charge.

*Correspondance

Mahamane Mobarak Salifou Abdou

mobaraksalifou@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Mai 2021

1 : CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

2 : Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

3 : Hôpital National de Niamey, Niger

4 : Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Lebrun-Vignes B, Valeyrie-Allanore L. Toxidermies. *Rev Médecine Interne*. avr 2015;36(4):256-70.
- [2] Thielen A-M, Toutous-Trellu L, Desmeules J. Les toxidermies médicamenteuses. *Rev Med Suisse*. juillet 2008; 4: 1671-5.
- [3] Maiga DD, Salissou L, Daou M. Obstacles à la conduite d'une enquête d'imputabilité d'une toxidermie médicamenteuse selon la méthode de Bégau en psychiatrie. A propos d'un cas clinique et d'une revue de la littérature. *Pan Afr Med J*. 2014;17: 1-4.
- [4] Barrimi M, Aalouane R, Hlal H, Benchat L, Mernissi FZ, Rammouz I. Affections dermatologiques en psychiatrie : étude transversale sur 12 mois. *L'Information psychiatrique* 2016 ; 92 : 317-26.
- [5] Bliss SA, Warnock JK, Psychiatric medications: Adverse cutaneous drug reactions. *Clin Dermatol* Jan-Feb 2013;31(1):101-9.
- [6] Mitkov MV, Trowbridge RM, Lockshin BN, Caplan JP. Dermatologic Side Effects of Psychotropic Medications . *Psychosomatics*. 2014 Jan-Feb; 55:1-20
- [7] Din O. approche épidémiologique de la schizophrénie au service de psychiatrie du CHU du POINT G . Thèse de doctorat. Bamako: Université du Mali; 2010.
- [8] Karfo K: Itinéraire de la maladie mentale en Afrique: le cas de la schizophrénie au Burkina Faso. *Psy cause*. 2009; 53: 21-5
- [9] Calvet P, Clément J-P, Rouzard-Laborde C, Calvet B. Traitement par psychotropes, doit-on se méfier des réactions cutanées ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juill 2017;175(6):583-90.
- [10] Claire T. Toxidermies à la carbamazépine vues à l'usfr de dermatologie du CHU/JRB. Thèse de doctorat. Antananarivo: université d'Antananarivo. 2020.
- [11] Lasic´ D, MZ Cvitanovic´, Ugles´ic´ B, Vis´ic´ V, Hlevnjak I. Exanthema medicamentosum as a side effect of promazine. *Psychiatri Danub*. 2011;23:194-7.
- [12] Bayonne Kombo ES, Loubove HC, Kanga Okandze A, Gathés A. Les toxidermies sévères à l'hôpital de référence

de Talangai à Brazzaville (Congo) the journal of medicine of biomedicale science 2019;20(6): 63-6

- [13] Duong TA, Valeyrie-Allanore L, Wolkenstein P, Chosidow O. Severe cutaneous adverse reactions to drugs. *Lancet*. Oct 2017; 390(10106):1996-2011
- [14] Bourrain J-L. Toxidermies. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. nov 2019;146(11):740-55.

Pour citer cet article :

MM Salifou Abdou, B Bagué, KCC Sawadogo, OS Kambou, D Douma Maiga. Toxidermie tardive secondaire à la prise de chlorpromazine vue au service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey (HNN) Niger : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 150-153



Article original

Amélioration des connaissances, des attitudes à propos de 71 patients hypertendus et/ou diabétiques suivis au CSCom-Universitaire de Konobougou

Improvement of knowledge, attitudes regarding 71 hypertensive and / or diabetic patients followed at the CSCom-Universitaire of Konobougou

F Dakouo¹, MB Coulibaly*², BK Coulibaly³, I Tembiné², A Konaté⁴, IB Bengaly⁵, AA Niangaly², M Maïga⁶

Résumé

Introduction : L'hypertension et le diabète sont deux pathologies non transmissibles qui représentent un problème majeur de santé publique et populationnel eu égard à l'évolution exponentielle de leur morbidité et mortalité en Afrique. L'étude que nous avons menée visait à évaluer les connaissances, l'attitude de 71 patients hypertendus et/ou diabétiques au CSCom-universitaire de Konobougou afin d'améliorer leur condition de vie avec leur maladie.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude de recherche action sur une durée de quatre mois allant d'Août à novembre 2019 au CSCom-U de Konobougou.

Résultats : Dans cette étude où 71 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 55,80 ans, 54 étaient hypertendus, 4 diabétiques et 13 HTA/diabétiques. L'évaluation primaire nous a permis de relever les insuffisances afin d'apporter les réponses exactes et à l'évaluation secondaire un grand progrès a été observé : la définition exacte des pathologies (97,2% Diabète et 94,4% HTA), la connaissance des causes (91,5% Diabète et 88,7% HTA). **Conclusion :** Cette étude a mis en lumière l'insuffisance qu'ont souvent les praticiens à donner les informations sur

la maladie du patient et nous réconforte dans le fait que le malade peut vite comprendre et adhérer à cette philosophie de chercher à mieux connaître sa maladie. **Mots-clés :** connaissances, attitudes, hypertendus, diabétiques, CSCom-Universitaire Konobougou.

Abstract

Introduction: Hypertension and diabetes are two non-communicable pathologies which represent a major public and population health problem in view of the exponential evolution of their morbidity and mortality in Africa. The study we conducted aimed to assess the knowledge, attitude of 71 hypertensive and / or diabetic patients at the Konobougou University CSCom in order to improve their living conditions with their disease.

Methodology : This was an action research study lasting four months from August to November 2019 at CSCom-U in Konobougou.

Results: In this study where 71 patients were included with an average age of 55,80 years, 54 were hypertensive, 4 diabetics and 13 hypertension / diabetics. The primary evaluation allowed us to identify the shortcomings in order to provide the exact answers

and at the secondary evaluation a great progress was observed: the exact definition of pathologies (97,2% Diabetes and 94,4% hypertension), knowledge of the causes (91,5% Diabetes and 88,7% HTA).

Conclusion: This study highlighted the insufficiency that practitioners often have in providing information on the patient's illness and comforts us in the fact that the patient can quickly understand and adhere to this philosophy of seeking to better understand his illness.

Keywords: knowledge, attitudes, hypertensive, diabetics, CSCoM-Universitaire Konobougou.

Introduction

Dans la prise en charge des maladies chroniques, les représentants du corps médical attendent généralement des patients qu'ils réalisent une part plus ou moins importante des activités de soins qui sont liées au traitement quotidien de leurs affections en dehors de la sphère médico-hospitalière. La réalisation de ces activités s'apparente à un véritable « travail du patient » pour reprendre la notion forgée par Anselm Strauss et ses collaborateurs (1). Au cours de ces dernières années, l'éducation thérapeutique des patients a notablement évolué, en passant également de l'apprentissage de connaissances, puis de compétences à des changements de comportement (2).

L'hypertension artérielle (HTA) et le diabète sont des pathologies chroniques et constituent un problème de santé publique à l'échelle mondiale en raison de leur fréquence (3, 4, 5). Ces deux pathologies constituent chacune un facteur de risques cardiovasculaires, neurologiques et rénaux qui sont lourds pour la population (6, 7).

Plus d'un quart (26,4 %) de la population mondiale adulte est hypertendue, et cette proportion devrait atteindre 29,2% à l'horizon 2025, soit près de 1,6 milliard de sujets hypertendus (4), alors que selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) 422 millions de personnes étaient atteintes de diabète dans le monde soit une personne sur onze en 2014 (8)

et prévoit une croissance mondiale de la prévalence du diabète, qui devrait atteindre 300 millions de malades en 2025 (9). La prévalence de l'hypertension artérielle et du diabète en Afrique subsaharienne est en augmentation, manifestation d'une transition épidémiologique rapide, et demande la mobilisation de ressources importantes par ces pays (5, 9, 10). Dans une étude réalisée en 2016, 8,84% des patients étaient diabétiques lors des consultations externes (11) par contre en 1994 dans une autre étude, l'HTA représentait 20,83% des consultations externes (12).

La hausse de la morbidité et la mortalité liée à l'HTA et au diabète ne sont plus à démontrer. Toutes les revues scientifiques sur le sujet évoquent la grande part de responsabilité : du sédentarisme, l'inadéquation du régime alimentaire et le stress. A ceux-ci s'ajoutent les difficultés de la prise en charge inhérentes au plateau technique, le personnel et la connaissance, attitude des patients. C'est pour apporter une amélioration aux connaissances, attitudes et pratiques des patients que cette étude a été menée dans le Centre de Santé Communautaire et Universitaire (CSCoM-U) de Konobougou.

Méthodologie

Notre étude a été réalisée dans le CSCoM-U de Konobougou. Il s'agissait d'une étude de recherche action basée sur les connaissances attitudes. Elle s'est déroulée sur quatre (4) mois d'Août à novembre 2019. Ont été concernés par cette étude les patients des deux sexes déjà suivis ou ayant été diagnostiqués pendant la période de l'étude dans la structure pour HTA et/ou Diabète. Les patients HTA et/ou Diabétiques de passage, les patients atteints d'autres pathologies ne faisaient pas partie de cette étude.

Notre étude s'est déroulée en trois phases, la première consistait à une évaluation initiale pour faire un état de lieu des connaissances sur l'hypertension artérielle et le diabète et à l'élaboration du plan d'action. La deuxième phase était consacrée à la mise en œuvre du plan d'action pour l'amélioration des connaissances sur ces pathologies à travers des séances d'information

d'éducation et de communication. Enfin la troisième a consisté à une évaluation finale pour observer l'évolution après l'exécution du plan d'action.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS 22 pour l'analyse des données.

Notre étude s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques liées à la recherche sur les sujets humains en vigueur.

Forces de l'étude : Notre cible dans la population générale était suivie au CSCom-U de Konobougou, la pertinence du sujet de recherche et l'adhésion des personnes concernées à cette étude.

Limites de l'étude : Il y avait un biais de compréhension pour certains et la proposition de la réalisation d'une activité physique à un âge avancé ou à des personnes ayant des incapacités physiques.

Résultats

Au total 71 patients des deux sexes ont participé à l'étude soit 57,7% de femme (n=41) et 42,3% d'homme (n=30). La tranche d'âge de 60 ans et plus était la plus représentée avec 42,3% des cas. L'âge moyen était de 55,80 ans avec des extrêmes de 40 ans et 82 ans.

Les non lettrés étaient au nombre de 51 soit 71,8%. Seulement 5 personnes de nos patients ont atteint le niveau secondaire.

Les professions de ménagère, de cultivateur et de commerçant étaient les plus représentées, respectivement 39,4%, 23,9% et 21,1%.

Plus de 75% des patients étaient hypertendus, 18,3% avec une comorbidité HTA et Diabète et seulement 5,6% diabétiques.

Au début de l'étude la majorité de nos patients connaissait le diabète (93%), mais seulement un peu moins de la moitié savait la vraie définition (49,3%) au début de l'étude. Après le plan d'action tous avaient une connaissance parfaite du diabète (100%) et seulement 2,8% n'avaient pas saisi la définition.

Au début 84,5% des patients ignoraient les causes du diabète, aussi un peu moins d'un quart parmi eux (23,9%) affirmaient que le diabète est transmissible.

A la fin de l'étude ces indicateurs se sont améliorés avec respectivement 8,5% (n=6) et 4,2% (n=3).

Les symptômes du diabète étaient connus par 28,2% soit 20 patients au début de l'étude et les symptômes les plus cités étaient la polyurie (23,9%), polydipsie (8,5%) et la polyphagie (4,2%). Ces fréquences se sont doublées même triplées à la fin de l'étude pour la polyurie et la polydipsie avec respectivement 50,76%, 37,1%. Contrairement au début où nous avons enregistré 74,6% n'ayant pas cité de signe, c'était seulement dans 2,3% des cas à la fin de l'étude. A la fin de l'étude seulement 5,6% soit 4 patients ne connaissaient pas l'existence de complication alors qu'ils étaient environ 33,8% au début. Les complications citées par les patients étaient entre autres les macros angiopathies de façon générale (56,3% au début et 60,4% à la fin). Le nombre de patient ayant citée au début la rétinopathie, la neuropathie, et la néphropathie a totalement quadruplé à la fin.

Presque la totalité de nos patients au début (95,8%) comme à la fin de l'étude (100%) savait qu'un traitement existe pour le diabète. Par ailleurs presque la moitié (49,3%) pensait qu'on peut guérir totalement du diabète au début. A la fin c'est seulement 11,3% (8) qui le pensaient encore.

L'existence de mesures de prévention pour le diabète était connue par la majeure partie des patients au début comme à la fin (84,5% avant et 98,6% après). Au début c'étaient 16,9% (n=12) qui n'avaient pas réussi à citer une méthode de prévention contre seulement une personne soit 1,4% à la fin. Plus de trois quarts (83,1%) avaient réussi à citer deux méthodes de prévention en fin d'étude ce qui était de 19,3% au début de l'étude.

La moitié (50,7%) des patients au départ de l'étude niait l'existence de facteurs favorisants et 36,6% ignoraient ; à la fin, ils étaient seulement 16,9% à le nier et un seul (1,4%) avait ignoré l'existence de facteurs favorisants.

Au début de l'étude la majeure partie des patients ne pouvait décrire un facteur favorisant (85,9%), cette fréquence est revenue à 23,9% à la fin de l'étude. Par ailleurs le facteur le plus cité avant et après l'étude est

la sédentarité (11,3% avant et 47,9% après).

L'HTA était connue par tous nos patients depuis le début de l'étude. Par contre seulement 8,5% (n=6) connaissaient réellement la définition de l'HTA, cet indicateur est revenu à 94% à la fin de l'étude.

Au début de l'étude la majeure partie des patients (95,8%) ne connaissait pas les causes de l'HTA, 88,7% savaient qu'elle n'est pas transmissible. A la deuxième évaluation c'était seulement 11,3% qui ne connaissaient pas toujours la cause de l'HTA et 2,8% pensaient que l'HTA est transmissible.

La majeure partie des patients connaissait les symptômes principaux de l'HTA au début comme à la fin respectivement 91,5% et 100%. Les symptômes les plus cités au début étaient ; les céphalées avec 69% (n=49) et les vertiges avec 60,56% (n=43). Les céphalées et les vertiges ont été respectivement cités 93% et 85,9% à l'évaluation finale. Les bourdonnements d'oreille qui ont été cités par 16,90%, étaient revenus avec 26,76% à la fin. L'existence de complication était connue par la plupart des patients 83,1% au début et 95,8% après le plan d'action. Les complications neurologiques étaient les plus nommées au début (85,1%) comme à la fin de l'étude (90, 14%).

Les patients avaient presque tous connaissance de l'existence d'un traitement pour l'HTA au cours de l'étude (95,8% au début et 98,6% à la fin). Cependant 38% d'entre eux pensaient qu'on peut totalement guérir à l'évaluation initiale contre une baisse de 1,4% soit seulement une personne à la fin de l'étude.

La possibilité de prévenir l'HTA était connue par la majeure partie des patients (90,1% au début et 98,6% à la fin). Au début c'était un peu plus du tiers soit 36,62% qui avaient cité 2 méthodes de prévention, à la fin c'était largement plus de la moitié qui avait donné 2 méthodes de prévention (90,14%).

Au début c'était seulement 18,3% qui connaissaient les facteurs favorisant l'HTA, à la fin ils étaient à 80,3%.

Pour le suivi de leur HTA 31,6% (n=26) faisaient un contrôle au deçà d'une fois par mois au début, à la fin ils avaient tous compris que le contrôle s'était au

minimum une fois dans le mois.

Les patients étaient disponibles à faire une activité physique (91,5% à la fin) contre 8,5% au début de l'étude. Dans 73,3% des cas, ils voudraient faire une activité physique trois fois par semaine contre 19,7% des cas qui la faisaient au début de l'étude.

Discussion

Le sexe féminin était le plus représenté avec 57,7% (n=41) contre 42,3% d'homme (n=30). Nous avons attribué cela au fait que les femmes auraient plus d'espérance de vie que les hommes associée à la survenue de ces pathologies vers le troisième âge. Notre résultat se rapprochait un peu à celui de Perrine A L et al qui avaient trouvé 55% des femmes (13). La même prédominance féminine a été observée chez les hypertendus dans les études de Yayehd K et al, de Miandrisoa RM et al et de Tougouma SJB et al qui avaient respectivement trouvé 54,7%, 61,56% et 63,63% (14, 15, 16).

L'âge moyen était à 55,80 ans avec des extrêmes de 40 ans et 82 ans. Ce résultat s'expliquerait par l'augmentation des maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle et le diabète vers le troisième âge que le reste de la population. Notre résultat était légèrement semblable à celui de Miandrisoa RM et al et à celui de Louda F et al avec respectivement 57,19% et 54,1% chez les hypertendus (15, 17). La même similitude d'âge a été constatée chez les diabétiques avec 54,5% selon Coulibaly A et al (18).

Plus de 75% des patients étaient hypertendus, 18,3% avec une comorbidité HTA et Diabète et seulement 5,6% diabétiques. Cela démontrait la prédominance des hypertendus par rapport aux diabétiques d'une part et d'autre part que la comorbidité occupait une place non négligeable. L'association hypertension artérielle et diabète était à 3,2% et 6,8% dans le travail de Perrine et al et de celui de Tougouma SJB et al (13,16). Cependant Fourcade L et al pensaient que l'association de l'hypertension artérielle au diabète de type 2 est fréquente et particulièrement délétère (4). Au début de l'étude, la majorité de nos patients

connaissait le diabète (93%), mais seulement un peu moins de la moitié savait la vraie définition (49,3%) au début de l'étude. Après le plan d'action tous avaient une connaissance parfaite du diabète (100%) et seulement 2,8% n'avaient pas saisi la définition. L'HTA était connu par tous nos patients depuis le début de l'étude. Par contre seulement 8,5% (n=6) connaissaient réellement la définition de l'HTA, cet indicateur est revenu à 94% à la fin de l'étude. Ces résultats de début de l'étude signifieraient que probablement des explications n'ont pas été données à ces patients par rapport aux différentes définitions lors de leur prise en charge et au cours de leur suivi. Les résultats d'une étude réalisée en Virginie en 1999 montrent que parmi la population diabétique, il y avait un manque de connaissances du diabète, aussi bien avant qu'après le diagnostic selon Tessaro I et al (19). Tandis que 78,32 % des patients ont déclaré connaître le terme d'HTA, pourtant seuls 33,5 % connaissaient la définition exacte dans le travail de RM Miandrisoa, résultat inférieur à celui du nôtre (15), mais dans l'étude de Tougouma SJB 68,18% des patients avaient des connaissances sur l'HTA (16). Les symptômes du diabète étaient connus par 28,2% soit 20 patients au début de l'étude et les symptômes les plus cités étaient la polyurie (23,9%), polydipsie (8,5%) et la polyphagie (4,2%). Ces fréquences se sont doublées même quadruplées à la fin de l'étude pour la polyurie et la polydipsie avec respectivement 50,76%, 37,1%. Il faut noter que contrairement au début où on avait enregistré 74,6% n'ayant pas cité de signe on se retrouve seulement à 2,3% à la fin. Cela signifierait qu'avant le plan d'action face à ces symptômes, les patients n'allaient pas penser au diabète le plus souvent ce qui aboutirait à une prise en charge tardive et parfois même avec des complications. La majeure partie des patients connaissait les symptômes principaux de l'HTA au début comme à la fin respectivement 91,5% et 100%. Les symptômes les plus cités au début étaient ; les céphalées avec 69% (n=49) et les vertiges avec 60,56% (n=43). Les céphalées et les vertiges ont été respectivement cités 93% et 85,9% à l'évaluation finale. Les

bourdonnements d'oreille qui ont été cités seulement que 16,90% étaient revenus avec 26,76% à la fin. Nous pensons que la connaissance de ces symptômes est un bon signe car pousserait les malades à une consultation médicale précoce pour la prise en charge rapide de leur hypertension au besoin avant son retentissement. Alors que les signes les plus cités par les enquêtés étaient les céphalées et les vertiges dans 55% des cas dans le travail de Tougouma SJB et al (16). Cependant Fourcade L et al pensaient qu'en Afrique subsaharienne, l'HTA reste souvent longtemps méconnue et que le diagnostic était porté à l'occasion des grandes complications évolutives cardiovasculaires et rénales (4).

Par ailleurs presque la moitié (49,3%) pensait qu'on guéri totalement du diabète au début, à la fin c'était seulement 11,3% (8) qui le pensaient encore. Cependant 38% d'entre eux pensaient qu'on peut totalement guérir d'HTA à l'évaluation initiale contre une baisse à la fin à 1,4% soit seulement une personne. Le grand risque serait qu'avec ces pensées beaucoup de patients pourraient abandonner le traitement médical qui se solderait par des complications parfois fatales.

L'existence de mesures de prévention pour le diabète étaient connue par la majeure partie des patients au début comme à la fin (84,5% avant et 98,6% après). Au début c'étaient 16,9% (n=12) qui n'avaient pas réussi à citer une méthode de prévention contre seulement une personne soit 1,4% à la fin. Plus de trois quarts (83,1%) avaient réussi à citer deux méthodes de prévention en fin d'étude ce qui était de 19,3% au début de l'étude. La possibilité de prévenir l'HTA était connue par la majeure partie des patients (90,1% au début et 98,6% à la fin). Au début c'était un peu plus du tiers soit 36,62% qui avaient cité 2 méthodes de prévention, à la fin c'était plus de la moitié qui avait donné 2 de ces méthodes (90,14%). La connaissance de ces mesures faciliterait la pratique d'une ou plusieurs de ces méthodes pour la prévention. Tandis que Mathieu-Fritz A et Guillot C ont annoncé que le traitement du diabète consistait en premier lieu principalement, pour tous les patients, à adopter

des mesures hygiéno-diététiques adaptées (20), cette même idée a été émise par Burnier M et al dans la prise en charge de l'HTA qui disaient que la prise en charge des patients hypertendus comprenait toujours les mesures non pharmacologiques (21). Alors que Steichen O et al pensaient que la réduction de fardeau lié à l'HTA reposait sur la prévention à l'échelle de la population et que les mesures hygiéno-diététiques permettaient de réduire la PA de façon modeste (22). Cependant, la Banque Mondiale suggèrait la nécessité de connaître l'importance de l'hypertension afin de permettre la mise au point des programmes de prévention au sein de nos populations selon Yayehd K et al (14).

Les patients étaient disponibles à faire une activité physique (91,5% à la fin) contre 8,5% au début de l'étude. Dans 73,3% des cas, ils voudraient faire une activité physique trois fois par semaine contre 19,7% des cas qui la faisaient au début de l'étude. Le résultat de l'évaluation finale serait dû à la compréhension des complications de ces maladies, des facteurs de risque d'une part et le fait que nous avons accordé une importance aux mesures de prévention d'autre part. Alors que Duclos M et al avaient trouvé que peu de patients diabétiques avaient un niveau d'activité physique suffisant bien que cela soit une mesure de prise en charge et de prévention (23). Tandis que le niveau d'éducation physique chez les hypertendus était bas à 37,9% et modéré ou élevé dans 62,1% dans le travail effectué par Perrine A L et al (13). Cependant l'activité physique régulière est aujourd'hui reconnue comme un des piliers du traitement du diabète de type 2 selon Perrin C et al (24).

Conclusion

Cette étude a mis en lumière l'insuffisance qu'ont souvent les praticiens à donner les informations sur la maladie du patient et nous réconforte dans le fait que le malade peut vite comprendre et adhérer à cette philosophie de chercher à mieux connaître sa maladie. Ainsi la communication est importante lors de la prise en charge des maladies chroniques en particulier

le diabète et hypertension artérielle pour créer un partenariat permettant de faire passer les messages clés. Des programmes communautaires d'éducation sanitaire précoce et continus seraient nécessaires pour le changement de comportements liés à la perception de ces malades qui permettrait d'améliorer la gestion de ces maladies.

*Correspondance

Mamadou Bayo Coulibaly

bayo_coul@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Mai 2021

- 1 : Centre de santé de référence de Bankass (Mopti-Mali)
- 2 : Centre de santé communautaire et universitaire de Konobougou (Ségou-Mali)
- 3 : Centre de santé communautaire et universitaire de Sanoubougou 2 (Sikasso-Mali)
- 4 : Centre de santé communautaire et universitaire de Sègue (Koulikoro-Mali)
- 5 : Centre de santé communautaire et universitaire de Koniakary (Kayes-Mali)
- 6 : Projet Communautés Locales d'Enseignement pour des Femmes et des Filles en Santé (Bamako-Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mathieu-Fritz A, Guillot C. Les dispositifs d'auto surveillance du diabète et les transformations du « travail du patient » *Revue d'anthropologie des connaissances* 2017 ; 11 : 641-675.
- [2] Grant R W, Cagliero E, Dubey A K, Gildesgame C, Chueh H C, Barry M J et al. Clinical inertia in the management of

- Type 2 diabetes metabolic risk factors. *Diabet Med* 2004 ; 21 : 150-5.
- [3] Perrine A-L, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Revue de Biologie Médicale* 2019 ; 347 : 75-85.
- [4] Fourcade L, Paule P, Mafart B. Hypertension artérielle en Afrique subsaharienne actualité et perspectives. *Med Trop* 2007 ; 67 : 559-567.
- [5] Monteiro B, Gninafon M, Amoussou K J. Contribution à l'étude épidémiologique du diabète sucré de l'adulte au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou (C.N.H.U) – Bénin. *Médecine d'Afrique Noire* 1991 ; 38 : 264-269.
- [6] Louda, F, Addi H, Hallab L, Chadli A, Elghomari H, Farouqi A. P60 Hypertension artérielle et diabète de type 2. *Diabetes & Metabolism* 2010 ; 36 : A53-A54.
- [7] Steichen O, Plouin P F. Prise en charge actuelle de l'hypertension artérielle. *Revue de Médecine Interne* 2014 ; 35(4) : 235-242.
- [8] Organisation mondiale de la santé. L'OMS appelle à une action mondiale pour mettre un terme à la recrudescence du diabète et améliorer les soins. Mise à jour le 06/04/2016 <https://www.who.int/fr/news-room/detail/06-04-2016-world-health-day-2016-who-calls-for-global-action-to-halt-rise-in-and-improve-care-for-people-with-diabetes>
- [9] Gning S B, Thiam M, Fall F, Ba-Fall K, Mbaye P S, Fourcade L. Le diabète sucré en Afrique subsaharienne aspects épidémiologiques, difficultés de prise en charge. *Med Trop* 2007 ; 67 : 607-611.
- [10] Yayehd K, Damorou F, Akakpo R, Tchérou T, N'Da N W, Pessinaba S et al. Prévalence de l'hypertension artérielle et description de ses facteurs de risque à Lomé (Togo) : résultats d'un dépistage réalisé dans la population générale en mai 2011. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 2013 ; 62(1) : 43-50.
- [11] Diallo B A. Profil épidémiologique de l'HTA en milieu hospitalier, *Médecine d'Afrique noire* 1994 ; 41 : 153.
- [12] Coulibaly D, Bah M, Ouloguem N, Traoré B, Coulibaly F N, Traoré D Y et al. Association diabète et hypertension artérielle dans le service de médecine et d'endocrinologie de l'hôpital du Mali. *Annale d'endocrinologie* 2016 ; 77 : 502-503.
- [13] Perrine A L, Lecoffre C, Blacher J, Olié V. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Revue de Biologie Médicale* 2019 ; 347 : 75-85.
- [14] Yayehd K, Damorou F, Akakpo R, Tchérou T, N'Da N W, Pessinaba S et al. Prévalence de l'hypertension artérielle et description de ses facteurs de risque à Lomé (Togo) : résultats d'un dépistage réalisé dans la population générale en mai 2011. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 2013 ; 62(1) : 43-50.
- [15] Miandrisoa R M, Ramilitiana B, Rakotonnoel R R, Rasamoelina W, Ravaoavy H, Ralamboson S A et al. Connaissances de l'hypertension artérielle et de ses complications au Centre Hospitalier de Soavinandriana. *Journal of Current Medical Research and Opinion* 2020 ; 03 : 415-421.
- [16] Tougouma S J B, Hien H, Aweh A B, Yaméogo A A, Méda Z C, Kambiré Y et al. Prévalence et connaissances de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées: étude transversale menée à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Pan African Medical Journal* 2018 ; 30 : 243.
- [17] Louda F, Addi H, Hallab L, Chadli A, Elghomari H, Farouqi A. P60 Hypertension artérielle et diabète de type 2. *Diabetes & Metabolism* 2010 ; 36 : A53-A54.
- [18] Coulibaly A, Turgeon O'Brien H, Galibois I. Croyances et pratiques alimentaires chez des diabétiques de type 2 à Bamako (Mali). *Cahiers de Nutrition et de Diététique* 2009 ; 44(3) : 136-142.
- [19] Tessaro I, Smith SL, Rye S. Connaissance et perception du diabète dans une population des Appalaches. *Preventing Chronic Disease*, 2005 ; 2(2).
- [20] Mathieu-Fritz A, Guillot C. Les dispositifs d'autosurveillance du diabète et les transformations du « travail du patient ». *Revue d'anthropologie des connaissances* 2017 ; 11 : 641-675.
- [21] Burnier M, Wuerzner G. Hypertension artérielle. *Rev Med Suisse* 2019; 15 : 57-61.
- [22] Steichen O, Plouin P F. (2014). Prise en charge actuelle de l'hypertension artérielle. *Revue de Médecine Interne* 2014 ; 35(4) : 235-242.
- [23] Duclos M, Oppert J M, Vergès B, Coliche V, Gautier J F, Guezennec C Y et al. (2012). Activité physique et diabète de type 2. *Médecine Des Maladies Métaboliques* 2012 ; 6(1) : 80-96.

- [24] Perrin C, Champely S, Chantelat P, Sandrin B, Mollet E, Tabard N. Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français. Santé publique 2008 ; 20 : 213-223.

Pour citer cet article :

F Dakouo, MB Coulibaly, BK Coulibaly, I Tembiné, A Konaté, IB Bengaly et al. Amélioration des connaissances, des attitudes à propos de 71 patients hypertendus et/ou diabétiques suivis au CSCCom-Universitaire de Konobougou. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 154-161

*Article original*

Evaluation du système de référence/évacuation obstétricale du centre de santé de référence de Banamba, au Mali

Evaluation of the reference/obstetric evacuation system at the Banamba Reference Health Centre in Mali

MB Coulibaly*¹, A Traoré¹, MA Camara², B Kane⁴, M Sima³, B Touré⁵, A Sangaré¹, T Théra³, I Tégoué⁶, Y Traoré⁶

Résumé

La mortalité maternelle est un véritable problème de santé publique en Afrique subsaharienne où se passe la quasi-totalité des décès (99%). Ces décès sont favorisés par la faible disponibilité des établissements de santé offrant les soins obstétricaux d'urgence. L'objectif de cette étude était d'évaluer le système de référence/évacuation obstétricale au centre de santé de référence de Banamba. Il s'agissait d'une étude prospective du 1er Octobre 2017 au 30 Septembre 2018 au niveau de la maternité du centre de référence de Banamba. Nous avons colligés 284 cas de références/évacuations sur 1001 patientes ; soit une fréquence globale de 28,3%. Il s'agissait de femmes au foyer (97,89%) ; âgées de moins de 20 ans (40,85 %) ; nullipares (36,61%) ; provenaient de 20 centres périphériques. La distance moyenne parcourue était de 49 Km. Les patientes étaient adressées par les infirmiers (52,8%), et le transport était assuré par l'ambulance (63,03 %). Nos patientes référées étaient accompagnées par un agent de santé (83,33%). Le motif de référence/évacuation était les dystocies (33,45%). Nous avons enregistré 94,5%

d'adéquation de la référence/évacuation, et 30,3% de retard à l'évacuation. L'accouchement par voie basse représentait 42,3 % des interventions, et le taux de mortalité maternel était de 0,7%. Le pronostic des nouveau-nés était défavorable chez 20,4%.

Le système de référence/évacuation de Banamba est fonctionnel malgré quelques insuffisances liées aux conditions de transfert des patientes. Une implication des communautés demeure indispensable au bon fonctionnement du dit système.

Mots-clés : évaluation, référence, évacuation obstétricale, Banamba.

Abstract

Maternal mortality is a real public health problem in sub-Saharan Africa, where almost all deaths (99%) occur. These deaths are favored by the low availability of health facilities offering emergency obstetric care. The objective of this study was to assess the obstetric referral / evacuation system at the Banamba referral health center. This was a prospective study from October 1, 2017 to September 30, 2018 at the maternity ward of the Banamba reference center. We

had collected 284 cases of referrals / evacuations out of 1001 patients; ie an overall frequency of 28.3%. These were housewives (97.89%); aged under 20 (40.85%); nulliparous (36.61%); came from 20 peripheral centers. The average distance traveled was 49 km. Patients were referred by nurses (52.8%), and transport was provided by ambulance (63.03%). Our referred patients were accompanied by a health worker (83.33%). The referral / evacuation reason was obstructed labor (33.45%). We had recorded 94.5% referral / evacuation adequacy, and 30.3% evacuation delay. Vaginal birth accounted for 42.3% of interventions, and the maternal mortality rate was 0.7%. The prognosis of newborns was unfavorable in 20.4%.

The Banamba referral/ evacuation system is functional despite some shortcomings related to the conditions of transfer of patients. Community involvement remains essential for the proper functioning of the said system. Keywords: assessment, referral, obstetric evacuation, Banamba.

Introduction

La mortalité maternelle est un véritable problème de santé publique en Afrique subsaharienne où se passe la quasi-totalité de décès (99%) [1]. La majorité des décès maternels sont dus à des causes obstétricales directes à savoir l'hémorragie, les troubles hypertensifs, l'avortement et les infections [2] et sont favorisés par la faible disponibilité des établissements de santé offrant les soins obstétricaux d'urgence [3]. Devant l'ampleur du problème, les autorités publiques de l'Afrique de l'Ouest et du Centre se sont réunies à Bamako en 2001 pour dégager des voies et moyens appelés Initiative 2010 afin de réduire la proportion de risques liés à la grossesse et à l'accouchement de 66 à 75% avant 2010. Une des recommandations de ces pays a été la disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) qui constituera une mesure de la capacité de réponse du système de santé face aux complications

obstétricales et néonatales directes et indirectes, voie essentielle pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. D'après Adamson Peter [4], il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle et néo-natale est d'identifier le plus tôt possible les 15% des grossesses à risque exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

En France, selon une étude faite par Bouvier et Bréart, la mortalité maternelle se situe aux alentours de 9 ou 10 pour 100 000 naissances vivantes [5]. Au Mali, selon l'Enquête Démographique et de Santé 2018 (EDSM-VI), La mortalité maternelle en 2018 était de 325. Le taux de mortalité néonatale était de 33 pour 1000 naissances vivantes [6]. Cette mortalité maternelle concernait surtout les femmes à faible revenu qui résidaient en banlieue ou dans les communautés rurales pauvres et éloignées. Les femmes, à cause du faible accès géographique, économique et social aux soins obstétricaux d'urgence, présentaient un risque deux ou trois fois plus élevé de mourir que celles qui résidaient dans les municipalités. La plupart des complications obstétricales responsables des décès maternels surviennent pendant l'accouchement ou immédiatement après celui-ci soit à la maison ou dans les centres SONU [6]. Presque toutes les causes de mortalité maternelle sont évitables par l'accessibilité des femmes aux SONU de qualité [7]. Le système de référence / évacuation est un moyen incontournable pour l'accessibilité à ces soins. Au Mali quelques études ont porté sur l'évaluation du système de référence/ évacuation et sur les SONU. Cette étude est la première au niveau du district sanitaire de Banamba en deuxième région administrative du Mali. Elle avait pour objectif d'évaluer le système de référence/ évacuation obstétricale.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude analytique descriptive sur 12 mois (1er Octobre 2017 au 30 Septembre 2018); portant sur le recueil prospectif des données se rapportant aux cas d'urgences obstétricales évacuées

ou référées dans le centre de santé de référence (C.S.Réf) de Banamba. La préfecture de Banamba est située dans la 2^{ème} région administrative du Mali, avec une population de 181235 habitants et une superficie de 7500km². Le district sanitaire de Banamba comprenait vingt (20) aires de santé de niveau I, appelées centre de santé communautaire (C.S.Com). Ces centres de santé étaient gérés par une association de santé communautaire (A.SA.CO). Il s'agissait des femmes enceintes ayant consultées au C.S.Réf en urgence.

Ont été incluses dans l'étude, toutes les patientes enceintes, référées ou évacuées pour un problème obstétrical avec un support conventionnel (fiche de référence/évacuation). Chez qui, une prise en charge en urgence obstétricale a été faite du C.S.Réf pendant la période d'étude. N'ont pas été incluses, les patientes admises au centre pour un problème non obstétrical, les patientes venues d'elles-mêmes, et celles admises, sans support conventionnel. Les variables étudiées étaient: sociodémographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, le motif de la référence/évacuation, les moyens de transport, la distance et la durée du trajet, les soins et interventions chirurgicales, le paiement quote-part par les ASACO. L'exploitation documentaire avait pour but de recueillir des informations sur l'organisation et le fonctionnement du système de référence/évacuation. Un questionnaire individuel a été, adressé aux patientes reçues en urgence obstétricale, les membres des organes de gestion des ASACO et les collectivités locales. Les éventuels compléments d'informations ont été fournis par des appels téléphoniques.

L'évaluation du système de référence /évacuation avait porté sur : la préparation des patientes, les motifs de référence, les modalités de transports des patientes, la prise en charge des patientes au niveau du centre de référence de Banamba, les difficultés de prise en charge, sur le fonctionnement du système de référence/évacuation et le paiement d'une quote-part. Les données ont été traitées et saisies sur WORLD 2010 et analysées par le logiciel Epi info version 6.

Résultats

Nous avons colligés 284 cas de références/évacuations sur 1001 patientes enregistrés à la maternité du C.S.Réf de Banamba; soit une fréquence de 28,3%.

Les patientes de moins de 20 ans représentaient 40,85 %. Nos patientes étaient des femmes au foyer (97,89%) et des nullipares (36,61%). La distance parcourue était en moyenne de 49 Km avec des extrêmes de 0 à 105 km. La durée du trajet entre le C.S.Com et le C.S.Réf était indéterminée dans 37,3%. Les patientes étaient adressées par des infirmiers dans 52,8% des cas et le moyen de transport était assuré par l'ambulance (63,03 %). Nos patientes étaient accompagnées par un agent de santé dans l'ambulance dans 83,33% des cas. La référence n'était pas justifiée dans 28,5% des cas. Le diagnostic de la référence/évacuation était en adéquation dans 94,5% des cas, et nous avons constaté un retard à l'évacuation chez 30,3% des patientes. Les principales raisons du retard à l'évacuation étaient : la disponibilité de l'ambulance (63,9%), et le manque de trousse financière disponible (27,9 %) (Tableau I). Les principaux motifs étaient: les dystocies (33,45%), les grossesses à risque (22,88%), et les hémorragies (16,95%) (Tableau II). Le retard de 60 minutes a été constaté entre l'admission à la maternité et la prise en charge dans 30,28% des cas. L'accouchement par voie basse a été réalisé dans 51,8 % des cas (dont 9,1% par des instruments), suivie de la césarienne (32%). (Tableau III). Les dystocies représentaient 28,57% des indications de la césarienne. La transfusion sanguine avait concerné 17,96% des patientes. Les complications maternelles post opératoires concernaient 20,43% de nos patientes. Parmi elles, les plus fréquentes étaient ; les suppurations (47,4 %), les hémorragies et de l'anémie (15,8 % chacune). Nous avons enregistré 3,52% de cas d'évacuations vers les hôpitaux de 3^{ème} niveau (Centre Hospitalo-Universitaire). Le taux de mortalité maternel était de 0,7%. Le pronostic était défavorable chez 20,4% des nouveau-nés. Les quotes-parts payés par les centres périphériques représentaient 86,25%.

Tableau I : caractéristiques de la référence/évacuation

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age		
< 20 ans	116	40,85
Profession		
Femme au foyer	278	97,89
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	239	84,15
Parité		
Nullipare	104	36,61
Longueur du trajet en km		
< 50 km	140	49,31
50-100 km	89	31,33
≥ 100 km	5	1,76
Indéterminée	50	17,60
Durée du trajet en heure		
< 60mn	70	24,6
1H-1H59	53	18,7
2H-2H59	36	12,7
3H - 3H59	12	4,2
4H - 5H	7	2,5
Indéterminée	100	37,3
Agent référent		
Infirmier	150	52,8
Matrone	33	11,6
Médecin	83	29,2
Sage-femme	18	6,3
Moyen de locomotion		
Ambulance	179	63,03
Autres	105	36,97
Accompagnement par un personnel à bord de l'ambulance		83,33
Adéquation de la référence/évacuation		
Oui	268	94,5
Non	16	5,5
Prise de voie veineuse		100
Paiement des quotes -parts		86,25

Tableau II : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation ou de référence

Motifs	Effectifs	Pourcentage
Dystocies	95	33,45
Grossesses à risques	65	22,88
Les hémorragies	48	16,95
Pré-éclampsie /éclampsie	28	9,85
Souffrance fœtale aigue	20	7,03
Menace d'accouchement prématuré	11	3,87
Présentation vicieuses	9	3,16
Rupture des membranes	8	2,81
Total	284	100

Tableau III : Répartition des patientes selon le type d'intervention

Type d'intervention	Fréquence	Pourcentage	
Accouchement voie basse	Normal	120	42,3
	instrumental	27	9,5
Césarienne		91	32,0
Laparotomie		2	0,7
Traitement médical		40	14,1
Autres		4	1,4
Total		284	100

Discussion

Pendant la période de l'étude le C.S.Réf de Banamba disposait de deux ambulances fonctionnelles non médicalisées. Tous les CSCOM disposaient d'ordinogramme de prise en charge des urgences obstétricales dans les salles d'accouchement. Chaque CSCOM disposait un bureau ASACO pour le fonctionnement de ses activités. La fiche de référence était remplie par la structure qui referait. Le registre de référence/évacuation existait au niveau de tous les CSCOM et était rempli en même temps que la fiche de référence des patientes. L'ambulance était le moyen de transport préconisé, sa mobilisation se faisait par appel téléphonique par les CSCOM, qui ne disposaient pas d'ambulance.

Notre étude avait portée aussi bien sur l'évaluation du

système de référence/ évacuation, que sur la qualité de la prise en charge de ces urgences obstétricales au niveau du C.S.Réf de Banamba.

Fréquence :

Nous avons colligés 284 de référence/évacuation sur 1001 patientes soit une fréquence de 28,3%. Elle était inférieure à celles trouvées par Singh en Inde (52%) [8], Ouattara A à Ouagadougou (43%) [9] et Belinga à Yaoundé (37,46%) [10]. Elle était supérieure à celles rapportées par Diallo (9,1%) [11], Baldé toujours à Conakry (7,5%) [12], Sepou à Bangui (12%) [13] et Théra à Bamako (13,38%) [14].

Caractéristiques sociodémographiques :

• Age :

L'âge moyen des patientes était de 26,5ans. La tranche d'âge 14-19 ans concernaient étaient 40,85 % des patientes. Nos données étaient superposables à celles de : Ouattara A [9] rapportait un âge moyen de 26,11

ans, et la tranche d'âge de 15 -19 ans (22,3 %). Thiam O [15] au Sénégal, rapportait un âge moyen de 26,6 ans et la tranche d'âge 14 -19 ans (22%).

- Profession :

Les femmes au foyer représentaient 97,89% de nos patientes. Ce taux était proche des (95,6%) de celui de Thiam O [15], tandis que Ouattara A [9] rapportait 74,4 %.

Niveau d'instruction : Nos patientes non scolarisés représentaient 84,15%. Ce taux était nettement inférieur à celui de Ouattara [9], (35,2) % et de Thiam O [15] (45, %). ceci expliquerai par le faible taux de la scolarisation dans la commune de Banamba
Gestité : Les primigestes représentaient 37,67% de nos patientes. Ce taux était inférieur aux 42,3% et 56,1 % respectivement de Thiam O [15] et Ouattara A [9].

- Parité :

La parité moyenne était de 6,2 dans notre série. Les nullipares représentaient 36,61%. Ouattara A [9] rapportait la même parité moyenne. Cependant Thiam O [15], rapportait une parité moyenne était de 2,7. Cette différence s'expliquera par le taux de natalité, qui était plus élevé au Mali

- La provenance :

Les patientes provenaient des 20 CSCOM que compose le district sanitaire de Banamba. La durée du trajet entre le CSCOM et le C.S.Réf était indéterminée dans 37,3%. La distance moyenne parcourue était de 49 Km avec des extrêmes de 0 à 105 km. Nous signalons qu'un CSCOM qui partageait le même mur mitoyen que le C.S.Réf. Thiam O [15] rapportaient que la distance moyenne de 48Km avec des extrêmes de 1 et de 200Km. Diarra S D [16] à San, rapportait une distance moyenne 30 km.

- Conditions de transport des évacuées vers le C.S.Réf.

Nous rappelons que le C.S.Réf ne disposait que de deux ambulances non médicalisées fonctionnelles, qui servaient tous les vingt CSCOM du district sanitaire de Banamba. Tous ces CSCOM disposaient d'ordinogramme de prise en charge des urgences obstétricales. La fiche de référence était remplie par

la structure qui referait. Le registre de référence/ évacuation existait au niveau de tous les CSCOM et était rempli en même temps que la fiche de référence des patientes. Le transport des patientes était assuré par l'ambulance dans 63,03 % des cas et dans 36,97% par d'autres moyens. Théra [14] dans son étude réalisée dans le district de Bamako ; rapportait que 50,6% des patientes référées ou évacuées au CSréf de la commune V étaient assuré avaient utilisé l'ambulance comme moyen de transport des cas et près de la moitié (48,9%) les taxis. Thiam O [15] au Sénégal rapportait 69% des patientes étaient évacuées par une ambulance chez et 28,9% étaient venues par leur propre moyen soit et 1,4% les moyens de transport en commun. Diallo A [11] à Conakry rapportait un taux nettement inférieur (6,1%) pour les évacuations par l'ambulance. Il ressortait que le transport médicalisé reste un réel souci dans nos pays. Nous avons constaté 30,3% de retard à l'évacuation des patientes, pour des raisons de retard à l'arrivée de l'ambulance. Diallo A [11] à Conakry avait noté le manque d'ambulance dans des structures périphériques et, le manque de chauffeur dans les structures qui disposant d'ambulance. Lungu K [17] en Malawi rapportait, que certaines femmes accusaient 13heures de retard avant d'avoir un véhicule pour rejoindre les centres à cause de non disponibilité des ambulances. Ces retards sont liés d'une part par le manque d'ambulance et d'autre au réseau routier qui était quasi-impraticable.

Nos patientes évacuées (83,33%) par l'ambulance étaient accompagnées par un agent de santé. Les matrones avaient assurées cet accompagnement dans 45,8% des cas. Nos données étaient superposables à celles de Théra [14] (84,6%). Contrairement à l'étude de Thiam O [15], aucune patiente n'avait bénéficiée de l'assistance d'un personnel soignant à bord de l'ambulance.

Les références/évacuation n'étaient pas justifiées dans 28,5% de cas. Ce taux était supérieur à celui obtenu par Théra [14] (21,7%) ; mais était inférieur à ceux de Diallo A [11] (33%) et aux (39,4%) de Sepou A [13] obtenu à Bangui. Ces constats témoignent

l'insuffisance d'agents qualifiés au niveau des centres de santé périphériques.

Il existait une adéquation du diagnostic de la référence/évacuation (94,5%). Nos données étaient proches de celles de Théra [14] (92,2%) et supérieures à celles de Diallo A [11] (33%).

Motif de référence/évacuation étaient: les dystocies (33,45%), les grossesses à risque (22,88%), les hémorragies (16,95%). Nos données sont superposables à celles de Thiam O [15]: les dystocies (37,4%), les hémorragies (31,7%) et l'hypertension artérielle (14,2%). Ouattara A [9] rapportaient d'autres motifs: l'éclampsie/pre-eclampsie (23,76%), les hémorragies (19,18%), les menaces d'avortement (10,54%). Soumouthera M à Koutiala [18] rapportaient: les hémorragies du 3ème trimestre (41,70%), les dilations stationnaires (12%), et le défaut d'expulsion du fœtus (11,10%).

Préparation de l'urgence par le centre référant : Nous avons constaté que toutes nos patientes avaient bénéficiées d'une fiche de référence/évacuation et d'un abord veineux. Les registres de référence étaient remplis. Il y avait une équipe de supervision du C.S.Réf vérifiait périodiquement ces informations. Nos données étaient supérieures de celles de Théra [14] qui avait rapporté que, 86,70% des fiches de référence étaient remplies et que des patientes avaient un abord veineux au moment de la référence. Diallo A [11] rapportait des constats plus alarmant, seulement 22,3% avaient un abord veineux lors de leurs évacuations, et la fiche de référence étaient établie que 45,5% des cas. Dans la même étude, l'appel téléphonique au centre de référence a été effectué que 7,9%, à cause du manque de ligne téléphonique. L'étude de Thiam O [15] rapportait un abord veineux dans 61% des cas, et les centres référents avaient pu informer l'hôpital par téléphone dans 85,3% des cas. La prise en charge obstétricale au C.S.Réf: un retard de 60 mn avait été constaté chez 30,28% de nos patientes après leur admission à la maternité. Ce retard s'expliquerait par l'effectif restreint du personnel de garde et aussi par la disponibilité du bloc opératoire. Le C.S.Réf ne disposait qu'un seul bloc. L'accouchement

par voie basse été plus pratiqué dans 51,8 % des cas (dont 9,5% instrumental), suivie de la césarienne (32%). Thiam O [15] avait pratiqué 33,2% de cas de césarienne. Cependant Cissé [19] rapportait 48% de cas de césarienne. Dans notre série, la césarienne était motivée par les dystocies dans 28,57% des cas. Thiam O rapportait 45% de césarienne pour cause d'hémorragie du troisième trimestre. La transfusion sanguine avait concernée 17,96% de nos patientes.

Pronostic maternel: Les complications maternelles les plus fréquentes étaient: les suppurations de la plaie (47,4 %), les hémorragies et de l'anémie (15,8 % chacune). Nous avons enregistré deux (2) décès maternels (0,7%) par suite d'éclampsie. Ce taux était légèrement inférieur à celui accepté par l'OMS [4] (1%). D'autres auteurs rapportaient des taux plus élevés : Thiam O [15] (2%), Ouattara (3,9%) [9], Sepou [13] (6,9%), Diallo A [11] (7,1%). Notre taux était le plus faible, malgré quelques insuffisances constatées.

Mortinaissance et mortalité néonatale: nous avons colligés 58 nouveau-nés (20,4%), décédés: 19% de mort-nés et 1,4% décédés dans les 24 heures. Ce taux de mortalité néonatale était proche de ceux de : Thiam O [15] (18%), Ouattara A [9] (18,85 %) Cissé [19] 23%. Il ressortait que le pronostic a été défavorable dans toutes ses études.

Seuil d'engagement des communautés: Durant la période de l'étude, 86,25% des quotes-parts étaient payés par l'ensemble des intervenants. Ceci témoigne un engagement des communautés du district de Banamba par rapports à la prise en charge des références/évacuations obstétricales. Dans l'étude de Théra [14] seul le centre de santé de référence de la commune V était à jour dans le paiement des quotes-parts.

Conclusion

Notre étude montrait que le système de référence/évacuation du district de Banamba était bien fonctionnel malgré des insuffisances notamment le déficit de personnel qualifié, les conditions de transfert

des patientes dû au nombre insuffisant d'ambulance et du réseau routier impraticable pendant la saison des pluies. Une implication des communautés demeure toujours indispensable au bon fonctionnement du système référence/évacuation obstétricale.

Approbation des auteurs :

Tous les auteurs approuvent la soumission de cet article

Consentement :

Pour ce travail nous avons reçu l'assentiment de la patiente, celui du chef de service de gynécologie de l'hôpital du Mali, du directeur de l'hôpital du Mali, et du Médecin chef du district sanitaire de Banamba.

*Correspondance

Mamadou Bakary Coulibaly

mbccolby1@yahoo.com

Disponible en ligne : 29 Mai 2021

- 1 : Service de gynécologie l'hôpital du Mali.
- 2 : Service d'Imagerie médicale de l'hôpital du Mali.
- 3 : Service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G
- 4 : Service de pédiatrie l'hôpital du Mali.
- 5 : Centre de santé de référence Banamba.
- 6 : Service de gynécologie-obstétrique CHU Gabriel Touré.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, WorldBank Group and the United Nations Population Division 2015. [Internet].2015. Available from: <https://www.afro.who.int/sites/default/>

files/2017-05/trends-in-maternal-mortality-1990-to-2015.pdf

- [2] Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gu lmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet* 2006;367:1066-74.
- [3] Kanyangarara M, Chou VB, Creanga AA, Neff W. Linking household and health facility surveys to assess obstetric service availability, readiness and coverage: evidence from 17 low- and middle income countries. *J. Glob. Health* 2018;8:1-11.
- [4] OMS. Réduire la mortalité maternelle : Déclaration commune OMS/ FNUAP/ UNICEF/Banque mondiale. Genève. OMS.1999
- [5] Bouvier-Colle M.-H, Bréart G. La mortalité maternelle en France : pourquoi la surveiller et comment ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2004;925-6.
- [6] Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VI) Mali 2018.
- [7] Organisation mondiale de la Santé' (OMS). Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2010. Nations Unies : 2010.un.org/fr/millennium goals/pdf/report2010.pdf (consulté le 26/2/2011).
- [8] Singh S, Doyle P, Campbell OM, Mathew M, Murthy GVS. Referrals between Public Sector Health Institutions for Women with Obstetric High Risk, Complications, or Emergencies in India – A Systematic Review. *PLOS ONE* 2016;11:e0159793.
- [9] Ouattara A, Ouédraogo CM, Ouédraogo A, Lankoandé J. Références et évacuations obstétricales dans le contexte de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence: aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques sur une période de trente-six mois au CHU Yalgado de Ouagadougou. *Médecine Santé Trop.* 2015;25:403-407.
- [10] Belinga E, Foumane P, Dohbit SJ, Um EMN, Kinyeck DK, Mboudou ET. Pronostic des références obstétricales à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé HGOPY). *Pan Afr. Med. J.* [Internet] 2017 [cité 2018 mai 20];28. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/3 01/full/>
- [11] A Diallo, IK Bah, AA Touré, MA Sow, I Sylla, I Conté, G Loua, T Sy : Evaluation du système de référence et de contre référence obstétricale à la maternité d'Ignace Deen en Guinée. *Jaccr Africa* 2019; 3(4): 505-516

- [12] Baldé IS, Diallo FB, Diallo Y, Diallo A, Diallo MH, Camara MK, et al. Evacuations obstétricales intra partum: aspects sociodémographique, clinique et pronostique à Conakry, Guinée. *Médecine Trop.* 2011;71-6.
- [13] Sepou A, Goddot M, Ngbale R, Gaunefet CE, Domande-Modanga Z, Fandema E, et al. Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui. *Clin. Mother Child Health* [Internet] 2009 [cité 2018 mai 20];6. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/cmch/article/view/44721>
- [14] Théra T, Traoré Y, Kouma A, Diallo B, Traoré ZO, Traoré M, et al : Problématique du système de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako. *Mali Med.* 2015;30:34-7.
- [15] O. Thiam, M. L. Cissé, M. Mbaye, M. M. Niang, M. Gueye, A. A. Diouf, S. Dièye, J. C. Moreau : la problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : exemple du centre hospitalier de Ndioum. *Rev. CAMES SANTE* Vol.1, N° 2, Décembre 2013
- [16] Diarra SD. Evaluation du système de référence évacuation à la maternité du centre de sante de référence de San : à propos de 380. Thèse med Bamako.2011
- [17] Lungu K, Ratsma YEC. Does the upgrading of the radio communications network in health facilities reduce the delay in the referral of obstetric emergencies in Southern Malawi? *Malawi Med. J.* 19:1-8.
- [18] Soumouthera M et al : Evaluation du système des références/ évacuations des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Koutiala. Thèse de Méd Bamako 2010
- [19] Cissé M.L., Moreau J.C., Faye E.H.O., Cissé L., Terolbe I., Diadhiou F: Cout de l'évacuation des parturientes au Centre Hospitalo-Universitaire Aristide Le dantec de Dakar. *J. SAGO*, 2002, 1,1:23-27.

Pour citer cet article :

MB Coulibaly, A Traoré, MA Camara, B Kane, M Sima, B Touré et al. Evaluation du système de référence/évacuation obstétricale du centre de santé de référence de Banamba, au Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 162-170



Cas clinique

Dracunculose : Etude de cas clinique de ver guinée notifié en mars 2020 au CSCom-U de Konobougou dans le district sanitaire de Barouéli

Dracunculiasis: Clinical case study of guinea worm notified in March 2020 to the CSCom-U of Konobougou in the health district of Barouéli

MB Coulibaly*¹, D Berthé¹, CS Touré², I Hassan¹, MB Keïta³, M Koné³, CO Coulibaly²,
ON Traoré³, MS Keïta⁴, F Dicko Traore^{5,6}

Résumé

La dracunculose fait partie des maladies tropicales négligées. Elle est connue comme une maladie parasitaire due à un nématode (*Dracunculus medinensis*). L'homme et les animaux se contaminent en buvant de l'eau contenant de cyclopes parasités et/ou en mangeant des poissons ou d'autres produits aquatiques crus ou mal cuits.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 15 ans ayant présenté deux émergences de ver de guinée à un mois d'intervalle au niveau de la jambe droite dans un premier temps et du genou gauche après. Le diagnostic de poly parasitose par le *Dracunculus medinensis* a été posé par le CDC Atlanta à travers les œufs du ver de guinée isolé du spécimen prélevé. La prise en charge a consisté à l'extirpation du ver et le pansement quotidien de la plaie et l'isolement de la malade sous observation médicale dans le centre de santé communautaire et universitaire (CSCom-U) de Konobougou.

Mots-clés : Dracunculose, prise en charge, CSCom-U, Konobougou.

Abstract

Dracunculiasis is one of the neglected tropical diseases. It is known as a parasitic disease caused by a nematode (*Dracunculus medinensis*). People and animals become infected by drinking water containing parasitized cyclopes and / or by eating raw or undercooked fish or other aquatic products.

We report the case of a 15-year-old female patient who presented two emergence of guinea worm one month apart in the right leg initially and in the left knee afterwards. The diagnosis of polyparasitosis by *Dracunculus medinensis* was made by the CDC Atlanta through the eggs of the guinea worm isolated from the collected specimen. The management consisted of the extirpation of the worm and the daily dressing of the wound and the isolation of the patient under medical observation in the community and university health center (CSCom-U) of Konobougou. Keywords: Dracunculiasis, treatment, CSCom-U, Konobougou.

Introduction

La dracunculose ou ver de guinée est une helminthiase due à un nématode : *Dracunculus medinensis* (1,2). Elle est connue comme une maladie parasitaire humaine depuis au temps de « l'Égypte la moins ancienne » (3).

Au cours des 19^e et 20^e siècles, la dracunculose sévissait dans une grande partie de l'Asie du Sud, en Afrique du Nord, de l'Ouest et de l'Est, pendant la transmission endémique de la maladie qui s'est passée entre les années 1980 et 1990, elle a été confinée dans 17 pays africains dont le Mali et 3 pays asiatiques (3). L'incidence de la dracunculose a continué de baisser sensiblement et les zones de transmission ont aussi reculé sur des foyers géographiques limités en 2011 avec une diminution de 41% par rapport à 2010 et supérieur à 99% par rapport à 1989 (4).

Elle est une maladie gravement invalidante, à lourdes conséquences socio-économiques (5,6). La femelle, seule responsable des manifestations cliniques pour l'homme, mesure d'environ 35 à 100 cm de long. Son corps cylindrique comporte un utérus (1,7). L'homme et les animaux se contaminent en buvant de l'eau contenant des cyclopes parasités et/ou en mangeant des poissons ou d'autres produits aquatiques crus ou mal cuits (8). Il n'existe pas de traitement curatif ni de vaccin, et les personnes infectées aussi n'acquièrent non plus d'immunité ; mais il existe néanmoins des mesures de prévention très efficaces et très simples pour éviter d'attraper cette maladie (1,9).

L'éradication de la dracunculose est une priorité des autorités sanitaires du Mali (10). Car le dernier cas humain du Mali avait été notifié le 17 novembre 2015 dans le district sanitaire de Gourma Rharous dans la région de Tombouctou, en la même année que 4 autres cas (1 dans le district sanitaire de Tominian dans la région de Ségou et 3 dans le district sanitaire d'Ansongo dans la région de Gao) parmi lesquels 3 avaient été confinés (11).

Cas clinique

Une fille de 15 ans résidente à Konobougou, a consulté le 23 mars 2020 pour émergence de ver à travers une plaie dans la partie antéro-externe de la jambe droite. La patiente a reconnu avoir d'abord développé une phlyctène avec prurit pendant 15 jours accompagné de douleur sans œdème. Elle est sans antécédent. La notion de ver de guinée n'a jamais été observée dans la famille ni dans la ville de Konobougou dans laquelle elle est née et où elle a résidé jusqu'à l'émergence du ver.

Ensuite nous avons interrogé la patiente et ses parents sur ses activités et ses déplacements pendant les dix derniers mois dans une autre localité et la notion de consommation d'eau de marre. Il ressort de ces interrogatoires qu'elle avait séjourné entre juillet et septembre 2019 dans le village de Koumara, situé au bord du fleuve dans le district sanitaire de Macina.

Le district sanitaire de Macina est reconnu endémique d'infestation animale de ver de guinée chez les chiens et les chats en 2018 et 2019. Nous n'avons pas eu la notion de consommation d'eau de marre, mais la fille a reconnu avoir été à la marre pour laver les ustensiles à deux ou trois reprises et d'apporter à manger aux travailleurs dans la rizière. La durée entre l'émergence de ver et son séjour dans ce district était neuf mois de juillet 2019 à mars 2020.

À l'examen physique, la tension artérielle était à 123/80 mm Hg, son état général était bon, la température à 36,8° C, le pouls à 78 battements par minute et la conjonctive bien colorée. À l'inspection, nous avons noté une plaie dans la partie antéro-externe de la jambe droite par laquelle un ver émergeait (figure 1). Nous avons noté une douleur légère à ce niveau et le reste de l'examen du membre était normal. Il n'y avait pas d'impotence fonctionnelle. Des consignes ont été données à la patiente et au reste des membres de la famille pour qu'elle ne rentre pas dans une source d'eau. Un mois plus tard et sous suivi médical en attendant le résultat du laboratoire un second ver a émergé du genou gauche à travers une plaie suite à deux petites phlyctènes apparues cinq jours

auparavant (figure 2).

Le spécimen du premier ver a été envoyé à Atlanta CDC pour examen laboratoire (figure 3). Le diagnostic de la dracunculose a été posé à travers l'œuf du ver car difficile par l'identification du ver lui-même qui était mal conservé. L'annonce du résultat a coïncidé avec l'émergence du deuxième ver. Ce qui nous a amené à poser le diagnostic de patiente poly parasitée par le *Dracunculus medinensis*.

La patiente et ses parents ont été informés du diagnostic retenu. Une explication a été donnée pourquoi elle ne devait pas pénétrer dans l'eau de marre.

La prise en charge a consisté dans le premier temps à l'isolement de la patiente puis à l'émergence contrôlée des vers en mettant les jambes dans l'eau et le pansement des plaies. Une antibiothérapie a été faite accompagnée d'un antalgique pour calmer la douleur. En même temps le cas a été notifié au niveau hiérarchique. Au cours de l'émergence, le premier ver a été rompu ce qui a entraîné une légère réaction inflammatoire du membre sans impotence fonctionnelle. Quant au second ver a été extirpé en trois jours. Chacune des plaies est guérie au bout d'un mois.

Plusieurs missions ont été effectuées par le niveau district, régional et national afin de porter appui à l'équipe du CScCom-U dans la prise en charge et dans l'investigation approfondie du cas. Une cérémonie de remise de récompense monétaire a été organisée et a vu la remise d'un montant de 362,86 dollars à deux récipiendaires identifiés et retenus à la lumière des différentes missions d'investigation (la déclarante et la patiente). Elle a regroupé les autorités administratives, politiques, coutumières du district et les responsables techniques de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.



Figure 1 : Emergence contrôlée du premier ver au niveau de la jambe droite



Figure 2 : Emergence du deuxième ver au niveau du genou gauche avec cicatrisation de la plaie de la 1ère émergence de la jambe droite

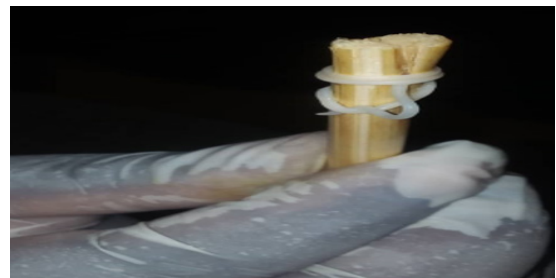


Figure 3 : Le spécimen du premier ver envoyé à Atlanta CDC

Discussion

La prévalence de la maladie présentait des variations saisonnières marquées qui sont étroitement liées au mode de transmission et à la durée de développement de la femelle selon Gentilini M et al (1). La prédominance féminine a été observée dans l'étude de Aboubacar O. avec 51,36% des cas et la tranche d'âge supérieure à 15 ans a été la plus représentée soit 62,93% selon Aboubacar O en 2003 au Mali (12) comme dans notre cas.

L'homme se contamine en buvant de l'eau contenant de cyclops parasités qui sont des petits crustacés d'eau douce de 0,5 à 1 mm de long Gentilini M et al et Serge De Vallière (1,9). La source de contamination n'a pas été identifiée ni dans son village de résidence ni l'endroit où elle a séjourné neuf mois auparavant pour savoir si c'est un cas autochtone ou importé. Aucun cas de dracunculose n'a jamais été déclaré dans village d'origine. Le fait de séjourner dans un district endémique d'infestation animale de ver de guinée et sous surveillance épidémiologique avec des cas d'infestation animale notifiés en 2019 et la notion d'avoir été à la marre pour laver les ustensiles à deux ou trois reprises nous amènent à penser qu'elle a dû

consommer accidentellement l'eau de marre. Ce qui nous amène à conclure à un cas importé.

La période d'incubation de cette infection saisonnière dure en moyenne une année et la maladie fait son apparition en saison des pluies au cours de laquelle il existe quelques nappes d'eau en surface selon Ruiz-Tiben E et al et l'OMS (3,4). La période de transmission se situe entre mai et décembre avec un pic en septembre au Mali selon l'étude réalisée par Aboubacar O. (12). Dans notre cas, le ver a émergé au bout de neuf mois d'incubation.

Les symptômes systémiques aigus sont liés à la formation d'une ampoule qui se rompt pour donner une lésion cutanée qui permet au ver de Guinée d'être exposé à l'environnement extérieur au corps humain selon Ruiz-Tiben E et al (3). Le ver vit sous la peau généralement au niveau du membre inférieur et dans plus de 90 % des cas au niveau des membres inférieurs avec une prédilection particulière pour la cheville et les pieds selon Carme B et Remy G (6,7). Dans notre cas également, les manifestations de la maladie ont été marquées d'abord par une phlyctène accompagnée de prurit pendant 15 jours, suivi d'une plaie. Mais la plaie était localisée au niveau de la jambe droite pour le premier ver et le second ver au genou gauche.

L'isolement avait pour but d'interrompre la chaîne de transmission. Cette stratégie s'appuie sur l'identification des cas avant l'émergence du ver ou dans les 24 heures suivantes pour Ranque Ph en 1992 au Pakistan (13). En outre, les personnes atteintes de ver de Guinée émergents doivent éviter d'entrer dans les sources d'eau selon The Lancet Infectious Diseases (2). Notre cas a été vu au-delà de 24 heures après l'émergence. Il faut cas même signalé qu'à la notification, elle a été mise sous observation au CSCOM-U jusqu'à la guérison et à encore fait l'objet d'un suivi hebdomadaire, ce qui a fait qu'à la 2e émergence, elle a pu être isolée. Toutefois, il faut quand même noter que les différentes missions d'investigation n'ont pas conclu à une contamination de source d'eau à cause de la période de survenue du cas.

Pour Carme B, le diagnostic n'est porté habituellement

qu'au moment de l'émergence du ver mais il peut l'être également suite à des explorations radiologiques ou chirurgicales (6). Dans la même lancée Ranque Ph pense que la confirmation des cas repose sur l'observation par un membre du personnel formé de la sortie d'un ver de Guinée, ou encore sur la vérification, à l'examen physique, par ces mêmes personnes d'une émergence récente (13). Dans notre étude il y avait beaucoup de discordance quant au diagnostic car le dernier cas chez l'homme avait été notifié depuis 5 ans et la zone n'était pas endémique. Cela nous a emmené à envoyé le spécimen au laboratoire à Atlanta CDC qui a confirmé à la dracunculose à travers l'œuf du ver.

Selon Serge De Vallière, il n'existe pas de traitement médicamenteux pour la dracunculose (9). Le traitement médical est purement symptomatique. La prévention et le traitement des surinfections bactériennes sont primordiales selon Carme B (6). La mesure curative essentielle reste l'extraction traditionnelle qui consiste à un enroulement du ver au tour d'un bâtonnet. Cette technique peut prendre 1 à 4 semaines. Des complications de surinfections ou par rupture de ver au cours de l'extirpation peuvent apparaître selon Ruiz-Tiben, E et al (3). Dans notre cas, nous avons observé une première complication qui était la rupture du premier ver. Devant cette rupture, nous nous attendions à une réaction inflammatoire invalidante entraînant une impotence du membre. Certes la réaction inflammatoire est apparue mais n'a pas été invalidante. Le second ver est tombé 3 jours après son émergence.

Appliquer des compresses humides sur la lésion peut soulager la douleur lors de l'émergence du ver. Placer un bandage occlusif sur la plaie la maintient propre et ce conseil peut aider à empêcher le patient de contaminer les sources de boisson. Les médicaments oraux pour soulager la douleur associée et des antiseptiques topiques ou une pommade antibiotique pour minimiser le risque d'infections bactériennes secondaires aident également à réduire l'inflammation et peuvent permettre l'élimination du ver par une

traction douce sur plusieurs jours selon Ruiz-Tiben, E et al (3). Dans notre cas, l'antibiothérapie par voie orale et locale a été utilisée pour prévenir la surinfection et faciliter la sortie du ver, un antalgique pour soulager la douleur. Un pansement humide a également été réalisé.

Bien qu'en général non fatale, cette maladie cause une souffrance physique et sociétale très importante. Les personnes infectées sont souvent incapables de travailler pour plusieurs mois pour Serge De Vallière (9). Notre patiente durant tout son séjour au centre de santé et même après sa sortie n'a présenté aucune impotence. La patiente est sortie guérie et les deux plaies ont bien cicatrisé au bout de deux mois.

L'adhésion de la communauté est clairement essentielle pour que des mesures préventives soient efficaces, parallèlement la promotion de l'éducation sanitaire et du changement de comportement (2,13). Nous avons enfin réalisé une cérémonie de remise de récompense monétaire pour la déclarante et la fille car elle n'avait pas contaminé une source d'eau. Elle a regroupé les autorités administratives, politiques, coutumières du district et les responsables techniques de tous les niveaux ainsi que les chefs coutumiers.

La récompense s'élevait à 362,86 dollars pour chacun des trois récipiendaires (la déclarante, la patiente et l'agent de santé du village) conformément au document de procédure opérationnelle standardisée en vigueur (10). Au cours de cette remise deux récipiendaires ont été récompensés, à savoir la patiente et la déclarante. La troisième qui est l'agent de santé du village devait revenir soit au relais ou aux agents de santé communautaire, qui n'ont pas malheureusement contribué au processus et qui pourrait justifier en partie le non isolement de la 1^{ère} émergence. Les médias ont été invités dans le but de la sensibilisation pour les mesures préventives.

Conclusion

En dépit des immenses efforts déployés par le pays et ses partenaires techniques et financiers, la notification de ce cas sporadique après 4 ans d'arrêt de la

transmission humaine au Mali constitue un véritable problème.

C'est un coup dur pour la logique de pré certification amorcée depuis la notification du dernier cas humain en novembre 2015, en marge de la notification et de la gestion des infestations animales, bien vrai qu'elle dénote quelque part l'efficacité du dispositif de surveillance mis en place par le système de santé du pays.

Au regard de ces informations, nous pensons que l'hypothèse de la source probable de contamination est à Komara car la jeune dame ayant séjourné dans la localité de juillet à septembre 2019.

*Correspondance

Mamadou Bayo Coulibaly

bayo_coul@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Mai 2021

- 1 : Centre Santé Communautaire et Universitaire de Konobougou (Ségou-Mali)
- 2 : Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (Bamako-Mali)
- 3 : Centre de santé de référence de Barouéli (Ségou-Mali)
- 4 : Direction Régionale de la Santé de Ségou (Ségou-Mali)
- 5 : Service de pédiatrie au CHU de Gabriel Touré (Bamako-Mali)
- 6 : Département de médecine de famille/médecine communautaire ; FMOS (Bamako-Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Gentilini M, Caumes E, Danis M, Richard-Lenoble D, Bégué P, Touze JE et al. Médecine tropicale. Paris Lavoisier 6ième 2012 : 349p.
- [2] The Lancet Infectious Diseases. Guinea worm disease nears eradication. *The Lancet Infectious Diseases* 2016, 16(2), 131.
- [3] Ruiz-Tiben E, Hopkins DR. Dracunculiasis (Guinea Worm Disease) Eradication. *Advances in Parasitology* 2006 ; 61 : 275–309.
- [4] Organisation mondiale de la santé. Éradication de la dracunculose – bilan de la surveillance mondiale, 2011. WER8719_177-187.
- [5] Chippaux JP, Banzou A, Agbede K. Impact social et économique de la dracunculose : une étude longitudinale effectuée dans deux villages du Bénin. *Bulletin of the World Health Organ* 1992 ; 70(1) : 73–78.
- [6] Carme B. Dracunculose ou filariose de Médine. *Maladies infectieuses* 2001 ; 8-514-A-30
- [7] Remy G. Une maladie née de l'homme. La dracunculose en milieu sahélien (A Man-Borne Disease: Guinea-Worm in the Sahel). *Cahiers d'Études Africaines* 85/86 ; 22 : 135-143.
- [8] Programme national d'éradication du ver de guinée. Module de formation du ver de Guinée au Mali, version 2013.
- [9] Serge De Vallière. Eradication de la dracunculose. *Rev Med Suisse* 2019 ; volume 15. 2012-2012.
- [10] Programme national d'éradication du ver de guinée. Procédures opérationnelles standardisées. Mali, version 2017.
- [11] Public Health Service Centers for Disease Control And Prevention. Résumé de la dracunculose #245. 2017. Disponible sur le site : https://www.presidentcarter.com/resources/pdfs/news/health_publications/guinea_worm/wrap-up/245-fr.pdf
- [12] Aboubacar O. Aspects épidémiologiques et préventifs de la dracunculose dans la région de Gao de 2003 à 2004. *These med, FMPOS, Bamako, Mali* 2004, 86p.
- [13] Ranque Ph. Eradication de la dracunculose : l'exemple du Pakistan *médecine d'Afrique noire* : 1992, 39 (3) : 180-186.

Pour citer cet article :

MB Coulibaly, D Berthé, CS Touré, I Hassan, MB Keïta, M Koné et al. Dracunculose : Etude de cas clinique de ver guinée notifié en mars 2020 au CSCCom-U de Konobougou dans le district sanitaire de Barouéli. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 171-176



Cas clinique

Association Extrophie vésicale et Grossesse

Vesical Extrophy and Pregnancy Association

A Mihimit*^{1,2}, MD Ndiaye Gueye³, ID Diame², G Tchindebe³, OA Oumar^{1,2}, M Gueye³, M Mbaye⁴

Résumé

Extrophie vésicale est une anomalie congénitale complexe, rencontrée plus chez les garçons, son diagnostic accessible à l'échographie anté-natale, une prise en charge précoce à la période néonatale est possible. Dans les pays en voie de développement, le diagnostic et la prise en charge sont tardifs, cette anomalie chez la femme s'associe à des malformations de la vulve, son association avec une grossesse est très rare. Nous rapportons dans cette observation le cas d'une extrophie vésicale chez une femme de 19ans vivant en zone rurale sénégalaise, porteuse d'une grossesse à terme dont l'accouchement était fait par césarienne aboutissant à un enfant vivant bien portant.

Mots-clés : Extrophies vésicale-grossesse-malformation congénitale.

Abstract

Bladder outgrowth is a complex congenital anomaly, rare but encountered more in boys, its diagnosis accessible to prenatal ultrasound, early management in the neonatal period is possible. In countries with poor medical care, the diagnosis and management are late, this anomaly in women is associated with malformations of the vulva, its association with a pregnancy is very rare. In this case, we report the case

of a vesical extrophy in a 19-year-old woman living in a Senegalese rural area, carrying a term pregnancy whose birth was done by caesarean section resulting in a child living in good health.

Keywords: vesical extrophy- pregnancy- congenital malformation

Introduction

Extrophie vésicale est une anomalie congénitale complexe caractérisée par un défaut de la fermeture de la paroi abdominale inférieure et de la vessie [1]. Le Diagnostic peut se faire en anténatale lors de l'échographie morphologique. A défaut de cette échographie, le diagnostic peut se faire à la naissance et la prise en charge chirurgicale peut se faire durant l'enfance[2].

Un traitement précoce de ses anomalies urogénitales améliore le développement social de jeunes adultes [3]. Dans les pays en voie de développement, où l'accès aux soins est limité, le diagnostic et la prise en charge se font souvent tardivement, ce qui conduit à des gênes importants durant l'adolescence [4, 5]. L'accès limité aux services de soins conduit aux adolescentes et les jeunes femmes de contracter une grossesse avec cette anomalie congénitale complexe

de l'appareil uro-génital.

Cas clinique

Il s'agit de F. S primigeste nullipare de 19 ans habitant un village (Goudiry) à 116 km de Tambacounda région du Sénégal, référée au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar, pour la prise en charge d'un accouchement d'une grossesse à terme associée à une extrophie vésicale. Comme Antécédents on ne note pas de notion de malformation dans la famille, il s'agit d'une célibataire vivant chez ses parents. On note une fuite permanente d'urine avec absence d'une miction normale depuis la naissance. il ya notion d'une opération chirurgicale à l'âge de 3 ans pour une cure de l'extrophie vésicale sans succès. La ménarche est ignorée cycle menstruel est régulier de 28jours avec un flux menstruel de 4 jours. Avec notion d'infection génitale basse à répétition. Sur le plan Obstétrical : il s'agit de la première grossesse, qui est, suivie dans un poste de santé avec trois consultations prénatales. le bilan prénatal : GSRH=O+, Glycémie à jeûn = 0,84g/l, sérologie VIH = négative, créatininémie = 6mg/l. Une échographie obstétricale réalisée à 19 semaines d'aménorrhée montre une grossesse monofoetale intra-utérine évolutive sans anomalie morphologique décelée.

Examen Clinique à l'admission :

On note un bon état général, conscience conservée, conjonctives colorées, Elle présentait une marche dandinant. La Tension Artérielle = 120/80mm Hg.

Abdomen est augmenté de volume avec un utérus ovoïde à grand axe longitudinal à grosse extrémité supérieure médian. Hauteur Utérine=30cm, les Bruits du Cœur du Fœtus étaient perçus et chiffrés à 136 battements par minute.

La paroi abdominale : on note une fibrose entourant une masse érythémateuse triangulaire, à sommet inférieur débouchant sur le vagin il s'agit de la vessie mise à nu par l'absence de paroi antérieure (figure 1 et 2), Absence de l'ombilic.

Vulve : clitoris est bifide, absence petite lèvre, on note un vestige de grande lèvre (voire l'image). Orifice

et paroi vaginale sont sans particularités. Toucher vaginal : le col est médian souple effacé dilaté à 4 cm la poche des eaux est intacte présentation céphalique appliquée. Doigtier est propre.

Une césarienne classique avec une incision médiane en urgence a été réalisée et a permis extraction par énucléation céphalique d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 2600g, score d'Apgar 8/10 à la 1^{ère} minute puis 9/10 à la 5^{ème} minute sans malformation visible.

Les suites opératoires ont été simples. Patiente sortie à J3 post-opératoire.

Patiente est perdue de vue après sa sortie de l'hôpital.

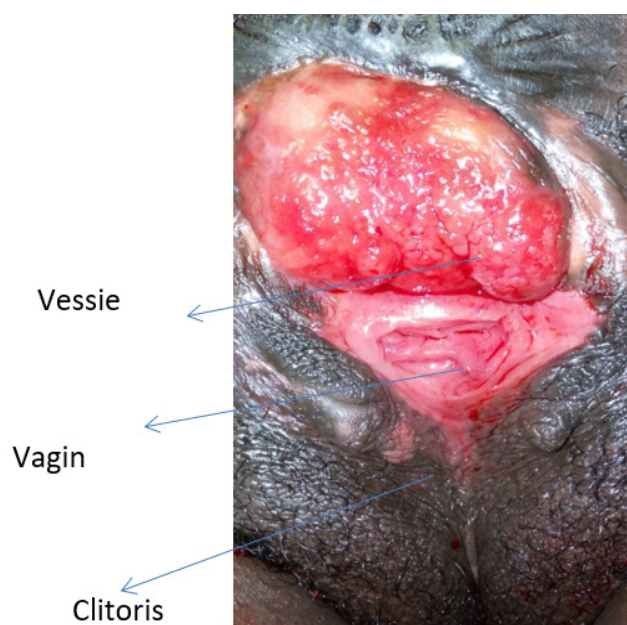


Figure 1 : Après la césarienne*



Figure 2 : Avant la césarienne*



Figure 3 : Aspect de l'abdomen avant la césarienne *
*Photo Abdoulaye MIHIMIT le 06/02/2016

Discussion

L'extrophie vésicale est une malformation grave heureusement très rare. Elle apparaît une fois sur 30000 à 50000 naissances en Europe [5-7]. Elle est plus de deux fois plus fréquente chez le garçon que chez la fille.

En Afrique peu d'études ont été réalisées sur son épidémiologie. Une étude faite en Côte d'Ivoire au CHU de Treichville de 1986-1994, soit 8ans a retrouvé 17cas, soit 2cas par an [8].

Diagnostic tardif de l'extrophie vésicale

Notre patiente vit dans un village vers la frontière Mali-Sénégal. Région où on note peu des spécialistes pour la prise en charge adéquate de l'extrophie vésicale. En effet le Diagnostic de l'extrophie vésicale est généralement fait en période anténatale et repose sur l'échographie morphologique du deuxième trimestre[9] chez certains patients le diagnostic est posé en période post natale précoce où la prise en charge est immédiatement réalisée avec un grand succès.

Chez notre patiente l'accouchement a été à domicile, une tentative d'une cure a été faite à l'âge de 3ans dans l'interrogatoire expliquant la fibrose de la paroi abdominale péri-vésicale. Cet échec a conduit les parents à une réticence pour une nouvelle consultation vers un autre centre plus équipée. Cela explique aussi la faible couverture sanitaire, et l'accessibilité difficile pour les familles pauvres éloignées des grands centres de prise en charge. Cette situation a conduit à la jeune

filles de vivre avec une fuite permanente d'urine. Ce qui explique les infections à répétition signalées par la patiente.

Tshimbayi M et al.[4] Congo (RDC) dans une étude Exstrophie vésicale : à propos d'un cas diagnostiqué tardivement a noté un cas d'extrophie chez une fille de 5ans où le diagnostic a été posé tardivement du fait de difficulté d'accessibilité aux services de soins.

Association extrophie vésicale et grossesse

L'association extrophie vésicale et grossesse est très rare compte tenu de l'incidence de la maladie qui est faible, le gène important causé par la perte permanente d'urine diminue la chance des femmes atteintes par cette anomalie de trouver un conjoint. Mais aussi la possible réparation dès la période néonatale.

Quelques études faites sur la fertilité, la sexualité et la grossesse chez les femmes atteintes d'extrophie vésicale après une cure chirurgicale [3, 10-12].

Ces études ont montré que ces femmes sont fertiles, ont des grossesses normales et accouchent des bébés en bonne santé.

Dans notre cas où la patiente n'a pas bénéficié une cure chirurgicale adéquate ; la grossesse a bien évolué. La fonction rénale est conservée, aucune pathologie fœtale n'a été décelée.

Le suivi de la grossesse a été sans particularité.

Mode d'accouchement

La césarienne classique avec une incision médiane, il est difficile de pratiquer une incision transversale compte tenu de l'absence de la paroi abdominale vésicale.

L'accouchement par voie basse, nous a paru risqué compte tenu de l'absence de la paroi abdominale vésicale (lésion de la vessie) mais aussi de l'anomalie vulvaire (figure 1et2).

La même attitude a été adoptée par Dembele et al.[13] en 2018 au Mali, Où une césarienne prophylactique a été pratiquée à 38 semaines d'aménorrhée. L'absence de symphyse pubienne au niveau du bassin obstétrical et l'étranglement du vagin nous ont semblé être des arguments suffisants pour ne pas envisager un accouchement par voie basse

La patiente est perdue de vue après la sortie de

l'hôpital. Cela pourrait s'expliquer par le gène porté par la jeune fille de ne pas se faire remarquer (contexte d'une grossesse hors mariage) et aussi ignorance des parents.

Conclusion

L'extrophie vésicale chez la femme est une pathologie rare, son association (sans chirurgie réparatrice) avec une grossesse est possible dans les pays à faible couverture sanitaire. La grossesse peut aboutir à un enfant bien portant. Et la césarienne paraît le mode d'accouchement le plus sûr.

*Correspondance

Abdoulaye Mihimit

mihimit2122@yahoo.fr

Disponible en ligne : 29 Mai 2021

- 1 : Université de N'Djaména, Tchad
- 2 : Centre Hospitalier Régional de Fatick Sénégal
- 3 : Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal
- 4 : Centre de santé Philippe Maguilene Senghor, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] The Centre of the International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research (ICBDSR) Annual Report 2009 with data for 2007. Rome, Italy, 2009.
- [2] Csaba S, Adolfo C, Amar E. Bladder Exstrophy: An Epidemiologic Study From the International learninghouse for Birth Defects surveillance and Research, and an Overview of the Literature. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2011 Nov 15(4):321-32.
- [3] Lai R, Perra G, Usai V, Demontis MG, Cugusi C, Perda P, Cau G, Mallocci S, Monni G. Twin Pregnancy Achieved Through TESE in an Adult Male Exstrophy. *J Assist Reprod Genet.* 2002;19(5):245-7.
- [4] Tshimbayi M, Ndua D, Kazadi C, Kwete LS, Bugeme M, Mubinda PK, Mukuku O. Bladder exstrophy: about a case diagnosed tardily. *The Pan African medical journal.* 2014;17:172-3.
- [5] Caton A, Bloom A, Druschel C, Kirby R. Epidemiology of bladder and cloacal exstrophies in New York State, 1983-1999. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2007(79):781-7.
- [6] Gambhir L, Höller T, Müller M, Chott G, Vogt H, Detlefsen B, Ebert A, Fisch M, Beaudoin S, Stein R, Boyadjiev S, Gearhart J, Rösch W, Utsch B, Boemers T, Reutter H, Ludwig M. Epidemiological survey of 214 families with bladder exstrophy-epispadias complex *J Urol.* 2008;179(4):1539-43.
- [7] Nelson C, Dunn R, Wei J. Contemporary epidemiology of bladder exstrophy in the United States *J Urol.* 2005;173:1728-31.
- [8] Bankole SR, Coulibaly D, Modibot M. Traitement de l'extrophie vésicale au CHU d'Abidjan (treichville) *Ann Urol.* 1997;31 (6-7):371-74.
- [9] Furtos C, Gautier C, Varlet M-N, Varlet F, Seffert P, Chaleur C. Diagnostic anténatal et prise en charge des extrophies vésicales isolées *Gyné Obst and Fertil.* 2010;38 (10):624-30.
- [10] Amílcar MG, Passerotti CC, Nguyen H, Cruz J AS, Srougi M. Bladder exstrophy: reconstructed female patients achieving normal pregnancy and delivering normal babies. *Clinical Urology Internat Braz J Urol.* 2011;37(5):605-10.
- [11] Greenwell T, Venn SN, Creighton S, Leaver RB, Woodhouse CRJ. Pregnancy after lower urinary tract reconstruction for congenital abnormalities. *BJU Int.* 2003;92(7):773-7.
- [12] Shapiro E, Lepor H, Jeffs R. The inheritance of the exstrophy-epispadias complex. *J Urol.* 1984;3:43-4.
- [13] Demebele A, Ouedraogo I, Ouattara S, Some DA, Kiemtore S, Bambara M, Bonane BT. Exstrophie vésicale : à propos d'un cas diagnostiqué tardivement chez une femme enceinte. *J SAGO.* 2018;19(1):36-9.

Pour citer cet article :

A Mihimit, MD Ndiaye Gueye, ID Diame, G Tchindebe, OA Oumar, M Gueye et al. Association Extrophie vésicale et Grossesse. Jaccr Africa 2021; 5(2): 177-181



Cas clinique

Insuffisance surrénale lente compliquée d'insuffisance rénale aiguë : à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya

Slow adrenal insufficiency complicated by acute renal failure: a case reported in the Regional University Hospital (CHUR) of Ouahigouya

S Hien*¹, N Sawadogo¹, F Traore¹, YZ Bonzi², A Sawadogo³, WE Pilabre, O Guira⁴

Résumé

L'insuffisance surrénale (IS) lente correspond à un déficit en glucocorticoïdes, éventuellement associé dans sa forme primitive à un déficit en minéralocorticoïdes. Elle est rare (environ 5/10 000 sujets), mais potentiellement grave en raison du risque de décompensation en insuffisance surrénale aiguë. Elle est caractérisée cliniquement par une asthénie, un amaigrissement, une hypotension artérielle, des troubles digestifs et une mélanodermie. Nous rapportons un cas diagnostiqué et traité dans un centre hospitalier à plateau technique limité. Ce cas survenu chez un patient de 44 ans et compliqué d'insuffisance rénale aiguë (IRA) révèle l'importance de savoir poser cliniquement le diagnostic et agir vite car tout report du traitement en vue de confirmer le diagnostic au moyen d'analyses plus approfondies risque d'aggraver l'état du patient.

Mots-clés : insuffisance surrénale, mélanodermie, insuffisance rénale aiguë, Ouahigouya.

Abstract

Slow adrenal insufficiency corresponds to a deficiency in glucocorticoids, associated in its primary form

with a deficiency in mineralocorticoids. It is rare, but potentially serious because of the risk of progression to acute adrenal insufficiency which can occur at any time. It is clinically characterized by asthenia, weight loss, arterial hypotension, melanoderma and digestive symptoms such as vomiting, nausea. We report a case diagnosed and treated in a hospital center with limited technical facilities. This case occurred in a 44-year-old patient with a long therapeutic itinerary. The course was complicated by a loss of 41 kilograms and acute renal failure (AKI). The success of hormonal therapy based on clinical evidence reveals the importance of knowing how to diagnose slow adrenal insufficiency clinically and act quickly because any report of treatment to confirm the diagnosis by carrying out more paraclinical investigations may worsen the patient's condition.

Keywords: adrenal insufficiency, melanoderma, acute renal failure, Ouahigouya.

Introduction

L'insuffisance surrénalienne (IS) correspond à un

déficit en glucocorticoïdes, éventuellement associé dans l'insuffisance surrénalienne primitive à un déficit en minéralocorticoïdes (1). C'est une pathologie rare décrite pour la première fois par Thomas Addison en 1855 (2).

Potentiellement mortelle en l'absence de traitement, son diagnostic peut être retardé et porté à l'occasion d'une insuffisance surrénalienne aiguë qui en fait toute la gravité. Même si le traitement substitutif est bien codifié de nos jours, l'espérance de vie des patients appartenant à des milieux sociaux défavorisés ou ayant d'autres comorbidités reste péjorative (3-6).

Nous rapportons le cas d'un patient traité avec succès sur la base des éléments cliniques et dont le diagnostic étiologique reste difficile dans notre contexte à plateau technique limité.

Cas clinique

Monsieur O. M, âgé de 44ans, planteur résident à Soubré (République de Côte d'Ivoire) a été admis en novembre 2018 aux Urgences Médico-chirurgicales du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) pour une altération sévère de l'état général (perte de 41kilogrammes de poids en six mois).

Le début remonterait à six mois par l'installation progressive d'une asthénie physique, d'une anorexie, des vomissements intermittents, d'une insomnie, d'un amaigrissement et une hyperpigmentation. Après de multiples consultations et traitements sans succès à Soubré pendant 4mois, le patient décide de rentrer au Burkina Faso son pays natal, pour une meilleure prise en charge. Il connut également un itinéraire thérapeutique de 2 mois chez les tradipraticiens et aux dispensaires sans succès avant d'être référé au CHUR-OHG. L'examen à l'admission notait :

- une altération de l'état général avec une conscience claire ;
- une déshydratation sévère avec choc hypovolémique (pression artérielle à 80/50mmHg, tachycardie régulière à 110bpm, des extrémités froides) ;

- un poids à 65kg, taille à 173cm soit un IMC à 21,7kg/m² et T° = 36.8°C;
- une hyperpigmentation diffuse, prédominante sur les zones découvertes, la muqueuse buccale, les ongles (Image 1);
- l'absence d'une hypertrophie de la thyroïde.

Il n'a pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux connus en dehors d'une obésité avec un IMC à 35,4kg/m².

Nous avons évoqué devant ces arguments cliniques :

1. une insuffisance surrénalienne
2. une immunodépression au VIH
3. une tumeur digestive

La paraclinique retrouvait:

- une hypoglycémie à 2,72 mmol/l, une hyponatrémie à 130,8 mmol/l;
- une hypercalcémie à 3,23 mmol/l, et une hyperkaliémie à 6,5 mmol/l ;
- une anémie modérée microcytaire (taux d'Hb à 10,6g/dL, VGM à 78fL) avec un taux de leucocytes normal à 9.240 éléments / μ L;
- une altération de la fonction rénale avec l'urée à 16,32 mmol/l et la créatininémie à 591,6 μ mol/l;
- une sérologie rétrovirale (SRV) négative au VIH 1 et 2;
- une sérologie hépatite B positive (AgHbs positif), avec AC anti HBc totaux positif;
- un taux de prothrombine (TP) à 63.4%;
- les transaminases normales (ASAT à 42UI et ALAT à 35UI)

Un bilan à la recherche de déficit hormonal surrénalien (cortisolémie) demandé mais impossible de le réaliser à Ouahigouya.

L'échographie abdomino-pelvienne notait une discrète hypertrophie homogène de la prostate et les autres organes étaient normaux.

Devant l'impossibilité de doser la cortisolémie et ces signes cliniques et paracliniques, nous avons posé le diagnostic d'une insuffisance surrénalienne lente compliquée d'une insuffisance rénale aiguë.

Le traitement suivant a été institué :

- Mesures hygiéno-diététiques par une alimentation normosolée et éviction des aliments riches en

potassium.

- Médicaments
 - Hydrocortisone IV 100mg relayé par la forme orale avec Hydrocortisone Roussel comprimé : 30mg/jour à raison de 20mg (soit 2/3) à 8h et de 10mg (soit 1/3) à 16h ;
 - Réhydratation par du sérum salé isotonique (2litres/24h) et du sérum glucosé isotonique (1litre/24h) ;
 - Déparasitage par l'albendazole comprimé 400mg/jour pendant 3jours consécutifs.

Par ailleurs le suivi en gastrologie a été fait et il n'y avait pas d'indication à un traitement antiviral pour l'hépatite virale B.

L'évolution au bout de 2 semaines a été marquée par une régression partielle des signes cliniques et une amélioration de la fonction rénale (urée à 10,70 mmol/l, et la créatininémie à 194,3 µmol/l).

La cortisolémie de base réalisée 3 semaines après le début de l'hormonothérapie était revenue basse à 4,2 µg/l (normale : 54 à 288µg/l entre 08h et 10h)

Trois mois après le début du traitement, on notait une reprise de poids (gain de 7Kg) et une régression nette de la mélanodermie (Image 2) et des autres signes cliniques.

Le bilan sanguin notait la normalisation de la fonction rénale (urée à 4,2mmol/l et créatinine à 109,7µmol/l), de l'ionogramme sanguin et une légère augmentation de la cortisolémie à 5,8 µg/l.

Devant cette nette amélioration clinique et paraclinique nous décidons de procéder à une dégression progressive de l'hormonothérapie. Notre patient après éducation, a décidé de retourner en Côte d'Ivoire sous 20mg d'Hydrocortisone Roussel.

Discussion

Aspect épidémiologique

En Afrique peu d'études ont été retrouvées sur cette pathologie. Une enquête réalisée dans le service de médecine interne de l'Hôpital national de Niamey rapporte 31 cas d'IS sur une période de 12 mois (7). Des cas ont été rapportés à Madagascar (8), au

Sénégal (9) et en Tunisie (10). Sène et al. (11) ont décrit des cas d'insuffisance surrénalienne survenue au cours de l'utilisation des dermocorticoïdes pour dépigmentation volontaire. Au Burkina Faso nous n'avons pas connaissance d'une étude publiée sur cette affection dans nos recherches.

Aspects cliniques et paracliniques

Les signes tels que l'asthénie constante s'aggravant au cours de la journée avec fatigabilité musculaire, la mélanodermie, l'hypotension artérielle, les troubles gastro-intestinaux, essentiellement à type d'anorexie et de constipation, ainsi que l'amaigrissement sont constants au cours de la maladie d'Addison (1). Notre patient a manifesté l'ensemble de ces signes qui ont motivé la mise sous hormonothérapie avant toute confirmation biologique surtout que ce bilan de confirmation ne pouvait être réalisé dans notre centre hospitalier. L'errance et le long itinéraire thérapeutique pourraient être liés à la rareté de l'affection à laquelle les praticiens pensent moins surtout que beaucoup de signes cliniques ne sont pas spécifiques.

L'hyponatrémie, l'hypoglycémie, l'hyperkaliémie et l'hypercalcémie retrouvées chez notre patient sont des anomalies biologiques pouvant être latentes voire absentes au cours de l'IS lente (10).

L'hypercalcémie, facteur de déshydratation associée aux vomissements pourraient expliquer l'état de choc hypovolémique avec pour conséquence l'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle par hypoperfusion rénale chez notre patient. Cette complication rénale n'est pas sans conséquences néfastes immédiates et à long terme si elle est mal prise en charge. En effet, la déshydratation sévère ou le choc hypovolémique prolongé peut être responsable d'une nécrose tubulaire ischémique pouvant être fatal ou évoluer vers une insuffisance rénale chronique par nécrose corticale. En l'absence d'autres facteurs d'atteinte rénale associés, la restauration rapide et efficace de la volémie ainsi que la correction des troubles électrolytiques permettent la récupération de la fonction rénale en cas d'IRA fonctionnelle.

Aspects étiologiques

La cause prédominante de l'IS a varié au cours du

temps. La tuberculose était la plus courante cause (70%) au cours des années 1930 en Europe (12). De nos jours, l'auto-immunité est la cause principale de l'IS en Europe, représentant 75 à 96% de tous les cas et la tuberculose 10 à 15% (12).

En Afrique les étiologies sont dominées par les infections (tuberculose et VIH) (13). Le stress chronique (8) la dépigmentation volontaire chez les femmes est réputée être parmi les causes du fait de l'arrêt brutal au cours d'une utilisation prolongée de dermocorticoïdes (11).

Les explorations disponibles dans notre contexte à la recherche d'une étiologie tuberculeuse (IDR à la tuberculine, X-pert, recherche de BAAR) étaient négatives chez notre patient. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne pourrait nous être d'une grande utilité mais n'était pas disponible dans notre contexte. En dehors de l'hypovolémie (choc avec PA à 80/50mmHg) probablement liée aux troubles digestifs nous n'avons pas trouvé d'autres causes évidentes pouvant expliquer l'élévation de la créatininémie.

Aspects thérapeutiques/pronostiques

Le pic de sécrétion de cortisol survient au petit matin, environ 2 heures avant le réveil, tandis que le nadir est observé vers 23 heures. Le maintien de concentrations basses de cortisol entre 23 heures et 4 heures semble important pour éviter les symptômes d'un excès de glucocorticoïdes (5).

La qualité de vie de l'insuffisant surrénalien reste altérée malgré le traitement associant hydrocortisone et fludrocortisone. L'adaptation du traitement est réalisée sur les signes cliniques plus ou moins subjectifs de sur- ou sous-dosage, aidés des index biochimiques (ionogramme sanguin, rénine). Les nouvelles galéniques de l'hydrocortisone à action prolongée permettraient de mimer de manière plus physiologique le rythme nyctéméral de la sécrétion corticotrope et ainsi d'améliorer les facteurs de risque cardiovasculaires et le profil métabolique glucidique (6).

Chez notre patient nous avons procédé à l'administration d'un bolus de 100mg d'Hydrocortisone relayé par 30mg d'Hydrocortisone Roussel en 2 prises dont

deux-tiers de la dose le matin à 08 heures et le tiers à 16 heures.

L'insuffisance surrénale aiguë est une complication majeure du sous-dosage en gluco-et minéralocorticoïde qui menace la vie, elle peut être prévenue par une éducation thérapeutique du patient et de son entourage (6). Cette éducation du patient est primordiale car il s'agit d'un traitement à vie. En effet, physiologiquement la production de cortisol augmente dans les situations de « stress », physique ou psychologique. Le patient doit donc connaître les circonstances au cours desquelles il doit augmenter la dose du traitement (à doubler, voire tripler), à savoir en cas de fièvre, d'infection sévère, de gastro-entérite, de stress psychologique sévère, d'exercice physique intense, ou encore de forte chaleur (14). Il doit porter sur lui en permanence sa carte d'addisonien fournissant toutes les informations relatives au traitement de l'insuffisance surrénale ainsi que les coordonnées des soignants référents à joindre en cas d'urgence (15).

Le pronostic de l'insuffisance surrénale primaire, a été considéré comme fatal jusqu'aux années 1950 avant l'introduction du traitement substitutif glucocorticoïde. Vingt ans plus tard, au cours des années 1970, la mortalité des patients addisoniens traités par hydrocortisone était considérée comparable à celle de la population générale (6).

La prise en charge de l'IRA fonctionnelle réside dans la restauration rapide de la volémie. En l'absence de cette prise en charge le risque est l'évolution vers une IRA organique par nécrose tubulaire ischémique voire vers une insuffisance rénale chronique. Bien qu'il y ait une normalisation de la fonction rénale, notre patient reste un sujet à risque de maladie rénale chronique.

Conclusion

Les étiologies à rechercher au cours de l'insuffisance surrénalienne sont nombreuses. Il est aussi impératif de savoir poser cliniquement le diagnostic et agir vite, car tout report du traitement en vue de confirmer le diagnostic au moyen d'analyses plus approfondies

risque d'aggraver l'état du patient.

Il faut y penser même dans un contexte de plateau technique limité afin d'éviter les diagnostics tardifs.

*Correspondance

Siébou Hien
siebou2013@gmail.com

Disponible en ligne : 29 Mai 2021

- 1 : Service de Médecine Générale du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya BP 36 Ouahigouya Burkina Faso
- 2 : Service de Néphrologie-Hémodialyse du CHU Yalgado OUEDRAOGO 01BP 5234 Ouaga 01
- 3 : Service de Néphrologie-Hémodialyse du CHU Souro Sanou 01 BP 676 Bobo-Dioulasso
- 4 : Service de Médecine Interne du CHU Yalgado OUEDRAOGO 01BP 5234 Ouaga 01

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Jublanc C, Bruckert E. L'insuffisance surrénalienne chez l'adulte. *Rev Médecine Interne*. 1 mars 2016;37:820-6.
- [2] Mason AS, Meade TW, Lee JA, Morris JN. Epidemiological and clinical picture of Addison's disease. *Lancet Lond Engl*. 5 oct 1968;2(7571):744-7.
- [3] Husebye ES, Allolio B, Arlt W, Badenhoop K, Bensing S, Betterle C, et al. Consensus statement on the diagnosis, treatment and follow-up of patients with primary adrenal insufficiency. *J Intern Med*. févr 2014;275(2):104-15.
- [4] Guignat L. Éducation thérapeutique dans l'insuffisance surrénale : un outil encore insuffisamment utilisé pour éviter ou traiter précocement l'insuffisance surrénale aiguë. *Presse Médicale*. avr 2014;43(4):444-52.
- [5] Nunes M-L, Tabarin A. Les actualités de l'insuffisance surrénalienne. *Ann Endocrinol*. 1 sept 2008;69:S44-52.

- [6] Reznik Y. Traiter l'insuffisance surrénale : pour quels enjeux ? Par quels moyens thérapeutiques ? *Presse Médicale*. 1 avr 2014;43(4, Part 1):438-43.
- [7] Sani MAM, Apetogbo KD, Maazou ML, Brah S, Daou M, Tchamdja T, et al. Etiologies des insuffisances surrenaliennes au Niger. *J Rech Sci L'Université Lomé*. 2019;23(1):327-34.
- [8] Raharinavalona S, Razanamparany T, Ernestho-ghoud I, Rakotomalala A. Insuffisance surrénalienne chronique idiopathique : Penser au stress chronique. *Jaccr Afr*. 2019;Vol 3(4):486-9.
- [9] Djiba B, Faye A, Ndour MA, Kane BS, Ndaw AC, Diagne N, et al. Insuffisance surrenalienne d'origine auto-immune en milieu tropical : mythe ou réalité. *Rev Afr Médecine Interne*. 17 déc 2018;5(2):22-4.
- [10] Badri T, Zeglaoui F, Khiari K, El fekih N, Fourati M, Fazaa B, et al. Pigmentation cutanée isolée : penser à l'insuffisance surrénale. *Presse Med*. 1 avr 2007;36:615-8.
- [11] Sène D, Huong-Boutin DLT, Thiollet M, Barete S, Cacoub P, Piette J-C. Insuffisance surrénalienne haute symptomatique compliquant l'usage de dermocorticoïdes pour dépigmentation volontaire. *Rev Médecine Interne*. 1 déc 2008;29(12):1030-3.
- [12] Betterle C, Presotto F, Furmaniak J. Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of Addison's disease in adults. *J Endocrinol Invest*. déc 2019;42(12):1407-33.
- [13] Ach K, Kallala R, Chaieb Chadli M, Zebidi A, Chaieb L. La tuberculose surrénalienne: à propos de trente-cinq cas d'insuffisance surrénalienne périphérique colligés dans le centre tunisien. *Sem Hôp Paris*. 1994;70(17-18):491-5.
- [14] Quinkler M, Hahner S. What is the best long-term management strategy for patients with primary adrenal insufficiency? *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1 janv 2012;76(1):21-5.
- [15] Arlt W. The Approach to the Adult with Newly Diagnosed Adrenal Insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 avr 2009;94(4):1059-67.

Pour citer cet article :

S Hien, N Sawadogo, F Traore, YZ Bonzi, A Sawadogo, WE Pilabre et al. Insuffisance surrénale lente compliquée d'insuffisance rénale aiguë : à propos d'un cas au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 182-186



Cas clinique

Fistule artérioveineuse native pour hémodialyse compliquée de syndrome de vol ischémique : à propos de trois cas dans le service d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire Hédi-Chaker de Sfax (Tunisie)

Native arteriovenous fistula for hemodialysis complicated by ischemic steal syndrome: about three cases in hemodialysis department of Hédi-Chaker teaching hospital of Sfax (Tunisia)

YJ Bonzi*¹, J Dah², A Ikram^{3,4}, K Kammoun^{3,4}, HM Ben^{3,4}

Résumé

Introduction : Nous rapportons une série d'observations de fistule artérioveineuse (FAV) compliquée de syndrome de vol ischémique chez des patients hémodialysés.

Cas cliniques: Trois cas de syndrome de vol ischémique ont été observés chez trois patientes hémodialysées sur FAV native proximale. Toutes les FAV étaient hyper débitantes au Doppler. Les patientes avaient chacune connu des thromboses à répétition sur des FAV antérieures. L'âge des patientes 1,2 et 3 étaient respectivement de 57, 39 et 52 ans et elles étaient hémodialysées respectivement depuis 14, 4 et 28 ans. Le délai entre la création de la FAV et l'avènement du syndrome de vol ischémique étaient > trois mois pour tous les cas. Le traitement était la réduction chirurgicale du débit associée à une amputation des doigts dans un cas (patiente 1).

Conclusion : Le syndrome de vol ischémique est une complication redoutable des fistules artérioveineuses en hémodialyse.

Mots-clés : Dialyse - AFV - syndrome de vol.

Abstract

Introduction: The authors report a series of observations of arteriovenous fistula (AVF) complicated by ischemic steal syndrome in hemodialysis patients.

Clinical cases: Three cases of dialysis access steal syndrome were observed in three hemodialysis patients on proximal native AVF. All AVFs were hyper dynamic with Doppler. The patients had each experienced repeated thrombosis on previous AVFs. The ages of patients 1, 2 and 3 were 57, 39 and 52 years of age respectively, and they had been on haemodialysis for 14, 4 and 28 years respectively. The time from the onset of AVF to the onset of ischemic flight syndrome was > 3 months for all cases. Treatment was surgical reduction of flow associated with finger amputation in one case (patient 1).

Conclusion: dialysis access steal syndrome is a serious complication of arteriovenous fistulas in hemodialysis.

Keywords: Dialysis - AVF- steal - syndrome.

Introduction

Le syndrome de vol ischémique (SVI) est une complication redoutable et non rare des fistules artério veineuses (FAV) pour hémodialyse [1]. Environ 1-8 % des FAV se compliquent de SVI [2]. L'évolution naturelle du SVI cause des douleurs invalidantes et une nécrose en amont de l'anastomose de la FAV [3]. Une prise en charge tardive ou inadéquate du SVI peut être source d'amputation des doigts, de la main ou même de l'avant-bras ; en plus du risque de perte définitive de l'abord vasculaire pouvant compromettre la qualité de vie du patient hémodialysé et augmenter les dépenses de santé. La surveillance régulière des hémodialysés pourrait prévenir la survenue de telles séquelles. Nous rapportons trois cas de syndrome de vol ischémique observés dans le service d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Hédi-Chaker de Sfax (Tunisie).

Cas clinique

Cas n°1

Patiente de 57 ans hémodialysée depuis 14 ans. Elle a une hypertension artérielle (HTA), une arythmie par fibrillation auriculaire (ACFA) et une histoire de thrombose de FAV à répétition. Sa dernière FAV fonctionnelle était huméro-basilique droite et quatre mois après la création ; la patiente se plaint d'une douleur permanente au bras droit exacerbée au cours des séances de dialyse. L'échographie Doppler de la FAV objectivait un hyper débit. En quelques jours, il est apparu sur la main droite une cyanose, un œdème douloureux, des placards nécrotiques et une gangrène du 4e et 5e doigt. Le traitement a été une réduction

chirurgicale de la FAV puis une désarticulation des 4e et 5e doigt en raison d'une surinfection de la gangrène.

Cas n°2

Patiente de 39 ans hémodialysée depuis quatre ans. Elle a une histoire HTA, une hépatite virale B et un déficit en antithrombine traitée par anti-vitamine K des thromboses de FAV à répétition. Sa dernière FAV fonctionnelle était huméro-céphalique droite et six mois après la création de la FAV elle a présenté un œdème du membre supérieur droit associé à une froideur de la main droite. L'échographie Doppler de la FAV objectivait un hyper débit. Le traitement était une réduction chirurgicale du débit de la FAV dont les suites étaient simples et la FAV est restée fonctionnelle.

Cas n°3

Patiente de 52 ans hémodialysée depuis 28 ans. Elle a une hépatite virale C et une ACFA compliquée d'accident vasculaire cérébral ischémique. Elle avait bénéficié auparavant de deux FAV qui ont été le siège de thrombose. Elle dialysait sur une FAV radio-céphalique droite. Six mois après création de la FAV elle avait une douleur au bras droit et une cyanose des extrémités en aval de la FAV et au Doppler la FAV a montré une FAV hyper débitante. Le traitement a été une réduction chirurgicale du débit de la FAV sans amendement de la symptomatologie nécessitant une fermeture de la FAV et la création d'une autre. Les principales caractéristiques des trois patients sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : principales caractéristiques des trois cas de fistule artério-veineuse compliquées de syndrome de vol ischémique

	Age (ans)	Sexe	Ancienneté en hémodialyse (ans)	Antécédents et comorbidités	Complications sur les FAV antérieures	Siège de la FAV actuelle	Durée FAV au diagnostic du SVI (mois)	Manifestations cli- niques	Résultats Doppler
Patiente 1	57	F	14	HTA, ACFA,	Thromboses à répé- tition	Huméro-basi- lique droite	4	Douleurs exacerbées / séances HD Cyanose, gangrène des 4 ^e et 5 ^e doigt	Hyperdébit
Patiente 2	39	F	4	HTA , VHB, Défi- cit en AT	Thromboses à répé- tition	Huméro-cépha- lique- droite	6	Oedeme et froideurs des extrémités	Hyperdébit
Patiente 3	52	F	28	VHC, ACFA, AVC	Thrombose à répé- tition	Radio-cépha- lique droite	6	Douleurs et cyanose des extrémités	Hyperdébit

HTA : Hypertension artérielle ; ACFA : Arythmie cardiaque par fibrillation atriale ; VHB : Hépatite virale B ; VHC : Hépatite virale C ; AVC : Accident vasculaire cérébral ; SVI : Syndrome de vol ischémique ; AT : anti thrombine

Discussion

Nous avons trois cas de FAV natives, toutes de siège proximal, hyper débitante, compliquée de syndrome de vol ischémique chez trois patientes hémodialysées, non diabétiques, ayant chacune une histoire de thromboses à répétition sur leurs FAV antérieures. Un seul cas de gangrène des doigts avec amputation a été notée. Dans tous les cas le traitement a été une réduction chirurgicale du débit de la FAV.

L'abord vasculaire , permanent , idéal pour hémodialyse reste la FAV radio céphalique distale [4]. Toutefois l'amélioration de l'espérance de vie du dialysé ainsi que l'altération du réseau vasculaire périphérique du fait de la maladie rénale chronique et de certaines comorbidités comme le diabète peuvent entrainer une perte de la FAV idéale avec recours aux FAV proximales. Le syndrome de vol ischémique est plus associé à la FAV proximale qu'à la

FAV radio-céphalique distale [5]. Cette différence s'explique par le caractère superficiel de l'arc palmaire formée par l'artère ulnaire et la branche palmaire de l'artère radiale [6] .

Les facteurs prédictifs indépendants majeurs de survenue du syndrome de vol ischémique sur FAV sont respectivement le diabète (OR = 6.72, P < 0.001) ; l'anastomose termino-latérale par rapport à l'anastomose termino-terminal (OR = 3.27, P = 0.048), et le sexe féminin [7] . En plus de ces facteurs prédictifs, certaines conditions liées au type de FAV pourraient influencer la survenue du syndrome de vol ischémique.

Scheltinga MR et al. ont défini trois types de SVI selon le délai de survenue à partir du jour de création de la FAV ; qui sont : le SVI aiguë, subaiguë et chronique respectivement pour des délais inférieurs à 24 heures et plus fréquente sur des FAV prothétiques ; 24 heures à un mois et après un mois et ces deux derniers types étaient associés à la FAV native [5].

Ainsi les FAV proximale prothétique doivent faire l'objet d'une surveillance

post-opératoire immédiate jusqu'à un mois au moins tandis que le FAV proximales doivent faire l'objet d'une surveillance mensuelle régulière tant qu'elles sont perméables.

Le but du traitement d'un SVI est d'arrêter les manifestations ischémiques tout en préservant la perméabilité de la FAV. Lorsque le patient est peu symptomatique, une surveillance rapprochée est recommandée et dans les formes symptomatiques le traitement chirurgical est indiqué [6,8,9].

Conclusion

Notre série d'observation rapporte un syndrome de vol ischémique chronique compliquant des FAV natives proximales, avec hyper débit à l'échographie Doppler dont le facteur prédictif majeur notée était le sexe féminin.

*Correspondance

Yeremade Juste Bonzi

y_binzi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

1 : Service de Néphrologie-Hémodialyse, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso

2 : Service de Néphrologie-Hémodialyse, Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

3 : Service de Néphrologie-Hémodialyse, Centre Hospitalier Universitaire Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

4 : Université de Sfax, Tunisie

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Dr DAH J, a fait un stage dans le Service de Néphrologie-Hémodialyse, Centre

Hospitalier Universitaire Hédi Chaker, Sfax et les observations cliniques ont été faites durant ce stage.

Références

- [1] Inston N, Schanzer H, Widmer M, Deane C, Wilkins J, Davidson I, Gibbs P, Zanow J, Bourquelot P, Valenti D. Arteriovenous access ischemic steal (AVAIS) in haemodialysis: a consensus from the Charing Cross Vascular Access Masterclass 2016. *J Vasc Access*. janv 2017
- [2] Malik J, Tuka V, Kasalova Z, Chytilova E, Slavikova M, Clagett P, Davidson I, Dolmatch B, Nichols D, Gallieni M. Understanding the dialysis access steal syndrome. A review of the etiologies, diagnosis, prevention and treatment strategies. *J Vasc Access*. 2008 ;9 (3) : 155-66.
- [3] Tordoir JHM, Dammers R, van der Sande FM. Upper Extremity Ischemia and Hemodialysis Vascular Access. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2004 : 1-5.
- [4] Brescia MJ, Cimino JE, Appel K, Hurwich BJ. Chronic Hemodialysis Using Venipuncture and a Surgically Created Arteriovenous Fistula. *N Engl J Med*. 17 1966
- [5] Scheltinga MR, van Hoek F, Bruijninx CMA. Time of onset in haemodialysis access-induced distal ischaemia (HAIDI) is related to the access type. *Nephrol Dial Transplant*. 2009 ; 24 (10) : 3198-204.
- [6] Moraes SRA de, Araújo TN de, Silva AR da, Paula AR de, Salgado JL. Morphologic variations of the superficial palmar arc. *Acta Cir Bras*. 2003
- [7] Rocha A, Silva F, Queirós J, Malheiro J, Cabrita A. Predictors of steal syndrome in hemodialysis patients: A vascular access problem. *Hemodial Int*. 2012; 16(4): 539-44.
- [8] Walz P, Ladowski JS, Hines A. Distal revascularization and interval ligation (DRIL) procedure for the treatment of ischemic steal syndrome after arm arteriovenous fistula. *Ann Vasc Surg*. 2007; 21 (4): 468-73.
- [9] Scali ST, Huber TS. Treatment Strategies for Access-Related Hand Ischemia. *Semin Vasc Surg*. 2011 ; 24 (2) :128-36.

Pour citer cet article :

YJ Bonzi, J Dah, A Ikram, K Kammoun, HM Ben. Fistule artérioveineuse native pour hémodialyse compliquée de syndrome de vol ischémique : à propos de trois cas dans le service d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire Hédi-Chaker de Sfax (Tunisie). *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 187-190



Article original

Formes familiales des spondyloarthrites : Une étude sénégalaise de 78 familles multiplex

Familial forms of spondyloarthritis: A Senegalese study of 78 multiplex families

A Abba*¹, M Niasse¹, LM Diaby¹, H Ali¹

Résumé

Introduction : Les Spondyloarthrites sont un groupe de maladies qui ont en commun la présence de l'antigène HLA-B27 et des manifestations articulaires et extra-articulaires. Plusieurs travaux étaient consacrés à la génétique des spondylarthrites. Ils révèlent que, si HLA B27 constitue le facteur génétique le plus important, d'autres éléments interviennent dans le risque de développer la maladie.

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects phénotypiques des formes familiales des Spondyloarthrites.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique réalisée dans le service de Rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar du 1er Janvier 2012 au 31 Décembre 2021. Nous avons colligé les observations de 78 familles multiplex de Spondyloarthrites répondant aux critères d'Amor, de l'ESSG, d'ASAS et des critères de New York modifié pour la SA. Une confection de l'arbre généalogique suivie d'un dépistage systématique permettait de rechercher d'autres maladies inflammatoires associées chez les apparentés de chaque cas index.

Résultats : soixante-dix-huit familles ont été colligées à partir de 78 propositus dont 51 femmes et 27 hommes, d'âge moyen de $33,64 \pm 12,26$ au début apparent de la maladie avec des extrêmes de 11 et 66 ans. Les familles

totalisaient 1667 membres, tous de race noire, dont 702 hommes et 965 femmes. La famille la plus grande comprenait 93 membres et la plus petite, 7 membres. Le nombre de mariage au sein des familles était de 137 dont 39 mariages consanguins, soit un taux de consanguinité de 28,46%. Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement non pharmacologique et d'un traitement antalgique. Le traitement de fond était à base d'AINS, corticoïdes, méthotrexates, salazopyrine et biothérapie à base d'anti-TNF- α . L'évolution sous traitement symptomatique et de fond fut globalement favorable.

Conclusion : Le caractère familial du Spondyloarthrites chez nos malades plaide en faveur de l'implication de facteurs génétiques dans le déterminisme de la maladie. L'étude se poursuit afin de déterminer ces facteurs génétiques impliqués dans cette affection.

Mots-clés : Spondyloarthrites ; formes familiales ; Sénégal.

Abstract

Introduction: Spondyloarthritis is a group of diseases that share the presence of the HLA-B27 antigen and both articular and extra-articular manifestations. Several studies were devoted to the genetics of spondyloarthritis. They show that, although HLA B27 is the most important genetic factor, other elements

are involved in the risk of developing the disease. The aim of this study was to investigate the phenotypic aspects of familial forms of spondyloarthritis.

Methodology: This was a retrospective, descriptive, analytical study carried out in the rheumatology department of the Aristide Le Dantec University Hospital in Dakar from 1 January 2012 to 31 December 2021. We collected observations from 78 multiplex spondyloarthritis families meeting the Amor, ESSG, ASAS and modified New York criteria for AS. A family tree followed by systematic screening was used to search for other associated inflammatory diseases in relatives of each index case.

Results: Seventy-eight families were collected from 78 probands, 51 of whom were women and 27 men, with a mean age of 33.64 ± 12.26 at apparent onset of the disease and extremes of 11 and 66 years. The families totalled 1667 members, all black, of whom 702 were male and 965 females. The largest family had 93 members and the smallest had 7 members. The number of marriages within the families was 137, of which 39 were consanguineous, giving a consanguinity rate of 28.46%. All patients had received non-pharmacological and analgesic treatment. The background treatment was based on NSAIDs, corticoids, methotrexates, salazopyrin and anti-TNF- α biotherapy. The evolution of the disease under symptomatic and disease-modifying treatment was generally favourable. **Conclusion:** The familial nature of spondyloarthritis in our patients argues for the involvement of genetic factors in the determination of the disease. The study continues in order to determine the genetic factors involved in this condition.

Keywords: Spondyloarthritis ; familial forms ; Senegal.

Introduction

Les SpA constituent un groupe homogène de rhumatismes inflammatoires caractérisés par des enthésopathies axiales (pelvi rachidiennes) et

périphériques parfois associées à des arthrites périphériques et des signes extra-articulaires. Elles sont multifactorielles résultant de facteurs de risques génétiques (attestés par leur liaison avec l'Ag HLA-B27) et environnementaux agissant de concert. Les SpA sont SPA, le RP, les AR, les rhumatismes des entérocolopathies inflammatoires : MICI, le SAPHO, certaines formes des arthrites juvéniles idiopathiques et les SpA indifférenciées. Les modifications de l'ADN (par exemple méthylation des cytosines) ou des protéines liées à l'ADN (par exemple histones) ne s'accompagnant pas de changements des séquences nucléotidiques. Ces modifications peuvent se produire spontanément, en réponse à l'environnement, à la présence d'un allèle particulier, même si celui-ci n'est plus présent dans les descendants [1, 2]. L'intervention de facteurs environnementaux est suspectée devant un taux de concordance différent de 100% chez des vrais jumeaux. À ce jour, peu de facteurs environnementaux ont été identifiés comme favorisant le développement d'une SpA. Les études d'association cherchent à mettre en évidence chez des sujets non apparentés, qui ne sont pas de famille des malades, respectivement atteints (malades) et non atteints (témoins sains), une différence de fréquence allélique au niveau d'un locus [3]. Un allèle A1 est dit associé à une maladie s'il est présent plus fréquemment parmi les malades non apparentés que parmi les témoins [3]. Ces études d'association sont difficiles à réaliser. Pour qu'elles soient valides, témoins et malades doivent provenir de la même population panmictique (ou tous les individus peuvent se croiser au hasard). Les études de liaison génétique ont pour but l'identification des régions chromosomiques ou loci d'intérêt pouvant contenir chacun d'un, voire plusieurs, gènes de susceptibilité de la maladie [3]. Ces études nécessitent l'utilisation de deux types de matériels :

- Un matériel familial spécifique composé d'au moins une paire de germains atteints (frères ou sœurs : sibling) : on parle de famille multiplex ou affected sib pair.
- Des marqueurs polymorphes répartis de façon régulière sur l'ensemble du génome.

Les études de liaison permettent de localiser des loci où on observe un excès de ressemblance entre germains (frères et/ou sœurs) atteints pour un ou plusieurs marqueurs génétiques, avec un degré de vraisemblance statistique plus ou moins grand. Ainsi, l'objectif de ce travail était d'étudier les aspects phénotypiques des formes familiales des spondyloarthrites dans le service de rhumatologie.

Méthodologie

Cette étude s'était étalée sur une période de 8 ans, entre Janvier 2012 et Décembre 2020. Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique. Nous avons inclus dans l'étude les formes familiales de spondyloarthrites. Ces formes sont définies par l'existence d'au moins un autre membre de la famille atteint de SpA en dehors du cas index. Le diagnostic des spondyloarthrites était établi sur la base d'arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques en accord avec les critères d'Amor, de l'ESSG, d'ASAS et des critères de New York modifié pour la SA. A partir du cas index atteint de SpA primitif ou secondaire un dépistage systématique avait été effectué à partir de l'arbre familial préétabli à la recherche d'autres cas de SpA. Après recueil du consentement le dépistage était effectué chez les apparentés de premier degré (parents, frères, sœurs ou enfants), de deuxième degré (oncles, tantes, grands-parents), et de troisième degré (cousins, germains). Pour les patients présentant une SpA, étaient analysées les données suivantes : démographiques (âge, sexe, le délai diagnostique), clinique (l'atteinte lombaire, périphérique, les sous types de SpA), les manifestations extra articulaires (uvéites, insuffisance aortique, maladie fibrobulleuse), biologiques (la protéine C-réactive, le phénotypage HLA B27), sacro-iliite radiographique, l'atteinte cervicale et lombaire selon le score mSASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score). Le traitement : les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), les DMARDs (Disease Modifying Antirheumatic Drugs), anti-TNF alpha, infiltrations de stéroïdes.

L'activité de la maladie a été évaluée selon le bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), le bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) et Assessment in Ankylosing Spondylitis-Endorsed Disease Activity Score (ASDAS).

Résultats

Caractéristiques des cas index

78 cas index ont été colligés dont 51 femmes et 27 hommes. L'âge moyen de ces cas index était de $46,19 \pm 13,92$ au moment du diagnostic avec des extrêmes de 18 et 86 ans et de $33,64 \pm 12,26$ au début apparent de la maladie ans avec des extrêmes de 11 et 66 ans. L'âge moyen chez les apparentés au cas-index était de $48,33 \pm 15,74$ au moment du diagnostic avec des extrêmes de 10 et 82 ans et n'a pas pu être évalué chez les apparentés au cas-index au début apparent de la maladie. La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 40 et 50 ans. La forme juvénile (16 ans et moins) était présente avec 2 cas soit 2,56% et la forme gériatrique (65 ans et plus) était représentée avec 13 patients soit 16,66%. Le délai au diagnostic dans la famille n'a pas pu être évalué, cependant chez le cas-index il était de 5,78 ans. Le nombre de mariage au sein des familles était de 137 dont 39 mariages consanguins, soit un taux de consanguinité de 28,46%. Parmi les cas-index 5 étaient issus d'un mariage consanguin. Le mode de transmission apparent de la maladie ne répondait à aucune systématisation. Les caractéristiques raciales, ethniques, et géographiques étaient superposables à celle du cas-index.

Caractéristiques des familles

Soixante-dix-huit familles ont été colligées à partir de 78 cas index. Elles totalisaient 1667 membres, tous de race noire, dont 702 hommes et 965 femmes. La famille la plus grande comprenait 93 membres et la plus petite, 7 membres. Le nombre de mariage au sein des familles était de 137 dont 39 mariages consanguins, soit un taux de consanguinité de 28,46%. Au total, 182 membres y compris les cas index présentaient une SpA avéré dont 77 hommes et 105 femmes soit une prédominance féminine avec un sex-

ratio de 0,73 et une prévalence de 10,91%. Le risque relatif de survenue des spondyloarthrites était de 8,41. La répartition selon les degrés d'apparenté était la suivante : 109 patients au premier degré, 73 patients au deuxième degré, 0 patient au troisième degré. Nous avons retrouvé 3 vrais jumeaux concordants non atteints et 2 faux jumeaux non concordants atteints. Le nombre de cas atteints de SpA par famille était en moyenne de 3 (extrêmes : 2 et 8). La plupart des patients étaient originaire du Sénégal en particulier Dakar, de race noire et l'ethnie la plus représentée était les Hal pulaars avec 46 familles (59%). Toutes nos formes familiales avaient été découvertes dans le cadre d'un dépistage systématique à partir d'un cas-index avéré. L'antigène HLA-B27 était retrouvé chez 66 patients soit une prévalence globale de 36,26%. Cette prévalence était de 84,61% chez les cas-index. Le reste des examens n'a pas pu être évalué par manque de moyen. Les examens cliniques et paracliniques avaient permis de déterminer les formes cliniques suivantes : 66 SA, 13 RP, 9 ARé, 2 MICI, 0

SAPHO, 4 SpAJ, 2 MICI et 8 arthrites indéterminées. L'activité et le retentissement n'avaient pas pu être évalués chez les apparentés. Les affections associées étaient les pathologies auto-immunes (3 cas de PR et 1 cas LES), les pathologies auto-inflammatoires (3 cas de goute), les pathologies dégénératives (6 cas de maladies arthrosiques et 2 cas d'ostéoporose) et les pathologies métaboliques (7 cas d'HTA, 3 cas de diabète, 6 cas d'obésité, et 4 cas de dyslipidémie). Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement non pharmacologique et d'un traitement antalgique. Le traitement de fond était à base d'AINS, corticoïdes, méthotrexates, salazopyrine et biothérapie à base d'anti-TNF- α . Des infiltrations cortisoniques avaient été effectuées de même que des traitements physiques (kinésithérapie).

L'analyse des données de la présente recherche montre qu'il existe une corrélation d'intensité modérée entre BASFI, BASDAI, ASDAS et à l'admission et sous traitement chez les cas index.

Tableau I : Résumé des valeurs de BASFI, BASDAI et ASDAS

Nom des échelles	J0	3 ^{ème} Mois	6 ^{ème} Mois
BASFI	5,1900 [0,00 - 9]	2,2138 [0 - 5,2]	2,1621 [0 - 7]
BASDAI	5,4278 [0 - 9,55]	2,5393 [0,40 - 7]	2,3293 [0,20 - 7,7]
ASDAS	2,4613 [0,10 - 9]	1,7215 [1 - 3,6]	1,6121 [0,94 - 6]

Tableau II : répartition des patients selon les formes familiales

Paramètres	Valeurs
Nombre de cas index	78
Nombre total de membre dans les familles	1667
Nombre de membres de la plus grande famille	93
Nombre de membres de la plus petite famille	7
Nombre total de SpA	182
Nombre de SA	66
Nombre de RP	13
Nombre d'ARé	9
Nombre d'AJI	4
Nombre de de MICI	0
Nombre de SAPHO	0
Nombre SpA périphérique articulaire	19
Nombre SpA périphérique enthésique	5
Nombre de SpA indifférenciées	12
Nombre de cas de SpA chez les apparentés des cas index	99
Nombre chez les apparentés de 1 ^{er} degré	77
Nombre chez les apparentes de 2 ^{ème} degré	17
Nombre chez les apparentes de 3 ^{ème} degré	5
Prévalence totale de SpA dans les familles	10,91%
Prévalence de SpA chez les apparentés de 1 ^{er} degré	4,61%
Prévalence de SpA chez les apparentes de 2 ^{ème} degré	1,01%
Prévalence de SpA chez les apparentes de 3 ^{ème} degré	0,29%
Risque relatif chez les apparentés de 1 ^{er} degré	8,41

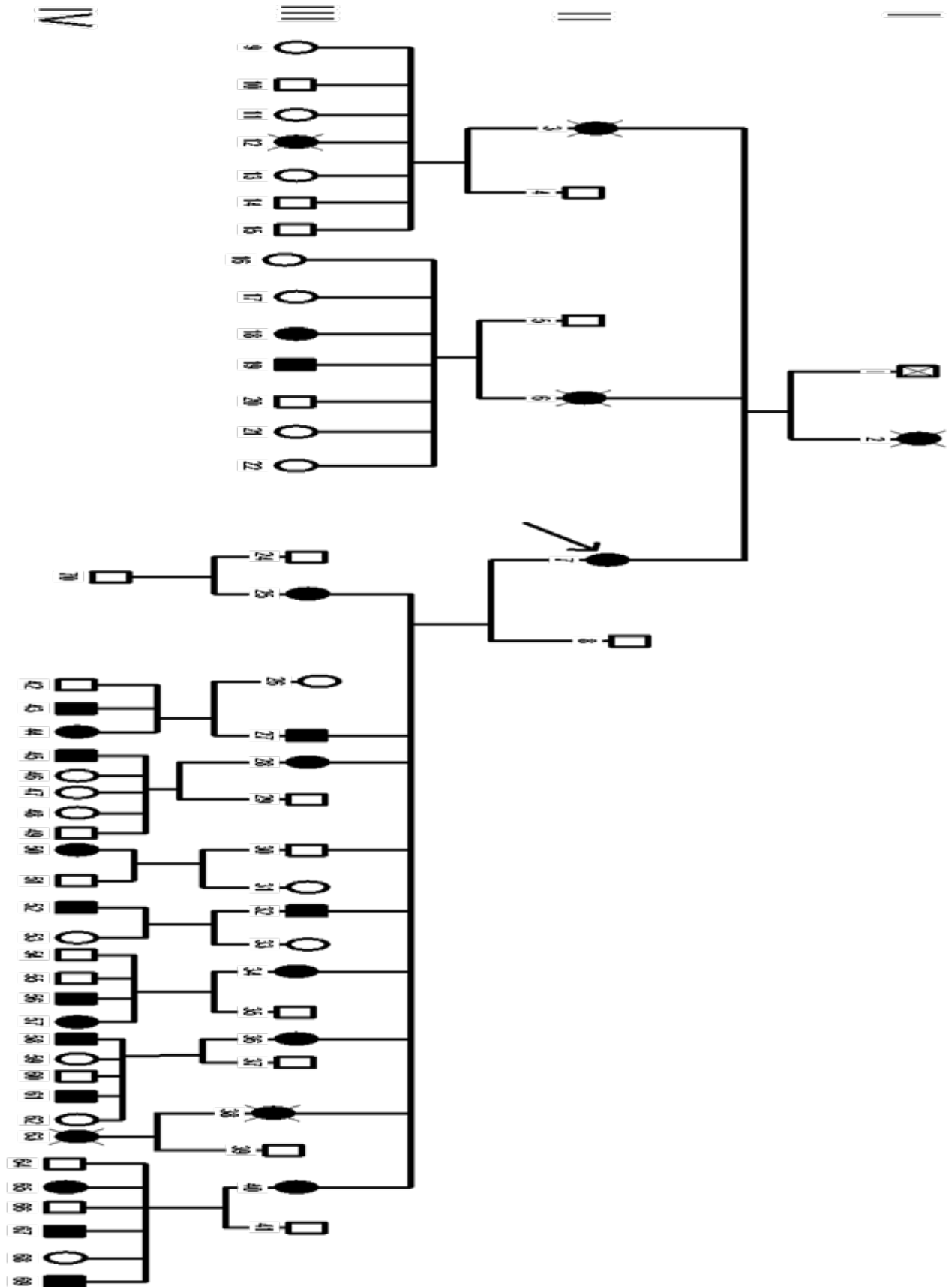


Figure 1 : Une famille de 4 générations avec 3 SPA avérée, y compris, le cas index représenté par une flèche et 11 SPA probable.

Légende : □ : homme sain ; ■ : homme malade ; ○ : femme saine ; ● : femme malade ;
 □ : homme décédé ; ○ : femme décédée ; □○ : mariage non consanguin ;
 ○□ : mariage consanguin

2 : Notion de rhumatisme articulaire et asthme ; 3 : Cancer de l'utérus ; 4 : Alzheimer ; 7 : Cas index ; 12 Cancer de l'utérus ; 18 : SPA avérée suivie par le Pr Diallo ; 19 : Abdou néné SALL = SPA avérée suivie par le Pr Diallo ; 24 : Gonalgie et lombalgie = SPA probable ; 27 : Lombalgie chronique = SPA probable ; 28 : BAV et une talalgie = SPA probable ; 32 : Lombalgie = SPA probable ; 34 : Gonalgie et lombalgie = SPA probable ; 36 : Gonalgie et lombalgie = SPA probable ; 38 : Drépanocytaire AS. Décédée suite aux complications de son diabète ; 40 : Talalgie, fessalgie et lombalgie suivie par le prof pour une SPA probable ; 43 : Lombalgie = SPA probable ; 44 : Lombalgie = SPA probable ; 45 : Drépanocytose AS ; 50 : Lombalgie = SPA probable ; 52 : Gonalgie ; 56 : Dermatose + Asthme ; 57 : Asthme ; 58 : Gonalgie ; 61 : Drépanocytose AS ; 63 : Drépanocytose SS ; 65 : Talalgie + Constipation = SPA probable ; 67 : Asthme ; 69 : Dermatose.

Discussion

Notre travail fait partie des études qui ont évalué les formes familiales de SpA en Afrique subsaharienne. En effet de telles études de la maladie avaient été rapportées dans la littérature occidentale. C'est le cas des études des formes familiales de SpA en France avec 115 familles [4], l'étude du Groupe français d'étude génétique des spondylarthrites avec 120 familles [3]. Dans la littérature africaine la majeure partie des études porte sur les formes sporadiques des SpA en apparence [5, 6, 7] et les seules études à notre connaissance portant sur les formes familiales de SpA ont été réalisées au Sénégal [8, 9, 10]. Durant la période d'étude, nous avons recensé 78 familles de cas index et répertorié 182 patients dans un total de 1667 membres dans le service de Rhumatologie soit une prévalence de SpA de 10,91%. Cette prévalence hospitalière est largement supérieure à celle retrouvée dans les populations caucasiennes (0,3 à 1,2%) [11] et celle rapportée dans la littérature asiatique (0,26 et 0,15%). En Afrique, la prévalence des SpA dans la population générale n'a pas été rapportée.

Cette différence significative suggère l'existence d'une susceptibilité génétique à la maladie mais aussi l'existence en accord avec les données de la littérature de facteurs environnementaux communs aux familles [12] La prévalence chez les apparentés au premier degré est supérieure à celle au deuxième degré qui est supérieure à celle au troisième degré. Cette décroissance de la prévalence suivant le degré d'apparenté est en faveur de la nature polygénique de cette composante génétique dans laquelle, plusieurs gènes concourent à l'apparition du phénotype « maladie » [13, 14]. Nous avons retrouvé 5 couples de jumeaux dont 3 vraies jumeaux concordant non atteints et 2 faux jumeaux non concordants atteints. Nos cas de jumeaux sont restreints, mais les données de la littérature montrent que la concordance chez les jumeaux monozygotes est de 3 à 4 fois supérieure à celle des jumeaux dizygotes de même sexe. Ces études de jumeaux permettent de montrer la non concordance absolue. Le taux de discordance permet de départir la génétique de l'environnement et confirme la nature complexe de cette hérédité impliquant des facteurs génétiques et environnementaux agissant de concert [15, 12]. Concernant le sexe ratio, nous avons retrouvé une prédominance féminine soit un sex-ratio de 0,73. De façon générale, les SpA sont considérées comme des affections du sujet de sexe masculin. Certains facteurs notamment environnementaux interviendraient par des mécanismes épigénétiques (méthylation de l'ADN, acétylation des histones, micro ARN) en inhibant l'extinction du chromosome X [16]. La fréquence des SpA féminines étant probablement sous-estimée du fait d'une présentation clinique qui les distingue des formes masculines, mais également de la confusion avec d'autres rhumatismes inflammatoires, notamment la polyarthrite rhumatoïde. Notre résultat était différent de plusieurs études où le ratio était de 1 [17, 18]. La moyenne d'âge au diagnostic des familles atteintes était de $48,33 \pm 15,74$ ans alors qu'elle était de $46,19 \pm 13,92$ ans chez les cas-index. Cela conforte le caractère familial de la SpA [5, 18, 19]. Un retard diagnostique avec un délai moyen de 5,78 ans a été noté. Cette errance diagnostique peut être

la conséquence soit d'un retard à la consultation, soit d'une méconnaissance de ces affections par certains praticiens. Cependant, plusieurs études soulignent que la présence d'un antécédent familial augmente le risque de développer une SpA à un âge relativement jeune, ceci traduisant l'importance des facteurs génétiques dans ces maladies auto-inflammatoires [20, 12]. Ce résultat concorde avec celui de l'étude des formes familiales de SpA en France (Said-Nahal R. et al) et au Sénégal (Diallo S. et al) [8, 21]. Globalement l'âge moyen de survenue apparaît plus précoce comparé aux formes supposées sporadiques. Cette précocité de la maladie est un facteur de mauvais pronostic et suggère la nature génétique plus qu'environnementale dans le déterminisme de la maladie. La plupart des patients étaient originaire du Sénégal en particulier Dakar mais également de la sous-région. Cette disparité entre Dakar et les régions pourrait s'expliquer par l'accès limité aux structures sanitaires et l'absence de rhumatologue dans les régions. Cela fait discuter de l'accès aux soins ce qui pourrait expliquer le retard du diagnostic. Nos patients étaient de race noire mais les données de la littérature montrent qu'elles surviennent dans toutes les races : caucasiennes, asiatiques etc. Cependant nous n'avions pas retrouvé d'étude concernant la race. Dans notre étude, l'ethnie la plus représentée était les Hal pulaars avec 46 familles (59%). Nos résultats sont discordants avec ceux de Hill [22] en Gambie, dans une étude réalisée en 1997, qui a retrouvé que la SpA était rare dans cette ethnie. Cela pourrait s'expliquer par le taux de mariage consanguin qui semblerait élevé dans cette ethnie comparée aux autres ethnies. Chez nos malades le mode de transmission ne répondait à aucun des modes usuels. Ce qui rejoint en accord avec les données de la littérature l'hérédité multifactorielle et polygénique [8, 23, 12]. Nos familles avaient été découverte à partir de diagnostic du cas-index de SpA. Ces cas-index avaient un tableau de la maladie sévère due au caractère avéré de la maladie. Cette sévérité est d'origine multifactorielle en particulier : le retard à la consultation (délai diagnostique de 5,78 ans) lié souvent à une automédication, médecine

parallèle, à l'insuffisance de couverture médicale, au déterminisme génétique de la maladie par leur caractère familial qu'expriment notre étude et l'implication de facteurs environnementaux. Le phénotype de la SpA était variable chez les membres atteints de nos familles. Cette variabilité du phénotype exprime en accord avec les données de la littérature l'aspect multifactoriel [21, 3] d'où l'intérêt du dépistage familial et de diagnostiquer la maladie au stade de lombalgie inflammatoire comme le démontre les résultats la cohorte DESIR [24]. Cette cohorte a inclus des atteintes axiales qui inaugurent la maladie comme dans notre étude. L'intérêt du dépistage systématique, est de reconnaître la variabilité du phénotype des SpA qui vont des formes atypiques (lombalgie, arthrite indifférenciée) aux formes les plus avérées comme chez les cas-index. L'analyse génétique n'a pas été systématique. Cependant la recherche de HLA a été positive chez 66 de nos patients. L'étude antérieure dans le service montre que HLA est associé à la maladie et le sous type le plus représentatif était le HLA B2707 suivie de 03 [6]. HLA ne traduirait que dans 13% des cas Diouf C et al. Le tableau clinique avec HLA-B27+ semblerait plus sévère [25]. La prévalence au HLA-B27 était de 36,26% dans nos familles. Cette prévalence est supérieure à celle retrouvée en occident variant entre 12 et 16% dans la population générale. Contrairement en Afrique où elle varie entre 4% dans la population arabe, 2-9% en Afrique du Sud et inférieur à 1% en Afrique noire [26]. Dans la population asiatique la prévalence de HLA B27 est inférieure à 2%, les SpA sont beaucoup plus rares que dans la population caucasoïde [27]. Le diagnostic d'activité et de retentissement montre qu'il existe une corrélation d'intensité modérée entre BASFI, BASDAI, ASDAS et à l'admission et sous traitement chez les cas index.

Conclusion

Le caractère familial des Spondyloarthrites chez nos malades plaide en faveur de l'implication de facteurs génétiques dans le déterminisme de la maladie, ainsi

donc l'approche génétique familiale dans notre étude a objectivé 137 mariages au sein des familles dont 39 mariages consanguins, soit un taux de consanguinité de 28,46% et le nombre de cas atteints de SpA par famille était en moyenne de 3 (extrêmes : 2 et 8). Cette étude nécessite d'être approfondie dans les mariages consanguins, les vrais jumeaux concordants non atteints et les faux jumeaux non concordants atteints afin de pouvoir identifier le ou les variants à l'origine du signal de liaison. Une poursuite de l'enquête s'avère nécessaire afin de déterminer ces facteurs génétiques impliqués dans cette affection.

*Correspondance

Abba Abbasse

abbasseabba03@gmail.com

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

1 : Service de Rhumatologie, CHU Aristide LeDantec, Dakar, Sénégal.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Dieude P. Rhumatismes : environnement et génétique. *Revue du Rhumatisme* 2009 ; 76 : 937-943.
- [2] Miceli-Richard C. Epigénétique et lupus. *Revue du rhumatisme* 2014 ; 81 : 381 – 384.
- [3] Breban M, Constantino F. Génétique : les nouveaux éléments. *Revue du rhumatisme* 2014 ; 81 ; 230-234.
- [4] Said-Nahal R., Miceli-Richard C., Berthelot J-M. The familial form of spondylarthropathy a clinical study of 115 multiplex. *Arthritis et Rheumatism* : Juin 2000 ; 43 :1356-1365.
- [5] Diallo S, Mbengue MM, Diouf ML, Kane B, Mbaye PS, Sakho Y. Les spondylarthropathies chez les noirs africains du

Sénégal. *Etude de 130 observations. Revue du rhumatisme* 2001 ; 68 :1081.

- [6] Diallo S, Ndiaye D, Mbaye PS, Thiam A, Diop TM. L'allèle HLA B-27 et les sous types HLA B-27 dans les spondylarthropathies de noir africain du Sénégal. *Revue du rhumatisme* 2001 ; 68 :1081.
- [7] Diallo S., Dieye A., Siby T., Niang E.H., Ndongo S., Diop T.M., Kane B. Evaluation de l'incidence de gène HLA-B27 et ses sous-type en milieu hospitalier sénégalais. *Revue du Rhumatisme* 2008 ; 76 : 1048-1211.
- [8] Diallo S., Dieye A., Siby T., Niang E.H., Ndongo S., Diop T.M., Kane B. Formes familiales des spondylarthropathies (SpA). *Etude de 50 familles multiplex au Sénégal. Revue du Rhumatisme.* 2007 ;74 : 1039-1208.
- [9] Diallo S., Ndongo S., Ndiaye A.R., Pouye A., Diop T.M. Spondylarthropathies familiales : étude d'une famille multiplex sénégalaise. *Revue du Rhumatisme* 2007 ; 74 :1166.
- [10] Diaw C.A.B., Formes familiales de spondylarthrite ankylosante : étude préliminaire de 17 familles multiplex sénégalaises, mémoire n°1180 année 2015. Université Cheikh Anta Diop.
- [11] Sieper J., Rudwaleit M., Asim Khan M., Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. 2006 ; 20 : 401-417.
- [12] Vasseur F. Les maladies génétiques complexes. Collège National des Enseignants et Praticiens de Génétique Médicale 2010-2011 ; Support Cours (Version PGF).
- [13] Feingol J. La génétique prédictive en médecine ; INSERM U.39-Hopital Necker Enfant Malades –75015 PARIS.
- [14] Feingol J. Maladies multifactorielles : un cauchemar pour le généticien. *MEDECINE/SCIENCE* 2005 ; 21 : 927-33.
- [15] Dieudé P, Grachon H-J. Les applications en rhumatologie : en génome. *Revue du rhumatisme* 2011 ; 87 : S178-S181.
- [16] Zouali M. L'épigénétique des maladies auto-immunes rhumatismales. *Revue du rhumatisme monographies* 2010 ; 77 : 346-351.
- [17] Claudepierre P, Voisin M-C. Les enthèses : histologie, anatomie, pathologie et physiopathologie. *Revue de rhumatisme.* 2005 ; 72 :32-37.
- [18] Haglund E, Bremander AB, Petersson IF, et al. Prevalence of spondyloarthritis and its subtypes in southern Sweden. *Ann Rheum Dis* 2011 ; 70 : 943-8.
- [19] Hukuda S, Minami M, Saito T. Spondyloarthropathies in

Japan: nationwide questionnaire survey performed by the Japan Ankylosing Spondylitis Society. *J Rheumatol* 2001; 28: 554–9.

- [20] Breban M, Miceli-Richard C, Zinovieva E. La génétique des spondylarthropathies.
- [21] Said-Nahal R., Miceli-Richard C., Berthelot J-M. The familial forme of spondylarthropathy a clinical study of 115 multiplex. *Arthritis et Rheumatism* : Juin 2000 ; 43 :1356-1365.
- [22] Avs H, Cem A, Kwiatkowski D, et al. HLA class I typing by PCR : HLA B27 and African B27 subtypes. *Lancet* 1991 ; 337 : 640-2.
- [23] Benamour S, Bettal S, Moudatir A, Jalal O, El Kabli H. Spondylarthropathies : étude de 334 cas *Revue Médecine Interne* 2001 ; 22 :1.
- [24] Dougados M, Etcheto A, Molto A, Alonso S, Bouvet S. Présentation clinique des patients souffrant de rachialgie inflammatoire chronique récente évocatrice de spondyloarthrite : la cohorte DESIR. *Revue du rhumatisme* 2015 ; 82 : 378 –385.
- [25] Diouf.C., Particularités des spondyloarthrites selon la présence ou l’absence de la molécule HLA-B27 étude de 120 observations colligées dans le service de Rhumatologie du CHU Le Dantec, mémoire n°44 année 2018. Université Cheikh Anta Diop.
- [26] Sieper J., Rudwaleit M., Asim Khan M., Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. 2006 ; 20 : 401-417.
- [27] Sibilia J, Pham T, Sordet C, Jaulhac B, Claudepierre P. Spondylarthrite ankylosante et autres spondylarthropathies. *EMC-Médecine* 2005 ; 2 : 488 -511.

Pour citer cet article :

A Abba, M Niassé, LM Diaby, H Ali. Formes familiales des spondyloarthrites : Une étude sénégalaise de 78 familles multiplex. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 191-200



Cas clinique

Communications inter auriculaires multiples : A propos d'un cas clinique

Multiple Atrial Septal Defects: A case report

N Loudiy*¹, A Zaimi¹, M Malki¹, N Mouine¹, Y Moutaki Allah², A Benyass¹

Résumé

La communication inter auriculaire est la cardiopathie congénitale la plus fréquemment diagnostiquée chez l'adulte. Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 26 ans chez qui on diagnostique un Septum inter auriculaire fenestré (communications inter auriculaires multiples) avec shunt significatif, retentissement sur les cavités droites et signes d'HTP modérée, motivé par une dyspnée récente d'aggravation progressive et deux épisodes de syncope à l'effort. L'échocardiographie trans thoracique a mis en évidence la présence de deux communications inter auriculaires. Cependant, nous avons trouvé non pas 2 mais 4 défauts auriculaires en utilisant l'échocardiographie transoesophagienne tridimensionnelle.

Le patient a bénéficié d'une chirurgie qui a consisté à une résection des cloisons de communication inter auriculaire et mise en place d'un patch sauvage, puisque la fermeture percutanée par plus d'une prothèse d'Amplatz était techniquement difficile vu la déficience des berges et plus particulièrement la berge inférieure.

Abstract

Atrial septal defect is one of the most common congenital heart diseases in adults. We report the

observation of a 26-year-old patient diagnosed with Multiple Atrial Septal Defect with significant shunt, dilatation of right cavities and moderate pulmonary hypertension, motivated by dyspnea and two episodes of syncope.

Trans thoracic echocardiography showed the presence of two atrial septal defects. However, we found not 2 but 4 atrial septal defects using three dimensional trans oesophageal echocardiography. The patient underwent surgery which consisted of resection of the atrial septum and placement of a wild patch, since percutaneous closure by more than one Amplatz prosthesis was technically difficult with deficiency rim.

Introduction

La communication inter auriculaire est la cardiopathie congénitale la plus fréquemment diagnostiquée chez l'adulte, dont la fermeture percutanée par prothèse AMPLATZ reste un traitement de référence et aussi efficace que la fermeture chirurgicale, essentiellement pour la communication inter auriculaire type ostium secundum. (1,2)

Dans certains cas, les défauts sont multiples, ce qui rend la fermeture percutanée inappropriée. (3,4)

Cas clinique

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 26 ans sans antécédents qui a été opéré suite à la découverte fortuite d'un Septum inter auriculaire fenêtré (communications inter auriculaires multiples) avec shunt significatif, retentissement sur les cavités droites et signes d'HTP modérée, motivé par une dyspnée récente d'aggravation progressive et deux épisodes de syncope à l'effort : L'examen clinique objective un souffle systolique d'hyper débit au foyer pulmonaire.

La radiographie pulmonaire trouve une cardiomégalie avec ICT à 0,6 avec pointe sus diaphragmatique ; L'ECG a objectivé un rythme régulier sinusal avec une CVM à 74 cpm, un BBD incomplet et une HAD. Les examens biologiques ne retrouvent pas de syndrome inflammatoire (C-réactive protéine et BNP normales). L'échocardiographie a mis en évidence la présence de deux communication inter auriculaire(une type ostium secundum et une rétro aortique) mesurant respectivement 15 et 11 mm , avec shunt gauche droit significatif (Q_p/Q_s à 3) et dilatation des cavités droites avec une HTP modérée (PAPS à 42 mmHg) , bonne fonction systolique du ventricule droit ,ventricule gauche non dilaté , non hypertrophié : (DTD : 46/ DTS :34 mm), de bonne fonction systolique (FEVG à 62 %)

L'échocardiographie trans œsophagienne retrouvait un septum fenêtré avec la présence de 4 communications inter auriculaires et une berge inférieure déficiente. (Figures 1 ,2 ,3)

Le scanner cardiaque ne retrouve pas d'anomalie du retour veineux pulmonaire.

Le cathétérisme cardiaque droit objective des résistances pulmonaires basses.

Le patient a bénéficié d'une chirurgie qui a consisté à une résection des cloisons de communication inter auriculaire et mise en place d'un patch sauvage, puisque la fermeture percutanée par plus d'une prothèse d'Amplatz était techniquement difficile vu la déficience des berges et plus particulièrement la berge inférieure.

Les suites opératoires étaient simples.

L'échocardiographie de contrôle n'a pas montré de shunt résiduel.

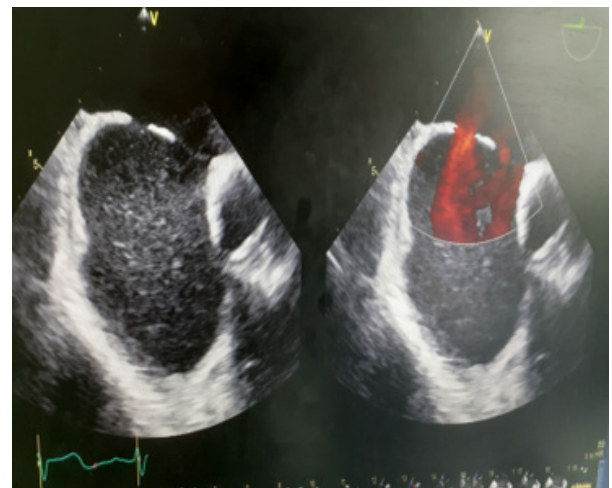


Figure 1 : ETO : Vue de face des defects septales à partir de l'oreillette gauche

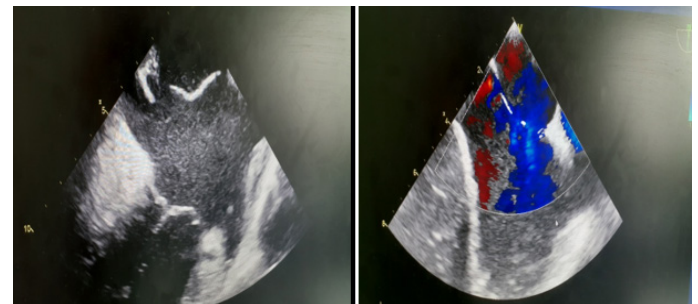


Figure 2 : ETO : coupe bicavale objectivant les defects septales

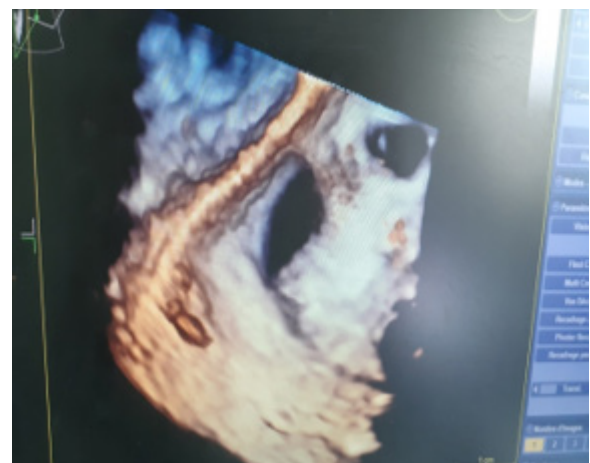


Figure 3 : ETO tridimensionnelle objectivant les defects septales

Discussion

La fermeture par cathétérisme interventionnel est maintenant proposée en première intention pour le traitement des communications inter auriculaires

ostium secundum (5)

Plusieurs études ont comparé l'efficacité, et la morbi-mortalité de la technique interventionnelle et de la chirurgie. À efficacité quasi égale, la fermeture de CIA par voie percutanée permet un séjour hospitalier moins long, et une nette diminution du taux de complications hospitalières (7,2 vs 24 % dans l'étude de Du) (5)

Une analyse échographique précise et systématique doit donc être réalisée : taille de la CIA, nombre de défauts, taille et qualité des berges. Seule la berge rétro-aortique peut être absente.

L'échographie transœsophagienne, et en particulier l'imagerie et les techniques d'impression 3D permettent d'avoir une vue de face du SIA, et donc de planifier la procédure essentiellement pour les CIA larges et complexes voir multiples associées à un risque plus élevé de complication per ou post-procédure. (6)

Les contre-indications à la fermeture de CIA par voie percutanée sont les - CIA avec HTAP sans shunt significatif, syndrome d'Eisenmenger ; - CIA de « décharge » : dysfonction diastolique (OG-OD), Ebstein (OD-OG) ... - rebord postéro-inférieur déficient (rebord de la VCI). C'est le cas de notre patient qui se trouve avec des défauts multiples et une berge inférieure déficiente rendant la fermeture percutanée difficile et qui a bénéficié d'un traitement chirurgical avec bonne évolution.

Conclusion

La communication inter auriculaire avec multiples défauts est une variante anatomique non exceptionnelle qui nécessite une évaluation échographique précise essentiellement par l'imagerie 3D pour prédire la faisabilité d'une fermeture par cathétérisme interventionnel, afin d'éviter les complications.

*Correspondance

Nadia Loudiyi

nadialoudiyi@gmail.com

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

1 : Service de cardiologie de l'HMIMV de Rabat, Maroc

2 : Services de chirurgie cardio vasculaire de l'HMIMV de Rabat, Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Fraisse A, Latchman M, Sharma SR, Bayburt S, Amedro P, diSalvo G, et al. Atrial septal defect closure: indications and contra-indications. *J Thorac Dis* 2018;10:S2874–81.
- [2] Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, et al. ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines on the Management of Adults With Congenital Heart Disease). Developed in Collaboration With the American Society of Echocardiography, Heart Rhythm Society, International Society for Adult Congenital Heart Disease, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:e143–263.
- [3] Ohno N, Chaturvedi R, Lee KJ, Benson L. Characteristics of secundum atrial septal defects not percutaneously closed. *Catheter Cardiovasc Interv* 2015;85:234–9.
- [4] Pillai AA, Satheesh S, Pakkirisamy G, Selvaraj R, Jayaraman B. Techniques and outcomes of transcatheter closure of complex atrial septal defects – single center experience. *Indian Heart J* 2014;66:38–44.
- [5] [Claire DAUPHIN, Aurélie CHALARD, Jean-René

LUSSON, Cardiologie et maladies cardiovasculaires, CHU de Clermont-Ferrand .Cardiologie pratique 2017

- [6] Kurenov SN, Ionita C, Sammons D, Demmy TL. Three-dimensional printing to facilitate anatomic study, device development, simulation, and planning in thoracic surgery. *J ThoracCardiovascSurg* 2015;149(4):973–9.

Pour citer cet article :

N Loudiy, A Zaimi, M Malki, N Mouine, Y Moutaki Allah, A Benyass. Communications inter auriculaires multiples : A propos d'un cas clinique. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 201-204



Cas clinique

Condylome acuminé géant ano-rectal (tumeur de Buschke-Lowenstein) dégénéré à propos d'un cas

Giant anorectal condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) degenerated about a case

B Bengaly*^{1,2}, L Diarra³, D Traoré^{1,2}, B Togola^{1,2}, D Ouattara², A Kanté^{1,2}, S Sanogo², M Coulibaly⁴,
B Coulibaly^{1,2}, B Ba^{1,2}, N Ongoiba^{1,2}

Résumé

Les condylomes acuminés sont des proliférations épithéliales bénignes verruciformes des replis anogénitaux d'origine virale, contagieuses. Elle se caractérise par la fréquence des récurrences et le risque de transformation maligne. A partir d'une observation d'une tumeur de Buschke Lowenstein ano rectale dégénérée et d'une revue de la littérature, nous soulignons les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette affection.

Mots-clés : condylome géant, carcinome épidermoïde, Papilloma Virus humain.

Abstract

Condyloma acuminata are benign verruciform epithelial proliferations of the anogenital folds of viral origin, contagious. It is characterized by the frequency of recurrences and the risk of malignant transformation. Based on an observation of a degenerated anorectal Buschke Lowenstein tumor and a review of the literature, the authors underline the epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary aspects of this condition.

Keywords: giant condyloma, squamous cell carcinoma, human Papilloma virus.

Introduction

Les condylomes sont des tumeurs bénignes de l'épithélium malpighien. Les localisations sont très variables : les différentes régions vulvaires, le vagin, le col peuvent être touchés mais également l'urètre, le périnée, la région anale [1]. Les condylomes acuminés (appelés aussi papillomes, végétations vénériennes ou plus communément crêtes de coq) sont des excroissances de coloration variable (blanchâtres, grisâtres ou rosées), à crêtes dentelées de taille variable secondaires à une infection virale par le Human Papilloma Virus (HPV). La durée moyenne d'incubation des HPV est de 3 mois mais elle peut parfois atteindre plusieurs années. Ils peuvent dégénérer au cours de leur évolution [2, 3]. Les condylomes acuminés sont des proliférations épithéliales bénignes se présentant comme des excroissances bourgeonnantes, fermes mais friables, groupées ou plus rarement isolées les unes des autres, siégeant au niveau de la zone marginale périanale. Il existe une forme particulièrement de condylome géant appelée tumeur de Buschke Löwenstein qui se distingue des condylomes acuminés par sa prolifération plus marquée et une pénétration profonde dans les tissus sous-jacents qui peuvent

alors être refoulés, et d'un carcinome épidermoïde par l'absence d'invasion histologique et de métastase [4]. La localisation anorectale a été décrite dans un nombre restreint de cas. Une infection à human papillomavirus (HPV) est volontiers associée [5, 6]. Elle est caractérisée par un taux élevé de récurrence et de dégénérescence en carcinome épidermoïde [2]. Nous présentons un cas de condylome géant à localisation anorectale dégénérée en carcinome.

Cas clinique

Un homme de 65 ans enseignant à la retraite, résidant dans une zone de riziculture, nous a été adressé en consultation chirurgicale pour une tumeur anale. L'interrogatoire nous renseignait que la lésion était apparue spontanément sans notion de traumatisme et avait progressivement augmenté de taille depuis 10 ans environ indolore au début avec des picotements ano-rectaux. L'évolution récente était marquée par une douleur apparue il y a 3 mois, une sensation de fièvre, d'échauffement plantaire d'amaigrissement et d'humidité permanente de la marge anale sans notion d'hémorragie. Le patient avait signalé plusieurs séjours étrangers, sans notion de comportement sexuel à risque. A l'examen, il y avait une grosse tumeur en chou-fleur péri anale de 12x11cm, couleur rosâtre, bourgeonnante fermant l'orifice anal, non hémorragique à consistance ferme, surface irrégulière et douloureuse à la mobilisation, rendant impossible le toucher rectal, accompagnée de 2 autres plus petites localisées au périnée et sur le scrotum dont les caractéristiques cliniques étaient les mêmes que la tumeur principale. (Image1). Les sérologies HIV et syphilis qui étaient négatives, une coloscopie demandée concluait à un condylome acuminé péri anal avec un ulcère du canal anal. L'examen anatomopathologique de pièce biopsique réalisé à trois reprises concluait à un condylome anal. Il a été décidé l'intervention chirurgicale qui a consisté à réaliser une exérèse totale de la tumeur périanale. Cette exérèse a emporté les sphincters, l'exploration qui s'en est suivie trouvait une extension intra rectale

de la tumeur (image2). Une colostomie de dérivation a alors été confectionnée. Le scanner abdominopelvien était en faveur d'une tumeur maligne bourgeonnante ano-recto-sigmoïdienne avec varices péri anale, extension à la prostate et au fascia rectal et infiltration des espaces graisseux pelviens, le foie était homogène. Une deuxième intervention était programmée après préparation du malade et réalisée 3 mois plus tard. En per opératoire, il existait une tumeur du moyen et bas rectum adhérent fortement aux parois pelviennes et envahissant la vessie et la prostate. Le geste consistait en une anoproctectomie sous forme d'amputation abdominopelvienne. L'examen anatomopathologique de cette pièce montrait un carcinome épidermoïde. Les suites étaient marquées par une récurrence locale anale 3 semaines après l'exérèse, qui a été reséquée. Six semaines plus tard on observait encore une récurrence locorégionale avec carcinose péritonéale entraînant une occlusion du grêle par adhérences traitée par dérivation interne. Le patient est décédé deux mois plus tard dans un tableau d'occlusion.

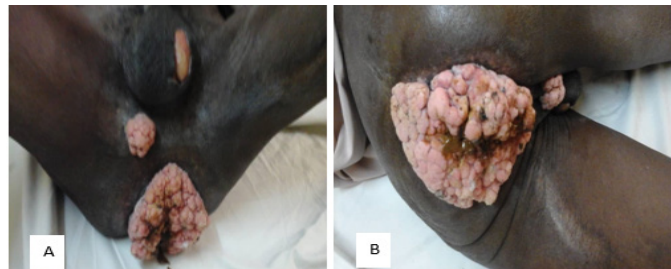


Image 1 : tuméfaction périnatale en chou-fleur chez un homme de 65 ans.

A : vue en position de décubitus dorsal

B : vue en position de décubitus latéral

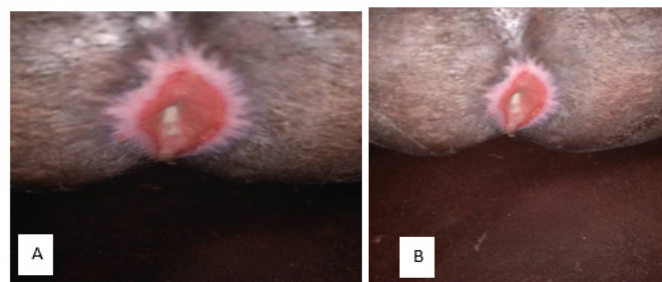


Image 2 : Après exérèse de la tuméfaction périnatale en chou-fleur, reliquat tumoral intra canalaire bouchant l'anus.

Discussion

La tumeur de Buscke et Löwenstein est une affection relativement rare et toujours précédée de condylomes acuminés. Son incidence annuelle semble être de 0,1% parmi la population adulte active sexuellement [7]. Elle survient à tout âge après la puberté. Elle prédomine entre les 4ème et 6ème décennie [6]. Le condylome acuminé géant présente un rapport homme-femme de 2,7 : 1. L'âge moyen se situe entre 43,9 ans, 42,9 ans chez les hommes et 46,6 ans chez les femmes. Aujourd'hui, il semble y avoir une tendance récente vers une affection plus jeune. [8]. Le développement, la persistance et les récurrences des condylomes dépendent largement du statut immunitaire de l'hôte. L'immunodépression, l'inflammation chronique, le manque d'hygiène et l'infection à VIH semblent être des facteurs de risque de cette affection [7]. Dans notre observation clinique le patient avait 65 ans. La voie classique de contagion est le rapport sexuel [6]. Toutefois d'autres mécanismes de transmission sont possibles notamment une transmission digitale, génitale ou anale [9]. Les tumeurs de Buscke et Löwenstein sont relativement fréquentes chez le sujet de sexe masculin à 77% des cas [8], se trouvant dans la région anorectale dans environ Chez l'homme, ils se localisent au niveau de la région ano-rectale dans 10 à 17% [7]. Dans cette région, on la retrouve au niveau de la marge péri anale dans 80 % des cas, anal dans 13 % des cas et anorectale dans 7 % des cas. Sa taille est variable d'entre 1 à et 20 cm [10]. La tumeur est toujours précédée de lésions condylomateuses grisâtres ou rosées. Les symptômes les plus courants sont la masse périanale (47%), la douleur (32%), l'abcès ou la fistule (32%) et les saignements (18%) [8]. Dans notre cas, le patient a consulté pour une notion de prurit et de douleur anal, de fièvre non quantifiée et une sensation d'humidité permanente de la marge anale sur une tuméfaction anorectale apparue il y a une dizaine d'année [10]. Elle évolue en surface et en profondeur, ce qui marque sa différence des condylomes acuminés banaux. L'extension peut se faire vers le scrotum ou la vulve, le sillon inter

fessier, les fesses, voire le rectum et le pelvis [11]. Le condylome acuminé géant est plus rarement vu dans l'anorectum. Il se caractérise par une malignité clinique face à la bénignité histologique ; cependant, une transformation maligne en carcinome épidermoïde franchement invasif a été décrite chez environ un tiers des patients comme c'est le cas chez notre patient [11]. Les facteurs de risque de la transformation maligne sont représentés par l'infection par un HPV oncogène, les types 16 et 18 ont un haut potentiel oncogénique [12]. Sur le plan clinique la tumeur a souvent l'aspect de grappe de raisin ou de chou-fleur avec parfois des ulcérations pouvant être à l'origine de saignement, de suintement et de prurit comme noté chez notre patient [13]. Le diagnostic se fait par des méthodes immunohistochimiques ou d'hybridation moléculaire telle que l'amplification génique par polymérase chain reaction [13]. L'étude virologique n'a pas été faite dans notre cas à cause de l'insuffisance du plateau technique. L'imagerie en coupe est capitale pour le bilan de résecabilité permettant d'évaluer le degré de vascularisation et d'extension locale [11]. La tumeur de Buschke- Lowenstein pose le problème de diagnostic différentiel avec d'autres pathologies [11]. En effet, certaines lésions tumorales (les épithéliomas spino-cellulaires) ou infectieuses (la syphilis dans sa forme secondaire, la tuberculose verruqueuse et végétante, la maladie de Nicolas Favre, peuvent simuler à l'étape clinique la tumeur de Buschke- Lowenstein [11]. L'examen anatomopathologique de la pièce a montré chez notre patient un carcinome épidermoïde moyennement différencié mature et invasif de l'anus avec envahissement ganglionnaire (5N+/6N) avec envahissement sphinctérienne classée pT4N2M1. Il faut noter aussi qu'il a fallu plusieurs biopsies pour pouvoir confirmer la dégénérescence chez ce patient. Le condylome acuminé géant représente un défi chirurgical continu, en raison de la nécessité d'interventions chirurgicales exhaustives qui devraient tenir compte à la fois des principes oncologiques et d'une meilleure résolution anatomique. Aucun protocole de traitement standard ne peut être établi, en raison de la rareté de la maladie

[14]. La chirurgie est le traitement de référence pouvant aller de la simple résection jusqu'à l'amputation large mutilante. L'exérèse avec conservation du sphincter suivie d'une reconstruction est réalisée chaque fois que possible [14]. Mais l'amputation du rectum, ou même l'exentération abdominopérinéale sont parfois nécessaires si la tumeur est très étendue ou récidivante comme ce fut le cas chez notre patient. Le pourcentage de dégénérescence est estimé à 30%. La récurrence qui est toujours locale, unique ou multiple pose des problèmes thérapeutiques, particulièrement lorsque l'exérèse est limitée ou incomplète. Chez notre patient la première récurrence est survenue très rapidement et de façon très sévère qui a été réséquée. Elle a été suivie de deux autres récurrences à seulement un mois d'intervalle. Le pronostic global est mal connu en raison de la rareté de l'affection, mais la mortalité n'est pas nulle dans les formes avancées [15]. Il est connu que les carcinomes épidermoïdes localement avancés sont de mauvais pronostic surtout à l'absence de radiothérapie associée comme ce fut le cas chez notre patient. La prévention de cette pathologie passe par une hygiène de vie, une prophylaxie des maladies sexuellement transmissibles et un traitement correct des infections uro-génitales [13].

Conclusion

Bien que rare et survenant après plusieurs années d'évolution, la hantise de la dégénérescence du condylome acuminé géant ano-rectal doit inciter au traitement correct et à la surveillance post thérapeutique de ces lésions.

*Correspondance

Bréhima Bengaly

bengalybrehima@yahoo.fr

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

- 1 : Faculté de médecine et d'odontostomatologie de l'USTTB, Bamako/MALI
- 2 : Chirurgie B, CHU Point G, Bamako/MALI
- 3 : Hôpital Dermatologique, Bamako/MALI
- 4 : Hôpital Koutiala/MALI

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Handsfield HH. Clinical presentation and natural course of anogenital warts. *Am J Med* 1997; 102 (5A): 16-20
- [2] PRASARD M.L., ABCARIAN H. Malignant potential of perianal condyloma acuminatum. *Dis. Colon rectum*, 1980, 23 : 191-197,
- [3] ILOTTE J. Papillomes de l'anus (condylomes acuminés) et cancer. *Rev. Prat.* 1982, 1, 47-52
- [4] Lévy A, Lebbe C. Prise en charge des tumeurs de BuschkeLöwenstein. *Ann Urol (Paris)*. 2006 Jun;40(3):175-8.
- [5] Gissmann L, De Villiers EM, Zur Hausen H (1982) Analysis of the human genital warts (condyloma acuminatum) and other genital tumor for human papillomavirus type 6 DNA. *Int J Cancer* 29:143-6,
- [6] Wells M, Robertson S, Lewis F (1988) Squamous carcinoma arising in giant perianal condyloma associated with human papillomavirus types 6 and 11. *Histopathology* 12:319-23
- [7] Youssef Kadouri, Yassine Nouini : la tumeur de Buschke-Löwenstein. *PAMJ* - 36(359). 28 Aug 2020.
- [8] L J Trombetta 1, R J Place : Giant condyloma acuminatum of the anorectum: trends in epidemiology and management: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2001 Dec;44(12):1878-86.
- [9] Sonnex C, Strauss S, Gray JJ. Detection of human papillomavirus DNA on the fingers of patients with genital warts. *Sex Transm Inf* 1999;75: 317-9.
- [10] GILLAT D.A. TEASDALE C. Squamous cell carcinoma of the anus arising within condyloma acuminatum. *European Journal of surgical oncology* 1985, 11 : 369-371
- [11] Farouk Safi 1, Omar Bekdache, Suhail Al-Salam, Mouied Alashari, Taha Mazen, Haytham El-Salhat : Management of peri-anal giant condyloma acuminatum--a case report and

literature review. *Asian J Surg.* 2013 Jan; 36(1):43-52

- [12] 1R. Lalej · S. Nadir · W. Hliwa · F. Haddad · W. Badre · A. Bellabah · R. Alaoui :Condylomes anaux dégénérés. A propos de 13 cas,*J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2013) 7:196-198
- [13] Abdou Niasse, Papa Mamadou Faye, Mohamadou Lamine Gueye, Ngongé Diaba Diack, Abdoulaye Leye, Ahmed Diouf, Abdourahmane Ndong, Ousmane Thiam_, Mamadou Cisse, Madieng Dieng :: Tumeur de Buschke-Lowenstein à localisation ano-périnéale à propos d'un cas. *International Journal of Medical Reviews and Case Reports* (2020) 4(6):96-98
- [14] D Spinu, A Rădulescu, O Bratu, I A Checheriță, A E Ranetti, D Mischianu : Giant condyloma acuminatum - Buschke-Lowenstein disease - a literature review. *Chirurgia (Bucur)* . Jul-Aug 2014;109(4):445-50.
- [15] V. de Parades*, C. Parisot* : La tumeur de Buschke-Loewenstein de l'anus. *Courrier de colo-proctologie (II)* - n° 2 - juin 2001.p 65

Pour citer cet article :

B Bengaly, L Diarra, D Traoré, B Togola, D Ouattara, A Kanté et al. Condylome acuminé géant ano-rectal (tumeur de Buschke-Lowenstein) dégénéré à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 205-209



Article original

Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali

Screening for cervical cancer at the reference health center of Commune II of Bamako, Mali

SZ Dao*¹, K Sidibé², BA Traoré¹, S Konaté¹, E Togo¹, C Sylla³, A Coulibaly⁴, I Kanté⁴, M Sima⁴, MS Traoré⁴, A Samaké⁵, M Keita⁵, T Traoré², SO Traoré⁶, H Sissoko⁷, AB Dembélé¹, M Sissoko¹, L Diarra¹, CS Koné¹, Y Traoré³, N Mounkoro³, AI Dolo⁸

Résumé

Introduction : La réduction de la morbidité et de la mortalité liées au cancer du col de l'utérus passe par la mise en place de politiques nationales de dépistage et de prise en charge précoce. **But :** Il était de faire le bilan du dépistage du cancer du col de l'utérus dans une structure de deuxième niveau de référence de Bamako au Mali. **Matériel et Méthodes :** Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective descriptive du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020 dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II de Bamako. Elle a concerné toutes les femmes chez qui une lésion précancéreuse ou cancéreuse a été dépistée par les méthodes d'inspections visuelles à l'acide acétique et au lugol et confirmée par un examen histologique. **Résultats :** En 5 ans nous avons recensé 196 lésions précancéreuses et cancéreuses sur 11486 femmes reçues soit une fréquence de 1,7%. Il s'agissait de dysplasies dans 96% des cas et de cancer du col dans 4% des cas. Ces lésions ont été rencontrées chez des femmes âgées de moins de 45 ans dans plus de 2/3 des cas (67,4%), paucipares dans 41,3%, mariées dans un régime monogamique dans 68,1% des cas. Les types histologiques ont été dominés par les

néoplasies intra-cervicales (CIN) de type 1 dans plus de 2/3 des cas (68%). Les lésions cancéreuses étaient constituées uniquement de carcinomes épidermoïdes du col. La prise en charge des CIN 1 a consisté à une cryothérapie dans 70% des cas et la résection à l'anse diathermique dans 0,7% des cas. Les dysplasies de haut grade, les cancers et 27,8% des CIN 1 ont été référés au CHU Gabriel Touré. **Conclusion :** Les méthodes d'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol constituent des moyens peu coûteux et rapides de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col. La prise en charge de ces lésions nécessite des équipements qui ne sont pas toujours disponibles dans notre service.

Mots-clés : Cancer du col, dépistage, dysplasie, commune II, Mali.

Abstract

Introduction: Reducing morbidity and mortality linked to cervical cancer requires the establishment of national policies for screening and early treatment. **Goal:** It was to take stock of cervical cancer screening in a second-level referral center in Bamako, Mali. **Material and Methods:** We carried out a descriptive retrospective cross-sectional study from January

1, 2016 to December 31, 2020 in the obstetrical gynecology service of the reference health center of commune II of Bamako. It concerned all women in whom a precancerous or cancerous lesion was detected by visual inspection methods with acetic acid and lugol and confirmed by histological examination. Results: In 5 years, the frequency of precancerous and cancerous lesions was 1.7%. They were dysplasia in 96% of cases and cervical cancer in 4% of cases. These lesions were encountered in women aged under 45 in more than 2/3 of cases (67.4%), pauciparous in 41.3%, married in a monogamous diet in 68.1% of cases. The histological types were dominated by intra-cervical neoplasia (CIN) type 1 in more than 2/3 of the cases (68%). The cancerous lesions consisted of squamous cell carcinoma of the cervix. Management of CIN 1 consisted of cryotherapy in 70% of cases and resection with a diathermic loop in 0.7% of cases. High-grade dysplasias, cancers and 27.8% of CIN 1 were referred to Gabriel Touré teaching hospital. Conclusion: Visual inspection methods using acetic acid and lugol are inexpensive and rapid means of screening for precancerous and cancerous lesions of the cervix. The management of these lesions requires equipment which is not always available in our department.

Keywords: Cervical cancer, screening, dysplasia, commune II, Mali.

Introduction

Le cancer du col de l'utérus est un problème de santé publique surtout dans nos pays où le diagnostic est le souvent tardif et la prise en charge parfois difficile d'où une mortalité élevée. Dans le monde, il est le 2ème cancer de la femme après celui du sein et représente 15% des cancers de la femme [1]. En Afrique, il touche de plus en plus de femmes jeunes et les multipares âgées, la moyenne d'âge se situant entre 40 et 45 ans [2]. Au Maroc le cancer du col avec 11% était le 2ème cancer de la femme après celui du sein (78%) dans le service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire Moulay Ismail-Meknès [3]. Au

Mali, selon les données du registre du cancer, il est le 2ème cancer de la femme avec 22,80% après celui du sein (23,9%) [4]. La mise en place des programmes de dépistage du cancer du col a permis de découvrir des lésions à des stades précoces permettant ainsi d'améliorer le pronostic des patientes. En effet, dès le début des années 1980, des études rapportaient que la simple observation du col au spéculum et surtout, l'application de l'acide acétique et de lugol sur le col, permettaient de dépister des lésions précancéreuses et cancéreuses opérables du col [5]. Au Mali, le dépistage par les méthodes visuelles a démarré en 2001 [6]. Depuis, il s'est étendu à beaucoup de centres publics et privés de notre pays. C'est dans le but de faire le bilan des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelles à l'acide acétique et au lugol dans notre service que nous avons décidé de mener cette étude en nous fixant comme objectifs de déterminer la prévalence, de préciser le profil sociodémographique des patientes, de déterminer le type histologique des dysplasies et des cancers du col de l'utérus et de décrire leurs prises en charge dans notre service.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective descriptive du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020 dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II de Bamako. La population d'étude était constituée par toutes les femmes ayant effectué un dépistage du cancer du col par les méthodes d'inspection visuelle dans notre service. Ont été incluses dans cette étude, toutes les femmes chez qui une lésion précancéreuse ou cancéreuse a été dépistée par les méthodes d'inspections visuelles à l'acide acétique et au lugol et confirmées par un examen histologique. N'ont pas été retenues, les autres anomalies du col observées lors de la réalisation du dépistage. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce aux logiciels Word 2013 et SPSS version 20.0.

Résultats

Du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020 soit en 5 ans nous avons recensé 196 lésions précancéreuses et cancéreuses sur 11486 femmes reçues à l'unité de dépistage de notre service soit une fréquence de 1,7%. Il s'agissait de lésions précancéreuses chez 188 patientes soient 96% et cancéreuses chez 8 patientes soient 4%.

Tableau I : Répartition des lésions par année

Année	Lésions précancéreuses	Lésions cancéreuses	Total
2016	106(54,1)	0(0)	106(54,1)
2017	27(13,8)	3(1,5)	30(15,3)
2018	19(9,7)	0(0)	19(9,7)
2019	26(13,7)	3(1,5)	29(14,8)
2020	10(5,1)	2(1)	12(6,1)
Total	188(96)	8(4)	196 (100)

Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge

Agés	Effectif	Fréquence
<18 ans	6	3,1
18-24 ans	21	10,7
25-34 ans	45	23
35-44 ans	60	30,6
≥ 45 ans	64	32,6
Total	196	100

Tableau III : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Fréquence
Nullipare	8	4,1
Primipare	17	8,7
Paucipare	81	41,3
Multipare	37	18,9
Grande multipare	53	27
Total	196	100

Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Etat matrimonial	Effectif	Fréquence
Mariées	185	94,4
Célibataires	11	5,6
Total	196	100

Tableau V: Répartition des patientes selon le régime matrimonial.

Régime matrimonial	Effectif	Fréquence
Polygamie	59	31,9
Monogamie	126	68,1
Total	185	100

Tableau VI: Répartition selon les types histologiques des lésions.

Types de lésions précancéreuses	Effectif	Fréquence
CIN 1	133	68
CIN 2	33	16,8
CIN 3	22	11,2
Carcinome épidermoïde	8	4
Total	196	100

Tableau VII: Prise en charge en fonction du type histologique de lésions.

Pris en charge	Cryothérapie	RAD	Hystérectomie	Référence	Total
CIN1	93	1	2	37	133
CIN2	0	0	0	33	33
CIN3	0	0	0	22	22
Cancer	0	0	0	8	8
Total	93	2	2	99	196

Discussion

Fréquence : En 5 ans nous avons recensé 196 lésions précancéreuses et cancéreuses sur 11486 femmes reçues à l'unité de dépistage de notre service soit une fréquence de 1,7%. Il s'agissait de lésions précancéreuses chez 188 patientes soit 96% et cancéreuses chez 8 patientes soit 4%. Plus de la moitié (54,1%) des lésions précancéreuses ont été observées en 2016. Cette année marque le début des campagnes de dépistage gratuit les vendredis et samedis pendant 70 week-ends consécutifs dénommées « week-ends 70 ». Cette gratuité a contribué à augmenter la fréquentation des services de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. La fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses varient largement d'un pays à un autre et d'un service à un autre d'un même pays. Cette disparité dépend en grande partie des politiques nationales de dépistage et de diagnostic de ces lésions. Les lésions

précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus étaient respectivement de 58,23% et 23,2% au centre de santé de référence de la commune V de Bamako [7]. De janvier 2010 à décembre 2017, Keita M et al [8] ont noté 38,1% de lésions précancéreuses et 3,7% de cancer du col au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako. N'guessan K et al [9] ont trouvé 1,7% de cancer du col de l'utérus au CHU de Cocody entre janvier 2002 et décembre 2006. A Conakry, le taux d'incidence des lésions intra-épithéliales de haut grade et des cancers est passé de 2,6 % en 2012 à 0,9 % en 2013 [10]. Mpiga E et al [11] ont noté 1,6% de cancers épidermoïdes et 1,3% de lésions précancéreuses entre janvier 2013 et juillet 2014 dans les centres hospitaliers universitaires de Libreville et d'Angondjé et à l'institut de cancérologie de Libreville.

Caractéristiques sociodémographiques : Dans notre étude, il s'agissait de femmes âgées de moins de 45 ans dans plus de 2/3 des cas (67,4%), paucipares

dans 41,3% et grandes multipares dans 27% des cas, mariées dans 94,4% des cas dans un régime monogamique dans 68,1% des cas. Les lésions cancéreuses dans notre étude ont été observées entre 33 et 56 ans avec une moyenne de 44,25 ans. Quant aux lésions précancéreuses, elles ont mises en évidence chez des patientes âgées entre 17 et 68 ans avec un âge moyen de 39,2 ans. Dans l'étude de Diarra S [12], il s'agissait de femmes mariées dans un régime polygamique dans 51,3% des cas, grandes multipares dans 38,8% ayant un âge moyen de 37,15 ± 0,66 ans avec des extrêmes de 14 et 80 ans. Pour Keita M et al [8], les grandes multipares étaient les plus fréquentes avec 33,6%, l'âge moyen était de 38,37±11,94 ans avec des extrêmes de 15 et 104 ans.

Types histologiques : Les types histologiques ont été dominés par les néoplasies intra-épithéliales cervicales (CIN) de type 1 dans plus de 2/3 des cas (68%). Les CIN 1 et 2 ont représenté respectivement 16,8% et 11,2% des cas. Les lésions cancéreuses avec 4% étaient constituées de carcinomes épidermoïdes du col. Nous n'avons pas noté d'adénocarcinome. Contrairement à notre étude, les types histologiques les plus fréquents au centre de santé de référence de la commune VI, étaient les dysplasies de haut grade et les cancers invasifs du col [8]. En commune V, les lésions cancéreuses étaient les carcinomes épidermoïdes avec 20,25% et les adénocarcinomes avec 2,95% [7]. Diarra S [12] a rapporté 0,5% de carcinome épidermoïde, 4,5% de dysplasies de bas grade et 1,9% de haut grade. Notre fréquence élevée peut s'expliquer par le fait que notre étude a concerné uniquement les lésions précancéreuses et cancéreuses alors que Diarra S [12] a pris en compte toutes les anomalies histologiques retrouvées.

Prise en charge : La prise en charge des CIN 1 a consisté à une cryothérapie dans 70% des cas, la résection à l'anse diathermique (RAD) dans 0,7% des cas, l'hystérectomie totale dans 1,5% des cas et la référence au CHU Gabriel Touré dans 27,8% des cas. Les hystérectomies ont été réalisées chez des patientes ayant d'autres anomalies associées aux CIN 1. Toutes les lésions précancéreuses de haut grade

et tous les cancers ont été référés au CHU Gabriel Touré. La fréquence élevée des références des CIN s'explique en grande partie par des ruptures dans l'approvisionnement en gaz CO2 et du fait de pannes de l'appareil de cryothérapie.

Conclusion

Les méthodes d'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol constituent des moyens peu coûteux et rapides de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. La prise en charge de ces lésions nécessite des équipements qui ne sont pas toujours disponibles dans notre service.

*Correspondance

Seydou Z Dao

seydouzd@yahoo.fr

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

- 1 : Centre de santé de référence de la commune II, Bamako, Mali
- 2 : Hôpital Nianankoro Fomba, Ségou, Mali
- 3 : Centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali
- 4 : Centre hospitalo-universitaire du Point G, Bamako, Mali
- 5 : Centre de santé de référence de la commune VI, Bamako, Mali
- 6 : Centre de santé de référence de la commune V, Bamako, Mali
- 7 : Centre de santé de référence de la commune III, Bamako, Mali
- 8 : Clinique Pasteur, Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Nubia M, Bosch FX, De Sanjosé S, Herrero R, Keerti V, Peter JF et al. Epidemiologic classification of Human Papillomavirus types associated with cervical cancer. *New England N Engl J Med* 2003; 348 (6): 518-27.
- [2] Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer incidence in 5 continents. IARC Scientific Publications, 2002; 155; vol VIII: 87-101.
- [3] Mariya AD. Le cancer du col utérin: expérience du service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire Moulay Ismail-Meknès (à propos de 34 cas). Thèse Méd Maroc 2020 ; N°090, 187 pages.
- [4] Doumbia A. Les cancers chez la femme dans le district de Bamako de 2008 à 2017 : données du registre des cancers du Mali. Thèse Méd Bamako 2019, 19M38, 53 pages.
- [5] Wesley R, Sankaranarayanan R, Mathew B, Chandrlekha B, Aysha BA, Amma NS et al. Evaluation of visual inspection as a screening test for cervical cancer. *Br J Cancer* 1997; 75(3): 436-40.
- [6] Traoré S. Le Dépistage des Néoplasies Intra- Epithéliales du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (à propos de 4632 femmes dépistées dans le district de Bamako). Thèse Méd Bamako 2005 ; 05M13 ; 140 pages.
- [7] Konaté AK. Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle et suivi au CSRéf commune V. Thèse Méd Bamako 2015 ; 15M106 ; 80 pages.
- [8] Keita M, Bourama C, Saoudatou T, Samaké A, Diallo M, Koné A et al. Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses par les tests visuels à la commune VI du district de Bamako. *Health Sci. Dis* 2020; Vol 21 (7): 84-89.
- [9] N'guessan K, Kouakou F, Loué V, Angoi V, Abauleth Y, Boni S. Le cancer du col de l'utérus : aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu africain. *Mali médical* 2009 ; tome XXIV ; N°3 : 27-30.
- [10] Leno DWA, Diallo FD, Camara AY, Magassouba M, Komano FD, Traoré A et al. Analyse des résultats des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus à Conakry, Guinée *Bulletin du cancer* 2017, N° 11 ; Vol 104 : 914-920.
- [11] Mpiga E, Ivanga M, Koumakpayi IH, Engohan-Aloghe C, Ankély JC, Belembaogo E et al. Intérêt de l'inspection visuelle à l'acide acétique et au soluté de Lugol avec colposcope dans le dépistage des lésions du col utérin au Gabon. *Pan African Medical Journal* 2015, Vol 22, 165 :1-9.
- [12] Diarra S. Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle (IVA / IVL) au CSRéf CII du district de Bamako. Thèse Méd Bamako 2015 ; 15M214 ; 93 pages.

Pour citer cet article :

SZ Dao, K Sidibé, BA Traoré, S Konaté, E Togo, C Sylla et al. Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 210-215



Article original

Prévalence hospitalière des hémopathies malignes au Service d'Hématologie – Oncologie de l'Hôpital National Donka

Hospital prevalence of malignant hemopathies at the Hematology - Oncology Department of Donka National Hospital

AS Kante*^{1,2}, M Diakite^{1,3}, A Dambakate², NA Ngoma², NMN Djayou², YA Saha², S Keita², ML Kaba^{1,4}

Résumé

Introduction :

Objectif : Déterminer la prévalence des hémopathies malignes au service d'hématologie oncologie de l'hôpital national Donka.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif d'une période de 3 ans et 9 mois allant du 1er octobre 2015 jusqu'au 30 juin 2019.

Résultats : La prévalence des hémopathies était de 9,17%. Le sex ratio était 0,93. Le lymphome non Hodgkinien était le plus fréquent soit 31 cas suivi des leucémies aiguës soit 25 cas (15 cas de LAM et 10 cas de LAL) et des leucémies myéloïdes chroniques soit 13 cas. L'âge moyen des patients était de 47,6 ans avec des extrêmes de 16ans et 75 ans. Les tranches d'âge 41 - 50 ans et 21- 30 ans étaient les plus fréquentes avec des valeurs respectives de 22, 35% et 21,52%

Conclusion : Une étude avec l'immunohistochimie et la cytogénétique serait nécessaire pour améliorer le diagnostic positif.

Mots-clés : Hémopathie maligne ; Prévalence ; Donka.

Abstract

Introduction:

Objective: To determine the prevalence of hematologic

malignancies in the oncology hematology service of Donka National Hospital.

Methodology: This was a descriptive retrospective study covering a period of 3 years and 9 months from October 1, 2015 to June 30, 2019.

Results: The prevalence of hemopathies was 9.17%. The sex ratio was 0.93. Non-Hodgkin's lymphoma was the most frequent, either 31 cases followed by acute leukemia or 25 cases (15 cases of AML and 10 cases of ALL) and chronic myeloid leukemia, or 13 cases. The mean age of the patients was 47.6 years with extremes of 16 years and 75 years, the age groups 41 to 50 years and 21 to 30 were the most frequent respectively 22, 35% and 21.52%

Conclusion: A study with immunohistochemistry and cytogenetics would be necessary to improve the positive diagnosis.

Keywords: Malignant hemopathy; Prevalence; Donka.

Introduction

Les hémopathies sont des proliférations anormales et anarchiques au dépend des cellules hématopoïétiques d'origine variée.

Le rapport de l'OMS sur l'incidence et la mortalité

par cancer dans 14 pays du monde en 2000 estimait à 405 995 le nombre de nouveaux cas de lymphome et de myélome multiple et sont à 236 496 le nombre de décès par les mêmes pathologies. A la même période, il enregistrait pour les mêmes sites 255 932 cas de leucémies pour 209 328 décès[1].

Les étiologies de ces cas ne sont pas connues, mais on pense que le rôle de facteurs de risque environnementaux est déterminant dans l'augmentation de leur fréquence. Les données récentes rapportent une association fréquente avec les maladies infectieuses émergentes comme le SIDA notamment les lymphomes non hodgkiniens (LNH) dont l'incidence entre 1994 et 2000 est passée de 3,6 % à 5,4 % dans certaines parties du monde comme l'Europe, les USA et l'Australie [2 ; 3].

En France, une augmentation moindre de l'incidence de la plupart des hémopathies malignes est observée: de 18000 nouveaux cas estimés en 1995 et à 21500 en 2005 [4].

A Lomé au Togo, en 2013, Messanh et al. ont rapporté une prévalence des hémopathies malignes estimée à 31,70 % avec une incidence de 22.30 nouveaux cas par an [5].

Une étude menée en Côte D'Ivoire au CHU de Yopougon, de 1999 à 2009 montrait une prévalence de 9.11% avec une incidence globale de 53.36 cas. [6]

La fréquence élevée de ces affections et l'amélioration récente des stratégies diagnostiques ont été les motifs du choix de cette étude dont l'objectif était de rechercher la prévalence des hémopathies malignes au service d'hématologie oncologie de l'hôpital national Donka.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif d'une période de 3 ans et 9 mois allant du

1er octobre 2015 jusqu'au 30 juin 2019.

Elle a été réalisée au Service d'Hématologie-Oncologie de l'hôpital national de Donka. Nous avons utilisé comme support : Les registres de consultation et d'hospitalisation, les dossiers individuels des malades et une fiche d'enquête.

Ont été inclus dans notre étude, tous les dossiers des patients de tout sexe, de toute provenance, atteints d'hémopathies malignes hospitalisés au service d'Hématologie-Oncologie, pendant la période d'étude quel qu'en soit la sévérité de la pathologie.

Les variables de l'étude étaient épidémiologiques (l'âge, le sexe, la profession et la provenance), cliniques et biologiques.

Pour retenir le diagnostic des lymphomes, la biopsie ganglionnaire avec l'histologie a été réalisée, le diagnostic des cas de leucémies et myélodysplasies à l'aide du myélogramme, pour le myélome multiple, nous avons utilisé le myélogramme pour rechercher les plasmocytes, l'électrophorèse des protéines sériques à la recherche d'un pic monoclonal et la radiographie des os à la recherche des lésions.

Résultats

Pendant l'étude, sur un total de 930 dossiers, il y avait 85 cas d'hémopathies malignes soit une prévalence de 9,17%. Le sex- ratio était de 0,93

Le lymphome non Hodgkinien était le plus fréquent soit 31 cas suivi des leucémies aiguës soit 25 cas (15 cas de LAM et 10 cas de LAL) et des leucémies myéloïdes chroniques soit 13 cas. L'âge moyen des patients était de 47,6 ans avec des extrêmes de 16 ans et 75 ans, les tranches d'âge 41 - 50 ans et 21-30 ans étaient les plus fréquentes avec des valeurs respectives de 22, 35% et 21,52%.

Tableau I : fréquence des motifs de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Hépatomégalie	12	
Syndrome tumoral	64	75,29 %
Splénomégalie	22	
Adénopathie	26	
Syndrome anémique	67	78,82 %
Douleur corporelle	30	35,29 %
Syndrome infectieux	50	58,82 %
Syndrome hémorragique	15	17,65 %
Asthénie physique	66	77,64 %

Tableau II : fréquence des hémopathies selon le sexe

Sexe	Type hémopathie								Total
	LAL	LAM	LLC	LMC	LNH	MDH	MYELOME MULTIPLE	SMD	
Feminin	2	10	3	7	18	1	2	1	44
Masculin	8	5	2	6	13	0	4	3	41
Total	10	15	5	13	31	1	6	4	85

Tableau III : fréquence des hémopathies selon l'âge

Age	Type hémopathie								Total
	LAL	LAM	LLC	LMC	LNH	MDH	MYELOME MULTIPLE	SMD	
11-20	3	0	0	2	3	0	0	0	8
21-30	3	4	0	2	9	0	0	0	18
31-40	1	1	1	1	3	0	0	0	7
41-50	0	4	1	6	6	0	2	0	19
51-60	1	4	1	1	5	1	1	2	16
Plus de 60	2	2	2	1	5	0	3	2	17
Total	10	15	5	13	31	1	6	4	85

Discussion

Nous avons effectué une étude rétrospective de type descriptif d'une période de 3 ans 9 mois allant du 1er Octobre 2015 jusqu'au 30 Juin 2019. Au cours de l'étude, 930 patients étaient reçus dans le service dont 85 cas d'hémopathies malignes soit une prévalence de 9,17%. Le lymphome non Hodgkinien (LNH) a été le plus fréquemment observé, suivi par les leucémies aiguës.

Nous avons noté une légère prédominance féminine, ce résultat est similaire à celui de Kouliditi J et coll. qui ont aussi rapporté une prédominance féminine avec 50,4% [3]. Par contre nos résultats sont différents de ceux trouvés par Moueleu N. et coll. au Cameroun, Cissoko L au Mali, et Irene M au Togo qui ont rapporté une prédominance masculine avec des sex-ratios respectifs de 1,4 ; 1,9 ; 1,05 [3,5,7]. Malgré ces résultats, le sexe n'est pas un facteur de risque pour la survenue des hémopathies malignes.

L'âge moyen des patients était de 47.6 avec des extrêmes de 16 ans et 75 ans. Nous avons observé 2 pics de fréquence dont le premier entre 21-30 ans avec une fréquence de 21,52% et le deuxième entre 41-50 ans avec 22,78 %.

Ces résultats sont superposables à celui trouvé par DIALLO DANP et coll. Dans leur étude, l'âge moyen était moyen de 44.3 ans [7].

Sur le plan clinique les principales manifestations étaient le syndrome anémique et le syndrome tumoral. Cette observation était proche de celui de NGALAGOU et coll qui ont rapporté une prédominance du syndrome tumoral suivi de syndrome anémique avec des fréquences respectives de 32.2% et 28,0% des cas [8]. La prédominance de ces signes pourrait s'expliquer par le retard accusé avant la consultation.

Conclusion

Cette étude montre une prévalence significative des hémopathies malignes dans le service. Il y avait une prédominance féminine. La tranche d'âge la

plus touchée était de 41 à 50 ans. Le syndrome anémique dominait la clinique. Nous avons noté une prédominance du syndrome lymphoprolifératif.

Une étude avec l'immunohistochimie et la cytogénétique seraient nécessaires pour améliorer le diagnostic positif.

*Correspondance

Ansoumane Sayon Kante

ansoumanek@yahoo.fr

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

- 1 : Faculté des sciences et techniques de la santé
« Université de Conakry »
- 2 : Service Hématologie de Donka ;
- 3 : Service d'Hématologie Ignace Deen
- 4 : Centre national d'Hémodialyse

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mathers CD, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJ. Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world 2001 n.d.:47.
- [2] Troussard X, Duchenet V, Cornet E, Mouchel D, Malet M, Collignon A. Épidémiologie des hémopathies malignes en Basse-Normandie, France,
- [3] 1997-2007. Rev epidemiol Santé publique 2009 ;57,3 :151-8.
- [4] Koulidiati J et coll HEMOPATHIES MALIGNES DE L'ADULTE A OUAGADOUGOU. Rev Afr Malgache Rech Sci Santé 2016 ; 3 :2-13
- [5] Belot A, Grosclaude P, Brossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et coll. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005.
- [6] Rev Epidemiol Sante Publique 2008 ;56 :159-75.

- [7] Messanh Kueviakoe I. Hematological Malignancies: Analysis of Myelogram Results over 21 Years in Lome Teaching Hospitals. *Clin Med Res* 2015; 4:111-3
- [8] N'Dhatz Comoe E, Koffi K, Ayemou R, Nanho Danho C, Alla D, Kouakou B, et al. Prévalence et incidence hémopathies malignes au CHU de Yopougo Mali médicale 2012;14:205-8
- [9] Diallo DA, Cissoko LS, Cissoko Y, Diallo Y, Baby M, Mouhaha J, et coll. Epidémiologie actuelle des hémopathies malignes dans les services d'hématologie oncologie médicale et de médecine interne de l'hôpital du Point G, Bamako, Mali médicale 2005 ;4 :1- 8.
- [10] Ngalagou PTM, Tsakeu END, Sack FN, Moukoko ECE, Jolly YK, Luma H. Épidémiologie des hémopathies malignes recensées en milieu hospitalier au Cameroun. *Médecine Santé Trop* 2018 ; 28 :61– 6

Pour citer cet article :

AS Kante, M Diakite, A Dambakate, NA Ngoma, NMN Djayou, YA Saha et al. Prévalence hospitalière des hémopathies malignes au Service d'Hématologie – Oncologie de l'Hôpital National Donka. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 216-220



Cas clinique

Traumatismes crânio-faciaux après accidents de la voie publique : à propos de deux patientes prise en charge à l'hôpital régional de Kankan en république de Guinée

Cranio-fascial traumas after road accidents: about two patients (women) treated at the Kankan regional hospital in Guinea

M Fofana*¹, A Kéita², F Camara⁵, F Fofana¹, TN Iffono¹, S Conté¹, I Diallo², MMR Diallo³, MA Diallo², A Cissé², RM Kéita², A Camara², AO Diallo⁴

Résumé

Introduction : Le traumatisme crânio-facial est l'ensemble des lésions de nature traumatique touchant la partie antérieure de l'extrémité céphalique. Nous rapportons deux cas de traumatisme grave crânio-facial traités dans notre structure.

Cas clinique : Le premier cas a concerné une adolescente de 19 ans, étudiante, admise dans notre service le 11 septembre 2019 pour la prise en charge d'une impressionnante plaie crânio-faciale par suite d'un accident de route sur un engin à deux roues. Elle manipulait son téléphone portable avant l'accident. Le second cas a intéressé une dame de 34 ans couturière qui dormait avec sa tête propulsée dehors dans une voiture de transport commun. Elle n'avait pas porté sa ceinture de sécurité. Elle a été grièvement blessée sur la face avec éclatement de l'œil gauche. L'accident était survenu la nuit du 17 octobre 2019. Toutes ces patientes ont été prises en charge dans notre structure avec succès.

Conclusion : Le non-respect des mesures standards de sécurité et des comportements à risque sur les voies publiques constituent tant de facteurs pouvant

endeuiller de nombreuses familles. Le rehaussement du plateau technique et l'organisation de la prise en charge rendraient la mortalité.

Mots clés : Accident routier, traumatisme crâniofacial, Hôpital Régional de Kankan /Guinée.

Abstract

Introduction: The cranio-facial trauma is the set of injuries of a traumatic nature affecting the anterior part of the cephalic extremity. We report two cases of severe cranio-facial trauma treated in our structure.

Clinical case: The first case involved a 19-year-old teenager (girl), a student admitted to our department on september 11, 2019 for the management of an impressive wound following a road accident on a two-zeeled vehicle. She was handling her cell phone before the accident.

The second case involved a lady of 34 years old tailor who was sleeping with her head propelled in a transit car. She didn't wear the seat belt. She was seriously injured on the face with shattered left eye. The accident occurred on the night of october 17, 2019. All these patients were successfully taken care

of in our structure.

Conclusion: The failure to comply with standard safety measures and risky behavior on public roads are so many factors that can bring mourning to many families. The enhancement of the technical platform and the organization of care would reduce the mortality.

Keywords: road accident, trauma skull/face, Kankan Regional Hospital /Guinea.

Introduction

Les traumatismes crâniofaciaux intéressent de manière concomitante le crâne et la face, en particulier au niveau de la partie antérieure de la base de celui-ci [1]. Les mécanismes en cause sont variés, les accidents de la circulation en sont les principales étiologies et constituent un véritable problème de santé publique de par sa fréquence. Cette fréquence est en extrême croissance en Afrique et en Moyen Orient et varie selon la littérature de 55,17% à 75,9% [6,7,13]. L'avènement de nouveaux engins plus puissants et financièrement plus accessibles accentue ce problème en Afrique [2]. Pour d'autres auteurs, les accidents sportifs et domestiques prédominent [3,4].

A Kankan, une grande ville de la République de Guinée de forte densité située à 795 km de la capitale Conakry, les traumatismes cranio-faciaux liés aux accidents de la route constituent l'un des motifs de consultations les plus fréquents au service des Urgences du Centre Hospitalier Régional. Ainsi, nous rapportons deux cas de traumatismes graves de la face et du crâne prise en charge au service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Régional de Kankan.

Cas cliniques

Cas n°1

Il s'agissait d'une patiente âgée de 19 ans, étudiante sans antécédent pathologique rapporté. Elle a été amenée au service des urgences par un ramasseur

volontaire la nuit du 11 septembre 2019 à 30 minutes après un accident de moto. La patiente était passagère non casquée d'une moto, utilisée comme moyen de transport de personnes. Elle manipulait son téléphone portable avant de sauter sur l'engin en marche.

A son admission, elle avait un état hémodynamique stable et une tension artérielle de 120/80 mm Hg, une fréquence cardiaque à 70 pul/min. La patiente a été bien orientée dans le temps et dans l'espace avec un score de Glasgow coté à 15/15. L'examen clinique retrouvait une large plaie frontale droite, avec décollement d'un lambeau de peau exposant l'os frontal qui présente un trait de fracture non déplacée. Elle présentait par ailleurs une plaie transfixiante infra nasale étendue à la joue droite (figure 1 et 2). L'examen complémentaire d'urgence avait retrouvé un taux d'hémoglobine à 12 g/dl et une glycémie normale. Nous avons réalisé le même jour un parage sous anesthésie générale au bloc opératoire sous intubation orotrachéale. A l'exploration on retrouvait : une large plaie frontale droite, avec décollement d'un lambeau de peau et du muscle occipito-frontal exposant l'os frontal à droite qui présente un trait de fracture non déplacée. Une plaie transfixiante infra nasale étendue à la joue droite, avec section de l'orbiculaire des lèvres, du releveur de la lèvre supérieure, du petit zygomatique. Nous avons procédé à un lavage abondant au sérum physiologique et une réparation anatomique des structures sectionnées. Elle a bénéficié d'un traitement médical associant une antibiothérapie (Ceftriaxone 2g/J pendant 5 jours) à un antalgique (Paracétamol 1g toutes les 8 heures). Les soins locaux étaient un pansement quotidien à la Bétadine dermique. Les suites opératoires ont été simples, la patiente était sortie de l'hôpital au dixième jour post opératoire avec un état satisfaisant. Après un recul de 15 mois, elle ne présentait aucun déficit moteur. Cependant elle était porteuse d'une cicatrice peu disgracieuse de la face (figure 3).

Cas n°2

Une dame de 34 ans, couturière, sans antécédent pathologique noté, victime d'un accident de la voie

publique. Elle était passagère d'une voiture de sept places de transport en commun. Elle dormait et ne portait pas de ceinture de sécurité. L'engin avait heurté un véhicule hippomobile. Elle a été amenée à l'hôpital par un individu qui a assisté à l'accident.

A l'admission aux urgences, elle avait un état hémodynamique stable avec une tension artérielle de 110/70 mm Hg, une fréquence cardiaque à 60 battements à la minute. La patiente était consciente et bien orientée dans le temps et l'espace. L'examen clinique initial retrouvait une large plaie délabrée fronto-temporo-maxillaire gauche mettant à nu l'os frontal, le maxillaire et l'os temporal (figure 4&5) avec une perte de substance cutané-musculaire importante associée à un éclatement de l'œil gauche. La cavité orbitaire gauche était remplie de débris tellurique. Le bilan biologique faite en urgence retrouvait un taux d'hémoglobine à 8 g/dl. La radiographie du crâne de face objectivait une opacité orbitaire gauche sans fracture du massif facial. Nous avons réalisé le même jour un parage sous anesthésie générale au bloc opératoire sous intubation oro-trachéale. A l'exploration on retrouvait en outre, la cavité orbitaire complètement remplie de débris tellurique de même que la cavité nasale sans fracture notée. Nous avons procédé à l'extraction des débris tellurique de l'orbite gauche et la cavité nasale suivi d'un lavage abondant au sérum physiologique. Puis, après l'exérèse des tissus délabrés, nous avons pu rapprocher des lambeaux cutané-musculaires et les fermer sans tension permettant ainsi de recouvrir les structures osseuses exposées. Enfin, nous avons fait une réfection du lit de l'orbite afin de recevoir plus tard un œil artificiel (figure 6). Le traitement médical associait une bi antibiothérapie (Ceftriaxone 2g/j et métronidazole 500mg x 3/j) à une antalgique (paracétamol 1g toutes les 8heures) et une transfusion iso groupe iso rhésus de sang total pendant l'intervention. Les soins locaux étaient réalisés quotidiennement à la Bétadine dermique avec un pansement protecteur. La patiente est sortie de l'hôpital au 10^e jour post opératoire avec succès (figure7). Les suites opératoires ont été marquées par une défiguration de la patiente avec le

rejet de l'œil artificiel.



Figure 1 : plaie crânio-faciale mettant en nu l'os frontal.



Figure 2 : Fracture non déplacé de l'os frontal.



Figure 3 : état post opératoire, recule de 15 mois.



Figure 4 : délabrement de l'hémi face et débris tellurique dans l'orbite gauche.

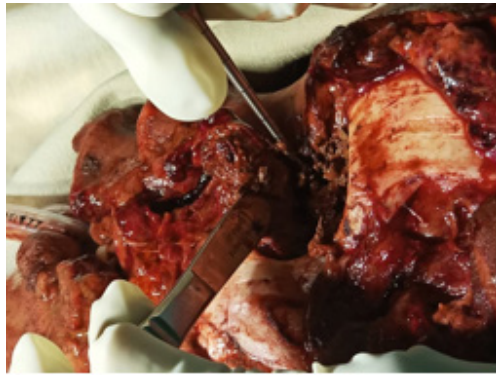


Figure 5 : extraction de corps étranger de l'orbite.



Figure 6 : après parage chirurgical.

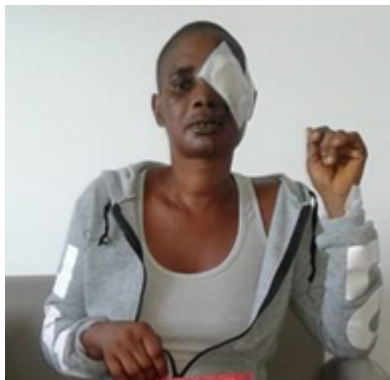


Figure 7 : état post opératoire.

Discussion

Le traumatisme crânio-facial est un problème de santé publique. Les données de l'OMS montrent qu'en 2002, près de 1,2 million de personnes sont décédées dans le monde des suites de traumatismes dus à des accidents de la circulation [5]. L'augmentation du parc automobile et les changements de mode de vie entretiennent cette incidence en Afrique et en Moyen Orient [6-9]. Selon la littérature, ces accidents surviennent chez les sujets jeunes de sexe masculin [2,6-9]. Cependant, dans notre travail les deux jeunes

dames impliquées étaient des victimes passives. Les femmes participent de plus en plus à des activités économiques et sociales ce qui les expose à ces accidents. La couche juvénile est souvent impliquée à des comportements à risques sur les voies publiques notamment : conduite en état d'ivresse, excès de vitesse, non-respect du code de la route, distraction au volant [6,10]. Nos deux patientes n'ont pas fait l'exception car l'une d'elles manipulait son téléphone portable sur la moto. Cette distraction fait perdre le contrôle de soi et de l'attention, aggravée par la panique pouvant générer ce type de mécanisme exceptionnel : le saut du passager sur l'engin en marche. D'autres mécanismes ont été décrits, le plus fréquent est la chute de moto ou la collision de deux engins [2,11]. La chute d'un deux-roues peut entraîner une glissade qui occasionne, en absence des moyens de protection, des plaies et brûlures par frottement qui sont source d'impressionnante plaie comme chez notre patiente qui n'était pas casquée. Ce constat est fait par d'autres auteurs [7,12]. Le traumatisme crânio-facial s'intègre souvent dans le cadre de poly traumatisme [10,13]. Il a été isolé chez nos deux patientes vu que la face soit la partie antérieure et exposée de l'extrémité céphalique.

Le délai de consultation est un élément pronostique important d'AVP, certains blessés peuvent succomber dans les heures qui suivent. Ce délai a été relativement court dans notre étude contrairement dans la série de Santos à Cotonou où il était en moyen de 5 jours [11]. La proximité des lieux de l'accident à la structure de prise en charge et la gravité des cas semble impactés ce délai. L'absence de scanner a été la limite de notre étude. A ceci s'ajoute l'absence d'une structure organisée de ramassage de blessés et de l'inexistence du SAMU pour une évacuation assurée ce qui amène parfois à transporter les blessés dans les véhicules de transport commun.

Nos deux patientes ont présenté des plaies délabrées avec perte de substances. Les stigmates de lésions du scalp et de la face doivent être pris au sérieux car ils peuvent être annonciateurs des lésions crânio-cérébrales graves sous-jacentes. En outre, une fracture

de la boîte crânienne ou d'autres lésions crâniocérébrales graves sous-jacentes peuvent être cachées par une lésion du scalp banale [9]. Ces traumatismes ont aussi un retentissement majeur d'ordre fonctionnel, visuel, olfactif, voire masticatoire et également d'ordre esthétique [1]. La prise en charge est multidisciplinaire impliquant l'ORL, le chirurgien plasticien, le neurochirurgien, le chirurgien maxillo-facial et le chirurgien ophtalmologiste [10]. Toute fois notre contexte a été marqué par l'absence de certaines spécialités.

Conclusion

Le traumatisme crânio-facial demeure un fléau d'actualité dans les pays en voie de développement. Une éducation de la population au respect du code de la route, l'usage des mesures de sécurité, le meilleur état des véhicules et des chaussés permettraient de réduire la fréquence des accidents. Aussi la mise en place d'un système de soins permettant l'assistance rapide aux victimes notamment la création de SAMU et l'ouverture des casernes de sapeurs-pompiers et le renforcement du plateau technique permettraient une prise en charge rapide des patients et ainsi de réduire la mortalité des victimes.

*Correspondance

Mamady Fofana

mbaloumady@gmail.com

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

- 1 : Service ORL de l'Hôpital Région de Kankan
- 2 : Service ORL de l'Hôpital National Donka
- 3 : Service ORL de l'Hôpital Régional de Mamou
- 4 : Service ORL de l'Hôpital National d'Ignace Deen.
- 5 : Service Ophtalmologie de l'Hôpital Région de Kankan

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Giraud O, de Soultrait F, Goasguen O, Thiery G, Cantaloube D. Traumatismes craniofaciaux. EMC - Dentisterie. 1 août 2004;1(3):244-74.
- [2] Wade TMM, Ba PA, Niane MM, N'diaye MC, Konaté I, Touré CT. Les accidents de cyclomoteurs: mécanismes lésionnels et aspects anatomo-cliniques. *Pan Afr Med J*. 2015 ;21 : 332.
- [3] Lebeau J, Kanku V, Duroure F, Morand B, Sadek H, Raphaël B. Traumatismes faciaux au CHU de Grenoble: Étude épidémiologique de 961 dossiers sur une période de 365 jours. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. 1 janv2006;107(1):23-9.
- [4] Gassner R, Tuli T, Hächl O, Rudisch A, Ulmer H. Cranio-maxillofacialtrauma:a 10 yearreview of 9,543 cases with 21,067 injuries. *J CraniomaxillofacSurg*. févr 2003;31(1):51-61
- [5] OMS | Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_vODaNP-UPgJ:https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/fr/+&cd=2&hl=fr&ct=clnk
- [6] Diallo OR, Camara SAT, Diallo A, Bah AT, Kane BT, Camara AD, Cherif F. Les plaies traumatiques cervico-faciales a l'hospital national Donka du CHU de Conakry. *LeMali medical* 2012;(1):1-5.
- [7] Moussa M, Abba Kaka HY, Bancole PS, Kone R, Sidibe O. Traumatismes Cranio-Faciaux et Absence de Casque de Sécurité chez les Conducteurs de Moto à Niamey. *Health Sci. Dis* 2020; 21 (9): 73-76.
- [8] Tékpá BJ, Diemer SCH, Mapouka PAI, Wakanga A, Grésengué G. Les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques des traumatismes dus aux accidents de circulation par moto à Bangui. *ANNALES DE L'UNIVERSITE DE BANGUI*. 2019 ;5(1):4-7.
- [9] Ratovondrainy W, Raobela L, Rasolonjatovo EC,

Rabarijaona M, Andriamamonjy C. Traumatisme crânien : réalité de sa prise en charge au Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo. Rev. anesth.-réanim. med. urgence 2015; 7(1):1-5.

[10] Malik S, Singh G, Kaur G, Yadav S, Mittal HC. Orofacial trauma in rural India: A clinical study. Chinese Journal of Traumatology 2017;20:216-21.

[11] Zounon AAWCS, Kpade AH, Guezo DR, Adjibabi W, Yehouessi-Vignikin B. Aspects épidémiocliniques des traumatismes cranio-faciaux secondaires aux accidents de la voie publique. TUN ORL. 2019;42:42-5.

[12] Tékpá BJD, Gassima B, Ndoma VN, Issa Mapouka PA, Diemer H, Gaudeuille A. Les lésions par accident de circulation routière à Bangui (RCA): aspects clinique, thérapeutique et évolutif. RECAC. 2017;2(10):35-9.

[13] Raotoson HS, Randrianirina H, Randrianirina MSE, Rakoto Alson S, Ramarison J, Ralaiarimanana LFE, Randrianirina JBS. Un cas de traumatisme maxillo-facial grave. Revue d'odontostomatologie malgache 2017;12 : 12-9.

Pour citer cet article :

M Fofana, A Kéita, F Camara, F Fofana, TN Iffono, S Conté et al. Traumatismes crânio-faciaux après accidents de la voie publique : à propos de deux patientes prise en charge à l'hôpital régional de Kankan en république de Guinée. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 221-226



Article original

Les manifestations ostéo-articulaires des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin au Sénégal : étude de 15 observations

Osteoarticular manifestations of chronic inflammatory bowel disease in Senegal:
study of 15 observations

A Abba*¹, M Niassé¹, LM Diaby¹, H Ali¹

Résumé

Introduction : Les manifestations ostéo-articulaires au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) font partie du groupe de spondyloarthrite. Elles comprennent les manifestations articulaires périphérique et axiale. L'objectif de notre étude est de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des manifestations articulaires au cours des MICI dans le service de rhumatologie de l'HALD de Dakar au Sénégal.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique de janvier 2012 à décembre 2020, portant sur des patients ayant des manifestations articulaires au cours des MICI dont le diagnostic des spondyloarthrites a été établi sur la base des critères d'Amor, d'ESSG, d'ASAS des spondyloarthrites périphériques et d'ASAS des spondyloarthrites axiales. Pour chaque patient ont été collectées : les données épidémiologiques ; les données cliniques ; les données biologiques ; les données thérapeutiques et les données évolutives sous traitement.

Résultats : Nous avons colligé 9262 observations,

durant la période d'étude, 770 avaient une spondyloarthrite parmi lesquels 15 avaient des MICI. L'âge moyen de nos patients était de $42,52 \pm 15,38$ au moment du diagnostic avec des extrêmes de 18 et 66 ans. La prédominance féminine était notée avec 9 femmes (60%) et 6 hommes (40%) soit un sex ratio de 1,5F/1H. L'Ag HLA-B27 recherché chez les 15 patients était positif chez 5 (33 % des cas). **Conclusion** : Les manifestations ostéo-articulaires au cours des MICI nécessitent une prise en charge où rhumatologue et gastro-entérologue doivent agir de concert, ainsi donc l'activité de la maladie et la sévérité des pathologies doivent être passées en revue.

Mots-clés : manifestations ostéo-articulaires ; MICI ; Sénégal.

Abstract

Introduction: Osteoarticular manifestations in chronic inflammatory bowel disease (IBD) are part of the spondyloarthritis group. They include peripheral and axial joint manifestations. The aim of our study is to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of joint manifestations during IBD in the rheumatology department of the

HALD in Dakar, Senegal.

Methodology: This was a retrospective, descriptive, analytical study from January 2012 to December 2020 of patients with joint manifestations during IBD whose diagnosis of spondyloarthritis was established on the basis of the Amor, ESSG, ASAS criteria for peripheral spondyloarthritis and ASAS criteria for axial spondyloarthritis for each patient, the following data were collected: epidemiological data; clinical data; biological data; therapeutic data; and data on the course of treatment.

Results: We collected 9262 observations, during the study period, 770 had spondyloarthritis among which 15 had IBD. The mean age of our patients was 42.52 ± 15.38 at the time of diagnosis with extremes of 18 and 66 years. The predominance of women was noted with 9 women (60%) and 6 men (40%), i.e. a sex ratio of 1.5F/1H. The HLA-B27 Ag test was positive in 5 of the 15 patients (33% of cases).

Conclusion: The osteoarticular manifestations during IBD require a management where rheumatologist and gastroenterologist must act together, thus the activity of the disease and the severity of the pathologies must be reviewed.

Keywords: osteoarticular manifestations; IBD; Senegal.

Introduction

Les rhumatismes associés aux entérocolopathies font partie du groupe de rhumatismes inflammatoires communément appelés spondylarthropathies incluant la spondylarthrite ankylosante (chef de file), les arthrites réactionnelles (AR), le rhumatisme psoriasique, les spondylarthrites indifférenciées, ainsi que certaines spondylarthrites juvéniles. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) comprennent la rectocolite ulcérohémorragique (RCH) et la maladie de Crohn (MC). Elles s'associent dans 20 à 30% des cas à des manifestations extra digestives [1 ; 2]. Les manifestations ostéo-articulaires surviennent chez un tiers des patients atteints

de MICI et représentent ainsi les manifestations extradiagnostiques les plus fréquentes. La prévalence des spondyloarthrites dans les MICI varie de 1 à 10% les selon études [3]. Elles sont plus fréquentes au cours de la maladie de Crohn par rapport à la RCH [4]. Les manifestations ostéo-articulaires des MICI sont dans la majorité des cas diagnostiqués chez les sujets âgés de 30 ans à 50 ans. Le diagnostic des MICI repose sur un ensemble de critères cliniques, morphologiques et histologiques, permettant de classer correctement les malades atteints en maladie de Crohn (MC) et en rectocolite hémorragique (RCH) [5] mais dans cet article nous allons, nous intéresser au diagnostic des spondyloarthrites chez des patients suivis pour MICI. Dans la littérature le diagnostic des SpA répond aux critères de l'ESSG, de l'Amor, et de l'ASAS. Le traitement des manifestations ostéo-articulaires des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin fait appel à différentes classes médicamenteuses dont les indications sont fonction de l'intensité de la poussée. L'évolution des manifestations ostéo-articulaires des MICI est marquée par le risque de rechute et d'évolution vers la chronicité. Notre étude avait comme objectif d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des manifestations ostéo-articulaires au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin dans le service de rhumatologie de l'HALD de Dakar au Sénégal.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique réalisée dans le service de Rhumatologie du CHU Aristide LeDantec de Dakar, entre janvier 2012 et décembre 2020, portant sur des patients atteints des manifestations ostéo-articulaires au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin dont le diagnostic de SpA a été établi sur la base des critères d'Amor, de l'ESSG, d'ASAS des spondyloarthrites périphériques et d'ASAS des spondyloarthrites axiales. Pour chaque patient ont été collectées :

- Les caractéristiques sociodémographiques (l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, la scolarité, la profession, l'origine géographique, l'ethnie, les antécédents familiaux de SpA, le mode de vie (alcool, tabac)).
- Les paramètres liés à la maladie :
 - Cliniques : les uvéites, un antécédent d'urétrite, de cervicite, de diarrhées ou de fièvre survenant plus d'un mois avant le début des signes articulaires ;
 - Biologiques : le bilan inflammatoire, le bilan immunologique (FR, Ag HLA B27) ;
 - Radiologiques : le rachis cervical, dorsal, lombaire, le bassin et les articulations périphériques atteintes ;
 - Thérapeutiques : les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les DMARD (disease-Modifying Antirheumatic Drugs) synthétiques et biologiques) les corticoïdes...
 - Indice d'activité (BASDAI : Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, ASDAS : assessment in Ankylosing Spondylitis-Endorsed Disease Activity Score).
 - Indice de retentissement fonctionnel (BASFI : Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index).
 - Indice de la qualité de vie : NHP, SF36 et ASQoL : Ankylosing Spondylitis Quality of life.

Résultats

Nous avons colligé 9262 observations de patients dans le service de rhumatologie, durant la période d'étude allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2020, 770 avaient une spondyloarthropathie dont 15 au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin soit une prévalence hospitalière de 0,020% et une incidence annuelle de 0,025 pour 100.000 personne-année. L'âge moyen de nos patients était de $42,52 \pm 15,38$ au moment du diagnostic avec des extrêmes de 18 et 66 ans. La tranche d'âge la plus représentée était la tranche de [31 - 40] ans avec un

pourcentage de 27% ; La prédominance féminine était notée avec 9 femmes (60%) et 6 hommes (40%) soit un sex ratio de 1,5F/1H. Le délai moyen du diagnostic était de 3,22 ans avec des extrêmes allant de 8 mois à 29 ans. Le mode de vie de nos patients était sans particularités : pas de consommation d'alcool ni de tabac. Tous nos patients avaient un MICI : 12 MC, 3 RCH. Les manifestations articulaires périphériques 4 (27 %) étaient dominées par une oligoarthritis asymétrique chez 2 patients (13 %) et une polyarthrite asymétrique chez 2 patients (13 %) prédominant aux membres inférieurs. Les synovites (dactylites) était présent chez 3 patients soit 20 %. Les articulations les plus concernées étaient les chevilles (20 %) et les pieds avec (20 %). Les manifestations articulaires axiales 11 (73 %) étaient dominées par une lombalgie chez 7 patients (47 %). Les enthésopathies étaient dominées par les talalgies chez 3 patients soit 20 % et les uvéites chez 5 patients soit 33 %. Le diagnostic des spondyloarthrites était obtenu grâce aux critères d'Amor, de l'ESSG, de l'ASAS des spondyloarthrites périphériques et des critères de l'ASAS des spondyloarthrites axiales. L'Ag HLA-B27 recherché chez les 15 patients et était positif chez 5 (33 % des cas), les facteurs rhumatoïdes étaient négatifs chez tous nos patients (Tableau I). A l'imagerie : Une sacro-iliite était retrouvée chez 3 cas soit 20 % avec une atteinte supérieure au stade 2 de FORESTIER. Sur le plan thérapeutique, les Antalgiques (Paracétamol et/ou Tramadol) ont été utilisés chez 93%, Pour les formes axiales prédominantes (4) en concertation avec les gastroentérologues, les AINS avaient été prescrites chez 100% des patients. Pour les formes articulaires périphériques (11) la sulfasalazine a été prescrite chez 2 patients soit 13 % et le méthotrexate chez 9 patients soit 60 %, les gestes locaux (infiltrations) avaient été réalisées chez 7 patients soit 47 %. Chez 13 % des cas (2 patients), nous avons eu recours à la kinésithérapie. Evolution sous traitement : nos résultats sur BASFI, BASDAI et l'ASDAS montrent un niveau d'activité de la maladie significativement contrôlé entre l'initiation du traitement, au troisième et au sixième mois du traitement (Tableau II). Les

scores de SF36 (Tableau III), de NHP (Tableau IV), et d'ASQoL (Tableau V) étaient importants à l'initiation du traitement et relativement diminués au troisième et au sixième mois du traitement.

Tableau I : Bilan SPA

Bilan SPA	Effectifs	Pourcentage
Facteurs rhumatoïdes (FR) négatifs	15	100 %
Ag HLA B27 positif	5	33%

Tableau II : Résumé des valeurs de BASFI, BASDAI et ASDAS

Nom des échelles	Jour O	Mois 3	Mois 6
BASFI	5,1930 [0,00 - 9]	2,6149 [0 - 5,2]	2,0764 [0 - 7]
BASDAI	5,6159 [0 - 9,55]	2,8430 [0,40 - 7]	2,1325 [0,20 - 7,7]
ASDAS	2,4327 [0,10 - 9]	1,5925 [1 - 3,6]	1,0210 [0,94 - 6]

Tableau III : Répartition des patients selon le SF36

SF36	Jour O	Mois 3	Mois 6
Activité physique	66,32	36,20%	33,0%
Limitations dues à l'état physique	60,83	25,25%	21,92%
Douleurs physiques	64,21	36,90%	33,27%
Santé perçue	59,06	37,21%	34,59%
Vitalité	49,64	28,20%	24,0%
Fonctionnement social	60,36	33,30%	30,6%
Santé psychique	53,22	35,85%	31,89%
Limitations dues à l'état psychique	59,50	25,79%	20,05%
PCS	48,83	35,26%	32,38%
MCS	41,35	28,05%	24,33%

Tableau IV : Résumé des valeurs du NHP

NHP	Jour O	Mois 3	Mois 6
Mobilité	31,89	15,34%	15,23%
Douleur	66,70	16,25%	15,6%
Isolation sociale	15,14	7,15%	1,75%
Réaction émotionnelle	14,57	3,18%	2,6%
Energie	55,52	35,0%	31,5%
Sommeil	29,43	23,53%	20,0%

Tableau V : Résumé des valeurs de l'ASQoL

ASQoL	Jour O	Mois 3	Mois 6
Limitation des déplacements	69,3%	36,33%	35,10%
Envie de pleurer à cause de la maladie	49,2%	24,26%	23,85%
Difficulté à s'habiller	50,1%	23,18%	22,14%
Fatigue au cours des activités de la vie quotidiennes	48,2%	23,72%	22,31%
Problèmes de sommeil	33,6%	15,17%	14,55%
Vie sociale	36,7%	17,4%	16,1%
Fatigue continue	64,2%	30,2%	29,4%
Se reposer au cours du travail	66,7%	31,5%	30,1%
Douleur insupportable	57,7%	32,2%	31,5%
Raideur matinale	52,7%	24,0%	23,6%
Limitation des activités de la vie quotidiennes	46,8%	22,5%	21,2%
Se fatiguer rapidement	65,9%	30,5%	29,8%
Frustration	48,2%	22,8%	21,7%
Douleur continue	69,3%	30,3%	28,8%

Discussion

Du point de vu épidémiologique, des cas isolés de rectocolite hémorragique et de maladie de Crohn ont été rapportés dans presque tous les pays du monde. Cependant, la répartition de ces maladies est très inégale. Elles sont plus fréquentes dans l'hémisphère Nord que dans l'hémisphère Sud, à l'exception notable des populations blanches d'Australie, de Nouvelle-Zélande et d'Afrique du Sud. Ce gradient nord-sud se retrouve aussi dans l'hémisphère Nord. En Europe, les maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin (MICI) semblent moins fréquentes dans le pourtour méditerranéen que dans le Nord, mais cela reste à confirmer. En Amérique du Nord, un gradient entre le Nord, à incidence forte, et le Sud, à incidence faible, a récemment été rapporté [6] suggérant l'intervention de facteurs climatiques jusqu'ici peu étudiés. L'incidence de la rectocolite hémorragique est en moyenne de 6 pour 105 habitants en Europe du nord. Les incidences les plus élevées ont été enregistrées dans le Minnesota (USA), en Ecosse et dans le Nord de l'Angleterre où elle est de 15,1 pour 100 000 habitants. En France, l'incidence dans la région Nord-Pas-de-Calais est plus faible (3,2 pour 100 000 habitants). Si l'incidence de la rectocolite hémorragique est globalement stable, celle des formes basses (recto-sigmoïdite) augmente dans certaines études [7]. La prévalence varie de 80 à 157 pour 100 000 habitants avec la même prédominance en Europe du Nord [8]. L'incidence de la maladie de Crohn varie de 1 à 6 pour 100 000 habitants. Elle est plus faible que celle de la rectocolite hémorragique, mais a tendance à augmenter (sans modification de sa localisation) même dans les pays où elle est basse, comme en Israël. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, elle est de 4,9 pour 100 000 habitants [9]. La prévalence de la maladie de Crohn varie de 27 à 106 pour 100 000 habitants parallèlement aux variations d'incidence, nous ne pouvons comparer ces données de la population avec nos données hospitalières : dans notre étude, 770 avaient une spondyloarthropathie dont 15 au cours des maladies

inflammatoires chroniques de l'intestin soit une prévalence hospitalière de 0,020% et une incidence annuelle de 0,025 pour 100.000 personne-année. Un rapprochement a été établi entre l'augmentation de fréquence de la maladie de Crohn depuis la Seconde Guerre mondiale et la diffusion du mode de vie occidental. L'augmentation quasi planétaire de la fréquence des MICI, et particulièrement de la maladie de Crohn, a suscité l'analyse de nombreux facteurs d'environnement. Le mode de vie de nos patients était sans particularités : pas de consommation d'alcool ni de tabac. Le tabac a les effets les mieux établis, et curieusement opposés sur le risque de maladie de Crohn et celui de rectocolite hémorragique. La méta-analyse des principales études cas-témoins révèle que le tabagisme actif augmente le risque d'apparition de maladie de Crohn, surtout chez les femmes [10], indépendamment de l'origine ethnique, de la classe sociale, de l'alimentation. L'étude d'une cohorte de 178 malades opérés pour maladie de Crohn a révélé que le risque de réintervention était doublé chez les femmes qui fumaient par rapport à celles ne fumant pas (70 % contre 35 % à 10 ans) [11]. L'arrêt du tabac doit donc être recommandé chez les patients atteints de maladie de Crohn. Un effet inverse a été observé pour la rectocolite hémorragique : le tabagisme actif diminuant le risque d'apparition de rectocolite hémorragique, qui est, au contraire, maximal chez les ex-grands fumeurs surtout pendant les 3 à 5 ans qui suivent l'arrêt du tabac. Globalement les manifestations articulaires périphériques affectent 10 à 20 % des patients avec une MC et 5 à 10 % des patients avec une RCH. Elles sont plus fréquentes chez les femmes. L'atteinte colique, ainsi que les atteintes périanales, sont associées à une plus grande fréquence de ces manifestations articulaires périphériques dans les MICI [12 ; 13]. Tous nos patients avaient un MICI : 12 MC, 3 RCH. La prédominance féminine était notée avec 9 femmes (60%) et 6 hommes (40%) soit un sex ratio de 1,5F/1H.

Du point de vue diagnostic, Les manifestations ostéo-articulaires associées aux MICI sont les manifestations extra-intestinales les plus fréquentes

[14]. Elles s'intègrent généralement dans le spectre des spondyloarthrites (SpA) vérifiant ou non les critères de classification proposés par les sociétés savantes de rhumatologie [15]. Dans notre étude le diagnostic des spondyloarthrites était obtenu grâce aux critères d'Amor, de l'ESSG, de l'ASAS des spondyloarthrites périphériques et des critères de l'ASAS des spondyloarthrites axiales. Leur caractère inflammatoire est généralement évalué sur le rythme des douleurs survenant volontiers en fin de nuit et s'associant à un dérouillage matinal d'au moins 30 minutes et à une amélioration à l'exercice physique. L'association entre MICI et SpA n'est pas fortuite. Ainsi, au-delà de l'expression de l'HLA-B27, il a été mis en évidence une susceptibilité génétique commune aux deux entités : IL23R, IL12B, STAT3 et PTGER4 associés à la voie TH17, CARD9 associé à la voie NFkB et ILR2 et ORMDDL3 associé à la réponse immunitaire [16]. Les manifestations articulaires périphériques affectent 10-20% des patients avec MC et 5-10 % des patients avec RCH. On distingue les arthrites vraies qui répondent aux critères de classification des SpA et les arthralgies inflammatoires. Elles sont plus fréquentes en cas de sexe féminin, de lésions ano-périnéales et d'atteinte colique. Elles n'entraînent classiquement pas de dommage articulaire. On distingue classiquement deux types d'atteinte articulaire périphérique selon la présentation clinique et sur des fonds génétiques différents une vaste étude observationnelle ayant permis de définir deux types d'atteintes [17] : Arthrites de type 1 : elles touchent moins de 5 articulations et de façon préférentielle les grosses articulations des membres inférieurs, les coudes et les épaules. L'atteinte est fréquemment aiguë, asymétrique et migratrice. Les symptômes sont généralement synchrones de l'activité de la MICI. Arthrites de type 2 : elles touchent plus de 5 articulations et prédominent sur les petites articulations et les membres supérieurs. Elles sont fréquemment chroniques et symétriques. Les symptômes ne sont généralement pas synchrones de l'activité de la MICI. Elles s'associent volontiers à des poussées d'uvéite. L'enthésite périphérique,

défini par une inflammation douloureuse des enthèses, est la lésion caractéristique des SpA. La dactylite est un épisode de gonflement douloureux d'un doigt ou d'un orteil en saucisse. Ces atteintes sont moins fréquentes au cours des MICI qu'au cours des SpA bien que des atteintes radiographiques asymptomatiques plus fréquentes aient été rapportées. L'atteinte axiale symptomatique (rachis, sacro-iliaques et paroi thoracique antérieure) est moins fréquente que l'atteinte périphérique survenant dans 3-5 % des cas. Dans notre étude les manifestations articulaires périphériques 4 (27 %) étaient dominées par une oligoarthritis asymétrique chez 2 patients (13 %) et une polyarthrite asymétrique chez 2 patients (13 %) prédominant aux membres inférieurs. Les synovites (dactylites) était présent chez 3 patients soit 20 %. Les articulations les plus concernées étaient les chevilles (20 %) et les pieds avec (20 %). Les manifestations articulaires axiales 11 (73 %) étaient dominées par une lombalgie chez 7 patients (47%). Les enthésopathies étaient dominées par les talalgies chez 3 patients soit 20 % et les uvéites chez 5 patients soit 33 %. Elle ne s'associe que rarement à l'HLA-B27. Il faut néanmoins noter qu'une atteinte radiographique asymptomatique peut être observée dans 20-50 % lors du diagnostic de MICI, sans distinction entre MC et RCH. Dans notre étude l'Ag HLA-B27 recherché chez les 15 patients et était positif chez 5 (33 % des cas), les facteurs rhumatoïdes étaient négatifs chez tous nos patients (Tableau I). A l'imagerie : Une sacro-iliite était retrouvée chez 3 cas soit 20 % avec une atteinte supérieure au stade 2 de FORESTIER. L'évolution est volontiers dissociée de l'activité de la MICI. Une atteinte périphérique coexiste dans 30 % des cas. Si les clichés radiographiques sont généralement réalisés en première intention, une IRM des sacro-iliaques avec des séquences spécifiques de suppression et de sursaturation de la graisse (STIR en T1 et fat sat en T2) est recommandée chez les patients de moins de 40 ans présentant des douleurs lombaires inflammatoires depuis plus de 3 mois avec des radiographies normales. Avant d'envisager la prise en charge conjointe SpA/

MICI, il paraît important de rappeler les principales recommandations thérapeutiques dans ces deux maladies. La prise en charge thérapeutique de la SpA a fait récemment l'objet de recommandations des sociétés savantes françaises, européenne et nord-américaine [18–20]. Ces recommandations ne sont pas strictement identiques mais s'accordent sur un grand nombre de points. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) constituent la pierre angulaire du traitement et doivent être utilisés en première intention en l'absence de contre-indication. Les corticoïdes par voie générale, tout comme les traitements de fond conventionnels (méthotrexate, léflunomide et salazoyprine), ont une place marginale dans la prise en charge des SpA, tout particulièrement dans les formes axiales de la maladie. Les traitements de fond conventionnels peuvent toutefois être envisagés en cas d'atteinte périphérique réfractaire au traitement symptomatique. En cas d'échec du traitement conventionnel, la seule alternative actuelle est la prescription d'agents bloquant le tumor necrosis factor-alpha (TNF- α). D'autres traitements sont à l'étude, mais leur efficacité et leur place dans la stratégie thérapeutique restent à préciser. La stratégie thérapeutique à appliquer aux MICI est plus complexe que dans la SpA. En effet, le traitement doit être adapté au site et à l'activité de la maladie. Des recommandations émanant des sociétés savantes européennes et américaines détaillent cette prise en charge pour la maladie de Crohn [21, 22] et la RCH [23, 24]. Ces recommandations ne prennent pas en compte l'arrivée récente sur le marché de nouvelles biothérapies. La coexistence d'une SpA et d'une MICI nécessite une collaboration étroite entre rhumatologue et gastro-entérologue. Les décisions thérapeutiques doivent être prises conjointement et sont guidées par la présentation clinique de chacune des pathologies, leur niveau d'activité et leur sévérité. Au vu des recommandations thérapeutiques propres à chacune des pathologies, un certain nombre de questions reviennent régulièrement quand il s'agit de prendre en charge simultanément ces deux maladies. L'utilisation des AINS dans les MICI est

controvertée et la plupart des recommandations la contre-indiquent ou la déconseillent [23–25]. Les AINS sont accusés d'augmenter le risque de poussée de MICI. Les études épidémiologiques s'intéressant aux conséquences de l'utilisation d'AINS dans les MICI sont toutefois contradictoires et leur qualité méthodologique est souvent discutable. Les deux seules études contrôlées randomisées en double insu concernent les inhibiteurs sélectifs de COX2 (célécoxib et étoricoxib). Elles n'ont pas montré de différence de fréquence des poussées entre les patients traités par AINS et les autres [26, 27]. Bien que les effectifs limités de ces études ne permettent pas de conclure définitivement à l'innocuité des inhibiteurs de sélectifs de COX2 dans les MICI, leur utilisation pourrait être préférée à celle des inhibiteurs de COX non sélectifs. L'utilisation des dérivés aminosalicylés diffère entre le rhumatologue et le gastro-entérologue en particulier en ce qui concerne le choix de la molécule : la sulfasalazine (associant sulfapyridine et acide 5-aminosalicylique [5-ASA]) est préférée par le rhumatologue, alors que le gastro-entérologue privilégie souvent l'utilisation du 5-ASA seul. Il faut rappeler que la place des dérivés aminosalicylés est assez faible en dehors de la rectocolite hémorragique où leur efficacité a été démontrée à la fois dans l'induction et dans le maintien de la rémission [28, 29]. L'efficacité respective du 5-ASA et de la sulfasalazine a été étudiée à la fois dans la RCH et la SpA. Dans la RCH, deux méta-analyses de la revue Cochrane ont montré une efficacité similaire pour les deux produits dans l'induction de la rémission, alors que la sulfasalazine est supérieure dans le maintien de la rémission [28, 29]. Dans la SpA, l'efficacité de la sulfasalazine n'est pas démontrée dans les formes axiales [30]. Son utilisation peut s'envisager dans les formes périphériques de la maladie, bien que les données appuyant ses recommandations soient peu nombreuses. L'utilisation du 5-ASA seul a fait l'objet d'encore moins d'études et ne peut donc être recommandée. Sur le plan thérapeutique, dans notre étude, les Antalgiques (Paracétamol et/ou Tramadol) ont été utilisés chez 93% de nos patients. Pour les

formes axiales prédominantes (4) en concertation avec les gastroentérologues, les AINS avaient été prescrites chez 100% des patients. Pour les formes articulaires périphériques (11) la sulfasalazine a été prescrite chez 2 patients soit 13 % et le méthotrexate chez 9 patients soit 60 %, les gestes locaux (infiltrations) avaient été réalisées chez 7 patients soit 47 %. Chez 13 % des cas (2 patients), nous avons eu recours à la kinésithérapie. Une fois la maladie diagnostiquée, il est nécessaire d'en évaluer l'activité afin de permettre une prise en charge thérapeutique adéquate du patient. Depuis 15 ans, l'outil de référence recommandé par les institutions nationales et internationales pour évaluer cette activité est l'indice BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Cinq domaines sont étudiés : la fatigue, la rachialgie, les douleurs articulaires, les enthésites et la raideur matinale. Chaque domaine est estimé sur une échelle de 0 à 10 ou de 0 à 100 et la moyenne des cinq domaines donne le score BASDAI global [31]. Lorsque le score est supérieur ou égal à 4, la maladie est dite active et le patient peut alors être inclus dans la plupart des essais thérapeutiques ou mis sous traitement anti-TNF α . Ce score possède toutefois certaines limites : il ne prend en compte que l'opinion du patient, et présente donc une certaine subjectivité, et il n'évalue pas les paramètres biologiques de l'inflammation, alors que celle-ci indique que la maladie est active [32]. Un nouvel indice d'activité a été récemment développé par le groupe ASAS, il s'agit du score ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score). Il prend en compte des données cliniques et biologiques. Initialement quatre scores avaient été élaborés mais seul l'ASDAS C comprenant comme seul marqueur biologique la CRP, a été retenu. Si la CRP ne peut-être déterminée, l'ASDAS B comprenant la VS peut être employé en remplacement. Cependant, ces scores ne sont pas interchangeables et un seul de ces scores doit être utilisé pour le suivi d'un patient donné. Ce score semble être reproductible et sensible au changement. Il pourrait donc être utile à l'appréciation du niveau d'activité de la maladie. Toutefois, il doit encore être validé et les valeurs seuils permettant de définir les

niveaux d'activité sont encore à déterminer. Lorsque les formes périphériques prédominent, l'échelle visuelle numérique ou analogique permet d'évaluer la douleur quotidienne et nocturne ainsi que l'activité globale de la maladie [32]. Les capacités fonctionnelles du patient et ses aptitudes physiques peuvent être appréciées par le BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Ce score varie de 0 à 10 et un résultat supérieur à 4 est synonyme d'une grande incapacité fonctionnelle, soit une réduction significative de la capacité à effectuer certains actes de la vie quotidienne (ménage, courses...) Il est sensible aux changements induits par les traitements mais n'est pas spécifique de la SA [32, 33]. Le BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index), quant à lui, évalue la mobilité axiale du patient. Il mesure la distance tragus-mur, le degré de rotation cervical, la flexion latérale du rachis, la flexion lombaire et la flexion intermalléolaire. Le score final est compris entre 0 et 10. Le BAS-G est un indice d'appréciation global de l'effet de la maladie sur l'état général du patient. Il prend en compte la douleur, la fatigue, le retentissement physique et psychique de la maladie. Le bien-être du patient est évalué deux fois sur une EVA, la dernière semaine et les six derniers mois. La qualité de vie du patient est évaluée par plusieurs questionnaires validés mais non recommandés par l'ASAS. L'ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of life) a été spécifiquement validé pour la SA. Une évaluation plus globale peut être faite par d'autres échelles comme la SF36 (Medical Outcomes Study Short Form 36) ou l'EuroQoL employés dans les essais cliniques et ayant une sensibilité aux changements induits par les traitements [32, 33]. L'échelle SF12 (Physical Component Summary Scale) semble être mieux adaptée à la recherche clinique et à l'analyse quotidienne de la qualité de vie du patient [32]. L'activité de la maladie peut-être encore appréciée par l'utilisation de biomarqueurs. Le principal paramètre biologique qui caractérise cette activité est le syndrome inflammatoire. Les marqueurs biologiques usuellement employés pour définir cette inflammation, possédant de faibles sensibilité et

spécificité et, étant peu corrélés au BASDAI, sont insuffisants pour apprécier l'activité de la maladie. Il est donc nécessaire pour les cliniciens de trouver d'autres biomarqueurs plus sensibles et spécifiques. Le SAA (Serum Amyloïd A) pourrait être l'un d'entre eux. En effet, les patients possédant un taux élevé de SAA avaient un score BASDAI plus élevé que ceux dont le taux était normal. De plus, le taux de SAA semble être corrélé avec ceux de la VS et de la CRP et avec le score BASDAI. Enfin, les patients ayant des paramètres inflammatoires normaux mais possédant un taux de SAA accru avaient un score BASDAI significativement élevé [34]. D'autres biomarqueurs tels que l'IL-6, le GM-CSF ou la MMP3 pourraient être utiles à l'évaluation de l'activité de la maladie, néanmoins cette hypothèse nécessite d'être encore étudiée avant d'être confirmée [34]. Nos résultats sur BASFI, BASDAI et l'ASDAS montrent un niveau d'activité de la maladie significativement contrôlé entre l'initiation du traitement, au troisième et au sixième mois du traitement (Tableau II). Les scores de SF36 (Tableau III), de NHP (Tableau IV), et d'ASQOL (Tableau V) étaient importants à l'initiation du traitement et relativement diminués au troisième et au sixième mois du traitement.

Conclusion

Les manifestations ostéo-articulaires au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin nécessitent une prise en charge où rhumatologue et gastro-entérologue doivent agir de concert, ainsi donc l'activité de la maladie et la sévérité des pathologies doivent être passées en revue.

*Correspondance

Abbase Abba

abbasseabba03@gmail.com

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

1 : Service de Rhumatologie, CHU Aristide LeDantec, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Bouhnik Y, Prost A, Rambaud JC. Manifestations systémiques des entéro colopathies chroniques inflammatoires. Kahn MF, Peltier AP, Meyer O. Les maladies systémiques. Médecine – Sciences. Flammarion 1994 : 1011-39.
- [2] Weiss A, Mayer L. Extra intestinal manifestations of inflammatory disease. In R Allan, J Rhodes, S Hanauer et al. Inflammatory bowel disease. New York Churchill Livingstone 1997:623-32.
- [3] Rodríguez-Reyna TS, Martínez-Reyes C, Yamamoto-Furusho JK. Rheumatic manifestations of inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2009;15(44):5517.
- [4] Sens N. Évaluation d'un outil de dépistage des spondyloarthrites chez des patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin. :79.
- [5] Andersson R.E., Olaison G., Tysk C., Ekblom A. Appendectomy and protection against ulcerative colitis N Engl J Med 2001;344(11):808-14.
- [6] Sonnenberg A, MacCarty DJ, Jacobsen SJ. Geographic variation of inflammatory bowel disease within the United States. Gastroenterology 1991;100:143-9.
- [7] Ekblom A, Helmick C, Zack M, Adami HO. The epidemiology of inflammatory bowel disease : a large population-based study in Sweden. Gastroenterology 1991;100:350-8.
- [8] Binder V. Épidémiologie et génétique des maladies inflammatoires de l'intestin. In : Modigliani R, cd . Les Maladies inflammatoires intestinales. Paris : Doin, 1 988 : 1-15.
- [9] Gower-Rousseau C, Nuttens MC, Votc A, et al. Incidence des maladies inflammatoires du tube digestif dans la région Nord-Pas-de-Calais et le département de la Somme (1 988 à 1 990). Gastroenterol Clin Biol 1 993 ; 1 7 : A12 7.
- [10] Calkins BM. A meta-analysis of the role of smoking in inflammatory bowel disease. Dig Dis Sci 1 989 ; 34 : 1 84

1 -54.

- [11] Sutherland LR, Ramcharans S, Bryant H, Fick G. Effect of cigarette smoking on recurrence of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1990; 98 : 1123-8.
- [12] Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. Vavricka SR, Schoepfer A, Scharl M, Lakatos PL, Navarini A, Rogler G. *Inflamm Bowel Dis.* 2015;21:1982-92.
- [13] European Crohn's and Colitis Organisation. The First European Evidence based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, Burisch J, De Vos M, De Vries AM, Dick AD, Juillerat P, Karlsen TH, Koutroubakis I, Lakatos PL, Orchard T, Papay P, Raine T, Reinshagen M, Thaci D, Tilg H, Carbonnel F. *J Crohns Colitis.* 2016;10:239-54.
- [14] Ditisheim S, Fournier N, Juillerat P, et al. Inflammatory articular disease in patients with inflammatory bowel disease : results of the Swiss IBD cohort study. *Inflamm Bowel Dis* 2015 ; 21 : 2598-604.
- [15] van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984 ; 27 : 361-8.
- [16] Lees CW, Barrett JC, Parkes M, et al. New IBD genetics : common pathways with other diseases. *Gut* 2011 ; 60 : 1739-53.
- [17] Orchard TR, Thiyagaraja S, Welsh KI, et al. Clinical phenotype is related to HLA genotype in the peripheral arthropathies of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2000 ; 118 : 274-8.
- [18] Wendling D, Lukas C, Paccou J, et al. Recommendations of the French Society for Rheumatology (SFR) on the everyday management of patients with spondyloarthritis. *Joint Bone Spine* 2014;81:6-14.
- [19] Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:896-904.
- [20] Ward MM, Deodhar A, Akl EA, et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/ Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 recommendations for the treatment of ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:282-98.
- [21] Prost A. Manifestations articulaires des affections intestinales. *Encycl. Med. Chir. Paris. Appareil Locomoteur.* 1983 ; 9 :14246-A-10.
- [22] Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, Dougados M, Huang F, Gu J, Kirazli Y, Van den Bosch F, Olivieri I, Roussou E, Scarpato S, Sørensen IJ, Valle-Oñate R, Weber U, Wei J, Sieper J. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:25-31.
- [23] Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2 : current management. *J Crohns Colitis* 2012;6:991-1030.
- [24] Kornbluth A, Sachar DB. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults : American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol* 2010;105:524.
- [25] Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Practice Parameters Committee of American College of Gastroenterology. Management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol* 2009;104:465-84.
- [26] Sandborn WJ, Stenson WF, Brynskov J, et al. Safety of celecoxib in patients with ulcerative colitis in remission : a randomized, placebo-controlled, pilot study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4:203-11.
- [27] El Miedany Y, Youssef S, Ahmed I, et al. The gastrointestinal safety and effect on disease activity of etoricoxib, a selective cox-2 inhibitor in inflammatory bowel diseases. *Am J Gastroenterol* 2006;101:311-7.
- [28] Wang Y, Parker CE, Bhanji T, et al. Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD000543.
- [29] Feagan BG, Macdonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD000544.
- [30] Chen J, Lin S, Liu C. Sulfasalazine for ankylosing spondylitis. *Cochrane Data base Syst Rev* 2014;11:CD004800.
- [31] Schett G and M. Rudwaleit. Can we stop progression of ankylosing spondylitis ? *Best Pract Res Clin Rheumatol,*

2010. 24(3): p. 363-71.

[32] Lepka F, Claudepierre. Critères de réponse dans les spondylarthropathies : définition d'un répondeur. Revue du rhumatisme monographies, 2010. 77(1): p. 52-58.

[33] Toussirot E. Evaluation des spondylarthropathies in Réflexions rhumatologiques. Tome 13, n°116. [en ligne] Paris : JBH Santé, 2009, Disponible sur : <http://www.jbhsante.com/uploads/RR116fev.pdf>. (Consulté le 16/03/2021)

[34] De Vlam K., Soluble and tissue biomarkers in ankylosing spondylitis. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2010;24(5):p.671-82.

Pour citer cet article :

A Abba, M Niasse, LM Diaby, H Ali. Les manifestations ostéo-articulaires des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin au Sénégal : étude de 15 observations. *Jaccr Africa 2021; 5(2): 227-237*



Clinical case

Massive Vulvar edema in post-partum about a case

Œdème vulvaire massif en post-partum à propos d'un cas

C Mrazguia¹, H Aloui*¹, A Hammemi¹, H Jaouad¹, B Guidara¹, E Fnina¹, A Marzougui¹

Abstract

Massive vulvar edema is an exceptional entity during pregnancy. Finding the etiology responsible for this manifestation is proving to be a delicate undertaking.

The seriousness of this pathology lies in the fact that it can cause maternal death in post-partum. Some authors also report the possibility of tissue necrosis.

What attitude should be adopted? We report our clinical experience through a most unlikely clinical case.

Keywords: massive vulvar edema, severe vulvar edema, pre-eclampsia, pregnancy, postpartum.

Résumé

L'œdème vulvaire massif est une entité exceptionnelle pendant la grossesse. Trouver l'étiologie responsable de cette manifestation s'avère être une entreprise délicate.

La gravité de cette pathologie réside dans le fait qu'elle peut entraîner la mort maternelle en post-partum. Certains auteurs rapportent également la possibilité d'une nécrose tissulaire.

Quelle attitude adopter? Nous rapportons notre expérience clinique à travers un cas clinique très improbable.

Mots-clés : œdème vulvaire massif, œdème vulvaire sévère, pré-éclampsie, grossesse, post-partum.

Introduction

Massive vulvar edema in post-partum is rare, but requires special attention as it can be grafted on to maternal and fetal complications. We report a case of massive vulvar edema in a pregnant woman with a review of differential diagnoses, etiologies, potential complications and therapeutic options [1].

Clinical case

It's about a thirty two year old patient, second parent, with no significant pathological history, operated for severe pre-eclampsia at a term of 26 amenorrhea weeks. She presented at 12 hours post-operative a hyperalgetic swelling of the vulva with a rapid evolution.

- Examination: The patient was afebrile, blood pressure was 15/9, patient wasn't tachycardic, proteinuria was 2 + (urinary strip).
- Vulva exam: we noticed edema with vulvar ecchymosis (bluish appearance). Edema interested small and large lips (Figure 1).
- Obstetric examination: had a lower uterine height comparing to the age of pregnancy, a closed cervix.

- The recording of the fetal heart rate showed no abnormalities. The remainder of the examination showed no evidence of thrombosis or regional lymphadenopathy.

A Cesarean was performed for severe pre-eclampsia. It allowed the extraction of a new born female (weight 1500g, Apgar 7/10), entrusted to the pediatrician. We initially thought of an allergy or trauma during the installation of the bladder catheter, we changed vesical probe but edema continues to progress. So an opinion was sought from the urologist. They asked for a complete kidney and liver check-up, including: Protidemia, phosphorus, calcemia, ionogram, 24-hour proteinuria.

- Biological assessment: Mild Thrombocytolysis (121000), Cytolysis, Mild Anemia (Hb: 9.7), Proteinuria 24h (5g) and Hypoprotidemia (20g), Normal Transaminases, pelvic angio-computed tomography in search of deep thrombosis.

The patient received continuous protein supplementation with local care by dressing soaked in magnesium sulphate. The evolution was marked by the normalization of blood pressure and regression of edema after 4 days.

- septic workup: negative (negative C reactive protein, negative cytobacteriological urine test)/no drug intake.

Massive vulvar edema is then explained by hypo protidemia secondary to renal involvement as part of severe pre-eclampsia. The evolution was marked by the rapid normalization of the tentional figures. The newborn died in the neonatal department.



Figure 1: Vulvar edema.

Discussion

We usually observe edema in pregnant women, it is present in 80% of pregnant women [2], but isolated massive vulvar edema is rare [3], its association with pre-eclampsia has been mentioned in only a few cases. Vulvar edema during pregnancy can be associated with several pathologies: pre-eclampsia, multiple pregnancies, tocolytic treatment, diabetes, dystocia, a second phase of prolonged labor, the use of the delivery chair as it may be idiopathic vulvar edema of the postpartum. It may also be encountered in other situations not specific to pregnancy [4].

Massive vulvar edema of the immediate postpartum requires special attention as it can be complicated by cardiovascular collapse and maternal death [5]. A malignant or benign tumor, haematic collection, Bartholin cyst, inguinal hernia or other rare pathologies (round ligament adenomyosis, supernumerary breast) may simulate vulvar edema [3]. The onset of edema during pre-eclampsia, increased capillary pressure and decreased oncotic pressure by hypo-albuminemia brings water back into the interstitial medium [2, 4].

The formation of massive edema of the vulva is thought to be due to its sloping slope and its richness in loose connective tissue with a thin epithelial layer [3, 4]. Massive vulvar edema in our patient is probably due to hypo-protidemia often associated with severe pre-eclampsia. The treatment is aimed at relieving pain and discomfort and evicting local complications [4]. Apart from the potential risk of tissue necrosis [4], and the few exceptional cases of maternal death associated with massive vulvar edema of the postpartum [3], the evolution is favorable under well-led treatment.

Conclusion

Massive vulvar edema is rare during pregnancy but requires special attention as it can be grafted on to maternal and fetal complications. The treatment is symptomatic and etiological whenever an underlying cause is found and the evolution is often favorable

under well-conducted treatment.

Contributions from authors: All authors have read and approved the final version of this manuscript.

***Correspondence**

Haithem Aloui

alouihaitem85@gmail.com

Available online : June 21, 2021

1 : Mohamed Tlatli Hospital in Nabeul (Hôpital Mohamed Tlatli de Nabeul).

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflicts of interest: None

References

- [1] El Hassani ME, Kassidi F, Benabdejlil Y, Kouach J, Moussaoui DR, Dehayni M. [Massive vulval edema during pregnancy: report of a case]. *The Pan African medical journal.* 2014;19:338.
- [2] Davison JM. Edema in pregnancy. *Kidney international Supplement.* 1997;59:S90-6.
- [3] Deren O, Bildirici I, Al A. Massive vulvar edema complicating a diabetic pregnancy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology.* 2000;93(2):209-11.
- [4] Hernandez C, Lynn R. Massive antepartum labial edema. *Cutis.* 2010;86(3):148-52.
- [5] Morris LF, Rapini RP, Hebert AA, Katz AR. Massive labial edema in pregnancy. *Southern medical journal.* 1990;83(7):846-8.

To cite this article :

C Mrazguia, H Aloui, A Hammemi, H Jaouad, B Guidara, E Fnina et al. Massive Vulvar edema in post-partum about a case. *Jaccr Africa 2021; 5(2): 238-240*



Cas clinique

Nécrose digitale : Quel diagnostic ? Devant quel tableau clinique ?

Digital necrosis: What diagnosis? What clinical picture?

N Oubelkacem*¹, A Oudghiri¹, I Khoussar¹, M Ouazzani¹, Z Khammar¹, R Berrady¹

Résumé

La nécrose digitale est exceptionnellement révélatrice d'un lupus systémique, elle représente une complication potentiellement grave, pouvant conduire à une amputation. Elle survient en général, chez la femme d'âge moyen avec une longue durée d'évolution de la maladie. Elle est d'origine thrombo-embolique le plus souvent, dans le cadre d'un syndrome des anti-phospholipides ou d'un syndrome néphrotique. Nous rapportons à travers cette observation, le cas d'une patiente de 50ans, sans facteurs de risque vasculaire, qui présente un lupus systémique avec une atteinte rénale sévère dont la première manifestation était une nécrose d'un orteil.

Abstract

The digital necrosis (DN) is exceptionally revealing of the systemic lupus. In fact, it represents an uncommon but a potentially serious complication that can lead to amputation. DN is mainly reported among middle-aged female patients with a long course of the disease. In most cases, it occurs in the context of anti-phospholipid or nephrotic syndromes due to thromboembolic mechanisms.

In this case study, we report the observation of a 50-year-old woman without any vascular risk factors.

The patient presented a systemic lupus with severe renal damage revealed by digital necrosis.

Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) représente l'archétype des maladies auto-immunes systémiques. Cette pathologie se caractérise par une atteinte multi viscérale et, sur le plan biologique, par une réponse auto-immune dirigée contre des antigènes d'origine nucléaire.

Le LES touche préférentiellement la femme jeune (9 femmes pour 1 homme) en âge de procréer (20-40 ans) et évolue par poussées. Les manifestations cliniques sont très polymorphes [1, 2].

La nécrose digitale (ND) est le terme évolutif d'une ischémie digitale et serait la conséquence d'une vascularite, d'un vasospasme, d'une thrombose ou d'une athérosclérose [3]. C'est un phénomène très rare et rencontré chez 1.3% des patients lupiques [4], avec une longue durée d'évolution de leur maladie [5]. La ND au cours du lupus représente une complication potentiellement grave, pouvant conduire à une amputation [3,6].

Nous rapportons à travers cette observation originale,

un cas de lupus systémique avec une atteinte rénale sévère dont la première manifestation était une nécrose d'un orteil.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 50ans, célibataire, sans aucun antécédent, qui présentait depuis 15jours avant son admission, une cyanose d'un orteil, sans phénomène de Raynaud ni autres signes articulaire, cutané ou cardiaque associés. La patiente ne prenait aucun traitement et n'avait pas eu d'exposition toxique ou traumatique. L'évolution était marquée par l'installation d'une nécrose digitale et l'apparition de douleurs abdominale. L'examen clinique trouvait une tension artérielle à 160/100mmHg aux deux bras, une protéinurie positive à la Bandelette urinaire, et une nécrose pulpaire du deuxième orteil (figure 1), une sensibilité de l'hypochondre gauche à l'examen abdominal. Les pouls périphériques par ailleurs étaient présents et symétriques sans souffle sur les trajets vasculaires.

Devant ce tableau clinique d'ischémie du membre inférieur, associé à des douleurs abdominales, un angio-scanner abdominal et des membres inférieurs était réalisé, et a montré une perméabilité des axes aorto-iliaques, fémoro-poplités et des trépièdes jambiers en bilatéral, et une thrombose de la VCI sous-rénale étendue aux 02 veines rénales avec foyer d'infarctissement rénal gauche. Au plan biologique, l'hémogramme montrait une anémie à 7.8g/dl hypochrome microcytaire, et une lymphopénie à 760éléments/mm³, les marqueurs inflammatoires (protéine C-réactive [CRP], vitesse de sédimentation [VS]) étaient accélérés. Sur le plan rénal, la créatinine était à 6mg/dl, et un syndrome néphrotique impur avec une protéinurie de 24h à 17g/24h, une albuminémie à 18g/dl, et une hématurie microscopique. Les anticorps antinucléaires, déterminés par immunofluorescence indirecte utilisant comme substrat les cellules Hep-2, étaient positifs au taux de 1/1280e avec une fluorescence homogène, La recherche des anticorps anti-ADN était positive à 28,46UI/mL (technique

enzyme-linked immunosorbentassay [Elisa]) de même que les anticorps anti-Sm/RNP. Les anticorps anticardiolipine, anti-β₂-glycoprotéine, l'anticoagulant lupique étaient négatifs. Une ponction biopsie rénale était réalisée et revenue en faveur d'une glomérulonéphrite extra membraneuse (GEM) stade II selon la classification ISN/RPS 2003.

Le diagnostic de lupus systémique a été retenu. Une corticothérapie sous forme de bolus de méthylprednisolone pendant trois jours était instaurée avec relais 1 mg/kg/j d'équivalent de prédnisonne, associée à un traitement immunosuppresseur par des bolus mensuels de cyclophosphamide à la dose de 0.7g/m². Le traitement comportait également l'association amlodipine et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, les antipaludéens de synthèse, et un traitement anticoagulant (héparine de bas poids moléculaire à dose hypocoagulante), initiés dès l'admission de la patiente.

L'évolution clinico-biologique était favorable, avec une régression des douleurs, et une normalisation du syndrome inflammatoire ainsi qu'une baisse de la protéinurie de 24h à 1.2g/24h. L'extension de la nécrose vers le troisième et quatrième orteil avec systématisation, nécessitant cependant la réalisation d'une amputation partielle. Le traitement par cyclophosphamide sera poursuivi pendant 6 cures et une réévaluation sera programmée après les 6 bolus.



Figure 1 : nécrose pulpaire du deuxième orteil

Discussion

La nécrose digitale au cours du lupus systémique est

une manifestation rare et grave, avec une incidence de 1.3% [7], Elle est inaugurale de la maladie dans seulement 0,2 % des cas [7]. Elle est largement décrite au cours du syndrome des antiphospholipides secondaire [8].

A ce jour, les mécanismes physiopathologiques de la nécrose digitale au cours de lupus systémique sont mal connus, les plus incriminés sont la pathologie thromboembolique, secondaire à un syndrome des antiphospholipides ou à un syndrome néphrotique comme dans le cas de notre patiente, un vasospasme, une athérosclérose accélérée ou une vascularite [9]. Elle est rencontrée chez les patients avec une longue histoire d'évolution de leur pathologie (≥ 4 ans), et qui présentent un phénomène de Raynaud et une accélération de la CRP [9]. Les conséquences du syndrome néphrotique comprennent dyslipidémie et athérosclérose contribuant à la morbi-mortalité cardiovasculaire, ainsi qu'une thrombophilie à l'origine de thromboses artérielles et veineuses [10]. Les événements thrombotiques au cours du lupus concernaient 13 à 23 % de ces patients et étaient associés au syndrome des antiphospholipides ainsi qu'au syndrome néphrotique [10].

Dès le diagnostic, Le traitement doit être instauré en urgence, et repose sur une anticoagulation curative, des corticoïdes forte dose, un traitement immunosuppresseur (cyclophosphamide ou mycophenolate mofetil) [10]. Le rituximab est une alternative thérapeutique très intéressante. L'instauration précoce du traitement améliore le pronostic et diminue le risque d'amputation [6].

Conclusion

La nécrose d'un orteil est exceptionnellement révélatrice d'un lupus systémique, elle est d'origine thrombo-embolique le plus souvent, dans le cadre d'un syndrome des anti-phospholipides ou d'un syndrome néphrotique. Nous insistons à travers cette observation sur l'urgence diagnostique et thérapeutique, permettant de diminuer le recours à l'amputation.

*Correspondance

Naoual Oubelkacem

oubelkacemn@hotmail.fr

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

1 : Service de médecine interne et onco-hématologie,
CHU hassan II Fès, Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Von Feldt JM. Systemic lupus erythematosus. Recognizing its various presentations. *Postgrad Med*. 1995;97(4):79, 83, 6 passim.
- [2] Rahman A, Isenberg DA. Systemic lupus erythematosus. *The New England journal of medicine*. 2008;358(9):929-39.
- [3] Alalawi ZM, Alkenany S, Almahroos F, Albloushi B. Peripheral Gangrene as the Initial Presentation of Systemic Lupus Erythematosus in Emergency Department. *Cureus*. 2020 Jan 15;12(1):e6667
- [4] Das MP, Borah P, Thakuria B, et al. Small vessel vasculitis, an uncommon presentation of systemic lupus erythematosus. *J Assoc Physicians India* 2017;65:100–1.
- [5] Satyendra Kumar Sonkar, Satish Kumar, Virendra Atam, Shyam Chand Chaudhary. Digital dry gangrene as a primary manifestation of systemic lupus erythematosus. *BMJ Case Rep* 2019; 12:e230869
- [6] Liu A, Zhang W, Tian X, Zhang X, Zhang F, Zeng X. Prevalence, risk factors and outcome of digital gangrene in 2684 lupus patients. *Lupus* 2009;18:1112–8.
- [7] E Vocks M, Welcker J, Ring J. Digital gangrene: a rare skin symptom in systemic lupus erythematosus. *European Academy of Dermatology and Venereology JEADV* (2000) 14, 419–421

- [8] Patabendige M, Barnasuriya G, Mampitiya I. Severe preeclampsia, antiphospholipid syndrome, and ulnar artery thrombosis in a teenage pregnancy: a rare association. *Case Rep Obstet Gynecol* 2018;2018:1–4.
- [9] Liu A, Zhang W, Tian X, et al. Prevalence, risk factors and outcome of digital gangrene in 2684 lupus patients. *Lupus* 2009;18:1112–8.
- [10] Quentin Raimbourg, Eric Daugas. Atteintes rénales du lupus. *Néphrologie & Thérapeutique*. Volume 15, Issue 3, June 2019, Pages 174-189

Pour citer cet article :

N Oubelkacem, A Oudghiri, I Khoussar, M Ouazzani, Z Khammar, R Berrady. Nécrose digitale : Quel diagnostic ? Devant quel tableau clinique ? *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 241-244



Article original

Prostatectomie radicale élargie pour cancer de la prostate localisé à haut risque de D'Amico ou localement avancé

Broadened radical prostatectomy for localized high-risk prostate cancer of D'Amico or locally advanced

M Ndiaye*¹, A Traoré¹, EM Diaw¹, O Sow¹, NS Ndour¹, ST Faye¹, B Sine¹, A Sarr¹, NM Thiam¹, A Ndiath¹, NA Bagayogo¹, A Thiam¹, O Gaye¹, C Ze Ondo¹, Y Sow¹, B Fall¹, B Diao¹, PA Fall¹, AK Ndoye¹

Résumé

Introduction : La prostatectomie radicale élargie est une technique chirurgicale utilisée dans le traitement du cancer de la prostate localisé à haut risque de D'Amico ou localement avancé. L'objectif était d'évaluer la morbidité et les résultats carcinologiques et fonctionnels de la prostatectomie radicale élargie dans notre centre.

Méthodologie : Nous avons effectué une étude prospective, colligeant dix-huit dossier de patients ayant eu une prostatectomie radicale élargie indiquée pour un cancer de la prostate localisé à haut risque de D'Amico ou localement avancé entre le 1er avril 2014 et le 30 novembre 2016 dans notre service. Les paramètres étaient : épidémiologiques, clinique, paraclinique, thérapeutique et les résultats carcinologique et fonctionnel.

Résultats : L'âge moyen était de 64 ± 6 ans. La tumeur intéressait plus fréquemment les deux lobes prostatiques (cT2c). Le PSA total moyen était de $58,75 \pm 10$ ng/ml. Il s'agissait d'un adénocarcinome prostatique chez tous les patients. Le cancer était localisé à haut risque de D'Amico chez 6 patients et localement avancé chez 12 patients. Une prostatectomie radicale élargie a été faite chez tous les

patients. L'histologie des pièces opératoires avait mis en évidence des marges de résection saines chez 12 patients. La survie globale et spécifique était de 100%. Après un recul de neuf mois, treize patients avaient une continence normale. Après un recul moyen de 12 mois, un patient avait une fonction érectile normale et un autre avait une dysfonction érectile modérée.

Conclusion : Dans un contexte d'indisponibilité de la radiothérapie conformationnelle, ces résultats plaident en faveur du traitement chirurgical chez des patients bien sélectionnés, ayant un cancer de la prostate à ces stades.

Mots-clés : Cancer, prostate, Prostatectomie radicale, chirurgie.

Abstract

Introduction: Enlarged radical prostatectomy is a surgical technique used in the treatment of localized prostate cancer at high risk of D'Amico or locally advanced. The objective was to evaluate the morbidity and the oncologic and functional results of radical prostatectomy in our center.

Methodology: We conducted a prospective study, collecting eighteen files of patients who underwent extensive radical prostatectomy indicated for localized

high-risk prostate cancer of D'Amico or locally advanced between April 1, 2014 and March 30, 2014. November 2016 in our service. The parameters were: epidemiological, clinical, paraclinical, therapeutic and oncologic and functional results

Results: The mean age was 64 ± 6 years old. The tumor was more frequently involved in both prostatic lobes (cT2c). The mean total PSA was 58.75 ± 10 ng / ml. This was a prostatic adenocarcinoma in all patients. The cancer was localized at high risk of D'Amico in 6 patients and locally advanced in 12 patients. Radical prostatectomy was performed in all patients. The histology of the operative specimens showed healthy resection margins in 12 patients. Overall and specific survival was 100%. After a follow-up of nine months, thirteen patients had normal continence. After a mean follow-up of 12 months, one patient had normal erectile function and another had moderate erectile dysfunction

Conclusion: In a context of unavailability of conformational radiotherapy, these results plead in favor of surgical treatment in well-selected patients with prostate cancer at these stages.

Keywords: Prostate, cancer, radical prostatectomy, Surgery.

Introduction

La prostatectomie radicale élargie est une technique chirurgicale utilisée dans le traitement du cancer de la prostate localisé à haut risque de D'Amico [1] ou localement avancé. Elle consiste en l'exérèse systématique des bandelettes vasculo-nerveuses, du col vésical et du fascia de Denonvilliers en plus de la prostate et des vésicules séminales. Le curage ganglionnaire effectué dans cette intervention est de type étendu emportant au minimum les ganglions obturateurs, iliaques externes, iliaques internes jusqu'à la bifurcation iliaque. La prostatectomie radicale est pratiquée depuis le début du XXe siècle et constitue le premier moyen thérapeutique curatif du cancer de la prostate [2]. La première prostatectomie radicale

a été réalisée en 1905 par Young par voie périnéale [3]. L'utilisation de la voie laparoscopique depuis 1997 et plus récemment couplée au robot en 2000 est considérée par beaucoup d'urologues[4,5] de manière empirique comme supérieure à la voie rétropubienne en raison d'une vision magnifiée de l'organe opéré. Il n'y a pas de différence significative sur les résultats carcinologiques et fonctionnels par rapport à la voie ouverte [4]. La prostatectomie totale élargie a récemment été recommandée dans les cancers de la prostate à haut risque ou localement avancé [6]. Cette intervention a une visée carcinologique et demeure un défi dans son exécution avec une morbidité per et postopératoire élevée. L'objectif de notre étude était d'évaluer la morbidité per et postopératoire et les résultats carcinologiques et fonctionnels de la prostatectomie radicale élargie dans notre centre.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1er avril 2014 au 30 novembre 2016, permettant de colliger 18 patients ayant une prostatectomie radicale élargie indiquée pour un cancer de la prostate localisé à haut risque selon la classification de D'Amico ou localement avancé dans notre centre. Tous les patients qui avaient un cancer de la prostate localisé à haut risque ou un cancer localement avancé ayant eu une prostatectomie radicale élargie ont été inclus et ont été non inclus les patients ayant eu une prostatectomie pour un cancer localisé. Les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, la valeur du PSA (ng/ml) initial, le stade TNM clinique, le score de Gleason à la biopsie et sur la pièce, le stade TNM pathologique, l'état des marges chirurgicales, la récurrence biochimique (dosages PSA post opératoires) définie comme étant une valeur du PSA supérieur 0,2 ng/ml, la survie sans récurrence clinique, la survie globale, les traitements complémentaires, l'évaluation des résultats fonctionnels. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel IBM SPSS Statistics 20.

Résultats

Le nombre des patients inclus était de 18. L'âge moyen des patients était de 64 ± 6 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de [60;69] (Figure 1). Au toucher rectal, la tumeur était classée cT2c chez 15 patients, cT2b chez 2 patients et cT2a chez 1 patient. La fonction érectile en préopératoire était normale chez douze patients, Cependant une dysfonction érectile a été observée chez six patients. La dysfonction était légère chez quatre patients et sévère chez deux patients. Le PSA total moyen était de $58,75 \pm 10$ ng/ml. Le PSA_t supérieur à 20 ng/ml chez 14 patients, entre 0 et 10 chez 1 patient et entre 10 et 20 chez 3 patients. L'examen anatomo-pathologique de la biopsie prostatique avait mis en évidence un adénocarcinome chez tous les patients. Le score de Gleason 6 était le score le plus fréquemment mis en évidence (Figure 2).

Le bilan d'extension était constitué en plus de l'examen physique, d'une TDM thoraco-abdomino-pelvienne pour tous les patients, d'une IRM pelvienne pour onze patients et d'une IRM du squelette axial pour deux patients. Une scintigraphie osseuse a été effectuée chez dix patients. Ce bilan d'extension était sans particularité chez sept patients. La scintigraphie osseuse avait mis en évidence des lésions osseuses chez un patient. L'IRM pelvienne avait montré une effraction capsulaire chez neuf patients dont quatre patients avaient un envahissement des vésicules séminales. Au terme de ce bilan d'extension une classification cTNM a été faite et le stade clinique a été donné (voir tableau I).

Au terme de ce bilan, le cancer était localisé à haut risque de D'Amico dans six cas et localement avancé dans douze cas. La durée moyenne d'intervention était de 201 ± 21 minutes. Une plaie rectale a été faite chez deux patients et la réparation a été effectuée immédiatement. Neuf patients ont eu une transfusion sanguine (cinq patients ont reçus deux poches de sang, trois patients ont reçu une poche et un patient a eu trois poches de sang). L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait mis en évidence un

adénocarcinome chez tous les patients avec un score de gleason à 6 chez la plupart des patients. L'examen anatomopathologique du curage n'avait pas trouvé d'extension ganglionnaire chez dix-sept patients et un patient avait un envahissement ganglionnaire. La classe pT2cN0Mx selon la classification pTNM était la plus mise en évidence et les marges de résection étaient envahies chez six patients et saines chez douze patients. Aucun patient n'avait une sténose de l'anastomose urétéro-vésicale. Tous les patients ont eu une rééducation périnéo-sphinctérienne en post opératoire. Après un recul de neuf mois, treize patients avaient une continence normale. Parmi les douze patients qui avaient une fonction érectile normale en préopératoire, après la rééducation de la fonction érectile, Un patient avait une récupération de la fonction érectile après un recul de 24 mois, un autre avait une dysfonction érectile modérée après un recul de douze mois. Le reste des patients avait une dysfonction érectile grave. Après un suivi moyen de 14 ± 9 mois (extrêmes 1 et 32 mois), sept patients étaient sans récurrence biochimique et onze patients avaient une récurrence biochimique. La survie sans récurrence biochimique était en moyenne de $17,8 \pm 4,3$ mois (extrêmes 9,2 et 26,4 mois) et la médiane de survie sans récurrence biochimique était de vingt-trois mois (Tableau II).

La courbe actuarielle de survie sans récurrence biochimique est présentée à la figure 3.

Parmi les onze patients qui ont eu une récurrence biochimique ou une progression du cancer, cinq d'entre eux ont été mis sous hormonothérapie (analogue LH-RH chez quatre patients et une pulpectomie chez un patient). Après un suivi moyen de $8,8 \pm 9,8$ mois la valeur du PSA_t de contrôle était indétectable. Les six autres patients ont été mis sous abstention- surveillance avec éventuellement la possibilité d'une hormonothérapie différée. La survie globale et spécifique était de 100 %.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la classification cTNM

Classe cTNM	T2aN0M0	T2bN0Mo	T2cN0Mo	T2cN1M0	T3aN0M0	T3aN0M1b	T3aN1M0	T3bN0M0	T3bN1M0
Effectif	2	1	4	2	3	1	1	3	1
Pourcentage	11 %	5,6 %	22,2 %	11 %	16,7 %	5,6 %	5,6 %	16,7 %	5,6 %

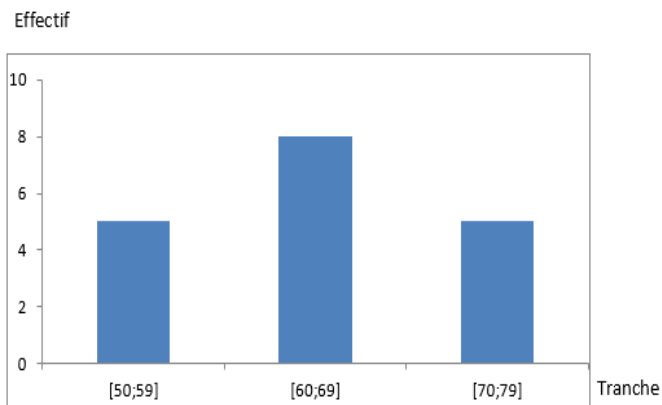


Figure 1 : Distribution des patients par tranche d'âge (N=18)

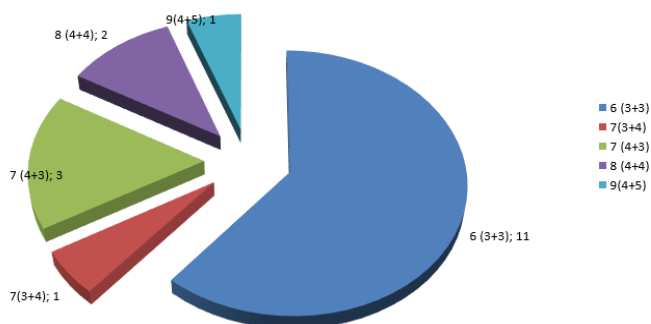


Figure 2 : Répartition en fonction du score de Gleason (N = 18)

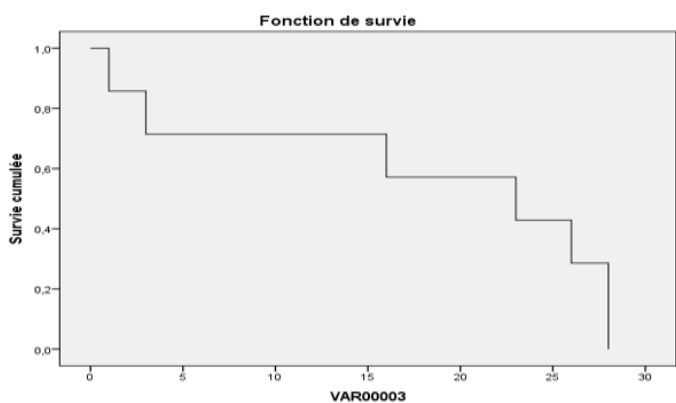


Figure 3: Courbe de survie sans récurrence biochimique

Discussion

Dans notre série, 18 patients ont eu une prostatectomie radicale élargie durant la période d'étude. Elle est comparable à celle de Niang et al.[7] au Sénégal avec un nombre de 18 patients. Nos séries sont très petites comparées aux séries occidentales ou américaines [8, 9, 10, 11]. Ceci est lié au fait que le diagnostic du cancer de la prostate à un stade localisé est peu fréquent dans notre contexte. La moyenne d'âge de nos patients était de 64 ± 6 ans. Cette moyenne d'âge est comparable à celle rapportée dans plusieurs autres études [12, 13]. Par contre Doublet JD et al. [14] en France et Balla B [15] au Maroc avaient des patients plus âgés avec une moyenne d'âge respective de 68 et 67ans. Ces résultats suggèrent que la survenue du cancer de la prostate est plus précoce dans notre pays même si une étude sur la détection précoce de ce cancer chez le quadragénaire sénégalais n'avait pas mis en évidence cette précocité [17]. Nous constatons que nos patients étaient jeunes au moment de la prostatectomie radicale d'où l'intérêt du dépistage précoce de ce cancer dans nos pays chez les hommes à risque. Dans notre série, la classe cT2c était plus retrouvée ce qui pourrait être expliqué par le fait que dans nos régions les malades consultent souvent lors de l'apparition de troubles urinaires du bas appareil ou signes liés à l'extension locorégionale de la tumeur. Il existait une dysfonction érectile chez 6 patients. L'état de la fonction érectile préopératoire est un facteur à prendre en compte avant une prostatectomie radicale. L'évaluation de la fonction érectile préopératoire du patient et de ses attentes en matière de sexualité est fondamentale. Les résultats de cette évaluation doivent être pris en compte lors de la proposition du traitement. L'évaluation objective de la fonction

érectile du patient et de son activité sexuelle est une occasion de le préparer à la très probable dysfonction érectile postopératoire vue que les bandelettes vasculo-nerveuses ne seront pas préservées dans ce type de chirurgie. Le PSA moyen de nos patients était de 58,75ng/ml. Notre résultat peut être expliqué par le fait que tous nos patients étaient classés à haut risque ou localement avancé. L'adénocarcinome prostatique était le type histologique chez tous nos patients à la biopsie prostatique. Ce qui est conforme aux données de la littérature où ce type histologique représente environ 95% des cancers de la prostate. Le bilan d'extension, comportait au moins une TDM thoracoabdomino-pelvienne. Ce bilan n'avait pas trouvé de métastases chez tous nos patients. Cependant le bilan d'extension comporte des insuffisances dans la mesure où la scintigraphie osseuse et l'IRM pelvienne ou du squelette axial n'ont pas été faites chez tous les patients chez lesquels elles étaient indiquées. Au terme de ce bilan les cancers localement avancés étaient les plus fréquents. Le stade clinique du cancer dans notre série est superposable à celle de Salomon L et al. [10] et à celle de Barry Delongchamps et al. [18] en France qui avaient retrouvé un cancer localement avancé chez tous leurs patients. La durée moyenne d'intervention était de 201± 21 minutes. La durée plus longue des interventions chirurgicales dans notre étude peut s'expliquer par le fait que les cancers étaient plus avancés. Il s'agissait par ailleurs d'une chirurgie ouverte où la vision n'était pas magnifiée et donc aussi précise qu'en chirurgie laparoscopique. Les marges de résection étaient saines chez 11 patients et l'examen histo-pathologique des ganglions du curage étaient normaux chez 17 patients et 1 patient avait un envahissement ganglionnaire. Ce résultat est comparable à celui de Ploussard G et al. [19] Salomon L et al. [20] et Salomon L et al.[10] qui avaient eu respectivement 45,6%, 32% et 53,2% de marges de résection positive. En effet la positivité des marges de résection et des ganglions du curage à l'examen histopathologique de la pièce opératoire semblerait être un facteur de mauvais pronostic et pourrait nécessiter une radiothérapie de rattrapage et /ou une

hormonothérapie [21]. La surveillance postopératoire se faisait avec le dosage régulier du PSA. Dans notre série après un recul moyen de 14 ± 9 mois, la durée moyenne de survie sans récurrence biochimique était à 17 mois et la médiane de survie était à 23 mois. Ce taux de survie sans récurrence biochimique et la durée du suivi étaient très inférieurs à ceux de Barry Delongchamps et al. [17] et Ploussard G et al. [18] qui avaient eu respectivement une survie sans récurrence biologique à 5 ans chez 48% et 74,1% de leurs patients. Cette différence est essentiellement liée au fait que nos patients avaient des cancers plus avancés. Onze patients ont eu une progression biochimique dont 5 ayant nécessité une hormonothérapie avec un analogue LH-RH chez 4 patients et une pulpectomie chez 1 patient. Ces 5 patients avaient un PSA de contrôle indétectable après un suivi moyen de 8,8 ± 9,8 mois, ce qui était comparable aux résultats de Ward J F et al [22], Gontero P et al.[23] qui avaient mis un traitement complémentaire respectivement chez 75 % et 89,5 % de leurs patients. L'approche thérapeutique préférentielle des cancers de la prostate localisés à haut risque ou localement avancés est la radio-hormonothérapie [21]. Plusieurs études récentes ont montré que la prostatectomie radicale élargie mérite de faire partie de l'approche multimodale de ces cancers. Nos résultats vont dans ce sens en montrant que la prostatectomie élargie donne de bons résultats dans ces cancers. Ce résultat est d'autant plus intéressant que nous ne disposons pas de radiothérapie conformationnelle dans notre pratique. La chirurgie se retrouve donc comme seule alternative thérapeutique à visée curative. Tous les patients ont eu une rééducation périnéosphinctérienne en post opératoire. Après un recul de 6 mois, 5 patients étaient continents. Après un recul de 9 mois, 13 patients avaient une continence normale ce qui est comparable au résultat de Niang et al.[12] qui à 3 mois postopératoires, avaient trouvé des fuites d'urines chez 8 patients, deux cas d'incontinence urinaire et un cas non évalué. Cependant ce délai nous paraît court pour parler d'incontinence. Après la rééducation de la fonction érectile, 1 patient avait

une récupération de la fonction érectile après un recul de 24 mois, 1 autre avait une dysfonction érectile modérée après un recul de 12 mois. De nombreux questionnaires existent mais le questionnaire IIEF semble être le plus reproductible des questionnaires validés et permet d'évaluer de façon plus rigoureuse la fonction érectile ainsi que le désir sexuel. Ce résultat peut être expliqué du fait de la non-conservation bilatérale des bandelettes vasculo-nerveuses. De plus, la récupération spontanée de la fonction érectile est un processus qui s'effectue sur une longue période. Un recul plus important est probablement nécessaire.

Conclusion

Le cancer de prostate est souvent diagnostiqué à un stade tardif dans nos régions. La prostatectomie radicale élargie dans ces cancers à haut risque ou localement avancés comme première option en association avec une hormonothérapie immédiate ou différée du fait de l'indisponibilité de la radiothérapie est une option thérapeutique valable. Elle donne de bons résultats oncologiques avec une morbidité per et postopératoire faible.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Modou Ndiaye

ndiaymodou87@gmail.com

Disponible en ligne : 21 Juin 2021

1 : Service d'Urologie-Andrologie Hôpital Aristide
Le Dantec, Dakar Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] D'Amico AV, R W, Malkowicz SB, D S, Blank K, GA B, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *pubmed*. septc1998;969-74.
- [2] Lepor H, Kaci L. Contemporary evaluation of operative parameters and complications related to open radical retropubic prostatectomy. *Urology*. oct 2003;62(4):702-6.
- [3] Young HH. The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate. Being a study of 40 cases and presentation of a radical operation which was carried out in four cases. 1905. *J Urol*. févr 2002;167(2 Pt 2):939-946; discussion 947.
- [4] Shikanov S, Woo J, Al-Ahmadie H, Katz MH, Zagaja GP, Shalhav AL, et al. Extrafascial Versus Interfascial Nerve-sparing Technique for Robotic-assisted Laparoscopic Prostatectomy: Comparison of Functional Outcomes and Positive Surgical Margins Characteristics. *Urology*. sept 2009;74(3):611-6.
- [5] Simforoosh N, Javaherforooshzadeh A, Aminsharifi A, Tabibi A. Early continence after open and laparoscopic radical prostatectomy with sutureless vesicourethral alignment: an alternative technique, 8 years' experience. *Urol J*. 2009;6(3):162-169.
- [6] Roddam AW, Duffy MJ, Hamdy FC, Ward AM, Patnick J, Price CP, et al. Use of Prostate-Specific Antigen (PSA) Isoforms for the Detection of Prostate Cancer in Men with a PSA Level of 2-10 ng/ml: Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Urol*. sept 2005;48(3):386-99.
- [7] Niang L, Jalloh M, Labou I, Ndoye M, Kane R, Diaw JJ, et al. Prostatectomie radicale: évaluation à court terme à propos de 18 cas. *J Afr Cancer Afr J Cancer*. août 2009;1(3):176-9.
- [8] Anaes. Recommandations pour la pratique clinique. Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé. sept 2004;
- [9] Institut canadien d'information sur la santé, Canadian Institute for Health Information. Prostatectomie radicale

pour le traitement du cancer de la prostate. 2014.

- [10] SALOMON L, LEVREL O, de la TAILLE A, HOZNEK A, CHOPIN D, ABBOU C-C. Envahissement des vésicules séminales après prostatectomie radicale: étude des facteurs de risque de progression. *Prog En Urol.* 2002;12:621–627.
- [11] Smith RA, Cokkinides V, von Eschenbach AC, Levin B, Cohen C, Runowicz CD, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *CA Cancer J Clin.* févr 2002;52(1):8-22.
- [12] Niang L, Jalloh M, Labou I, Ndoeye M, Kane R, Diaw JJ, et al. Prostatectomie radicale: évaluation à court terme à propos de 18 cas. *J Afr Cancer Afr J Cancer.* août 2009;1(3):176-9.
- [13] Kyei MY, Mensah EJ, Gepi-Attee S, Kwami D, Ampadu K, Asante E, et al. Outcomes after Radical Prostatectomy in Ghanaians: A Surgeon's Early Experience. *ISRN Urol.* 2013;2013:1-5.
- [14] Doublet JD, Lagrange L, Ciofu C, Thibault P, Gattegno B. [Radical prostatectomy: comparison of the perineal and retropubic route (40 patients). Preliminary results]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol.* févr 1994;4(1):33-9.
- [15] BALLA BOUZID. CANCER LOCALISE DE LA PROSTATE : PLACE DE LA PROSTATECTOMIE RADICALE RETROPUBIENNE (A PROPOS DE 87 CAS). [RABAT]; 2009.
- [16] Alioune S, Yaya S, Ibou T, Boubacar F, Babacar D, Ahmed FP, et al. Détection précoce du cancer de la prostate chez le quadragénaire au Sénégal. *Prog En Urol.* avr 2011;21(4):260-3.
- [17] Berroukche A, Bendahmane M, Kandouci BA. Performance du dosage de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate (étude cas-témoins dans un hôpital de l'Ouest algérien). *Immuno-Anal Biol Spéc.* avr 2012;27(2):54-60.
- [18] Cancer avancé de la prostate. *Prog En Urol.* nov 2010;20(10):728-31.
- [19] Cancer avancé de la prostate. *Prog En Urol.* nov 2010;20(10):728-31.
- [20] SALOMON L, LEVREL O, de la TAILLE A, HOZNEK A, CHOPIN D, ABBOU C-C. Localisation des marges d'exérèse positives après prostatectomie radicale par voie rétropubienne, périnéale et laparoscopique. *Prog Urol.* 2002;12:628–34.

- [21] Salomon L, Bastide C, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont

G, Hennequin C, et al. Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU: Cancer de la prostate. *Prog En Urol.* 2013;23:S69–S101.

- [22] Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate-specific antigen testing: 15-year outcome. *BJU Int.* avr 2005;95(6):751-6.

Pour citer cet article :

M Ndiaye, A Traoré, EM Diaw, O Sow, NS Ndour, ST Faye et al. Prostatectomie radicale élargie pour cancer de la prostate localisé à haut risque de D'Amico ou localement avancé. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 245-251



Cas clinique

Hernie rétro caecale révélée par une occlusion grêlique à propos d'un cas

Retro caecal hernia revealed by a bowel obstruction in a case report

M Bouali^{1,2}, N Fakhiri*¹, K Elhattabi^{1,2}, F Bensardi^{1,2}, A Elbakouri^{1,2}, A Fadil^{1,2}

Résumé

Les hernies rétro-cæcales sont une variété rare de la hernie interne et une cause inhabituelle d'occlusion intestinale. Actuellement, leur diagnostic précoce dépend de la tomodensitométrie, mais reste difficile dû au fait de leur caractère longtemps asymptomatique. Nous rapportons un cas de hernie rétro-cæcale étranglée chez un homme âgé de 60 ans responsable d'une strangulation iléale ayant bénéficié d'une cure d'hernie rétro caecale, et un décollement colo pariétal droit avec des suites post opératoires simples.

Mots-clés : grêle, occlusion intestinale, hernie interne rétro caecale.

Abstract

Retrocecal hernias are a rare variety of internal hernia and an unusual cause of intestinal obstruction. Currently, their early diagnosis depends on CT scan but remains difficult due to the fact that they are asymptomatic for a long time. We report a case of strangulated retro caecal hernia in a 60-year-old man responsible for an ileal strangulation who benefited from a retro caecal hernia repair and a right colo parietal detachment with simple postoperative follow-up.

Keywords: small bowel, intestinal occlusion, retro caecal hernia.

Introduction

Les hernies internes sont définies comme étant la protrusion d'un viscère au travers un orifice normal ou anormal dont la localisation est péritonéale ou mésentérique.

Les hernies internes sont de rares causes d'occlusion intestinale aigüe chez l'adulte leur diagnostic préopératoire en urgence reste difficile du fait de leur rareté, nous rapportons le cas d'un patient âgé de 60 ans qui présente une occlusion intestinale aigüe sur une hernie interne étranglée.

Cas clinique

Patient âgé de 60 ans diabétique type 2 sous régime mal suivi et tabagique chronique à 42 PA qui présentait 4 jours avant son admission des douleurs abdominales généralisées avec arrêt des matières et des gaz associés à des vomissements sans hémorragie digestive extériorisée, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général,

l'examen physique trouvait un abdomen distendu tympanique, les orifices herniaires étaient libres, le toucher rectal était sans particularités, le reste de l'examen clinique était normal.

Un ASP (abdomen sans préparation) objectivait des niveaux hydroaériques grêliques.

Une TDM abdominale révélait une occlusion intestinale mécanique grêlique avec doute sur une zone transitionnelle au niveau de la fosse iliaque droite sans signe de souffrance.

Son bilan biologique montrait une hémoglobine à 15g/dl, les globules blancs à 11890 élè/mm³ ; les

plaquettes normales, une hyponatrémie à 128 meq/l, une kaliémie normale son bilan d'hémostase ainsi que son bilan rénal étaient normaux

Le patient fut opéré une cure d'hernie interne rétro caecale a été réalisée par un effondrement des ligaments rétro caecaux avec un décollement colo pariétal droit, avec à l'exploration une hernie interne rétro caecal dont le collet est de 3 cm à contenu grêlique viable.

Les suites post opératoires du malade étaient simples, le transit repris à j1, au 2eme jour le patient sortait.



Figure 1 : ASP montrant les NHA grêliques

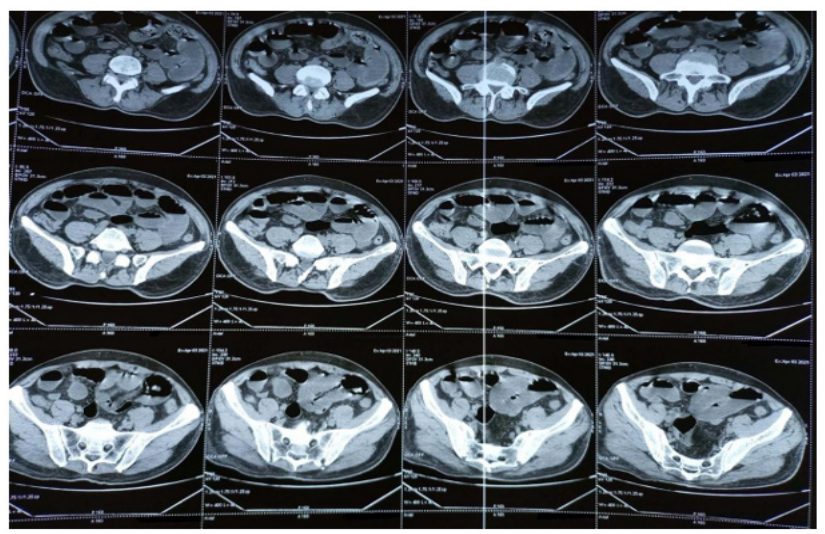


Figure 2 : TDM montrant les NHA



Figure 3 : image per opératoire de la distension des anses grêliques



Figure 4 : image per opératoire de l'anse grêlique étranglée (flèche)

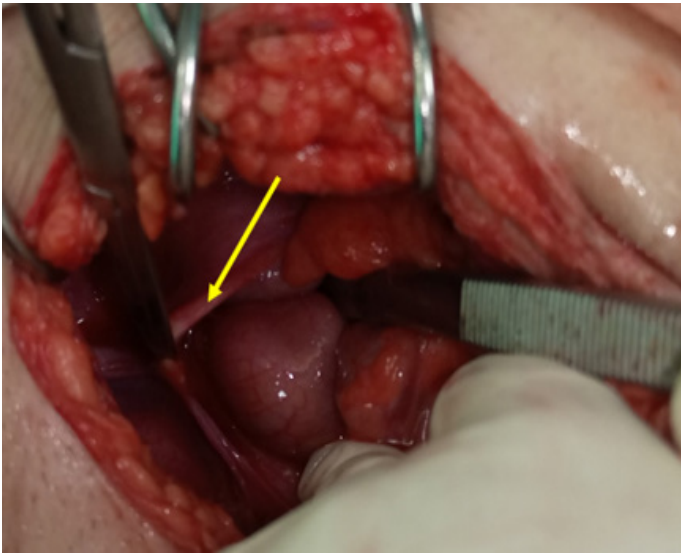


Figure 5 : image per opératoire du récessus rétro caecal (flèche)

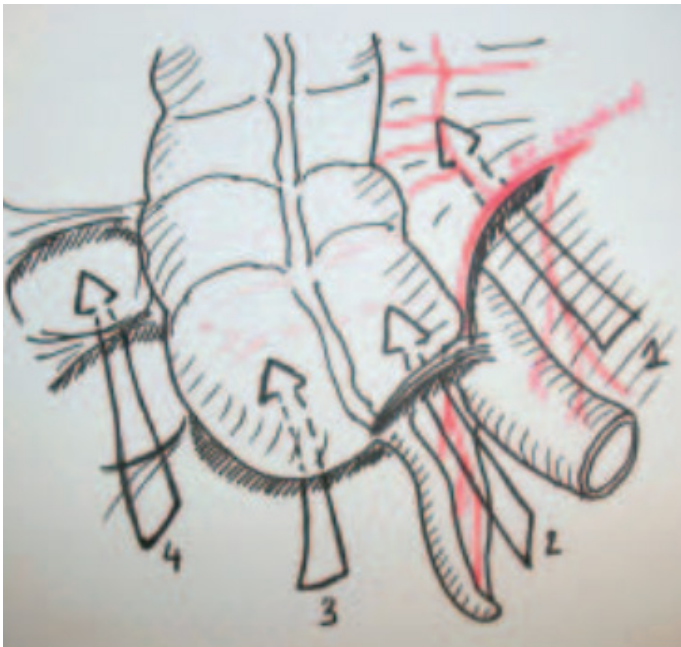


Figure 6 : Schéma. 1 : Recessus iléo-cæcal supérieur. 2 : Recessus iléocæcal inférieur. 3 : Recessus rétro-cæcal. 4 : Recessus parcolici (6)

Discussion

Les hernies internes sont rares, elles représentent 0,5 à 6 % des occlusions intestinales aiguës (1). Elles peuvent être congénitales et donc se font à travers un orifice normal, para normal ou anormal. Elles peuvent être aussi acquises d'origine post opératoire notamment après les transplantations hépatiques orthotopiques et les dérivations gastro-jéjunales coelio-chirurgicales avec anastomose sur anse en

Y de Roux (2), des inflammations péritonéales, des traumatismes et des changements ischémiques (3).

Les hernies péri-cæcales constituent 10 à 15 % des hernies internes, elles sont pour la plupart d'origine congénitale et sont révélées habituellement à l'âge adulte (4).

Les hernies internes sont généralement classées en six types : paraduodénale, péri-cæcale, foramen de Winslow, transmésentérique, pelvienne et supravésicale, et intersigmoïde (5).

On décrit classiquement quatre types de hernies péri-cæcales correspondant à quatre recessus péritonéaux. En dedans du cæcum, le récessus iléo-cæcal supérieur est situé entre la terminaison de l'iléon distal et le pli péritonéal de l'artère cæcale antérieure, le recessus iléo-cæcal inférieur est situé entre le méso-appendiculaire et le pli iléo-cæcal. En dehors du cæcum, les récessus paracolici (paracolici sulci) situés dans la gouttière pariéto-colique sont inconstants. En arrière du cæcum, le récessus rétro-cæcal est situé entre le cæcum et la paroi abdominale postérieure et délimite latéralement par deux plis péritonéaux (6) (Fig 6).

Le diagnostic préopératoire des hernies internes est difficile dû au fait de leur caractère asymptomatique elles sont révélées le plus par une occlusion intestinale. La TDM joue un rôle très important dans la détection de l'étiologie des occlusions intestinales dues aux hernies internes, Les caractéristiques tomodynamométriques de la hernie interne comprennent l'observation d'une masse en forme de sac ou d'un groupe de boucles dilatées de l'intestin grêle à un emplacement anatomique anormal et l'observation d'un pédicule vasculaire mésentérique engorgé, étiré ou déplacé ou de vaisseaux convergents à l'orifice de la hernie (7), elle peut détecter les complications telles que l'ischémie, la nécrose ou la perforation et les modifications inflammatoires.

L'évolution presque toujours des hernies internes se fait vers l'étranglement d'où l'intérêt de leur traitement chirurgical même quand elles sont diagnostiquées en dehors de toute urgence (8).

La voie d'abord est classiquement une laparotomie

médiane, mais elle peut être aussi cœlioscopique, notamment en présence d'un « abdomen plat ».

La réduction de l'anse étranglée est le plus souvent facile car le collet dans la majorité des cas est large (9). En cas de souffrance intestinale sévère, une résection-anastomose peut s'avérer nécessaire.

Le traitement du sac herniaire dépendra de la taille de celui-ci : l'oblitération par points simples peut être réalisée en présence d'un petit sac, l'effondrement par décollement colopariétal dans le plan du fascia de Toldt droit sera réalisé en présence d'un sac plus large, notamment dans le cas d'une hernie rétro-cæcale (10).

Conclusion

Les hernies internes constituent une affection rare dont le diagnostic pré opératoire est souvent difficile à établir sur les seuls arguments cliniques, mais doivent être évoquées devant tout tableau d'occlusion intestinale sans passé chirurgical abdomino-pelvien.

*Correspondance

Nassima Fakhiri

nassima.fakhiri@gmail.com

Disponible en ligne : 24 Juin 2021

1 : Département de la Chirurgie Générale, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

2 : Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Blachar A, Federle MP. Internal hernia: An increasingly common cause of small bowel obstruction. *Semin Ultrasound CT MRI*. 1 avr 2002;23(2):174-83.
- [2] Mathieu D, Luciani A. Internal Abdominal Herniations. *Am J Roentgenol*. 1 août 2004;183(2):397-404.
- [3] Kar S, Mohapatra V, Rath PK. A Rare Type of Primary Internal Hernia Causing Small Intestinal Obstruction. *Case Rep Surg*. 2016;2016:1-3.
- [4] Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings. *Am J Roentgenol*. 1 mars 2006;186(3):703-17.
- [5] Ito S, Takeda R, Kokubo R, Sakai Y, Matsuzawa H, Sugimoto K, et al. Retrocecal hernia preoperatively diagnosed by computed tomography: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017;37:186-8.
- [6] Lê P, El Braks R, Ramaheriarison Y, Billey C. Une hernie rétro-cæcale. *Feuill Radiol*. févr 2008;48(1):35-8.
- [7] Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, Satoh S, Hashizume T, Hataya K, et al. CT of Internal Hernias. *RadioGraphics*. 1 juill 2005;25(4):997-1015.
- [8] Ra GA. Hernie interne peri-caecale a propos d'un cas et revue de littérature. 2017;3.
- [9] Gibbaoui H, Arnalsteen L, Bougard V, Glineur D, Salem C, Vernay L, et al. Une occlusion intestinale par hernie a travers l'hiatus de Winslow. *Ann Chir*. 2001;5(126):493-4.
- [10] Smith GHM, Skipworth RJE, Duff MD, Anderson DN. Red herring: A rare cause of small bowel obstruction. *The Surgeon*. 1 avr 2006;4(2):107-10.

Pour citer cet article :

M Bouali, N Fakhiri, K Elhattabi, F Bensardi, A Elbakouri, A Fadil. Hernie rétro caecale révélée par une occlusion grêlique à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 252-255

RÉSEAU DE PROMOTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE

REPREMAF



<https://repremaf.org>

REPREMAF a pour but d'aider à la production scientifique en médecine et sciences sanitaires apparentées.

Il s'agit d'un réseau ouvert à tous les prestataires du domaine de la santé.

REPREMAF se veut un cadre d'échange fructueux et de partage scientifique d'expérience entre les praticiens du continent africain et d'ailleurs.

En outre, REPREMAF constitue une vitrine et un canal de diffusion des parutions des articles de JACCR-AFRICA (Journal africain des cas cliniques et revues) en parution online.

En plus du Journal, le REPREMAF dispose d'une maison d'édition intitulée : " Les éditions du REPREMAF" qui permet d'éditer des livres du domaine de la médecine et sciences sanitaires apparentées afin de promouvoir la recherche médicale en Afrique à travers les écrivains scientifiques africains du continent et ceux de la diaspora.

Par ailleurs, REPREMAF œuvre dans la formation continue en matière de recherche médicale par la diffusion des outils de recherche, la divulgation des rencontres scientifiques et compte rendu de congrès mais aussi l'organisation de colloques REPREMAF autour de thèmes pertinents de la Recherche médicale en Afrique. Visitez régulièrement cette page pour être au courant de nos activités en cours.

Le REPREMAF se donne aussi une mission d'accompagner les doctorants et d'autres étudiants en santé pour la rédaction de leurs thèses, mémoires et rapports de stage.

REPREMAF dispose également d'un *Moteur de Recherche* à vocation *panafricain* sur Recherche Médicale contenant des données africaines en santé et cela dans l'intention de promouvoir la Recherche Médicale sur le continent dont les données sont très peu visibles et accessibles à la communauté scientifique. Trouvez ci-dessous le lien pour accéder au moteur en question.

<https://www.jaccrafrica.com>

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

Jaccr Africa

ISSN 1859-5138

<https://www.jaccrafrica.com>

Volume 5, Numéro 3 (Juillet, Août, Septembre 2021)



JACCR-AFRICA (ISSN 1859-5138) est un journal à comité de lecture en accès libre qui concerne la médecine et les disciplines sanitaires apparentées donc multidisciplinaire.

Il s'agit d'un journal trimestriel (4 numéros par an) en parution Online. Le délai entre la soumission et la décision finale (Acceptation ou Rejet) est de 6 semaines en moyenne. Cependant, un article accepté est publié en ligne en moyenne dans deux semaines suivant l'acceptation.

La propagation du savoir-faire médical à travers les communautés scientifiques passe nécessairement par entre autres cette facette éditoriale comportant "les cas cliniques et les revues" et faisant ainsi éviter les errances diagnostiques et gage aussi d'une harmonisation des bonnes pratiques cliniques.

Les revues constituent un moyen précieux de formation continue et de mise à jour des connaissances et compétences déjà acquises. Jaccr Africa publie aussi les études prospectives et rétrospectives sous forme de revues de dossiers des malades.

JACCR-AFRICA se donne mission d'être une fenêtre de diffusion des travaux scientifiques du continent africain à travers les cas cliniques et les revues (Revue de la littérature et Revues de dossiers) en confrontant les données de la littérature aux résultats des études africaines en mettant l'accent surtout sur les aspects cliniques, environnementaux et socio-culturels.

Ceci étant, les cas cliniques occupent une place importante dans le partage scientifique médical. Quant aux images en médecine, il s'agit aussi d'une composante essentielle en matière de partage d'expérience pratique conférant une capacité de mémorisation facile des faits cliniques aux praticiens.

Par ailleurs, il est bien évident que l'examen complémentaire reste contributif même s'il est pour certains diagnostics un outil indispensable. C'est pourquoi le comité de lecture évalue surtout la clinique et l'essentiel d'arguments paracliniques pour se rassurer de la fiabilité scientifique d'un manuscrit soumis à JACCR-AFRICA en vue d'une publication donc un partage avec la communauté scientifique internationale et notamment africaine.

Enfin, dans le cadre du concept de "One Health" les fondamentalistes (Biologie, Microbiologie, Parasitologie, Immunologie, Bactériologie, Neurosciences, Histo-embryologie, Physiologie...etc.) sont aussi concernés à propos de la publication dans JACCR-AFRICA à travers leurs revues, lettres à la rédaction, short communication, description d'une technique au laboratoire et autres.

Contact : editor@jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro
(Trouvez après cette liste l'intégralité de chaque article)

Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles chez les enfants de 3 à 59 mois : une étude malienne multicentrique

A Konaté, MB Coulibaly, I Bengaly, I Tembiné, KB Coulibaly, D Berthé, M Diakité, F Dicko Traoré

Déterminants de la consommation abusive d'alcool chez les adolescents et adultes à Ndjamena (Tchad)

H Mayanna, GY Daïba, N Doune, HZB Tchombou, AA Ali, K Dakissia, TV Matchoké, PP Tchonfiene, A Umbock

Appréciation de l'anémie selon la sévérité chez les personnes vivant avec le VIH en Guinée : cas du service d'hématologie – oncologie du CHU de Donka

AS Kante, M Diakite, A Kake, T Traore, A Dambakate, A Tolo-Diebkile

Profil épidémiologique et clinique des complications postopératoires précoces en chirurgie abdominale

JL Kambiré, Souleymane Ouédraogo, Salam Ouédraogo, B Béré, M Zida

Caractéristiques sociodémographiques de la croissance des enfants de 6 à 12 mois dans l'aire de santé de Yirimadio au Mali

C Coulibaly, M Traore, Y Sangare, I Cisse, I Terera, H Sangho

Gale norvégienne chez un adolescent atteint d'une dermatose bulleuse héréditaire créant une nosophobie dans une famille africaine à l'hôpital national Donka

M Savané, MS Touré, MD Kanté, M Gassama, Y Karabinta, F Keita, M Touré, Y Mukendi Nkesu, Y Fofana, L Cissé, M Diakité, NM Soumahoro, AA Dicko, TM Tounkara, O Faye, M Cissé

Tuberculose orbitaire primitive pseudo-tumorale : une présentation rare de la tuberculose extra-pulmonaire

A Edderai, S Bahti, M Elbelhadji, A Mchachi, L Benhmidoune, A Chakib, R Rachid

Les corps étrangers laryngés chez l'enfant en milieu tropical : à propos de 40 cas

B Loum, CA Lame, TB Diallo, CB Ndiaye, KMA Diouf, M Koné, B Sissoko, BK Diallo

Chorioangiome placentaire : à propos d'un cas

S Moukhlis, K Ikouch, G Benjelloun, A Oubid, A Lamrissi, K Fichtali, S Bouhya

Déterminants de l'âge dans la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau de l'URENI du CSRéf de Kayes en 2019

S Diarra, I Dembélé, YI Traoré, S Coulibaly, A Diallo, Y Kamaté, A Dembélé, M Coulibaly, B Coulibaly, I Goïta, S Sidibé, M Diabaté

Epilepsie partielle continue ou syndrome de Kojevnikov au Sénégal : à propos d'un cas

C De Chacus, M Fall, H Ewodo Touna, B Ekanmian, M Basse Anna, M Ndiaye, AG Diop

Localisation bilatérale d'une tumeur testiculaire à cellules de Leydig

A Alami, M Houjami, T Chekrine, N Benchakroun, Z Bouchbika, H Jouhadi, N Tawfiq, S Sahraoui, A Benider

Lithiase de la voie biliaire principale du nourrisson

FB Balde, T Mukenge, Z Benmassaoud, O Alaoui, A Mahmoudi, K Khattala, Y Bouabdallah

The urinary microbiote renal failure with infectious lithiasis in children

M Berrahal, M Azli, R Benrabah, B Souid

Caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales de l'infection papilloma virus humain dans la province du Sud-Kivu, RD Congo

O Nyakio, F Kibukila, A Tambwe, P Kakudji, P Kalenga, JB Kakoma

Panorama des cardiopathies juvéniles en consultation au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré

B Dembélé, N Sidibe, B Diarra, A Sangare, M Diakite, M Sako, M Toure, A S Cissoko, M Sidibe, M Doumbia

Pénectomie partielle pour cancer du pénis

D Cissé, HJG Berthé, M Koné, A Traoré, A Diarra, MT Coulibaly, MS Diallo, A Kassogué, D Thiam, O Guindo

Rage humaine, un mort de plus au Sénégal : à propos d'un cas confirmé en post-mortem par RT-qPCR sur biopsie du cerveau et revue de la littérature

PA Ndeba, BS Wembulua, AB Bardiguyo, F Wone, L Diallo, CG Ngo Ngai, AD Diallo, J Ipangba, MB Mufalume, NM Faye, RR Olouwakemi, NA Lakhe, K Diallo Mbaye, VMP Cisse Diallo, D Ka, L Fortes Déguénonvo, M Seydi

Anévrismes bilatéraux en miroir de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure chez une femme âgée à propos d'un rare cas : revue de la littérature

Y Cissé, A Diop, R Diajhete, A Donzo, LF Barry, M Thioub

La tachycardie supraventriculaire fœtale compliquée d'anasarque : effet de la digoxine sur le rythme cardiaque

B Ameni, BH Sawssan, A Sonda, T Dora, K Sahbi, C Kais

Urgences chirurgicales digestives dans un pays en développement (Togo)

T Dossouvi, KK Kanassoua, T Mouzou, I Kassegne, E Gueouguede, PR Plante, ED Dosseh

Traumatisme ouvert de la verge par une esquille métallique suite à un accident de travail

B Mourtala, MSO Manzo, AS Abdoul Aziz, B Alassane, S Mounkaila, H Noury

Accouchement de mort-né frais : Prévalence facteurs de risque et prise en charge à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali

T Traoré, K Sidibé, B Traoré, B A Haïdara, A Sanogo, A Bah, C Sylla, S Z Dao, S A Beye, F Kané, S Boiré, B Traoré, D Fomba, S Dougnon, Y Traoré, I Tégouété, N Mounkoro, I Menta, M Touré

Syndrome de Wolff-Parkinson-White intermittent révélé par des palpitations et douleur thoracique à propos d'un cas

A Kaboré, AA Ali, N Douné, S Traoré, MA Bolti

Le traitement de la rétinopathie diabétique par laser argon, quel coût ?

Y Hidan, M Issiaka, H Jamaledine, A Mchachi, L Benhmidoune, R Rachid, M ElBelhadji

Accouchement par forceps à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

S Dembélé, B Macalou, M Diassana, A Sidibe, A Hamidou, I Macalou, SO Traore, M Traore, M Sima, A Bocoum, S Fane, C Sylla, I Teguate, Y Traore

Les cancers gastriques dans les villes moyennes du Burkina Faso : Aspects épidémiologiques et diagnostiques (à propos de 52 cas)

SL Zoungrana, ZD Ouattara, JL Kambire, S Soudre/Hema, AN Guingane, R Salou, A Tapsoba, S Ouedraogo, A Bougouma

Encéphalopathie sur hépatite aigue toxique au Propylthiouracil : à propos d'une observation rare et revue de la littérature

M Coulibaly, SA Koita, AS Dembélé, A Dabo, B Diallo, SI Traore, BB Coulibaly, Y Fofana, Y Diakite, DM Diango, Y Coulibaly

Fractures ouvertes de Jambe : aspects épidémiologiques et prise en charge dans le service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital National Donka (Guinée)

A Barry, MM Diallo, L Lamah, IG Diallo, CO Sanogo, MH Bah

Hypercorticisme cortico induit compliqué d'insuffisance surrénalienne secondaire : observation clinique chez une fille de 17 ans

MB Coulibaly, I Hassan, KB Coulibaly, M Kéïta, I Goïta, D Berthé, A Konaté, IB Bengaly, M Maïga, F Dicko Traore

Profil nutritionnel des patients hémodialysés chroniques dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G, Bamako, Mali

SB Coulibaly, M Samaké, A Atabieme, S Sy, M Coulibaly, AS Fofana, D Maiga, AM Dolo, K Coulibaly, S Fongoro

Poliomyélite paralytique associé au vaccin : à propos d'un cas

JBN Diouf, M Fall, NM Sougou, B Diop

Rupture du Douglas post-coïtale avec éviscération vaginale à propos d'un cas à l'Hôpital de Sikasso

SA Traoré, M Sylla, MB Coulibaly, M Coulibaly, A Cissouma, O Touré, A Cissé, E Diarra, M Kanté, S Traoré, M Diassana, B Traoré, A Diallo, M Diassana, Y Traoré

Manifestations oculaires liées à l'infection au VIH au centre de traitement ambulatoire et de prise en charge du CHU de Donka à Conakry en Guinée du 1er mars au 31 aout 2020

MD Sovogui, AK Balde, C Zoumanigui, JG Bilivogui, K Vonor

Apport du scanner cérébral dans le diagnostic étiologique du syndrome d'hypertension intracrânienne au Centre de Diagnostic de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de Conakry

AA Baldé, OA Bah, IS Souaré, TS Diallo, M Diallo, H Challoub, MO Bah

Pratique de l'Allaitement Maternel à l'hôpital de Sikasso, Mali

A Cissouma, SA Traoré, G Dembélé, A Kissima-Traoré, D Kassogue, D Haidara, M Sylla, AB Sidibé

Accident vasculaires cérébraux hémorragiques en soins intensif à l'hôpital du Mali : Aspects épidémio cliniques thérapeutiques et évolutifs

K Tembiné, MAC Cissé, N Diani, A Sidibé, A Dramé, THM Coulibaly, K Sangho, B Diallo5, O Diallo, M Sacko, M Dama, O Coulibaly, D Sissoko, M Konaté, N Ouologuem, M Ouologuem, C Sogodogo, MI Mangané, THM Diop, H Dicko, SA Beye, AH Almeimoune, M Keita, B Samaké, AS Dembelé, MD Diango, Y Coulibaly

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical du centre hospitalier régional Heinrich Lubke de Diourbel au Sénégal (CHRHLR) face aux accidents d'exposition au sang (AES)

AER Diatta, BB Diedhiou, H Toure, NS Ba, M Ndiaye

La problématique de la dénutrition de l'adulte en chirurgie digestive d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya au Burkina Faso

JL Kambire, SL Zoungrana, S Ouedraogo, S Ouedraogo, M Zida

Pratique de l'électroencéphalogramme au centre hospitalier périphérique de Pikine à Dakar

ML Mansare, M Fall, M Haba, M Ndiaye, AG Diop

Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans dans le Centre Hospitalier-Universitaire Gabriel TOURE

M Traore, C Coulibaly, D Cisse, Y Sangare, M Kone, H Maiga, H Sangho

Prise en charge d'une plaie rénale à présentation atypique, en contexte de polytraumatisme, au centre des urgences de Yaoundé : à propos d'un cas

AM Dongmo, D Banga Nkomo, JB Mekeme, S. Eya, J. Kamga, L J Bitang, A Mafok

Le rhumatisme psoriasique au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar

A Abba, M Niasse, LM Diaby, H Ali

Urgences chirurgicales digestives dans un pays en développement (Togo)

T Dossouvi, KK Kanassoua, T Mouzou, I Kassegne, E Gueouguede, PR Plante, ED Dosseh

Aspects épidémiologiques, diagnostiques et traitement de l'embolie pulmonaire à Ziguinchor (Sénégal)

SJ Manga, AB Badiane, SL Sy, Q Te Indafa, M Dioum, M Bodian, M Leye, A Diatta

Profil épidémiologique des cancers digestifs au CHU-Kara (Togo)

T Dossouvi, R El-Hadji Yakoubou, B Bouglouga, KK Kanassoua, I Kassegne, K Adabra, ED Dosseh

Retour d'expérience sur la gestion des premiers cas confirmés de COVID-19 dans un secteur minier au Mali

M Koné, SM Mangané, TB Bagayoko, L Diakité, A Bah

Facteurs prédictifs de mortalité des occlusions intestinales aiguës mécaniques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge

E Horugavye, JC Mbonicura, Y Bizozza, F Nduwimana, G Nimubona

Méningocèle Occipitale du grand enfant associé à un lipome découverte au décours d'une prise en charge d'un empyème cérébral au CHMF de Touba

D Wague, MA Cisse, ECN Sy, M Faye, LF Barry, NN Sarr, AB Thiam

Rupture utérine spontanée à 24 semaines de grossesse chez une multipare sur un utérus uni cicatriciel : à propos d'un cas

A Samaké, SO Traoré, L Diarra, M Keita, M Haidara, M Diallo, M Konaté, M Maiga, MS Ag Med Elméhdhi Elansari, L Diarra, D Kassogue, AT Soumaila, SZ Dao, H Samake, S Camara, M Traore, S Diarra

Les brûlures graves récentes : bilan de six années d'utilisation exclusive du beurre de vitellaria paradoxa bio au Burkina Faso

S Ouedraogo, B Bere, JL Kambire, S Ouedraogo, PV Zongo, E Bandre

Evaluation de la qualité microbiologique des aliments à base de céréales et tubercules consommés dans les cantines scolaires de Bamako et environs

D Cissé, H Touré, M Traoré, M Samake, B Diarra, SO Diarra, A Traore, OS Maiga, AZ Kone, A Ag Iknane

Connaissances, attitudes et pratiques sur les risques liés aux déchets biomédicaux : étude comparative dans deux formations sanitaires de Pointe-Noire

E Ebatetou Ataboho, GJ Kokolo

Grossesse dans une cicatrice de césarienne : à propos d'une observation clinique au centre de sante de référence de la Commune VI du district de Bamako (CSRéf CVI)

A Samaké, SO Traoré, M Keita, M Haidara, M Diallo, M Konaté, M Maiga, MS Ag Med Elméhdhi Elansari, L Diarra, D Kassogue, AT Soumaila, SZ DAO, S Diarra, H Samake

La macrosomie néonatale : à propos de 254 cas à l'hôpital de Sikasso, Mali

A Cissouma, SA Traoré, D Kassogue, A Kissima-Traoré, G Dembele5, M Traoré, A Coulibaly

Thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale

Y Onana, J Tambe, D Mwadjie, A Mohammed, S Mbozo'o, H Zanga, C Nanga, J Mbo Amvene, P Ongolo-Zogo

Troubles glycémiques chez les nouveau-nés de 0 à 7 jours à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

A Bah, TB Bagayoko, A Kassogué, N Coulibaly, B Harber, A Thiéro, M Kanté, B Samaké, M Keita, SI Koné, T Traoré, M Guindo, M Coulibaly, M Diallo, DS Coulibaly, A Sanogo, A Fofana, MA Togo, AN Coulibaly, FT Dicko

Une hernie de la corne vésicale de découverte per opératoire : à propos d'un cas à l'Hôpital Principal de Dakar et revue de la littérature

ST Faye, TAO Sow, M Faye, M Dembelé, B Ndiaye, M Mboup, HM Ova, M Touré, I Sall, EGPA Diémé, R Kane, A Ndiaye

Aspects épidémioclinique et évolutif des patients admis en salle d'accueil d'urgences vitales à l'hôpital du Mali à propos de 85 cas, Mali

K Tembiné, MAC Cissé, N Diani, THM Coulibaly, A Sidibé, A Dramé, B Diallo, K Sangho, S Sidibé, O Diallo, M Dama, O Coulibaly, D Sissoko, I Maiga, M Konaté, A Ombotimbé, M ouattara, M Traoré, C Sogodogo, M I Mangané, TH M Diop, H Dicko, SA Beye, AH Almeimoune, M Coulibaly, K Diombana, D Sylla, AS Dembelé, S Togo, S Yena, MD Diango, Y Coulibaly

Consultation prénatale : Pronostics maternel et périnatal des accouchements à risque à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali

T Traoré, K Sidibé, A Sanogo, F Kané, A Coulibaly, B Traoré, A Bah, C Sylla, SZ Dao, SA Beye, S Boiré, B Traoré, AL Coulibaly, A Diarrioso, Y Traoré, I Tégouété, N Mounkoro

Etude épidémioclinique de la bronchiolite dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako

M Traoré, A Cissouma, D Sacko, D Kassogué, I Koné, M Kanté, M Maiga, KW Diallo, FL Diakité, K Sacko, O Koné, O Diamoutènè

Etat buccodentaire des patients porteurs des prothèses amovibles au CHU-CNOS de Bamako

A Bah, IB Bengaly, A Konaté, A Diaby, IH Sidibe, A Diallo

Fibrome intraventriculaire gauche chez un nourrisson : à propos d'un cas

CP Akagha Konde, E Ayo Bivigou, F Ndoume Obiang, JB Mipinda, JM Mpori, WG Tessa Bengou, JJ Ekwa Sima, H Aubin Wora, LC Ndjibah Alakoua, MC Allognon, F Moubamba, C Yekini, A Guindo Samba, CS Mayaka, JE Ecke Nzengue, F Aw

Aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques de la GEU à l'hôpital de Sikasso

SA Traoré, M Sylla, A Samaké, A Cissouma, O Touré, A Cissé, M Coulibaly, M Kanté, DBS Haidara, B Traoré, M Diassana, Y Traoré, A Diallo, M Diassana

Traitement chirurgical d'un volumineux cystadénocarcinome séreux bilatérale de l'ovaire au stade avancé (techniques et stratégies) : à propos d'un cas à l'hôpital de Dermatologie de Bamako

K Konaté, L Diarra, B Dembélé, MK Touré, M Coulibaly, Z Saye, L Doumbia, M Ly, A Togo

Main fendue unilatérale isolée chez un nouveau-né : à propos d'un cas

H Soumana Diaouga, M Chaibou Yacouba, SM Issoufou Hama, S Oumarou Soumana, M Maman Chaibou, M Garba Rah, N Idi, M Nayama

Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois : états des lieux dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso)

AS Ouermi, A Kalmogho, B Sanogo, H Savadogo, I Guira, M Barro, F Kouéta

Plaie pénétrante des bourses par embrochage : à propos d'une observation et revue de la littérature

TO Diallo, I Diabaté, M Barry, A Ndiath, E Kazubwenge

Sirénomélie (Mermaid Syndrome) description du premier cas dans la région de Sikasso, Mali et revue de la littérature

A Cissouma, M Sylla, MB Coulibaly, SA Traoré, A Kissima-Traoré, AP Togo, A Coulibaly, Y Coulibaly

Rarissime cas de torsion bilatérale de kyste ovarien avec rupture hémorragique dans un contexte de grossesse molaire : un cas clinique

L Diarra, A Samaké, M Traoré, M Konaté, S Camara, K Diarra, S Kanté, K Konaté, B Bengaly, AP Togo



Article original

Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles chez les enfants de 3 à 59 mois : une étude malienne multicentrique

Place of malaria in the etiologies of febrile illnesses in children aged 3 to 59 months:
a multicentric Malian study

A Konaté*¹, MB Coulibaly³, I Bengaly², I Tembiné¹, KB Coulibaly⁴, D Berthé¹, M Diakité¹, F Dicko Traoré^{5,6}

Résumé

Introduction : Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique. L'objectif était d'étudier la place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles en milieu communautaire.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective qui a été menée aux Centres de Santé Communautaires et Universitaires (CSCOM U) de Ségué, de Konobougou et de Koniakary sur une période de six (6) mois allant du 1er Juillet au 31 Décembre 2020. Elle a concerné tous les enfants de 3 à 59 mois admis dans ces CSCOM-U pour fièvre ou notion de fièvre et dont les parents ayant accepté leur participation à l'étude.

Résultats : Au total 324 enfants ont été inclus, le paludisme était la 1ère cause des accès fébriles avec 47,5% (n =201), suivi des infections respiratoires aiguës (IRA) 26,7% et des gastro-entérites 17, 97%. Les signes cliniques associés à la fièvre étaient dominés par la toux 40% et le vomissement 35,5%. Il y avait une comorbidité entre le paludisme et les IRA dans 29% et les gastro-entérites dans 6%.

Conclusion : Le paludisme demeure la 1ère cause de fièvre dans notre étude. Cependant, il est utile de bien suivre les démarches cliniques devant tout

cas de fièvre pour une meilleure prise en charge des affections fébriles.

Mots-clés : Paludisme, Affection fébrile, Enfants ; CSCOM Universitaires, Mali.

Abstract

Introduction: Malaria remains a major public health problem. The objective was to study the place of malaria in the etiologies of febrile illnesses in community settings.

Material and Methods: This was a prospective study that was conducted at the Community and University Health Centers of Ségué, Konobougou and Koniakary over a period of six (6) months from July 1 to December 31, 2020. It concerned all children aged 3 to 59 months admitted to these health center for fever or the notion of fever and whose parents had accepted their participation in the study.

Results: A total of 324 children were included, malaria was the leading cause of febrile attacks with 47.5% (n = 201), followed by acute respiratory infections (ARI) 26.7% and gastroenteritis 17, 97 %. Clinical signs associated with fever were dominated by cough 40% and vomiting 35.5%. There was a comorbidity between malaria and ARI in 29% and gastroenteritis

in 6%.

Conclusion: Malaria remains the leading cause of fever in our study. However, it is useful to follow well the clinical procedures in any case of fever for better management of febrile illnesses.

Keywords: Malaria, Febrile illness, Children; CSCOM Universities, Mali.

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, près de la moitié de la population mondiale est à risque de paludisme. Il a été recensé 228 millions de cas cliniques de paludisme dans le monde en 2018 avec 405000 décès [1]. Le paludisme est un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays du monde [1,2, 3]. Il est l'une des principales causes de mortalité dans les pays où il sévit de façon endémique notamment chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes [4]. Le paludisme demeure un problème de santé publique majeur au Mali. Selon l'annuaire statistique du système local d'information sanitaire (SLIS), en 2018 il a été enregistré 3 572 794 cas suspects de paludisme [2]. Parmi ces cas suspects 3 457 267 (97%) ont été testés et 2 345 481 (66%) cas testés ont été confirmés [2]. L'élimination du paludisme à l'horizon 2030 est un des objectifs du développement durable soutenu par les autorités nationales. Plusieurs actions sont en cours telles que :

- La prise en charge des cas de paludisme ;
- La prévention du paludisme chez la femme enceinte ;
- La chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois ;
- La lutte anti vectorielle ;
- La prévention et la gestion des épidémies [5].

La fièvre est l'un des symptômes les plus fréquents chez les personnes malades dans le monde, notamment en Afrique subsaharienne et a un large diagnostic différentiel [6]. Très souvent, la maladie fébrile est diagnostiquée et traitée empiriquement comme paludisme, notamment dans les zones de faible endémicité du paludisme [7], laissant les autres

causes non paludéennes non diagnostiquées et non traitées [8]. Il a été démontré que ces pathologies fébriles non paludéennes peuvent entraîner un taux de mortalité plus élevé que le paludisme à l'échelle mondiale, même dans les zones de paludisme endémique [9]. Depuis le début de l'année 2010, l'OMS a recommandé une confirmation parasitologique rapide par un examen microscopique ou par un Test de Diagnostic Rapide (TDR), moins de 2 heures après l'arrivée en consultation, avant tout traitement, chez tous les cas suspects de paludisme [4 ; 10]. La microscopie reste la référence pour le diagnostic parasitologique du paludisme [4]. Mais il est difficile d'en avoir accès à cause du faible taux d'électrification en Afrique, ou du manque de matériels ou d'approvisionnement en réactifs. De plus, les formations sanitaires n'ont pas toujours la capacité d'effectuer un diagnostic microscopique de qualité faute de personnels médicaux qualifiés ou à cause de surcharge de travail. Les TDR peuvent être utilisés dans les endroits où l'accessibilité à des examens de laboratoire est impossible, et directement à l'endroit où le patient est pris en charge [10]. Selon une étude, les affections fébriles ont représenté 13,4% de toutes les consultations. Parmi ces affections, la prévalence du paludisme était de 64,2%, suivi par les pneumopathies avec 16,2%. Ce qui traduit que, le paludisme est la première cause des affections fébriles [11]. L'objectif de notre travail était d'étudier la place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles chez les enfants de 3 à 59 mois en milieu communautaire.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive qui s'est déroulée sur une période de six mois allant du 1er Juillet au 31 Décembre 2020 dans les CSCOM U de Ségué (district sanitaire de Kolokani, région de Koulikoro), de Koniakary (district sanitaire de Kayes, région de Kayes) et de Konobougou (district sanitaire de Baraouéli, région de Ségou). Ont été inclus dans cette étude les enfants de 3 à 59 mois se présentant

en consultation durant la période d'étude avec fièvre ou notion de fièvre. Le diagnostic du paludisme était retenu lorsque le résultat biologique (TDR ou GE) le confirmait. Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête individuelle. La saisie des données a été faite au logiciel Access 2016. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS 16.0. Les tests statistiques utilisés étaient le test (KI2 et de Fisher avec un seuil significatif inférieur à 0,05). L'assentiment des parents ou tuteurs d'enfants était obtenu avant d'inclure un enfant, les principes de l'anonymat et de la confidentialité ont été respectés.

Résultats

Au total 324 enfants ont été inclus dans cette étude, la tranche d'âge 3 à 24 mois représentait 63% (n=203). Le sexe masculin était le plus fréquent avec 60,5%, avec un sexe ratio de 1,53. Le niveau d'étude des mères ou gardiennes d'enfants était des non scolarisés dans 80% des cas, 16% pour le niveau primaire et 4% pour le secondaire.

Mesures de prévention

La Moustiquaire Imprégnée d'insecticide de Longue Durée (MILD) était utilisée chez 95,4% des enfants et la prise correcte des molécules de la Chimio-Prévention Saisonnière (CPS) du paludisme était de 37% contre 14% non correcte et dans 49% la CPS n'était pas applicable. L'utilisation combinée de Moustiquaire Imprégnée d'insecticide de Longue Durée et Chimio-Prévention Saisonnière (CPS) du paludisme était observée dans 36,1% soit 117 cas.

Manifestations cliniques associées à la fièvre

Le délai de recours à la consultation médicale était inférieur ou égal à sept jours chez 94% des malades suivant le début de la fièvre. A l'admission 57% (n=185) des malades avaient une température axillaire supérieure ou égale à 38°C. Les signes cliniques associés à la fièvre étaient dominés par : la toux (40%) ; vomissement (35,5%) ; le rhume (34,6%) ; la diarrhée (33,6%) ; la pâleur (22%) ; céphalée (15,7) (Tableau I).

Place du paludisme parmi les causes de fièvres

Le paludisme a été enregistré chez 201 enfants soit 47,5% (dont 54,7 % de cas de paludisme simple et 45,3% de cas de paludisme grave), suivi des infections respiratoires aiguës (IRA) (26,7%) et des gastro-entérites (17,97%) (Tableau II). La malnutrition aiguë modérée (MAM) et sévère (MAS) étaient de 12% (39) et de 11,7% (38). Parmi les enfants souffrant de MAM 59% avait le paludisme et 28,9% de cas de paludisme chez les enfants souffrant de MAS. (p=0,001).

Des comorbidités ont été retrouvées entre le paludisme et les IRA (29%) et les gastro-entérites (6%). (Tableau III).

La pâleur était majoritairement due au paludisme dans 88% (63/72) des cas. La convulsion et la splénomégalie étaient respectivement présent chez 8,6% (28/324) et 6,5 % (21/324) de nos patients fébriles et 96% des convulsés et 100% des splénomégalies étaient atteints de paludisme.

La tranche d'âge 3-24 mois était la moins touchée par le paludisme avec 49,75% des cas par contre celle de 25-59 mois était la plus touchée avec 82,6% des cas. P=0,001 (Tableau IV). Le plus grand taux du paludisme grave a été enregistré dans la tranche d'âge 25-59 mois (63%). P=0,001. La plus grande fréquence des cas de paludisme a été enregistrée dans le CSCOM U de Konobougou avec 87% (90/103) suivi de Ségué avec 58% (103/178) et Koniakary avec seulement 19% (8/43) P=0,001. Sur les 95,4% des patients qui utilisaient de moustiquaires imprégnées d'insecticides, 61,8% étaient atteints de paludisme et sur les 37% qui avaient correctement fait la CPS, 58,33% étaient atteints du paludisme. La prévalence du paludisme était de 33,8% parmi ceux qui avaient utilisé les deux méthodes de prévention contre 66,2% pour les non utilisateurs de méthodes combinées P=0,29.

Tableau I : Répartition de la population d'étude selon les signes cliniques et para cliniques

Signes cliniques/para cliniques	Nombre	Pourcentage %
Durée Fièvre = 1-7 jours	304	93,8
Durée Fièvre ≥ 8 jours	20	6,2
Température < 38°C	139	42,9
Température ≥ 38°C	185	57,1
Toux	130	40,1
Rhume	112	34,6
Diarrhée	109	33,6
Vomissements	115	35,5
Céphalées	51	15,7
Convulsion	28	8,6
Altération de la Conscience	20	6,2
Eruptions cutanées	14	4,3
Splénomégalie	21	6,5
Pâleur	72	22,2
GE positif	105	32,4
TDR positif	96	29,6

Tableau II : Répartition de la population d'étude selon les pathologies diagnostiquées

Pathologies	Nombre	Pourcentage %
Paludisme	201	47,5
IRA	113	26,71
Gastro-entérite	76	17,97
Dermatose	12	2,84
Angine	7	1,65
Otite	4	0,95
Infections urinaires	4	0,95
Fièvre typhoïde	1	0,24
Méningite aiguë	1	0,24
Autres : (Conjonctivites, varicelles, plaies etc.)	4	0,95
Total	423	100

Tableau III : Comorbidités entre le paludisme et autres pathologies.

Comorbidités	Paludisme n=201	
	Effectif	Pourcentage
IRA	58	28,8
Gastro-entérite	12	5,9
Dermatose	5	2,48
Otite	1	0,49
Fièvre typhoïde	1	0,49
Infections urinaires	1	0,49
Autres : (Conjonctivites, varicelles, infections urinaires, plaies etc.)	1	0,49
Total	79	39,1

Tableau IV : Répartition du paludisme selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Paludisme				Total
	Oui		Non		
	n	%	n	%	
3 à 24 mois	101	49,75	102	50,25	203
25 à 59 mois	100	82,64	21	17,36	121
Total	201	62,04	123	37,96	324

P=0,001

Discussion

Ce travail nous a permis d'apprécier la place du paludisme dans les affections fébriles aux CSCOM U de Ségué, de Koniakary et de Konobougou. Le site de Konobougou a enregistré le taux le plus élevé de paludisme avec 87% (90/103) suivi de Ségué avec 58% (103/178) et Koniakary avec seulement 19% (8/43) P=0,001. Cela pourrait être dû par la plus grande pluviométrie de Konobougou par rapport aux autres sites d'études mais aussi par le faible taux d'inclusion au site de Koniakary. La prévalence du paludisme était de 47,5%, suivi par des IRA avec 26,7% et des gastro-entérites avec 17,97%. Ce qui traduisait que dans notre étude, le paludisme était la première cause des affections fébriles. Nos résultats concordaient avec ceux des auteurs qui ont respectivement apporté une prévalence élevée du paludisme dans 64% ; 74,7% ; 27% et 65,2% des cas dans leurs études [11 ; 12 ; 13 ; 14]. Cette fréquence élevée du paludisme serait due à notre situation d'étude (zone rurale endémique), à la période d'étude (hivernage), l'insuffisance du respect des mesures préventives (seulement 37% ont fait correctement la CPS) et à l'âge de la population d'étude. Par contre Adou A.J et col ont rapporté une deuxième place du paludisme dans les affections fébriles après les pneumopathies [15]. Dans notre série, la tranche d'âge 25-59 mois a été la plus touchée par le paludisme avec 82,6% des cas. Cela pourrait être le fait que cet âge correspond à la période de sevrage, selon une étude le lait maternel renforcerait l'immunité des enfants contre le

paludisme [16]. Le délai de recours à la consultation médicale était inférieur ou égale à sept jours chez 93,8% des patients suivant le début de la fièvre et parmi eux 61,8% souffrait de paludisme. Ce résultat est similaire avec ceux des auteurs [11] qui ont aussi trouvé chez 89,90% des patients avec une fièvre dont la durée variait entre un et sept jours. Sur les 95,4% des patients qui utilisaient de moustiquaires imprégnées d'insecticides, 61,8% étaient atteints de paludisme et sur les 37% qui avaient correctement fait la CPS, 58,33% étaient atteints du paludisme. La prévalence du paludisme était de 33,8% parmi ceux qui avaient utilisé les deux méthodes de prévention contre 66,2% pour les non utilisateurs de méthodes combinées P=0,29. Ceci dénotait la nécessité d'entreprendre des campagnes de sensibilisation sur les méthodes combinées de prévention du paludisme dans nos zones d'études afin de réduire la transmission du paludisme. Dans notre étude, le paludisme était associé aux IRA dans 28,8% des cas et aux gastro-entérites dans 5,6% des cas. D'où l'intérêt d'explorer les autres affections fébriles au même titre que le paludisme et vice versa. La pâleur a été retrouvée chez 22,2% (72/324) de nos patients fébriles. Cette pâleur était majoritairement due au paludisme dans 88% (63/72) des cas. La convulsion et la splénomégalie étaient respectivement présent chez 8,6% (28/324) et 6,5% (21/324) de nos patients fébriles et 96% des convulsés et 100% des splénomégalies étaient atteints de paludisme. Nos résultats étaient superposables à ceux de Traore BM [11]. Ces résultats dénotaient qu'un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate pourraient contribuer à réduire les complications dues aux pathologies fébriles et particulièrement au paludisme. Les principaux symptômes associés à la fièvre dans notre travail ont été respectivement la toux, les vomissements, les diarrhées les céphalées. Sendeaw M et al, ont rapporté des symptômes différents à savoir les hypersudations, les courbatures, les anorexies et les céphalées [17]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a concerné uniquement les enfants de 3 à 59 mois.

Conclusion

Le paludisme demeure la 1ère cause de fièvre dans notre étude. Cependant, il est utile de bien suivre les démarches cliniques et d'obtenir une confirmation biologique du paludisme devant tout cas de fièvre afin d'assurer une meilleure prise en charge des affections fébriles.

*Correspondance

Aboubakary Konate

aboubakarykonate@gmail.com

Disponible en ligne : 10 Juillet 2021

- 1 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Ségué (Koulikoro-Mali)
- 2 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary (Kayes-Mali)
- 3 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Konobougou (Ségou-Mali)
- 4 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Sanoubougou 2 (Sikasso-Mali)
- 5 : Service de pédiatrie au CHU de Gabriel Touré (Bamako- Mali)
- 6 : Département de médecine de famille/médecine communautaire ; FMOS (Bamako-Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le paludisme 2019. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [2] Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique. Annuaire Statistique 2018 du Système Local d'Information Sanitaire. SLIS2018 VF du 28 avril 2019 pages 153.

- [3] Enquête Démographique de la Santé au Mali-VI : Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2019. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF.
- [4] Organisation Mondiale de la Santé. Diagnostic microscopique du paludisme : manuel d'assurance qualité -version 2 [Malaria microscopy quality assurance manual – version 2]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [5] Programme National de Lutte contre le Paludisme. Directives nationales pour la prise en charge des cas de paludisme au Mali. Programme National de Lutte contre le Paludisme, Avril 2017.
- [6] Crump JA, Gove S, Parry CM. Management of adolescents and adults with febrile illness in resource limited areas. *BMJ*; 2011. 343: d4847.
- [7] Chandler CI, Drakeley CJ, Reyburn H, Carneiro I. The effect of altitude on parasite density case definitions for malaria in northeastern Tanzania. *Trop Med Int Health*; 2006. 11: 1178–1184.
- [8] Reddy EA, Shaw AV, Crump JA. Community acquired bloodstream infections in Africa: à systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*; 2010. 10: 417–432.
- [9] WHO. The top 10 causes of death. Global burden of disease. Geneva; 2011.
- [10] Maltha J, P Gillet, Jacobs J. Tests de diagnostic rapide du paludisme en milieu endémique. *Clin Microbiol Infect*. 2013 ; 19 : 399-407.
- [11] Traore BM, Dissa L, Sinayoko D ; Boly A ; El Fakir S. Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles dans le centre de santé communautaire de macina central, Mali. *MALI MEDICAL 2017 TOME XXXII N°4*.
- [12] Dolo A, Maiga B, Dara V ; Tapily A ; Tolo Y ; Doumbo O et al. M. Place du paludisme dans les syndromes fébriles dans deux groupes ethniques vivant en sympatrie au Mali de 1998 à 2008. *Bull. Soc. Pathol. Exot* ; 2012. 105:377-383.
- [13] O'Brien D, Tobin S, Brown GV, Torresi J. Fever in returned travelers: review of hospital admissions for a 3-year period. *Clin Infect Dis*; 2001.33:603-9.
- [14] Ba Mamadou, Oumar Aboubacar Alassane, Konate Issa

et al. Place of malaria in the etiologies of febrile attacks in children in a conflict area zone: Case of department of pediatric regional hospital of Timbuktu. *Jaccr Africa* 2019; 3(2): 90-96.

[15] Adou AJ, Cabannes R, Assale G ; Kouame K J. Paludisme et pédiatrie en Afrique Subsaharienne. *Publications Médicales Africaines*; 1989. 100: 38-41.

[16] Kassim OO, Ako-Anai K A, Torimiro S E; Hollowell G P; Okoye V C; Martin S K. inhibitory factors in breastmilk, maternal and infant sera against in vitro growth of *Plasmodium falciparum* malaria parasite, *J Trop Pediatr* 2000; 46 (2): 92-6.

[17] Sendeaw M, Feleke AA, Mulugeta B. Prevalence of Malaria among Acute Febrile Patients Clinically Suspected of Having Malaria in the Zeway Health. Center, Ethiopia. *Jpn. J. Infect. Dis*; 2015. 68: 55–59.

Pour citer cet article :

A Konaté, MB Coulibaly, I Bengaly, I Tembiné, KB Coulibaly, D Berthé et al. Place du paludisme dans les étiologies des affections fébriles chez les enfants de 3 à 59 mois : une étude malienne multicentrique. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 1-7

*Article original***Déterminants de la consommation abusive d'alcool chez les adolescents et adultes à Ndjamena (Tchad)**

Determinants of alcohol abuse among adolescents and adults in Ndjamena (Tchad)

H Mayanna^{1,2}, GY Daïba³, N Doune*⁴, HZB Tchombou², AA Ali^{2,4}, K Dakissia², TV Matchoké⁵,
PP Tchonfiene⁶, A Umbock⁷**Résumé**

Introduction : Au Tchad, l'alcool, substance psychoactive addictive, est fortement ancré dans la culture et constitue un problème de santé publique. Cette étude analyse les facteurs socioculturels, économiques et comportementaux associés à la consommation abusive d'alcool.

Méthodologie : Etude transversale et descriptive menée en octobre 2018, sur 384 personnes âgées de 10 ou plus. Un sondage systématique simple par grappe à deux degrés a été utilisé. Un questionnaire a été adressé à chaque enquêté. La variable dépendante est le mode de consommation d'alcool (abusif ou non). Les variables explicatives sont regroupées en facteurs socioculturels, facteurs économiques et facteurs comportementaux. L'analyse bi-variée sur SPSS version 2.1 a permis d'identifier l'association entre la variable dépendante et les variables explicatives. Le test de Chi-deux a été utilisé avec un seuil de significativité de 5%.

Résultats : La prévalence de la consommation d'alcool était de 51,6% dans la population enquêtée. Les consommateurs abusifs représentent 41,4% des enquêtés et 80,3 % des consommateurs d'alcool. Les deux sexes ($p=0,519$) et tous les groupes d'âge

sont concernés ($p=0,553$). La consommation abusive d'alcool est associée au bas revenu mensuel ($p=0,001$), au faible niveau d'instruction ($p=0,004$), au chômage ($p=0,005$). Il n'y a pas de relation entre les confessions religieuses et la consommation d'alcool ($p=0,176$).

Conclusion : Nos résultats suggèrent l'élaboration des stratégies de lutte efficaces, en vue de la réduction de ce fléau à N'Djaména.

Mots-clés : Consommation, abusive, alcool, Addiction, Déterminants, N'Djaména.

Abstract

Introduction: In Chad, alcohol, a psychoactive substance capable of creating addiction, is deeply rooted in culture and is a public health problem. This study analyzes socio-cultural, economic and behavioural factors associated with alcohol abuse.

Methodology: A cross-sectional and descriptive study conducted in October 2018, on 384 people (10 or more years old). A simple two-degree cluster systematic survey was used. A questionnaire was sent to each respondent. The dependent variable is the mode of alcohol consumption (abusive or not). Explanatory variables are grouped into socio-cultural factors, economic factors and behavioural factors.

Bi-varied analysis on SPSS version 2.1 identified the association between the dependent variable and the explanatory variables. Data analysis was carried out on SPSS version 2.1. The Chi² test was used with a 5% significance threshold.

Results: The prevalence of alcohol consumption of 51.6% in the surveyed population. Abusive users account for 41.4% of respondents and 80.3% of alcohol users. All age groups are affected. Alcohol abuse is associated with low monthly income ($p=0.001$), low level of education ($p=0.004$), unemployment ($p=0.005$). There is no relationship between religious denominations and alcohol consumption ($p=0.176$). An overall prevalence of alcohol consumption of 51.6%. Abusive consumers accounted for 41.4% of survey respondents. In the group of alcohol consumers, these abusive consumers represent 80.3%. All age groups ($p=0,553$) and sex ($p=0,519$) are affected by the phenomenon. There are statistically significant associations between monthly income, educational attainment, occupation, and mode of drinking. In fact, low income, low education and unemployment favor the abuse of alcohol. However, there is no relationship between religious denominations and the mode of drinking.

Conclusion: Our results suggest the development of effective control strategies to reduce this scourge in N'Djamena.

Keywords: Consumption, Abuse, Alcohol, Addiction, Determinants, N'Djamena.

Introduction

L'alcool (ou boisson alcoolisée) est une substance psychoactive obtenue par fermentation à partir des fruits ou des céréales (vin, bière, cidre), ou par distillation (Larousse, 2012). Consommée de façon excessive, il constitue une substance toxique et addictive pouvant être à l'origine d'une lourde charge de morbidité aussi physique que mentale (Gore, 2011). Les dommages sont déterminés par le volume consommé, le mode de consommation et la qualité de l'alcool ingurgitée (WHO, 2014).

Selon l'OMS, l'alcool se place au troisième rang des facteurs de risque de décès prématuré sur le plan mondial (OMS, 2010). Son usage abusif provoque un peu plus de trois millions de décès chaque année dans le monde, soit 5,9 % des décès enregistrés (OMS, 2018). Près de 25 % du nombre total de décès sont attribuables à l'alcool chez les jeunes. L'alcool est également reconnu comme étant l'un des quatre facteurs de risque de maladies non transmissibles (OMS, 2010). En Afrique, la consommation d'alcool représente un problème sous-estimé de santé publique, avec une prévalence de la consommation et d'épisodes de surconsommation avant l'âge adulte atteignant 60 % (OMS, 2013).

Selon le deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2), le Tchad est constitué d'une mosaïque de religions dominée par les musulmans (58,4%), les chrétiens catholique (18,5%) et les chrétiens protestants (16,1%) (INSEED, 2012). Pourtant, ce pays était passé en tête du classement des nations consommatrices d'alcool dans le monde, selon le rapport de l'OMS publié en décembre en 2014 (WHO, 2014). Dans ce pays, l'alcool est largement consommé par de nombreuses personnes et même vendu à des mineurs.

Cette étude est conduite à Ndjamen, afin d'identifier les facteurs associés à la consommation abusive de l'alcool chez les adultes et adolescents, afin de contribuer aux stratégies de réduction du fléau au sein de la population.

Méthodologie

Cette étude transversale descriptive est conduite de février à novembre 2018 à Ndjamen, chez des adultes et adolescents des deux sexes, âgés de 10 ans ou plus, capables de boire de l'alcool et de donner leur opinion sur le phénomène. La taille de l'échantillon ($n=384$) est donnée par le logiciel Épi info, version 7.2 pour une fréquence de 50% ; un niveau de confiance à 95% ; une limite de confiance à 5% et une taille de population de Ndjamen à 1 454 671 habitants (estimation 2018).

Un sondage systématique simple par grappe à deux degrés a été utilisé. Au premier degré, la base de sondage utilisée est la liste des 10 arrondissements municipaux de la ville. Les populations âgées de 10 ans et plus de ces différents arrondissements ont été obtenues par extrapolation à partir des données de la structure nationale de la population dont 61,7% sont constitués des personnes âgées de 10 ans et plus. L'hypothèse est que la structure de la population de la capitale varie très peu d'avec celle nationale. Le nombre de quartiers par arrondissements est respectivement du 1er au 10ème : 11 ; 5 ; 6 ; 4 ; 3 ; 2 ; 10 ; 6 ; 7 et 10.

Au second degré, la base de sondage est la liste des quartiers des arrondissements. Les quartiers à l'étude ont été sélectionnés sur la base de la visibilité de la consommation d'alcool. Les grappes sont constituées par des quartiers qui sont échantillonnés dans la ville. Dans chaque quartier ainsi choisi, l'enquêteur se fixe un sens de parcours (sens des aiguilles d'une montre) et utilise un pas de tirage fixé à 0,25 ; 0,5 et 1 (selon les quartiers) pour éviter d'enquêter 2 fois un même ménage jusqu'à recruter le nombre d'individus de 10 ans et plus requis pour le quartier.

Le support de collecte est un questionnaire standard administré aux enquêtés par les enquêteurs (6 au total). Les variables d'intérêt retenues sont la variable dépendante et les variables indépendantes explicatives. La variable dépendante est le mode de consommation d'alcool. Cette variable qualitative a pour modalité : la consommation abusive d'alcool et la consommation non abusive. Les variables explicatives sont regroupées en facteurs socioculturels, facteurs économiques et facteurs comportementaux. L'analyse des données a été réalisée sur SPSS version 2.1. Le test utilisé a été le test de Chi-deux avec un seuil de significativité de 5%. La force des associations entre chaque variable indépendante et la variable dépendante a été déterminée à l'aide du V de Cramer. Cette étude a obtenu l'aval du Comité Ethique de l'Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC) et l'autorisation de la Délégation Sanitaire Régionale (DSR) de Ndjamena. Les enquêtés ont

participé volontairement à cette étude, sans aucune compensation.

Résultats

Profil des enquêtés

Au total, 384 individus, célibataires à 53,4 %, d'âge moyen de $30,1 \pm 11,9$ [10-69] ans, et majoritairement de sexe masculin (57,8 % ; $n = 222$), ont participé à l'enquête. Les personnes non scolarisées sont peu représentées avec 4,7 % ($n = 18$). La majorité des enquêtés (61,7 %) ont un revenu mensuel de moins de 91,6 Euro, et 14,6 % ($n = 56$) des participants sont sans emplois. Les musulmans représentent 38,6 % ($n=148$) des enquêtés et les chrétiens catholiques et protestants représentent respectivement 31,5 % ($n=121$) et 24,2 % ($n=93$). Le tableau I rapporte les principales caractéristiques de ces enquêtés.

Consommation d'alcool

Cent quatre-vingt-dix-huit (198) sur les 384 enquêtés ont déclaré avoir consommé l'alcool (51,6 %). La proportion des hommes consommant l'alcool de façon abusive est supérieure à celle des femmes avec respectivement 76,7 % ($n = 122$) et 23,3 % ($n = 37$), avec cependant une absence d'association statistiquement significative entre le sexe et le mode de consommation d'alcool ($p = 0,519$). De même, il n'existe pas une association statistiquement significative entre les groupes d'âge des individus et le mode de consommation d'alcool ($p = 0,553$).

La proportion des enquêtés consommant l'alcool de façon abusive est de 41,4% ($n = 159$). Elle représente 80,3% parmi les consommateurs d'alcool. La majorité soit 65,7 % des buveurs consomment les bières de brasseries.

Il y a 140 sur les 198 consommateurs d'alcool, soit 70,7 % qui ont été au moins une fois dans un état d'ivresse. Ils sont 35,4% des buveurs à consommer 2 à 4 fois par mois les boissons alcoolisées ; 25,3% consomment au moins 2 à 4 fois par semaine et 22,3% quotidiennement.

Parmi les consommateurs d'alcool, 152 ont déclaré avoir un débit de boisson dans leurs quartiers.

Les célibataires sont prédominants (53,4 % ; n=205) versus autres statut matrimonial (34,4 de mariés, 8,9% de divorcés, 3,4% de divorcés). La probabilité ($p = 0,537$) permet de conclure sur l'inexistence d'une association statistiquement entre le statut matrimonial et le mode de consommation d'alcool.

Les personnes interrogées ayant un niveau d'étude supérieur représentaient 49,7 % (n = 191), et celles du niveau secondaire d'instruction 35,4 % (n=156). Les personnes non scolarisées sont peu représentées avec 4,7 % (n = 18). On note une association statistiquement significative entre le faible niveau d'instruction des consommateurs d'alcool et la consommation abusive d'alcool ($p = 0,004$). Cette relation est toutefois modérée comme en témoigne la valeur du V de Cramer qui est de 0,234. Il ressort de cette série d'analyse que 94,7 % des consommateurs ayant un niveau d'étude secondaire semblent avoir une consommation abusive d'alcool contre 73,8 % des ceux ayant un niveau d'étude supérieur.

Les enquêtés sont à 14,6 % (n = 56) sans occupation

fixe (Chômeurs/Sans emplois).

Le reste est constitué majoritairement des élèves/étudiants et fonctionnaires avec respectivement 33,3 % et 22,9 %. Il y a une relation statistiquement significative entre le fait d'avoir une occupation et la faible consommation d'alcool ($p = 0,005$). Cependant, cette relation est modérée, comme le montre la valeur du V Cramer, 0,201. En effet, 97,2% des personnes consommatrices sans occupations semblent avoir une consommation abusive contre 82,1% de celles ayant des occupations professionnelles.

La majorité des enquêtés (61,7 %) ont un revenu mensuel de moins de 91,6 Euro. Ils sont suivis de ceux ayant un revenu mensuel compris entre 91,6 et 152,6 Euro (4,6 %) et de ceux touchant entre 152,6 et 305,3 Euro (14,6 %). Les participants ayant un revenu mensuel de 305,3 Euro et plus de 458 Euro représentent respectivement 7,6 % et 6,8 % des enquêtés. Il existe donc une association statistiquement significative entre le faible revenu mensuel des consommateurs et la consommation abusive d'alcool ($p = 0,001$).

Tableau I : Principales caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

Caractéristiques	Catégories	Effectif (%)
Sexe	Masculin	222(57,8)
	Féminin	162(42,3)
Age (ans)	10-19	238(62,0)
	20-35	87(22,7)
	36-69	59(15,3)
Statut marital	Marié/union libre	132(34,4)
	Célibataire	205 (53,4)
	Divorcé	34(8,9)
	Veuf/veuve	13(3,3)
Niveau d'étude	Non scolarisé	18(4,7)
	Primaire	39(10,2)
	Secondaire	156(35,4)
	Supérieur	191(49,7)
Occupation	Sans emploi	56 (14,6)
	Fonctionnaire	88(22,9)
	Elève/étudiant	128(33,3)
	Autres	112(29,2)
Revenu mensuel (en FCFA)	<60 000	237(61,7 %)
	60 000 -99 999	56(14,6 %)
	100 000-199 999	56(14,6 %)
	200 000-299 999	29(7,6)
	≥300 000	6(6,8)
Religion	Musulmans	148 (38,6)
	Chrétiens catholiques	121(31,5)
	Chrétiens protestants	93(24,2)
	Animistes et autres	22(5,7)

En effet, les résultats montrent que 86,1% des buveurs ayant un revenu mensuel de moins de 91,6 Euro ont tendance à avoir une consommation abusive d'alcool comparativement à une proportion de 45,5% pour ceux ayant un revenu mensuel de 458 Euro ou plus. Les enquêtés ayant des amis consommateurs sont au nombre 186. La relation statistique significative entre le fait d'avoir des amis consommateurs d'alcool et la consommation abusive d'alcool ($p = 0,048$) est cependant faible (V de Cramer=0,140). En effet, 81,7% des consommateurs fréquentant des amis aussi consommateurs semblent avoir une conduite alcoolique abusive contre 58,3 % de ceux n'ayant pas ce genre d'amis.

Quatre-vingt-neuf enquêtés consomment alcool et tabac. Il existe donc une association statistiquement significative entre la consommation du tabac et la consommation abusive d'alcool ($p = 0,002$). La proportion des consommateurs excessifs d'alcool consommant le tabac est 89,0% contre 72,5% de ceux ne consommant pas le tabac.

Les résultats de l'analyse bi-variée tiennent compte des dimensions socioculturelles, socioéconomiques et la dimension liée à l'environnement des enquêtés vis-à-vis de la consommation abusive d'alcool sont rapportés dans le tableau II.

Tableau II : Récapitulatif de relation entre les caractéristiques des consommateurs et le mode de consommation d'alcool.

Caractéristiques des consommateurs	Mode de consommation d'alcool				p	Total	
	Non abusive		Abusive			Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%			
Sexe					0,519		
Masculin	28	18,7	122	81,3		150	100,0
Féminin	11	22,9	37	77,1		48	100,0
Groupe d'âge (ans)					0,553		
10 à 19	5	29,4	12	70,6		17	100,0
20 à 35	26	19,3	109	80,7		135	100,0
≥36	8	17,4	38	82,6		46	100,0
Revenu mensuel (Euro)					0,001		
< 91,6	16	13,9	99	86,1		115	100,0
91,6 -305	9	17,0	44	83,0		53	100,0
305- 458	8	42,1	11	57,9		19	100,0
≥458	6	54,5	5	45,5		11	100,0
Amis consommateurs					0,048		
Oui	34	18,3	152	81,7		186	100,0
Non	5	41,7	7	58,3		12	100,0
Consommation tabac					0,002		
Oui	9	10,1	80	89,9		89	100,0
Non	30	27,5	79	72,5		109	100,0

Discussion

Dans notre série, la moitié environ des enquêtés consomment de l'alcool et 41,4% sont considérés comme consommateurs abusifs. Au Congo, Kimbally et al. (2011) ont également trouvé une proportion des consommateurs d'alcool proche de la nôtre avec une prévalence globale de 61,1 %. Au Cameroun, l'étude menée par Ntone et al. (2017), indique une forte prévalence de la consommation d'alcool avec 87,9 %. Faut-il encore préciser que l'étude s'est déroulée en milieu universitaire. Ce résultat semble paradoxal par rapport au nôtre. Notre étude montre qu'il n'existe pas une association statistiquement significative entre les groupes d'âge des individus et le mode de consommation d'alcool.

Toutefois, la proportion des hommes consommant l'alcool de façon abusive reste supérieure à celle des femmes, avec respectivement 76,7 % (n = 122) et 23,3 % (n=37) même si on note une absence d'association statistiquement significative entre le sexe et la consommation d'alcool (p= 0,519). Tous les groupes d'âge d'adultes et adolescents sont concernées par ce phénomène, sans association statistiquement significative avec le mode de consommation (p = 0,553).

Il découle aussi de la présente étude que la grande partie des individus enquêtés ont une consommation régulière et quotidienne des boissons alcoolisées. Un peu plus d'un quart (25,3 %) consomme au moins 2 à 4 fois par semaine et 22,3 % quotidiennement. Des résultats presque similaires à ceux retrouvés par Gisle et al. (2013) en Belgique, chez lesquels près de 19 % des hommes consommateurs boivent tous les jours l'alcool (Gisle, 2013). Les proportions trouvées dans notre enquête sont nettement supérieures à celles de la dernière Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples, EDS-MICS 2014-2015 (INSEED, 2016). En effet, les résultats de l'enquête de ménage montrent que la proportion des hommes qui ont déclaré consommer de l'alcool est de 24 % contre 17 % des femmes. Cette forte augmentation retrouvée dans notre étude s'expliquerait par la crise

économique que traverse le pays depuis quelques années, avec effet visible la hausse du taux de chômage. En effet, il a été établi dans notre série un lien statistiquement significatif entre le chômage ou l'oisiveté et le mode de consommation abusive (p= 0,005).

La majorité (65,7 %) des buveurs consomment les bières de la brasserie. La consommation moyenne de l'alcool au sein de notre population d'étude est de 4 bouteilles, avec des extrêmes allant d'une bouteille à 12 bouteilles. Ces résultats corroborent les conclusions du rapport de l'OMS publié en décembre 2014, selon laquelle si le Tchad a été premier pays consommateur mondial, ce n'est pas parce que toute la population tchadienne consomme l'alcool, mais ceux qui le consomment, le font excessivement (WHO, 2014).

Pour ce qui est du niveau d'instruction, il ressort de l'analyse l'existence d'une association statistiquement significative entre le faible niveau d'étude des consommateurs d'alcool et la consommation abusive d'alcool (p = 0,004). Les consommateurs d'alcool qui ont un niveau supérieur d'étude sont moins disposés à consommer de manière abusive. En effet, 94,7 % des consommateurs ayant un niveau d'instruction secondaire semblent avoir une consommation à haut risque d'alcool, contre 73,8 % de ceux qui ont un niveau supérieur d'instruction. Cette relation établie peut s'expliquer par le fait que le niveau d'éducation scolaire assez élevée s'accompagne le plus souvent d'un comportement de santé responsable. Comme le postule le modèle des croyances relatives à la santé (HBM), un sujet a tendance à poser des gestes pour se prévenir d'une situation désagréable s'il possède des connaissances de base, notamment sur le plan sanitaire (Godin, 1991).

Les questions liées à l'occupation des enquêtées ont été également abordées dans nos travaux. Une association statistiquement significative a été établie entre le fait d'être au chômage ou dans l'oisiveté et la consommation abusive d'alcool (p= 0,005). En effet, il ressort de cette série que 97,2 % des personnes consommatrices sans occupation, semblent consommer de façon abusive contre 82,1 % de celles

ayant au moins une occupation professionnelle. Ceci se justifierait par le fait que la consommation excessive d'alcool par nos répondants est souvent associée à la réponse à l'oisiveté, à la solitude ou à la perte d'emploi marquée souvent par le stress voire la dépression. Les personnes désœuvrées et souvent sans emploi se livrent à la consommation d'alcool afin de noyer leurs soucis.

En ce qui concerne le revenu, les résultats de l'analyse explicative montrent un lien statistiquement significatif ($p = 0,001$) entre le faible revenu mensuel des participants et la consommation abusive d'alcool. En effet, il ressort de cette série d'étude que les personnes à faibles ressources financières ont tendance à adopter un mode de consommation abusive d'alcool, contrairement à celles ayant un revenu mensuel élevé. Nos résultats sont similaires à ceux des travaux de Makoutode et al. au Bénin (2010), menés auprès des individus âgés de 12 à 64 ans. Les chercheurs béninois dans leurs travaux avaient aussi montré que le revenu mensuel et l'abus de la consommation d'alcool étaient intimement liés (Makoutode, Ouendo, & Moussiliou, 2010). Ceci peut s'expliquer par le fait que les individus au bas revenu sont de personnes ayant des emplois moins gratifiants ou le plus souvent sont sans emploi. L'alcool constitue ainsi pour ces derniers un refuge dans lequel ils peuvent se retrouver.

La présence de consommateur d'alcool dans l'entourage, notamment le fait d'avoir des amis consommateurs peut avoir une influence sur le mode de consommation des sujets. En effet, nos résultats ont permis de montrer une relation statistiquement significative entre le fait d'avoir des compagnons consommateurs et la consommation abusive d'alcool ($p = 0,048$). L'influence des amis consommateurs peut s'exercer sur leurs pairs. Ces résultats s'opposent à ceux retrouvés dans l'étude de Ntone & al. (2017) au Cameroun. Ces derniers avaient montré dans leurs travaux que la présence de consommateurs d'alcool dans l'entourage de l'étudiant constitué des amis, parents, tuteurs ou de connaissances n'a pas de corrélation avec sa consommation d'alcool (Ntone, 2017). Cette différence de résultat serait due à la

différence de structure de nos échantillons. En effet, l'échantillon de Ntone & al. (2017) était constitué essentiellement des étudiants issus de différents campus à l'université de Dschang, et ayant pour compagnons leurs semblables. Par contre le nôtre provient de la population générale, comportant toutes les couches sociodémographiques, économiques, culturelles et religieuses. Comme le précise la théorie du comportement raisonné, les stimuli externes influencent les attitudes en modifiant la structure des croyances du sujet (Fishbein & Ajzen, 1975).

Cependant, la présence des débits de boissons dans les environs de l'individu n'influence pas son mode de consommation d'alcool. Il n'y a pas d'association entre l'existence des débits de boissons dans le quartier de l'enquêtés et la consommation d'alcool ($p = 0,096$). Le fait d'avoir de nombreux débits de boissons dans les alentours ne semblent pas favoriser la consommation abusive d'alcool chez nos enquêtés. En effet, la plupart des consommateurs d'alcool ont déclaré boire en dehors de leur lieu d'habitation, et le plus souvent dans des endroits éloignés de leur lieu d'habitation.

Par ailleurs, la consommation du tabac semble influencer l'usage abusif d'alcool, comme en témoigne l'existence d'une association entre le fait de fumer les cigarettes et le mode de consommation d'alcool. Les fumeurs semblent boire plus que les non-fumeurs. Nos résultats corroborent avec ceux de Ona & al. (2006) au Cameroun, dans une enquête menée en milieu scolaire à Yaoundé sur la consommation d'alcool. Il a été aussi établi dans leur étude, un lien entre la prise d'alcool et l'usage du tabac (Ona, 2006). En effet, l'usage du tabac pendant les séances de boire est couramment observé dans nos villes.

Conclusion

Il ressort de la présente étude que les facteurs socioéconomiques et culturels et les facteurs liés aux comportements et à l'entourage des individus semblent induire une consommation abusive des boissons alcoolisées. En effet, le chômage, le bas

revenu, le faible niveau d'étude, le fait d'avoir des amis consommateurs d'alcool et la consommation du tabac favorisent la consommation abusive d'alcool. Les résultats obtenus pourront contribuer à réduire ce fléau dans l'ensemble de la population tchadienne. Cependant, d'autres recherches approfondies sur le sujet s'avèrent nécessaires. Il est important de multiplier des campagnes de sensibilisation au sein de la population. La lutte contre la consommation abusive d'alcool doit figurer parmi les priorités sanitaires du pays.

*Correspondance

Narcisse Doune
ndoune01@gmail.com

Disponible en ligne : 10 Juillet 2021

- 1 : Service d'hépatogastro-entérologie du CHU la Référence nationale de N'Djamena
- 2 : Faculté des sciences de la santé humaine – université de N'Djamena
- 3 : District sanitaire du 9ème arrondissement de N'Djamena
- 4 : Service de cardiologie du CHU- la Renaissance de N'Djamena
- 5 : UNFPA N'Djamena Tchad
- 6 : ONUSIDA N'Djamena Tchad
- 7 : Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC)- Yaoundé/ Cameroun

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Dagnan NS. (2014). Consommation d'alcool en milieu urbain chez les élèves du secondaire en Cote d'Ivoire. *Afrique, santé publique & développement*, 107-114.
- [2] Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention

and behavior: an introduction to theory and research, Reading, MA. Addison Wesley.

- [3] Gisle, L. (2013). Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie consommation d'alcool . Bruxelles.
- [4] Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. In: *Sciences sociales et santé*, 67-94.
- [5] Gore, F. M. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 2093-2102.
- [6] INSEED. (2012). Résultats Globaux Définitifs du Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2), 2019. Ndjamen: INSEED.
- [7] INSEED. (2016). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015. Ndjamen: INSEED.
- [8] Larousse. (2012). Le Larousse Médical, Nouvelle édition. Paris.
- [9] Makoutode, M., Ouendo, E., & Moussiliou, P. (2010). Facteurs associés au mésusage d'alcool à Za-Kpota, Bénin. *Alcoolologie et addictologie*, 185 – 90.
- [10] Ntone, E. F. (2017). Facteurs favorisant la consommation des boissons alcoolisées par les étudiants des campus universitaires au Cameroun. *Health Scie. Dis*.
- [11] OMS. (2010). Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève. Genève: L'IV Com Sàrl, Le Mont-sur-Lausanne.
- [12] OMS. (2013). Global school-based student health survey (GSHS) . Genève: L'IV Com Sàrl, Le Mont-sur-Lausanne, Suisse.
- [13] OMS. (2018, Février). Consulté le Juin 17, 2018, sur <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- [14] Ona, U. M. (2006). La consommation d'alcool en milieu scolaire: cas de la ville de Yaoundé. Yaoundé.
- [15] WHO. (2014). Global status report on alcohol and health. Genève. Genève: L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Switzerland.

Pour citer cet article :

H Mayanna, GY Daïba, N Doune, HZB Tchombou, AA Ali, K Dakissia et al. Déterminants de la consommation abusive d'alcool chez les adolescents et adultes à Ndjamen (Tchad). *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 8-15



Article original

**Appréciation de l'anémie selon la sévérité chez les personnes vivant avec le VIH en Guinée :
cas du service d'hématologie – oncologie du CHU de Donka**

Assessment of anemia by severity in people living with HIV in guinea:
case of hematology service - oncology of Donka CHU

AS Kante*¹, M Diakite², A Kake³, T Traore¹, A Dambakate¹, A Tolo-Diebkile⁴

Résumé

Introduction : L'objectif de l'étude était d'apprécier l'anémie sévère chez les personnes vivant avec le VIH
Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif d'une durée de 6 mois allant du 15 janvier au 15 juin 2018. Ont été inclus dans l'étude, toutes les PVVIH, hospitalisées dans le service pendant la période d'étude chez qui le diagnostic de l'anémie a été posé et qui ont accepté de participer à l'étude.

Résultats : Sur les 137 patients hospitalisés dans le service pendant la période d'étude, cinquante patients soit 36% des cas ont été infectés par le VIH puis anémiés, parmi eux 29 patients avaient l'anémie sévère. L'âge moyen était de 40 ans avec des extrêmes de 20 ans et de 70 ans. Au cours de l'étude 38 patients, soit 76% avaient le taux de CD4 inférieur à 200/mm³, parmi eux 23 patients présentaient l'anémie sévère.

Conclusion : Il serait utile d'axer les campagnes de prévention sur un dépistage précoce des patients.

Mots-clés : Appréciation ; Anémie sévère ; VIH ; Donka.

Abstract

Introduction: The objective of the study was to assess severe anemia in people living with HIV

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study lasting 6 months from January 15 to June 15, 2018. The study included all PHAs who were admitted to the ward during the study period in which the diagnosis of anemia was made and who agreed to participate in the study.

Results: Of the 137 patients hospitalized in the department during the study period, fifty patients or 36% of the cases were infected with HIV and then anemic, among them 29 patients had severe anemia. The average age of cases was 40 years with extremes of 20 years and 70 years. In the course of the study 38 patients, 76% had a CD4 count of less than 200 / mm³. Among them 23 patients had severe anemia.

Conclusion: It would be useful to focus prevention campaigns on early detection of patients.

Keywords: Appreciation; Severe anemia; HIV; Donka.

Introduction

Le VIH/SIDA est devenu un problème non seulement de santé mais une préoccupation politique, économique et même religieuse [1].

L'anémie désigne un déficit en globules rouges dans le sang, ce qui peut se traduire par une diminution de la concentration en hémoglobine, de l'hématocrite et/ou du nombre d'érythrocytes par rapport aux taux normaux pour un âge donné [2].

Les modifications hématologiques aussi bien au cours de l'infection par le VIH qu'au cours de la tuberculose sont fréquentes, diverses et de sévérité variables [3].

Aux USA, une étude faite à Californie rapporte que chez 146 patients infectés par le VIH, on note une prévalence de 85 % d'anémie, 53 % de neutropénie et 33 % de thrombopénie. [4]

En Afrique subsaharienne, 25 millions de personnes vivent avec le VIH/SIDA, soit plus de 60% du nombre total de personnes infectées dans le monde [3].

En Guinée, au cours de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) réalisée en 2012, plus de 4 600 femmes de 15-49 ans et 3 300 hommes de 15-59 ans ont été testés pour le VIH. Les résultats montrent que 1,7 % des personnes de 15-49 ans sont infectés par le VIH [5].

Plusieurs facteurs d'ordre épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif favoriseraient la survenue de l'anémie sévère chez les PVVIH. C'est ainsi que cette étude a été faite pour rechercher un lien entre certains facteurs et l'anémie avec HIV.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif d'une durée de 6 mois allant du 15 janvier au 15 juin 2018. Elle a été réalisée au service d'Hématologie Oncologie de l'hôpital national Donka.

La population d'étude était constituée de toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui ont été reçues dans le service pendant la période d'étude et qui ont développé l'anémie.

Ont été inclus dans l'étude, toutes les PVVIH, hospitalisées dans le service pendant la période d'étude chez qui le diagnostic de l'anémie a été posé et qui ont accepté de participer à l'étude. Le diagnostic du VIH a été posé devant un test de détermine positif et la sérologie rétrovirale pour préciser le type de VIH. Celui de l'anémie devant un THb < 13g/dl chez l'homme et chez la femme THb < 12g/dl.

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de toutes les PVVIH anémiées et hospitalisées répondant aux critères d'inclusion.

Les variables de l'étude étaient épidémiologiques (âge, sexe), cliniques et biologiques.

Taux d'hémoglobine (THb) : ce paramètre a permis de définir l'anémie.

Chez l'homme adulte le THb était inférieur à 13g/dl
Chez la femme adulte le THb était au-dessous de 12g/dl

Il nous a permis de classer l'anémie en :

Anémie sévère : le THb était inférieur à 8g/dl

Anémie modérée : le THb variait de 8g/dl à 10g/dl

Anémie légère : le THb se situait entre 11g/dl et 12g/dl

Taux de lymphocyte TCD4 : il a permis d'apprécier le degré d'immunité. Les patients ont été répartis en 3 groupes selon le taux de lymphocytes T CD4 :
CD4 < 200 ; 200 < CD4 ≤ 500 ; CD4 > 500.

Résultats

La fréquence hospitalière de l'anémie et VIH pendant la période de l'étude était de 36,5% soit 50cas sur un total de 137 patients.

Les principaux motifs de consultation étaient l'altération de l'état général (96%), la fièvre (92%), la céphalée (74%), les vertiges (68%) et la dyspnée (56%).

le VIH1 était diagnostiqué chez 49 patients soit 98% des cas, l'association de type1 et type2 chez un patient.

Tableau I : Sévérité de l'anémie chez les PVVIH selon le stade évolutif de l'OMS

Anémie Stade OMS	Anémie sévère	Anémie modérée	Anémie légère	Total
Stade I	0	0	0	0
Stade II	0	8	1	9
Stade III	27	12	0	39
Stade IV	2	0	0	2
Total	29	20	1	50

Tableau II : Sévérité de l'anémie chez les PVVIH selon le taux de lymphocyte T CD4

Taux de CD4	Anémie			Total
	Anémie sévère	Anémie modérée	Anémie légère	
< 200	23	15	0	38
200 – 500	6	5	1	12
> 500	0	0	0	0
Total	29	20	1	50

Tableau III : Sévérité de l'anémie selon le sexe chez les PVVIH

Sexe	Anémie			Total
	Anémie sévère	Anémie modérée	Anémie légère	
Hommes	5	6	1	12
Femmes	24	14	0	38
Total	29	20	1	50

Tableau IV : Sévérité de l'anémie selon la tranche d'âge chez les PVVIH

Tranche d'âge	Anémie			Total
	Anémie sévère	Anémie modérée	Anémie légère	
< 20	0	0	1	1
20 – 30	3	1	0	4
30 – 40	13	4	0	17
40 – 50	11	7	0	18
50 – 60	2	6	0	8
60 – 70	0	1	0	1
> 70	0	1	0	1
Total	29	20	1	50

Discussion

Sur les 137 patients hospitalisés dans le service pendant la période d'étude, cinquante patients soit 36% des cas ont été infectés par le VIH puis anémiés, parmi eux 29 patients avaient l'anémie sévère. Cette prévalence était inférieure à celle trouvée par K. Horo et coll [6] où la prévalence de l'infection par le VIH compliquée d'anémie en hospitalisation était 48,2%. La tranche d'âge de 40 à 50 ans a été la plus dominante, l'âge moyen des cas était 43 ans avec des extrêmes de 20 ans et de 70 ans. Cependant dans l'étude de KONE K et coll [7] en 2007, la tranches d'âge la plus affectée était de 31-45 ans. Le sex- ratio était de 0,21, cette prédominance féminine a été notée dans plusieurs autres études [3, 8, 9] dont les pourcentages respectifs étaient 61,9 ; 6,8 et 80,5. La majorité de nos patients appartenait au stade III de l'OMS. Ce résultat était similaire à celui trouvé au Gabon [3] où 60,6% des patients étaient au stade avancé. Au cours de l'étude 38 patients, soit 76% ont un taux de CD4 inférieur à 200/mm³, parmi eux 23 patients avaient l'anémie sévère. Ce résultat était comparable aux études réalisées par PATWARDHAN et coll [8] qui ont trouvé respectivement 50% e des patients avec le taux de CD4<200/mm³. Dans cette série, plus de la moitié de nos patients avaient une anémie sévère (< 8g/dl) 29 cas, soit une fréquence de 58% contre 20 cas, soit 40% pour anémie modérée (8 – 10g/dl) et 1 cas, soit 2% pour anémie légère (11 – 12g/dl.). Ce résultat était comparable à celui de DIALLO et coll. en 2003 [10] et celui de TALOM en 2006 [11] qui ont trouvé respectivement une prévalence de 78.9% et 95.5% des patients infectés par le VIH et ayant l'anémie sévère.

Il ressort de cette étude que le sexe le féminin, la tranche d'âge 40 à 50 ans, le taux de CD4 au-dessous 200/mm³ et le stade III de l'OMS étaient les facteurs très associés à l'anémie sévère.

Conclusion

La majorité des patients dépistés présentait un déficit

immunologique profond avec un taux de CD4 < 200/mm³. Cette étude montre que le stade III de l'OMS était le plus représenté.

*Correspondance

Ansoumane Sayon Kante

ansoumanek@yahoo.fr

Disponible en ligne : 10 Juillet 2021

- 1 : Service d'Hématologie de Donka ;
- 2 : Service d'hématologie d'Ignace Deen ;
- 3 : Service de médecine interne de Donka ;
- 4 : Service d'Hématologie clinique du CHU de Yopougon

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] ABAMS DI, STEINHART C&FRASCINO R-Epoetinalfa therapy for anaemia in HIV infected patients: impact on qualiy of live.int j std AIDS, 2000, 11,659-665.
- [2] Szymanowicz, A., Perrin, A., Doucet-Populaire, F., Franck, P., Sturtz, F., & Lionne, J. P. (2012, January). Recommandations concernant les prestations de conseil et l'interprétation des résultats des examens de biologie médicale. In *Annales de Biologie Clinique* (Vol. 70, No. 1, pp. 47-74).
- [3] NKOUMOU O, ESSIMA R O, NDONG G O, MIAME F O. Bilan clinico-biologique des patients infectés par le VIH à la fondation Jeanne Ebori de Libreville. *Médecine Tropicale* 2007; 67(4), 357
- [4] KELTY R B. The hematologic complications of HIV infection. *Human Immunodeficiency Virus Hematology, American Society of Hematology; University of California at San Francisco, USA* 2003.

[On-line] Consulté le 16/08/05. At web site: www.asheducationbook.org/cgi/repint/2003/1/294

- [5] EDS-MICS GUINEE 2012 The DHS Program Site: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR280/FR280.pdf>
- [6] Horo K, M.O. Koffia, H. Dje Bib, L.P. Bembac, K.D.N. Adanona V.C. Brou-Godea, J.M.B. Ahuia et coll. Profil clinique, paraclinique et évolutif du sujet infecté par le VIH comparé à celui du sujet non infecté par le VIH en milieu pneumologique hospitalier à Abidjan. *RevPneumolClin*(2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pneumo.2015.09.001>
- [7] KONE K. Anémie chez le sujet vivant avec le VIH. These Pharm : Bamako; 2007 ; 107p ; n° 47.
- [8] PATWARDHAN MS, GOLWILKAR AS, ABHYANKAR et coll. Haematological Profile of HIV positive patients. *Indian J PatholMicrobiol* 2002; 45: 147-50.
- [9] CASSUTO J-P, PESCE A., QUARANTA J-F. Anomalies biologiques et immunopathologie de l'infection par le VIH. Sida et infection par le VIH. Paris : Masson 1996 ; 226-31
- [10] DIALLO D, BABY M, DEMBELE M, KEITA A, SIDIBE A T, CISSE I A et al. Fréquence, facteurs de risque et valeur pronostique de l'anémie associée au VIH/sida chez l'adulte au Mali. *Bull SocPatholExot* 2003 ; 96 : 123-7.
- [11] TALOM S. Profil de l'hémogramme chez les patients atteints de VIH/SIDA en milieu hospitalier de Bamako. These med : Bamako ; 2006 ; 117p ; n°24

Pour citer cet article :

AS Kante, M Diakite, A Kake, T Traore, A Dambakate, A Tolo-Diebkile. Appréciation de l'anémie selon la sévérité chez les personnes vivant avec le VIH en Guinée : cas du service d'hématologie – oncologie du CHU de Donka. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 16-20



Article original

Profil épidémiologique et clinique des complications postopératoires précoces en chirurgie abdominale

Epidemiological and clinical profil of early postoperative complications in abdominal surgery

JL Kambiré*¹, Souleymane Ouédraogo¹, Salam Ouédraogo¹, B Béré¹, M Zida²

Résumé

But : Le but de cette étude était de décrire le profil épidémiologique et clinique des complications post opératoires précoces en chirurgie abdominale.

Méthodologie : Il s'était agi d'une étude transversale dont la collecte de données était réalisée de manière rétrospective au service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya au Burkina Faso. Elle concernait la période allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016. La population d'étude était constituée de l'ensemble des patients opérés dans le service pour une urgence chirurgicale abdominale durant la période concernée. Les dossiers contenant des données incomplètes étaient exclus. Les dossiers cliniques, les registres de compte rendu opératoire étaient les sources de collecte des données. Nous avons collecté, sur une fiche d'enquête pré établie, les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. Les résultats étaient exprimés sous forme de pourcentage ou de moyenne. **Résultats :** Durant la période d'étude, nous avons colligé 59 patients ayant présenté 65 complications postopératoires précoces sur 394 patients opérés pour une urgence chirurgicale abdominale. La fréquence de ces complications était de 16,4%. L'âge moyen des patients était de 36,8 ans avec des extrêmes de 7 mois

et 97 ans. Quarante-sept patients (79,6%) étaient de sexe masculin et 12 (20,4%) étaient de sexe féminin. La péritonite aiguë généralisée était l'étiologie la plus pourvoyeuse de complications postopératoires précoces dans 62,7% des cas et l'infection du site opératoire était la complication la plus fréquemment retrouvée dans 50,7% des cas. Une réintervention chirurgicale était réalisée dans 11,8% des cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,3 jours. Les suites postopératoires étaient favorables chez 31 patients, soit 52,5% des cas. Vingt-huit patients étaient décédés, soit une mortalité de 47,4% des cas. **Conclusion :** Les complications postopératoires précoces sont fréquentes en chirurgie abdominale d'urgence. Elles sont multiples et relèvent d'étiologies diverses. La péritonite aiguë généralisée en est l'étiologie dominante et l'infection du site opératoire reste prépondérante. La prise en charge de ces complications est émaillée d'une lourde mortalité. Une amélioration de leur pronostic requiert une prise en charge précoce et adéquate des cas de péritonite aiguë généralisée mais aussi une meilleure maîtrise des facteurs de risque liés à l'infection en chirurgie. **Mots-clés :** complications postopératoires précoces, péritonite, infection du site opératoire.

Abstract

Aim: The aim of this study was to describe the epidemiological and clinical profile of early postoperative complications in abdominal surgery.

Methodology: This was a cross-sectional study in which data collection was carried out retrospectively at the surgical department of the regional teaching hospital center of Ouahigouya in Burkina Faso. It covered the period from January 1, 2016 to December 31, 2016. The study population consisted of all patients operated on in the department for an abdominal surgical emergency during the period concerned. Files with incomplete data were excluded. The clinical files, the operating report registers were the sources of data collection. We had collected, on a pre-established survey sheet, epidemiological, clinical, therapeutic and evolutionary data. Results were expressed as a percentage or as an average.

Results: During the study period, we collected 59 patients who presented 65 early postoperative complications out of 394 patients operated for an abdominal surgical emergency. The frequency of these complications was 16.4%. The mean age of the patients was 36.8 years with extremes of 7 months and 97 years. Forty-seven patients (79.6%) were male and 12 (20.4%) were female. Acute generalized peritonitis was the most common etiology of early postoperative complications in 62.7% of cases and surgical site infection was the most common complication in 50.7% of cases. Reoperation was performed in 11.8% of cases. The average length of hospital stay was 12.3 days. The postoperative consequences were favorable in 31 patients, or 52.5% of cases. Twenty-eight patients had died, representing a mortality of 47.4% of cases.

Conclusion: Early postoperative complications are frequent in emergency abdominal surgery. They are multiple and come from various etiologies. Acute generalized peritonitis is the dominant etiology and infection of the surgical site remains the predominant one. The management of these complications is marked by heavy mortality. Improving their prognosis requires early and adequate management of cases of

acute generalized peritonitis but also better control of the risk factors associated with infection in surgery.

Keywords: early postoperative complications, peritonitis, surgical site infection.

Introduction

La chirurgie abdominale est de pratique quotidienne dans le monde entier. Aux Etats Unis d'Amérique, l'office national des statistiques sanitaires révèle un taux annuel de 14.414.000 cas de chirurgie abdominale [1]. Comme toute chirurgie, celle abdominale est susceptible d'être émaillée de suites opératoires morbides. La survenue de complications postopératoires est de fréquence variable, mais pose partout à travers le monde un problème majeur de santé publique. Sylla au Mali [2] a retrouvé une fréquence de 22,4%. Ouangré et collaborateurs au Burkina Faso [3], ont estimé à 16,6% la fréquence de ces complications dans leur série. Aussi, comme l'écrivait Webster en 2008, la chirurgie abdominale par laparotomie ou par laparoscopie devrait toujours être considérée comme un acte invasif, agressif susceptible de générer ses propres complications qui, nonobstant les gestes de prévention des facteurs de risque, restent des causes au premier plan de morbidité et de mortalité tant dans les pays industrialisés que dans ceux en développement [4]. Ces complications sont multiples et de gravité variable, pouvant aller des manifestations mineures à des lésions majeures engageant le pronostic vital du patient. Le taux de mortalité de ces complications a atteint 13,3% dans la série de Ouangré et collaborateurs au Burkina Faso [3]. En fonction du moment de leur apparition par rapport à la date de l'intervention, ces complications sont caractérisées de précoces, secondaires ou tardives. Les complications précoces qui font l'objet de ce travail sont celles qui surviennent dans l'intervalle de dix jours suivant l'intervention chirurgicale [1]. Les complications précoces sont une entité pathologique grave qui pose parfois le problème de la réintervention chirurgicale. Le but de cette étude était de décrire le

profil épidémiologique et clinique des complications postopératoires précoces en chirurgie abdominale.

Méthodologie

Il s'était agi d'une étude transversale dont la collecte de données avait été réalisée de manière rétrospective au service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya au Burkina Faso. Elle avait concerné la période allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016. La population d'étude était constituée par l'ensemble des patients opérés dans le service pour une urgence chirurgicale abdominale durant la période concernée. Les dossiers contenant des données incomplètes avaient été exclus. Les dossiers cliniques, les registres de compte rendu opératoire avaient été les sources de collecte des données. Nous avons collecté, sur une fiche d'enquête pré établie, les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. Les données recueillies avaient été saisies à l'aide du logiciel Epi-DATA version 3.1 et analysées à l'aide du logiciel Epi-info. Les résultats étaient exprimés sous forme de pourcentage ou de moyenne.

Résultats

Fréquence globale

Au cours de notre période d'étude, 394 patients avaient été opérés pour une urgence chirurgicale abdominale et 59 patients avaient présenté 65 complications, soit un taux de morbidité de 14,9% et une fréquence des complications de 16,4%.

Age et sexe

La moyenne d'âge des patients était de 36,8 ans avec des extrêmes de 7 mois et 97 ans. En outre, 47 patients de notre série étaient de sexe masculin (79,6%) et 12 étaient de sexe féminin (20,4%), soit un sex-ratio de 3,9.

Délai d'admission

Quatre patients (6,8 %) étaient admis dans les 24 premières heures suivant le début de leur symptomatologie ; trente- un (52,5 %) l'avaient

été entre la 48ème heure et la 96ème heure et 24 patients (40,7 %) avaient été admis à partir du 5ème jour.

Les différents tableaux cliniques rencontrés

Dans notre série, les urgences en chirurgie abdominale étaient regroupées en quatre entités cliniques majeures : le syndrome péritonéal avec 37 cas, (62,7 %), le syndrome occlusif avec 15 cas (25,4 %), le syndrome appendiculaire avec 4 cas (6,8 %) et l'étranglement herniaire avec 3 cas (5,1 %).

Les explorations paracliniques

Un bilan complémentaire biologique comprenant un groupage sanguin/rhésus, une numération formule sanguine, une glycémie, une azotémie et une créatinémie était réalisé pour tous nos patients. Il avait servi de base à la réanimation. Les explorations radiologiques n'avaient pas eu de place dans le diagnostic de ces urgences.

Les différents types de complications postopératoires précoces

Plusieurs types de complications postopératoires précoces étaient enregistrés. Ces différentes complications nous sont présentées sur le tableau I.

Les différentes étiologies rencontrées dans nos complications postopératoires précoces

Dans notre série, les étiologies en rapport avec nos complications postopératoires précoces étaient représentées par ordre de fréquence décroissant par les péritonites aiguës généralisées, les occlusions intestinales aiguës, les appendicites aiguës et les hernies étranglées. Ces étiologies sont résumées dans le tableau II.

Le traitement

Il était médical chez tous les patients ; un geste chirurgical était parfois de mise.

Le traitement médical

Il comportait trois volets : des mesures de réanimation étaient systématiques chez tous nos patients. Un traitement médicamenteux associant antibiotiques et antalgiques était administré à tous nos patients. Ce traitement comportait une bi-antibiothérapie à base de céphalosporine de 3ème génération et d'un imidazolé. Le paracétamol injectable était utilisé

seul chez l'enfant et associé au néfopam injectable chez l'adulte. Un traitement antiulcéreux à base d'oméprazole injectable était associé dans 10 cas.

Des soins locaux de la plaie opératoire étaient réalisés quotidiennement chez 33 patients du fait de l'infection du site opératoire. Un cas de fistule stercorale dirigée et de bas débit avait nécessité un appareillage.

Le traitement chirurgical

Un traitement chirurgical était licite chez huit patients (13,5%). Il était réalisé par voie classique chez sept patients, soit 11,8% des cas. Un patient était décédé avant la réintervention. Le geste était fonction de la complication. Une cure d'éviscération était réalisée dans un cas, un drainage d'abcès sous phrénique dans

un cas et une stomie était réalisée chez cinq des sept patients ayant présenté une fistule stercorale.

Les résultats de la prise en charge des complications postopératoires précoces

La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,3 jours. Les suites post opératoires étaient favorables chez 31 patients (52,5 %). Vingt-huit (28) patients étaient décédés, soit une mortalité de 47,4 %. Dix-huit décès (64,3 %) étaient enregistrés de suites de péritonites aiguës généralisées, 8 (28,5 %) l'avaient été de suites d'occlusions intestinales aiguës, un (3,5%) de suite d'une hernie étranglée et un (3,5 %) de suite d'un abcès appendiculaire.

Tableau II : Les différentes étiologies pourvoyeuses de complications postopératoires précoces.

Etiologies des complications	Nombre	Proportion (%)
Péritonite aiguë généralisée	37	62,7
Occlusion intestinale aiguë	15	25,4
Abcès appendiculaire	04	6,8
Hernie étranglée	03	5,1
Total	59	100

Tableau I : Les différents types de complications postopératoires précoces

Type de complications	Nombre	Proportion (%)
Infection du site opératoire	33	50,7
Sepsis	16	24,6
Fistule stercorale	7	10,7
Dénutrition	5	7,6
Abcès sous phrénique	1	1,53
Hémorragie	1	1,53
Eviscération	1	1,53
Troubles psychotiques aigus	1	1,53
Total	65	100

Discussion

Les complications postopératoires désignent l'ensemble des incidents ou accidents qui peuvent survenir après toute intervention chirurgicale. En fonction du moment de leur survenue par rapport à l'intervention chirurgicale, elles sont caractérisées de précoces, secondaires et tardives [1]. Les complications post opératoires

précoces présentent une fréquence variable suivant les séries. Dans notre étude, le taux a été de 16,4%. Notre taux est comparable à celui retrouvé par Ouangré et collaborateurs [3] au Burkina Faso (16,6%) de même que celui révélé par Maïga [5] au Mali (15,4%). Mais il reste supérieur au 6,66% retrouvé par Dembélé au Mali [6]. Ce fort taux de complications dans notre série pourrait être lié à l'urgence, au malade et à l'intervention comme le suggèrent Ouangré et collaborateurs [3]. Maïga [5] incrimine la différence des moyens diagnostics dans la recherche des complications, la différence des pathologies et des techniques opératoires utilisées ainsi que la différence des multiples facteurs de risques qui déterminent ces complications. Par contre, notre taux est inférieur à ceux observés par Ahmedou et collaborateurs en Mauritanie [7] et Assouto et collaborateurs au Bénin [8] avec respectivement 21,94% et 25,8%. Cette différence pourrait s'expliquer par des facteurs d'environnement comme le révèle Kitzis [9]. Certaines séries européennes, à l'image de celles de Renggli et collaborateurs en Suisse [10] et Wanzel et les siens au Canada [11] révèlent des taux de 23,3% et 39%. Ces forts taux de complications observés dans ces séries pourraient être en rapport avec une proportion élevée de pathologies tumorales et au grand âge [7,10,11]. En outre, la littérature révèle que 47,5% des patients développent plus d'une complication après une intervention chirurgicale [7].

La moyenne d'âge des patients de notre série (36,8 ans) est proche de celle de la série de Ouangré et collaborateurs (35,1 ans) [3]. En outre, le jeune âge est l'apanage des séries africaines eu égard à la jeunesse de leurs populations.

Les complications infectieuses (76,8%) ont dominé notre série avec l'infection du site opératoire au premier plan (50,7%). Nos résultats corroborent ceux de la littérature africaine qui place les complications infectieuses post opératoires avec l'infection du site opératoire au premier plan [3,12,13,14]. Si le retard diagnostic peut être incriminé dans notre étude au regard de la forte proportion de nos patients qui consultent à partir de la quarante-huitième heure,

Tony et collaborateurs évoquent l'urgence, les tares individuelles et le risque septique de cette chirurgie [12]. A l'image de la série de Ouangré et collaborateurs [3], dans notre étude, la péritonite aiguë généralisée a été la plus pourvoyeuse de complications post opératoires. Il en a été de même dans la série de Maïga [5]. Par contre la chirurgie pariétale a été au premier plan dans la série de Tchalla [15] et celle appendiculaire dans la série de Ahmedou en Mauritanie [7]. Cette différence est fonction du type d'interventions réalisées dans chaque structure de soins.

Ces complications post opératoires ont fait l'objet d'une reprise chirurgicale chez 11,8% de nos patients contre 18,4% dans la série de Ouangré et collaborateurs [3]. Dans notre étude, la péritonite aiguë généralisée a été l'étiologie qui a causé le plus de complications, elle a aussi été celle qui a été à l'origine d'un grand nombre de décès. Il en a été de même dans la série de Ouangré et collaborateurs [3]. Mais le taux de mortalité globale de notre série est très élevé comparé à ceux enregistrés dans la littérature africaine [2,3,5,7,15]. L'amélioration de ce sombre pronostic devrait passer par une prise en charge précoce et adéquate des péritonites aiguës généralisées et une meilleure maîtrise des facteurs de risque de l'infection en chirurgie.

Conclusion

Les complications postopératoires précoces sont fréquentes en chirurgie abdominale d'urgence. Elles sont multiples et relèvent d'étiologies diverses. La péritonite aiguë généralisée en est l'étiologie dominante et l'infection du site opératoire reste prépondérante. La prise en charge de ces complications est émaillée d'une lourde mortalité. Une amélioration de leur pronostic requiert une prise en charge précoce et adéquate des cas de péritonite aiguë généralisée mais aussi une meilleure maîtrise des facteurs de risque liés à l'infection en chirurgie.

*Correspondance

Jean Luc Kambire

jeanluckambire@yahoo.fr

Disponible en ligne : 10 Juillet 2021

1 : Service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya, Burkina Faso

2 : Service de chirurgie générale et digestive du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Saleh Ugumba C. Etablissement du score UNILU de prédictibilité d'une réintervention précoce effective après laparotomie aux hôpitaux universitaires de Lubumbashi. Thèse d'Agrégé de l'Enseignement Supérieur en Médecine, Université de Lubumbashi, 2017, 215p.
- [2] Sylla A. Complications postopératoires dans le service de chirurgie de l'HDF de Kayes. Thèse de médecine, Bamako, 2011
- [3] Ouangré E, Zida M, Sawadogo YE et al. Les complications postopératoires précoces des abdomens aigus chirurgicaux dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO au Burkina Faso : à propos de 98 cas. *Rev. Afr.Chir. Spéc*, 2017 ; vol.11, n°3
- [4] Webster K. The transversus abdominis plane block: abdominal plane regional anaesthesia. *Update Anaesth*, 2008;24:24-9
- [5] Maïga Aly MH. Les complications postopératoires précoces dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de doctorat d'état en médecine, Université du Mali, 2006,116p.
- [6] Dembélé L. Complications postopératoires en chirurgie générale au csref de la commune I. Thèse de doctorat d'état en médecine, Université du Mali, 2016.
- [7] Ahmedou MI, Yahya T, Jidou SB et al. Applicabilité de la classification Clavien-Dindo dans l'évaluation des complications postopératoires dans la clinique chirurgicale du centre hospitalier national de Nouakchott : analyse observationnelle de 834 cas. *PAMJ*, 2019,33 :254
- [8] Assouto P, Chaou B, Kangui N et al. Evolution post opératoire précoce en chirurgie digestive en milieu tropical. *Méd. Trop*, 2009 ; 69 (1) :477-9
- [9] Kitzis M. Risque infectieux en chirurgie. Antibio prophylaxie; nouvelles stratégies, 9ème congrès français de chirurgie, Paris, 1991 ; 9 :15-21
- [10] Renggli JC, Chevre F, Delgadillo X et al. Analyse prospective des complications post opératoires fondée sur un collectif de 10066 patients. *Ann Chir France* ; 2003 : 488-518
- [11] Wanzel KR, Jamieson CG, Bohmen JM. Complications in general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg*, 2000; 43 (2): 113-7
- [12] Tony TA, Essi MJ, Handy ED et al. Complications post opératoires précoces dans les hôpitaux de district de la ville de Yaoundé : Epidémiologie et clinique. *Health Sci. Dis*, 2015 ; vol.16, n°1
- [13] Ngo Nonga B, Mouafo Tambo FF, Ngowe Ngowe M et al. Etiologies des péritonites aiguës généralisées au CHU de Yaoundé. *Rev Afr Chir Spéc*, 2010 ; 7 ,4 :30-2
- [14] Traoré A, Diakité I, Dembélé BT. Complications post opératoires en chirurgie abdominale au CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali. *Med Afr Noire*, 2011 ; 58 (1) :31-5
- [15] Tchalla Abalo Agballa ME. Les complications post opératoires précoces dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de doctorat d'état en Médecine, Université du Mali ; 2006, 116p.

Pour citer cet article :

JL Kambiré, Souleymane Ouédraogo, Salam Ouédraogo, B Béré, M Zida. Profil épidémiologique et clinique des complications postopératoires précoces en chirurgie abdominale. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 21-26



Article original

Caractéristiques sociodémographiques de la croissance des enfants de 6 à 12 mois dans l'aire de santé de Yirimadio au Mali

Sociodemographic characteristics of the growth of children aged 6 to 12 months in the health area of Yirimadio in Mali

C Coulibaly*¹, M Traore¹, Y Sangare¹, I Cisse², I Terera¹, H Sangho³

Résumé

Au Mali, selon l'EDSMVI la prévalence du retard de croissance chez les enfants de 6 à 59 mois est de 27% et de 15,4% dans le district de Bamako. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques de la croissance des enfants de 6 à 12 mois dans l'aire de santé de Yirimadio.

Il s'agissait d'une étude cas témoins qui s'est déroulée en décembre 2020 dans l'aire de santé de Yirimadio, de la commune VI. Elle a concerné les enfants âgés de 6 à 12 mois venus au CSCom pour leur suivi. La taille de l'échantillon a été calculée sur le logiciel Epi info7 version 7.1.2.0 qui nous a permis d'obtenir 162 cas et 324 témoins soit 486 enfants. Les données ont été saisies sur l'outil KoBoCollect. L'analyse des données a été faite sur le logiciel R, version 4.0.4 (2021-02-15).

Dans cette étude, la tranche d'âge la plus représentée des enfants était de 9 à 12 mois chez les cas et les témoins soit 57,14%. Concernant le niveau d'instruction des mères, 36,30% étaient non scolarisées chez les cas et 34,52% chez les témoins. La majorité des mères était ménagères soit respectivement 69,04% chez les cas et 58,53% chez les témoins. Nous avons trouvé que 38,69% des pères d'enfants cas n'étaient pas

scolarisés et 33,92% de ceux des témoins.

Cette étude a montré que la moyenne d'âge des mères était de 26 ans \pm 5,72 ans avec des extrêmes allant de 16 à 46 ans

Mots-clés : Caractéristiques sociodémographiques, croissance, enfants 6 à 12 mois, Yirimadio, Bamako/Mali.

Abstract

In Mali, according to the EDSMVI, the prevalence of stunting in children aged 0-59 months is 27% and 15.4% in the district of Bamako. The objective of this study was to describe the socio-demographic characteristics of the growth of children aged 6 to 12 months in the health area of Yirimadio.

This was a case control study that took place in December 2020 in the health area of Yirimadio, commune VI. It concerned children aged 6 to 12 months who came to the CSCom for follow-up. The sample size was calculated using Epi info7 software version 7.1.2.0, which enabled us to obtain 162 cases and 324 controls, i.e. 486 children. The data were entered into the KoBoCollect tool. Data analysis was done on R software, version 4.0.4 (2021-02-15).

In this study, the most common age range for children was 9 to 12 months for both cases and controls

(57.1%). With regard to the educational level of the mothers, 34.5% of the cases and 33.1% of the controls had no schooling. The majority of the mothers were housewives, i.e. 68.5% of the cases and 58.6% of the controls. We found that 36.9% of the fathers of the case children were not in school and 31.5% of those of the controls.

This study showed that the average age of the mothers was 26 ± 5.72 years with extremes ranging from 16 to 46 years.

Keywords: Sociodemographic characteristics, growth, children 6-12 months, Yirimadio, Bamako/Mali.

Introduction

La croissance humaine est un processus physiologique complexe unique à la vie fœtale et l'enfance qui est étroitement réglementée par des facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux [1]. Le meilleur indicateur mondial du bien-être de l'enfant est sa croissance [1].

Selon la sixième édition de l'enquête démographique et de santé du Mali (EDSMVI), le retard de croissance demeure un problème de santé publique chez les enfants de 6 à 59 mois avec une prévalence nationale de 27% et de 15,4% dans le district de Bamako [2]. La prévalence de la malnutrition chronique est légèrement plus élevée parmi les garçons que parmi les filles (28 % contre 26 %) et les enfants du milieu rural sont deux fois plus atteints par la malnutrition chronique que ceux de Bamako (29% contre 15%). La prévalence de la malnutrition chronique diminue de manière importante avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère, passant de 30 % quand la mère n'a aucun niveau d'instruction à 13 % quand elle a un niveau secondaire ou supérieur [2].

Vu que le retard de croissance demeure un problème de santé publique chez les enfants de 6 à 59 mois, nous nous sommes posé la question suivante : quelles sont les caractéristiques sociodémographiques liées à la croissance des enfants de 6 à 12 mois ?

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques de la croissance des enfants de 6 à 12 mois dans l'aire de santé de Yirimadio.

Méthodologie

L'étude s'est déroulée dans l'aire de santé de Yirimadio de la commune VI de Bamako. Elle est limitée au nord par l'aire de santé de Missabougou, à l'est et au sud par le cercle de Kati, à l'ouest par l'aire de santé de l'Association de santé communautaire de Banankabougou-Faladiè (ASACOBABA) [3].

Il s'agissait d'une étude cas témoins avec un ratio 1 sur 2 en faveur des témoins qui s'est déroulée en décembre 2020.

Les populations de l'étude étaient constituées par les enfants âgés de 6 à 12 mois et leurs parents venus au CSCCom de Yirimadio pour le suivi.

Les cas dans notre étude étaient les enfants âgés de 6 à 12 mois dont l'indice anthropométrique taille pour âge (T/A) est inférieur à $-2ET$ et ceux des témoins avaient un indice taille pour âge (T/A) supérieur à $-2ET$. Les cas et les témoins ont été choisis par ordre d'enregistrement dans le registre de suivi de croissance.

Ont été inclus dans notre étude tout cas et tout témoin ne souffrant d'aucunes affections, résidant dans l'aire de santé au moins 6 mois et dont les parents avaient accepté d'y participer.

N'ont pas été inclus dans cette étude les cas et témoins ne répondant pas aux critères ci-dessus cités.

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de l'exposition de la prévalence du retard de croissance qui est de 15,4% selon EDSMVI [2] chez les enfants de moins de 5 ans à Bamako. Pour cette estimation nous avons utilisé le logiciel Epi info7 version 7.1.2.0 en choisissant un Odds Ratio $OR=2$ un risque $\alpha=5\%$ et une puissance $(1-\beta) = 80\%$. Ce qui donne une taille minimale de 162 cas et de 324 enfants témoins soit 486 enfants.

Les principales variables collectées étaient : l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la

profession, la taille et le rang dans la fratrie.

Concernant la collecte des données, le questionnaire à plusieurs volets a été paramétré dans la plateforme de collecte de données digitales KoBoCollect qui a été administré aux parents en mode face à face.

L'analyse des données a été faite sur le logiciel R, version 4.0.4 (2021-02-15). Concernant l'analyse descriptive, nous avons calculé des proportions entourées d'intervalles de confiance à 95% pour les variables qualitatives et la moyenne pour les variables quantitatives.

Le consentement libre et éclairé a été obtenu auprès des mères d'enfants pendant l'enquête.

Résultats

Dans notre étude, nous avons enquêté 168 cas et 336 témoins soit au total 504 enfants.

Caractéristiques sociodémographiques des enfants

Dans notre étude, nous avons trouvé que 52,38% des enfants étaient de sexe masculin et 47,61% de sexe féminin. La tranche d'âge 9 à 12 mois était la plus représentée chez les cas avec 57,14% (IC [49,29 ; 64,73]) et 57,14% chez les témoins ([51,65 ; 62,49]) (Tableau I). La moyenne d'âge pour les enfants était de 9 mois \pm 2,26 mois avec un âge minimum de 6 mois et un maximum de 12 mois (Figure 1).

Concernant le rang de fratrie, la majorité des enfants avaient un rang compris entre 1er et 3ème rang soit 64,28% (IC [56,54 ; 71,51]) chez les cas et 60,41% (IC [54,96 ; 65,68]) chez les témoins. Le rang moyen des enfants dans la fratrie était le 3ème \pm 5 enfants avec un rang minimum de 1 et un rang maximum de 11 (Tableau I).

Caractéristiques sociodémographiques des parents d'enfants

Nous avons trouvé que la tranche d'âge des mères d'enfants 16 à 25 ans était la plus représentée soit 55,35% (IC [47,50 ; 63,01]) chez les cas et 52,38% (IC [46,89 ; 57,82]) chez les témoins (Tableau II). La moyenne d'âge des mères d'enfants était de 26 ans \pm 5,72 ans avec des extrêmes allant de 16 à 46 ans (Figure 2).

Concernant le niveau d'instruction des mères, 36,30% (IC [29,04 ; 44,07]) était non scolarisée chez les cas et 34,52 % (IC [29,44 ; 39,87]) chez les témoins. Nous avons trouvé que 30,35% (IC [23,51 ; 37,91]) des mères avaient le niveau primaire chez les cas et 28,27% (IC [23,52 ; 33,41]) chez les témoins et 20,83% (IC [14,96 ; 27,76]) avaient le niveau secondaire chez les cas et 22,61% (IC [18,25 ; 27,47]) chez les témoins (Tableau II).

La majorité des mères était des ménagères avec 69,04% (IC [61,46 ; 75,94]) chez les cas et 58,53% (IC [53,15 ; 63,94]) chez les témoins (Tableau II).

En ce qui concerne la situation matrimoniale, presque toutes les mères étaient mariées avec 97,02% (IC [93,19 ; 99,02]) chez les cas et 99,10% (IC [97,41 ; 99,81]) chez les témoins (Tableau II).

Nous avons trouvé que 38,69% (IC [31,28 ; 46,49]) des pères d'enfants chez les cas n'étaient pas scolarisés et 33,92% (IC [28,87 ; 39,26]) chez les témoins (Tableau III). La profession majoritaire des pères d'enfants était les commerçants avec 29,76% (IC [22,96 ; 37,28]) chez les cas et 31,84% (IC [26,89 ; 37,11]) chez les témoins (Tableau III).

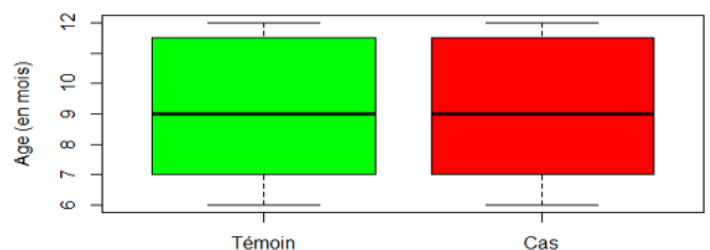


Figure 1 : Graphe en boîtes de moustache de l'âge des enfants selon les cas et les témoins

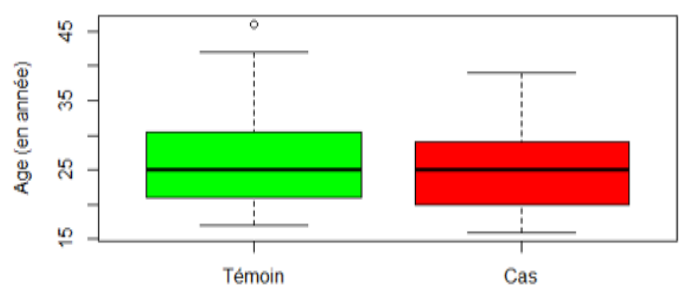


Figure 2 : Graphe en boîtes de moustache de l'âge des mères d'enfants selon les cas et témoins

Tableau I : Répartition des caractéristiques sociodémographiques des enfants selon les cas et témoins.

Variables	Cas (n=168)			Témoins (n=336)		
	n	(%)	IC (95%)	n	(%)	IC (95%)
Tranche d'âge						
[6-8]	72	42,85	[35,26 ; 50,70]	144	42,85	[37,5 ; 48,34]
[9-12]	96	57,14	[49,29 ; 64,73]	192	57,14	[51,65 ; 62,49]
Sexe						
Masculin	88	52,38	[44,54 ; 60,12]	176	52,38	[46,89 ; 57,82]
Féminin	80	47,61	[39,87 ; 55,45]	160	47,61	[42,17 ; 53,10]
Rang fratrie						
[1 ^{er} -3 ^{ème}]	108	64,28	[56,54 ; 71,51]	203	60,41	[54,96 ; 65,68]
[4 ^{ème} -11 ^{ème}]	60	35,71	[28,48 ; 43,45]	133	39,58	[34,31 ; 45,03]

Tableau II : Répartition des caractéristiques sociodémographiques des mères d'enfants selon les cas et témoins.

Variables	Cas (n=168)			Témoins (n=336)		
	n	(%)	IC (95%)	n	(%)	IC (95%)
Tranche d'âge						
16 - 25	93	55,35	[47,50 ; 63,01]	176	52,38	[46,89 ; 57,82]
26 - 34	67	39,88	[32,41 ; 47,70]	118	35,11	[30,01 ; 40,48]
35 - 46	8	4,76	[2,07 ; 9,16]	42	12,50	[9,15 ; 16,51]
Niveau d'instruction						
Non scolarisé	61	36,30	[29,04 ; 44,07]	116	34,52	[29,44 ; 39,87]
Médorsa	16	9,52	[5,54 ; 15]	31	9,22	[6,35 ; 12,84]
Primaire	51	30,35	[23,51 ; 37,91]	95	28,27	[23,52 ; 33,41]
Secondaire	35	20,83	[14,96 ; 27,76]	76	22,61	[18,25 ; 27,47]
Supérieur	5	2,95	[0,97 ; 6,8]	18	5,35	[3,2 ; 8,33]
Profession						
Commerçante	37	22,02	[16 ; 29,05]	78	23,21	[18,80 ; 28,10]
Couturière	3	1,78	[0,36 ; 5,12]	6	1,78	[0,65 ; 3,84]
Ménagère	116	69,04	[61,46 ; 75,94]	197	58,63	[53,15 ; 63,94]
Elève/étudiant	6	3,57	[1,32 ; 7,61]	21	6,25	[3,91 ; 9,39]
Autres	6	3,57	[1,69 ; 8,39]	34	10,11	[7,11 ; 13,85]
Situation matrimoniale						
Mariée	163	97,02	[93,19 ; 99,02]	333	99,10	[97,41 ; 99,81]
Célibataire	5	2,97	[0,97 ; 6,8]	3	0,89	[0,18 ; 2,58]

Tableau III : Répartition des caractéristiques sociodémographiques des pères d'enfants selon les cas et témoins.

Variables	Cas (n=168)			Témoins (n=336)		
	n	(%)	IC (95%)	n	(%)	IC (95%)
Niveau d'instruction						
Non scolarisé	65	38,69	[31,28 ; 46,49]	114	33,92	[28,87 ; 39,26]
Médorsa	23	13,69	[8,88 ; 19,83]	32	9,52	[6,60 ; 13,17]
Primaire	42	25	[18,65 ; 32,25]	89	26,48	[21,84 ; 31,54]
Secondaire	26	15,47	[10,36 ; 21,84]	52	15,47	[11,77 ; 19,79]
Supérieur	12	7,14	[3,74 ; 12,14]	49	14,58	[10,98 ; 18,81]
Profession						
Cultivateur	6	3,57	[1,32 ; 7,61]	11	3,27	[1,64 ; 5,78]
Maçon	17	10,11	[6 ; 15,70]	36	10,71	[7,61 ; 14,52]
Commerçant	50	29,76	[22,96 ; 37,28]	107	31,84	[26,89 ; 37,11]
Enseignant	8	4,76	[2,07 ; 9,16]	17	5,05	[2,97 ; 7,97]
Menuisier	3	1,78	[0,36 ; 5,12]	7	2,08	[0,84 ; 4,24]
Chauffeur	27	16,07	[10,86 ; 22,51]	57	16,96	[13,10 ; 21,41]
Mécanicien	4	2,38	[0,65 ; 5,98]	20	5,95	[3,67 ; 9,04]
Tailleur	3	1,78	[0,36 ; 5,12]	3	0,89	[0,18 ; 2,58]
Autres	50	29,76	[22,96 ; 37,28]	78	23,21	[18,80 ; 28,10]

Autres* : juriste, manœuvre, plombier, soudeur

Discussion

2ème et le 3ème rang.

Caractéristiques sociodémographiques des enfants

Nous avons trouvé que 52,38% des enfants étaient de sexe masculin et 47,61% de sexe féminin chez les cas et les témoins. Nos résultats sont comparables à ceux de Lulu Chirande et al [4] qui ont trouvé dans leur étude que les garçons (49,8 %) et les filles (50,2 %) étaient presque également représentés dans l'échantillon.

Nos résultats sont similaires à ceux de Solomon Amsalu et Zemene Tigabu [5] qui ont trouvé dans leur étude en Ethiopie que 53,9% étaient des garçons chez les cas et 62,7% des témoins.

Nous avons trouvé que la majorité des enfants avaient un rang compris entre le 1er et le 3ème rang soit 64,28% chez les cas et 60,41% chez les témoins. Ailleurs Sackou Kouakou JG, et al [6] ont trouvé que 20,11% des enfants avaient un rang compris entre le

Caractéristiques sociodémographiques des parents d'enfants

La tranche d'âge des mères d'enfants la plus représentée était 16 à 25 avec respectivement 55,35% chez les cas et 52,38% chez les témoins. Notre tranche d'âge est similaire à celle de Sackou Kouakou JG, et al [6] qui ont trouvé que 15 à 24 était la tranche la plus représentée chez les mères d'enfants avec 24%.

Nous avons trouvé que la moyenne d'âge des mères d'enfants était de 26 ans $\pm 5,72$. Notre moyenne d'âge est proche de celles de Odile K et al [7], de Sandrine E Kouton et al [8] et de Mavuta CZ [9] qui ont respectivement trouvé des moyennes de 27,3 $\pm 7,2$ ans, 28,44 $\pm 4,34$ ans et de 29,09 $\pm 6,36$ ans.

Nous avons trouvé que 36,30% des mères d'enfants n'avaient aucun niveau d'instruction chez les cas et 34,52% chez les témoins. Nos résultats sont

similaires à ceux de l'EDSMVI [2] qui ont trouvé une prévalence de 30% chez la mère qui n'a aucun niveau d'instruction.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de Solomon Amsalu et Zemene Tigabu [5] qui ont trouvé dans leur étude en Ethiopie que 82,4% des mères d'enfants chez les cas n'avaient aucun niveau d'instruction et 54,9% chez les témoins.

La profession majoritaire des mères soit 69,04% des cas et 58,53% des témoins étaient des ménagères. Nos résultats sont comparables à ceux de Solomon Amsalu et Zemene Tigabu [5] qui ont trouvé que 82,4% des cas et 87,3% des témoins étaient des femmes sans profession. Ailleurs Mavuta CZ et al [9] ont trouvé dans leur étude que les ménagères étaient les plus représentées avec 75,59%.

Presque toutes les mères étaient mariées soit 97,02% chez les cas et 99,10% chez les témoins. Nos résultats sont similaires à ceux de Justine Kavle et al [10] qui ont trouvé dans leur étude que toutes les mères (100%) étaient mariées dans les deux milieux (basse Egypte et haute Egypte). Ailleurs Mavuta CZ et al [9] et Terefe Derso et al [11] ont respectivement trouvé que 86,73% et 90,1% des femmes étaient mariées.

En ce qui concerne le niveau d'instruction chez les pères des cas était plus élevé soit 38,69% que chez les témoins soit 33,92%. Nos résultats sont similaires à ceux de Solomon Amsalu et Zemene Tigabu [5] qui ont trouvé que le taux d'analphabétisme était plus élevé chez les pères des cas (58,8%) que chez les témoins (41,2%).

La principale profession majoritaire des pères d'enfants était le commerce soit 29,76% chez les cas et 31,84% chez les témoins. Nos résultats sont contraires à ceux de Solomon Amsalu et Zemene Tigabu [5] qui ont trouvé que la principale occupation paternelle était l'agriculture chez les cas (57,8%) et les témoins (46,1%). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'étude de Solomon Amsalu et Zemene Tigabu [5] a été menée dans un hôpital alors que la nôtre a été réalisée dans un CSCoM.

Conclusion

Cette étude a révélé que les mères ménagères des cas soit 69,04% étaient supérieures à celles des témoins soit 58,53%. Nous avons trouvé que la moyenne d'âge des mères d'enfants était de 26 ans \pm 5,72 ans avec des extrêmes allant de 16 à 46 ans.

*Correspondance

Chaka Coulibaly

chakacoulibaly79@yahoo.fr

Disponible en ligne : 10 Juillet 2021

- 1 : Institut National de Santé Publique (INSP).
- 2 : Centre de santé communautaire de Yirimadio.
- 3 : Département d'Etudes et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP) à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB).

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Christina Wei; John W Gregory. Physiology of normal growth. *Paediatrics and child health* 19:5. 2009. Pages 236-240.
- [2] Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2019. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF ; pages 70.
- [3] Centre de Santé Communautaire de Yirimadio et l'ONG Muso. Rapport d'activités annuel de l'aire de santé,

Bamako, 2020.

Pour citer cet article :

- [4] Lulu Chirande, Deborah Charwe, HadijahMbwana, Rose Victor, Sabas Kimboka, Abukari Ibrahim Issaka, Surinder K. Baines, Michael J. Dibley, and Kingsley Emwinyore Agho. Determinants of stunting and severe stunting among under-fives in Tanzania: evidence from the 2010 cross-sectional household survey. *BMC Pediatr.* 2015; 15: 165 ; pages 1-13.
- [5] Solomon Amsalu, Zemene Tigabu. Risk factors for severe acute malnutrition in children under the age of five: A case-control study. *Ethiop.J.Health Dev* 2008; 22 (1).
- [6] Sackou Kouakou JG, Aka BS, Hounsa AE, Attia R, Wilson R, Ake O, Oga S, Houenou Y, Kouadio L. Malnutrition : prévalence et facteurs de risque chez les enfants de 6 à 59 mois dans un quartier peri-urbain de la ville d'Abidjan. *Med Santé Trop* 2016 ; 26 : 312-317.
- [7] Odile Aké-Tano Issaka Tiembré, Yao Eugène Konan, Philippe Donnen, Simplicie N'Cho Dagnan, Kouamé Koffi, Alimata Jeanne Diarra-Nama, Michèle Dramaix. Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans au nord de la Côte d'Ivoire, *Santé Publique* 2010/2 (Vol. 22), pages 213-220.
- [8] Sandrine E. Kouton, Waliou Amoussa Hounkpatin, Vénérande Y. Ballogou, Jaurès H. Lokonon, Mohamed M. Soumanou. Caractérisation de l'alimentation des jeunes enfants âgés de 6 à 36 mois en milieu rural et urbain du Sud –Bénin. *J. Appl. Biosci.* 2017, pages 10831-10840.
- [9] Mavuta CZ, Imani WL, Stephanie L. Ngimbi SL, Ngoie NL, Tshiswaka SM, Luboya EK, et al. Pratiques alimentaires des nourrissons : Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'une commune urbaine de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Revue de l'Infirmier Congolais.* 2018 ; 2(2): 109-116.
- [10] Justine Kavle, Valerie Flax, Ali Abdelmegeid, Farouk Salah, Seham Hafez, Magda the First Year of Life in Egyptian Children: Implications for the Double Burden of Malnutrition; February 2015, pages 1-8.
- [11] Terefe Derso, Amare Tariku, Gashaw Andargie Biks and Molla Mesele Wassie. Stunting, wasting and associated factors among children aged 6-24 months in Dabat health and demographic surveillance system site: A community based cross-sectional study in Ethiopia. *BMC Pediatrics* (2017) 17:96.
- C Coulibaly, M Traore, Y Sangare, I Cisse, I Terera, H Sangho. Caractéristiques sociodémographiques de la croissance des enfants de 6 à 12 mois dans l'aire de santé de Yirimadio au Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 27-33



Cas clinique

Gale norvégienne chez un adolescent atteint d'une dermatose bulleuse héréditaire créant une nosophobie dans une famille africaine à l'hôpital national Donka

Norwegian scabies in an adolescent with hereditary bullous dermatosis creating nosophobia in an African family at the Donka National Hospital

M Savané*^{1,2}, MS Touré³, MD Kanté^{1,2,3}, M Gassama^{1,4}, Y Karabinta^{1,4}, F Keita², M Touré², Y Mukendi Nkesu¹, Y Fofana¹, L Cissé¹, M Diakit¹, NM Soumahoro¹, AA Dicko^{1,4}, TM Tounkara^{2,5}, O Faye^{1,4}, M Cissé^{2,5}

Résumé

La gale norvégienne est une forme rare de gale, très contagieuse, liée à l'infestation par le *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Elle survient le plus fréquemment chez des sujets immunodéprimés. Nous rapportons un cas de gale norvégienne survenue sur dermatose bulleuse héréditaire (DBH) chez un adolescent de 15 ans créant une nosophobie dans leur famille.

AS a consulté le 4 janvier 2021 pour des lésions squameuses diffuses évoluant depuis 1 mois environ. Il a pour antécédent de DBH depuis les 3 premiers mois de sa vie, on trouve de dermatose similaire chez ses frères et grand-père et notions de multiples traitements. L'examen cutané retrouvait des squames diffuses à tout le tégument y compris le cuir chevelu, épaisses, blanchâtre, peu adhérentes, se détachant en bloc par endroit à la curette sans provoquer de saignement. On notait par endroit des érosions. Ces lésions prédominaient au tronc, coudes, fesses et les genoux et épargnant légèrement le visage. L'examen muco-phanérien était normal. Par ailleurs on notait une dénutrition (IMC 14,45) et douleurs au niveau des lésions. La sérologie VIH était négative. Une

biopsie réalisée met en évidence sous la couche cornée des formations arrondies bordée par une cuticule et contenant des organites évoquant fortement des sarcoptes. Le diagnostic de gale norvégienne a été retenu et le patient traité par des scabicides, de kératolytiques ainsi que sa famille. L'évolution a été marquée par l'atteinte d'autres membres de la famille. La persistance du prurit intra familiale a créé dans cette famille la peur du début de manifestation d'une maladie familiale que celle qui a commencé chez le patient depuis à ses premiers mois de vie et chez de ses frères. Après une amélioration des symptômes a été notée par la suite dans la famille et le des décès du patient a été appris le 17 février 2021.

La gale norvégienne est connue pour provoquer des flambées de gale dans les hôpitaux et autres établissements de soins et des maisons de retraite pour personnes âgées. Malgré l'amélioration des symptômes par traitement anti scabieux de cette famille, la peur du début de manifestation d'une maladie familiale persiste du fait de cette surinfection parasitaire de la DBH et qui a d'ailleurs été accentué par le décès du patient le 17 février 2021 soit à

43jours de suivi.

Mots-clés : Gale norvégienne, Dermatose bulleuse héréditaire, Nosophobie, Famille africaine

Abstract

Norwegian scabies is a rare, highly contagious form of scabies, caused by infestation with *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. It occurs most frequently in immunocompromised individuals. We report a case of Norwegian scabies occurring in hereditary bullous dermatosis (HDS) in a 15 year old adolescent creating nosophobia in their family.

AS consulted on 4 January 2021 for diffuse scaly lesions that had been evolving for about 1 month. He had a history of DBH for the first 3 years of his life, similar dermatosis was found in his brothers and grandfather and notions of multiple treatments. The skin examination revealed diffuse scaling over the entire integument including the scalp, thick, whitish, not very adherent, detaching in blocks in places with a curette without causing bleeding. Erosions were noted in places. These lesions were predominantly on the trunk, elbows, buttocks and knees and slightly spared the face. The muco-pharyngeal examination was normal. In addition, there was malnutrition (BMI 14.45) and pain in the lesions. HIV serology was negative. A biopsy revealed rounded formations under the stratum corneum bordered by a cuticle and containing organelles strongly suggestive of sarcoptes. The diagnosis of Norwegian scabies was retained and the patient and his family were treated with scabicides and keratolytics. The course was marked by the involvement of other family members. The persistence of intra-family pruritus created a fear in this family of the onset of a family disease that had started in our patient since his first months of life and in his brothers. After an improvement of the symptoms was noted thereafter in the family and the death of our patient was learned on 17 February 2021. Norwegian scabies is known to cause scabies outbreaks in hospitals and other care facilities and homes for the elderly. Our case in a teenager with DBH, created the fear of the beginning of a familial

disease manifestation that started in our patient. Despite the improvement of the symptoms by anti-scabious treatment of this family, the fear of the beginning of a family disease persists because of this parasitic superinfection of DBH and which was moreover accentuated by the death of our patient.

Keywords: Norwegian scabies, Hereditary bullous dermatosis, Nosophobia, African family

Introduction

La gale norvégienne est une forme rare de gale, très contagieuse, liée à l'infestation par le *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* [1]. Maladie cutanée contagieuse répandue dans le monde entier, affecte les individus de tous âges, races et classes sociales sous tous les climats. Les facteurs de risque courants de la gale comprennent la surpopulation, l'immigration, une mauvaise hygiène, un mauvais état nutritionnel, l'itinérance, la démence, les contacts sexuels ou étroits et les individus immunodéprimés. Le symptôme typique est un prurit généralisé intense, intractable qui s'aggrave la nuit mais parfois, les patients peuvent être asymptomatiques [2]. Elle est une infestation sévère de *S. scabiei* dans laquelle la charge d'acariens est extrême par rapport à la gale traditionnelle. Cela se manifeste par des plaques squameuses qui sont souvent mal diagnostiquées pour d'autres affections cutanées hyperkératosiques [3]. Nous rapportons un cas de gale norvégienne survenue sur dermatose bulleuse héréditaire (DBH) chez un adolescent créant une nosophobie dans leur famille.

Cas clinique

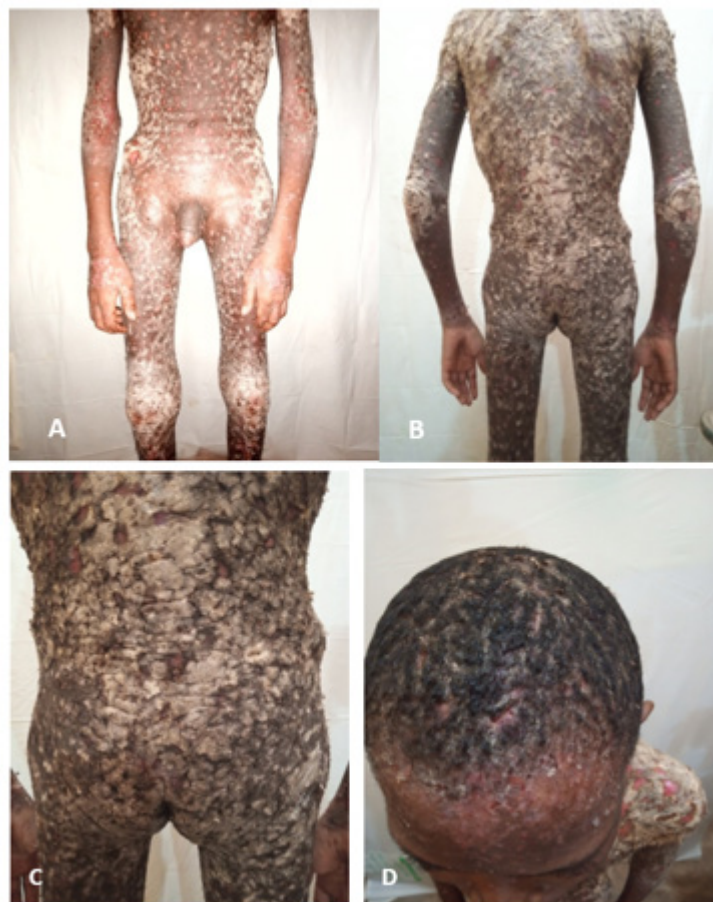
Il s'agit de AS âgé de 15 ans guinéen a consulté le 4 janvier 2021 pour les lésions squameuses diffuses évoluant depuis 1 mois environ. Le patient avait un antécédent de dermatose bulleuse héréditaire qui aurait commencé environ à 3 mois de la naissance par des bulles au niveau des genoux et des coudes puis diffuses sur le reste du tégument sans atteinte

muqueuse. Il est jumeau et issu d'un couple non consanguin et d'une fratrie de 5 dont 4 vivants. Devant ce tableau le patient a fait de multiples consultations médicales et traditionnelles où il aurait reçu de divers traitements non spécifiés, suivi quelques fois de légère amélioration. Vu l'aggravation des lésions ces derniers mois et d'importantes douleurs au niveau des lésions et la survenue un prurit chez son jeune frère, les parents décident de consulter notre service pour une prise en charge.

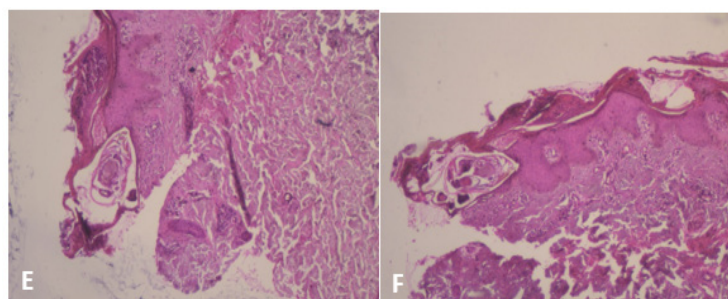
L'examen clinique retrouvait au niveau cutané des lésions squameuses diffuses y compris le cuir chevelu (érythrodermique) avec des squameuses épaisses, blanchâtre, peu adhérentes, se détachant en bloc par endroit à la curette sans provoquer de saignement. On notait également par endroit des érosions entre squames. Ces lésions prédominaient au tronc, cou, fesses et les genoux et épargnant légèrement le visage (figures A, B, C, D). Au niveau muco-phanérien on ne notait pas de particularité. Au niveau du reste de l'examen on retrouvait une dénutrition (IMC=14,45). Le fonctionnel était les douleurs au niveau des lésions. La sérologie rétrovirale (SRV) du patient était négative et une biopsie réalisée a permis de mettre en évidence sous la couche cornée des formations arrondies bordée par une cuticule et contenant des organites évoquant fortement des sarcoptes.

Le diagnostic de gale norvégienne a été retenu et le patient a été traité par des scabicides (topique et per os), de kératolytiques (vaseline salicylée) ainsi que sa famille. Un régime hyper protidique et calorique lui a été proposé.

L'évolution a été marquée par la contamination d'autres membres de la famille (grand-mère paternelle, mère, père, 3 frères) avec persistance du prurit, créant dans cette famille une nosophobie, la peur du début de manifestation d'une maladie familiale similaire à celle qui a commencé chez le patient depuis à ses premiers mois de vie et chez l'un de ses frères. Après une amélioration des symptômes dans la famille, le décès du patient a été appris le 17 février 2021.



Figures 1 : lésions squameuses blanchâtres, épaisses, diffuses (A, B, C, D)



Figures 2 : Formations arrondies bordée par une cuticule et contenant des organites évoquant fortement des sarcoptes

Discussion

La gale norvégienne est connue pour provoquer des flambées de gale dans les hôpitaux et autres établissements de soins et des maisons de retraite pour personnes âgées [4, 5]. Le cas survenu chez un adolescent avec dermatose bulleuse héréditaire (DBH) qu'il a commencé à présenter depuis les 3 premiers mois de sa vie, avec un des frères (IS 13

ans) qui fait la forme mineure de DBH et son jumeau (MS décédé à la naissance), probablement qui était atteint de la forme grave (selon les parents), a créé une nosophobie dans cette famille africaine, la peur du début de manifestation d'une maladie familiale que celle qui a commencé chez le patient AS depuis à ses premiers mois de vie et de son frère IS.

L'absence de prurit qui est le maître symptôme et l'aspect des lésions sur cette DBH ont probablement fait retarder le diagnostic de cette surinfection parasitaire. Ce qui est noté au cours de cette forme de gale norvégienne [4]. Il existe un certain nombre de conditions prédisposants associées à la gale norvégienne [5]. Celles-ci incluent des maladies qui altèrent la fonction des lymphocytes T, telles que le VIH, le HTLV-I, le lymphome à lymphocytes T et la leucémie, et une immunosuppression modérée utilisée chez les receveurs de transplantation. Le lupus érythémateux disséminé, la polyarthrite rhumatoïde, le diabète, la malnutrition, le retard mental, le syndrome de Down et diverses neuropathies sont également associés [4]. Parmi ces maladies seule la dénutrition était notée chez notre patient avec un IMC à 14,45. Une série de cas de gale croûteuse de Dakar a montré que l'infection par le VIH était la maladie associée la plus courante, observée chez 45% des patients [6], mais le patient avait sa SRV négative.

Devant les lésions érythrodermiques sèches, des diagnostics ont été évoqués tels que le psoriasis érythrodermique, ichtyose congénitale bulleuse, réaction médicamenteuse mais le diagnostic a été redressé par la notion de contagion familiale, l'histopathologie cutanée et le traitement anti scabieux d'épreuve qui a amélioré les symptômes. Il est important de signaler ici qu'il existe des formes bulleuses de gale décrite depuis 1974 par Bean [7]. vu que le cas est survenu sur DBH. Malgré l'amélioration des symptômes par traitement anti scabieux de cette famille, la peur du début de manifestation d'une maladie familiale persiste dans cette famille créée par cette surinfection parasitaire de la DBH et qui a d'ailleurs été accentué par le décès du patient AS.

Conclusion

Le caractère hyper contagieux de la gale norvégienne et sa survenue sur des terrains particuliers pouvant faire retarder son diagnostic sont connus. Notre cas survenu sur une DBH dans une famille africaine, ayant créé la nosophobie démontre l'intérêt de l'information des patients sur leur pathologie, ce qui nous a permis de rassurer cette famille devant ce cas.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce manuscrit et ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Nous remercions le patient a qui bien accepté de se faire biopsier et sa famille qui a bien voulu nous fournir toutes les informations dont on avait besoin et en donnant leur consentement à la publication cette observation.

*Correspondance

Moussa Savané

moussasavan@ymail.com

Disponible en ligne : 10 Juillet 2021

- 1 : Hôpital de dermatologie de Bamako (HDB), Bamako, Mali.
- 2 : Service de dermatologie, Hôpital national Donka, Conakry, Guinée
- 3 : Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal
- 4 : Faculté de médecine et d'Odontostomatologie, Bamako, Mali
- 5 : Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser, Conakry, Guinée

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Baccouche, K., Sellam, J., Guegan, S., Aractingi, S., & Berenbaum, F. (2011). Gale croûteuse norvégienne, une infection opportuniste, survenant sous tocilizumab dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. *Revue Du Rhumatisme*, 78(4), 382–384
- [2] Di-Qing Luo, Mei-Xing Huang, Juan-Hua Liu, Wen Tang, Yu-Kun Zhao and Rashmi Sarkar. Case Report: Bullous Scabies. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 95(3), 2016, pp. 689–693
- [3] William Aukerman, Karleigh Curfman, Daniel Urias, Kamran Shayesteh. Norwegian Scabies management after prolonged disease course: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 61 (2019) 180–183
- [4] Vassilios Pappas, Varvara Vasalou, Eirini Velissariou, Sofia Kourkounti, Evangelos Daskalakis, Dimitrios Rigopoulos. Norwegian scabies presenting as erythroderma in HIV: A case report. *Le Infezioni in Medicina*, n. 3, 332-335, 2019
- [5] Chosidow O. Gale et pédiculose. *Lancette* 355 (9206), 819-826, 2000.
- [6] Dia D., Dieng MT, Ndiaye AM, Ndiaye B., Deve-loux M. Gale croûte à Dakar à propos de 11 cas vus en un an. *Dakar Med.* 44, 243-245, 1999.
- [7] Bean SF, 1974. Bullous scabies. *JAMA* 230: 878

Pour citer cet article :

M Savané, MS Touré, MD Kanté, M Gassama, Y Karabinta, F Keita et al. Gale norvégienne chez un adolescent atteint d'une dermatose bulleuse héréditaire créant une nosophobie dans une famille africaine à l'hôpital national Donka. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 34-38



Cas clinique

Tuberculose orbitaire primitive pseudo-tumorale : une présentation rare de la tuberculose extra-pulmonaire

Pseudotumoral primary orbital tuberculosis: a rare presentation of extra-pulmonary tuberculosis

A Edderai*¹, S Bahti¹, M Elbelhadji¹, A Mchachi¹, L Benhmidoune¹, A Chakib¹, R Rachid¹

Résumé

La tuberculose sévit encore à l'état endémique au Maroc, c'est une infection à *Mycobacterium tuberculosis*, qui affecte principalement les poumons. La localisation orbitaire primitive est rare, et elle est exceptionnelle dans sa forme pseudo-tumorale. C'est une affection à potentiel destructif, et qui pose un problème de diagnostic différentiel avec les masses orbitales tumorales et inflammatoires. L'objectif de cette observation était de rapporter le cas d'une tuberculose orbitaire primitive chez un jeune homme de 31 ans, immunocompétent, qui a apparu 3 mois auparavant sous forme d'une tuméfaction orbitaire bourgeonnante, augmentant progressivement de volume compliqué d'une exophtalmie et un éclatement spontané du globe oculaire. Une maladie de Wegener a été suspectée au départ, le patient a été traité initialement par une tri antibiothérapie systémique, puis par corticothérapie à forte dose. Devant l'aggravation de la lésion, on a réalisé une seconde biopsie du tissu tumoral ayant objectivé une nécrose caséuse avec granulome épithélio-gigantocellulaire. Un traitement anti bacillaire a été instauré émaillé d'une amélioration spectaculaire avec disparition complète de la lésion au 34ème jour de traitement.

Mots-clés: Tuberculose, orbite, Pseudo-tumoral, *Mycobacterium*

Abstract

Tuberculosis is still endemic in Morocco, it is a *Mycobacterium tuberculosis* infection, which mainly affects the lungs. Primary orbital localization is rare, and exceptional in its pseudo-tumoral form. It is a condition with destructive potential, which poses a problem of differential diagnosis with tumor and inflammatory orbital mass. The objective of this observation is to report a case of primary orbital tuberculosis in a young man of 31 years, immunocompetent, the history goes back three months previously, with a budding orbital swelling, gradually increasing in volume, complicated by an exophthalmos and spontaneous bursting of the eye. Wegener's disease was initially suspected within the first biopsy, patient was initially treated with systemic antibiotic therapy, then a high-dose corticosteroid therapy was administrated. Given the worsening of the lesion, a second biopsy of the tumor tissue was carried out showing caseous necrosis with epithelio-gigantocellular granuloma. An anti-bacillary treatment was initiated with a spectacular improvement. After 34 days, the lesion has totally disappeared.

Keywords: Tuberculosis, orbit, Pseudo-tumoral, Mycobacterium.

Introduction

L'infection tuberculeuse est une cause majeure de morbidité et de mortalité dans les pays du tiers monde [1]. C'est une infection au Mycobactérium tuberculosis qui atteint primitivement les poumons, la localisation extra-pulmonaire est généralement secondaire, dont la transmission est le plus souvent hématogène, chez l'individu immunodéprimé. La tuberculose orbitaire (TBO) est rare même dans les pays où elle sévit encore à l'état endémique [2] plus encore dans sa forme primitive [3], Elle peut atteindre les tissus mous, la glande lacrymale, le périoste, l'os de l'orbite, et avoir une extension intracrânienne ou au niveau des sinus adjacents. Le diagnostic de cette forme de tuberculose est souvent posé en retard, ce qui assombrit le pronostic compte tenu de son pouvoir destructeur. Objectif de notre observation était de rapporter le cas d'une tuberculose orbitaire primitive, de forme pseudo-tumorale, chez un jeune patient immunocompétent.

Cas clinique

Un jeune patient de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'est présenté à notre structure de soins pour une tuméfaction orbitaire droite augmentant de volume de façon rapidement progressive, avec suppuration et éclatement spontané du globe oculaire droit, le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen ophtalmologique a objectivé une masse tumorale orbitaire rougeâtre avec suppuration superficielle refoulant les paupières supérieure et inférieure sans les atteindre, à développement exophytique et de consistance ferme [Figure.1]. Le globe oculaire était non individualisable et l'acuité visuelle était à perception lumineuse négative. L'examen de l'œil droit était sans anomalies.

L'examen général trouve un patient apyrétique, conscient. Les aires ganglionnaires régionales étaient libres. Le reste de l'examen clinique ne relevait pas d'anomalies.

Une tomodensitométrie (TDM) orbitaire a été réalisée [Figure.2]. La biopsie tumorale à 3 fragments a montré l'aspect d'un granulome non spécifique, comportant des cellules géantes, sans nécrose et sans signes de malignité. Devant cet aspect, et l'âge jeune du patient, une granulomatose de Wegener a été fortement suspectée.

Un bilan a été fait comportant, une TDM des sinus faciaux et thoracique n'ayant pas montré d'anomalies. La fonction rénale était conservée avec une Urée à 0.24 g/L, une créatininémie à 9.35 mg/L, un débit de filtration glomérulaire à 110 ml/min/1,73 m², une protéinurie de 23 mg/24h, sans hématurie. Le dosage des Anticorps dirigés contre le cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) était négatif. Le dosage de la vitesse de sédimentation qui était à 85 mm à la première heure, et la CRP qui était à 46 mg/L, a montré un syndrome inflammatoire. La NFS a montré une anémie hypochrome microcytaire régénérative, avec un taux de PNN à 6413/mm³, de lymphocytes à 864/mm³, de monocytes à 700, et d'éosinophiles à 520/mm³. La recherche de blastes était négative. L'intradermoréaction à la tuberculine était 6 mm.

La bronchoscopie souple était normale et le lavage broncho alvéolaire n'a pas isolé de mycobactéries. La sérologie VIH était négative.

Le patient a reçu initialement une tri-antibiothérapie par voie parentérale, puis un traitement par anti-inflammatoire stéroïdien a été instauré à forte dose : Méthyl prednisolone à 1 mg/kg/jr. L'évolution a été marquée par une aggravation de la lésion orbitaire, qui a doublé de volume, prenant un aspect en grappe de raisin [Figure.3], sans altération de l'état général. Une TDM orbitaire de contrôle a été faite [Figure.4]. Devant ce tableau, une deuxième biopsie à 3 fragments de la masse a été réalisée, qui a objectivé, un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec une nécrose caséuse. Le Diagnostic de tuberculose

orbitaire a été retenu. Le patient a reçu une poly chimiothérapie antibacillaire à base d'Isoniazide, Rifampicine, pyrazinamide et Ethambutol. L'évolution a été marquée par une disparition complète de la masse orbitaire au bout de 34 jours de traitement [Figure.5], ce qui a confirmé l'origine tuberculeuse.



Figure 1 : Masse orbitaire droite volumineuse, rougeâtre, ferme, surinfectée, refoulant les paupières, absence de visualisation du globe oculaire.



Figure 2 : TDM ORBITAIRE: Masse au dépend des parties molles péri-orbitaires, à contours irréguliers, tissulaire, prenant le contraste de façon hétérogène, infiltrant le globe oculaire avec perte de sa sphéricité, les muscles oculomoteurs, et la graisse intra-conique, sans lyse osseuse orbitaire ou extension endocrânienne.



Figure 3 : Augmentation du volume de la masse orbitaire avec un aspect framboisé, surinfecté, ayant débordé sur la joue droite, sans l'envahir.

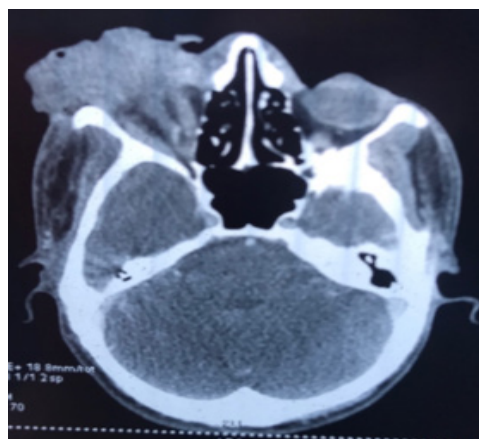


Figure 4 : TDM ORBITAIRE injectée : Masse centrée sur les parties molles péri-orbitaires de contours irréguliers, de densité tissulaire, se rehaussant de façon hétérogène après injection de PDC, elle infiltre le globe oculaire avec perte de sa sphéricité, les muscles oculomoteurs qui sont épaissis et la graisse intra-conique. Absence de lyse osseuse orbitaire ou d'anomalies intracrâniennes.



Figure 5. Disparition de la masse orbitaire sous traitement anti-bacillaire.

Discussion

La tuberculose oculaire touche environ 1% de la population [4], elle comprend une atteinte des structures intraoculaires ainsi que des annexes telles que la paupière et les glandes lacrymales. Bien que sa localisation oculaire primitive soit inhabituelle, seuls 40% des patients présentant des caractéristiques évocatrices d'une tuberculose oculaire, présentent des signes de tuberculose pulmonaire coexistante[5]. La localisation orbitaire est associée à une infection par le VIH/SIDA, ou à une maladie auto-immune sous immunosuppresseurs, ce qui n'était pas le cas chez notre patient. La TBO est généralement unilatérale et plus fréquente chez l'enfant [6,7], son évolution est lente, et la durée des symptômes varie de 2 mois à 7 ans [8]. L'atteinte peut se présenter comme un ptosis par effet de masse, une diplopie par atteinte des nerfs crâniens ou des muscles oculomoteurs [9], des ostéopériostites, des granulomes des tissus mous, et une atteinte orbitaire diffuse peut également survenir chez l'enfant et l'adulte [10],[11],[12]. La forme de pseudo tumeur inflammatoire, que présente notre patient, est exceptionnelle.

Le diagnostic de la tuberculose oculaire est souvent difficile, tenant compte des différents diagnostics différentiels, à savoir le lymphome, les vascularites, les pseudotumeurs inflammatoires, le lymphangiome, l'hémangiome caverneux, et les atteintes infectieuses non tuberculeuses. Les retards de diagnostic et d'instauration d'un traitement approprié sont fréquents et peuvent entraîner une perte de vision importante ou même une perte de l'œil [13], ce qui a été le cas chez notre patient.

Le diagnostic est basé sur un panel d'arguments anamnestiques, cliniques, radiologiques et biologiques. Dans le cas de notre patient c'est l'histologie qui a apporté le diagnostic, mettant en évidence le granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. La suspicion de tuberculose oculaire impose de faire des investigations à la recherche d'une tuberculose pulmonaire, à savoir une TDM thoracique, avec recherche de mycobactéries

dans le crachat ou le liquide de lavage broncho-alvéolaire. Le schéma posologique adopté pour la TBO est un régime de molécules antibacillaires de 6 à 9 mois (2 mois d'isoniazide, rifampicine, d'Ethambutol de pyrazinamide, suivis de 4 à 7 mois d'isoniazide et de rifampicine) recommandé comme traitement initial [14], parfois avec recours à la chirurgie. La réponse au traitement et la confirmation sont évaluées par l'examen clinique et la résolution de l'inflammation sans aucun test spécifique [15].

Conclusion

La tuberculose est encore un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Au Maroc où elle sévit encore à l'état endémique, et comme la tuberculose oculaire prend des aspects non-spécifiques et atypiques, elle devrait faire partie des diagnostics à suspecter devant une masse orbitaire, notamment si celle-ci est d'allure pseudo-tumorale, même en l'absence de signes cliniques présomptifs. Le diagnostic précoce bouleverse le pronostic de la maladie qui devient fâcheux en l'absence de traitement spécifique, ou lors d'une erreur diagnostique au profit d'une maladie inflammatoire suscitant la prise de stéroïdes, qui potentialiserait le pouvoir destructeur de cette maladie. La prise en charge doit être multidisciplinaire incluant ophtalmologistes, pneumologues et infectiologues.

***Correspondance**

Amal Edderai

docteur.edderai@gmail.com

Disponible en ligne : 10 Juillet 2021

1 : Service d'ophtalmologie adulte, Hôpital 20 Août 1953, Casablanca, Maroc.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Narula MK, Chaudhary V, Baruah D, Kathuria M, Anand R. Pictorial essay: orbital tuberculosis. *Indian J Radiol Imaging*. 2010;20:6–10.
- [2] Batuk Diyora, Sachin Ashok Giri, Bhagyashri Bhende, Deepali Giri, Sanjay Kukreja, and Alok Sharma. Orbital Tuberculosis with Intracranial Extension *J Neurosci Rural Pract*. 2018 Oct-Dec; 9(4): 636–638.
- [3] Ajay K Verma¹, Anubhuti Singh¹, Kislay Kishore², Manoj Kumar Pandey, Surya Kant. Orbital tuberculosis with involvement of the eyelid: An unusual presentation. *Clinical Case report Year : 2018 | Volume : 31 | Issue : 5 | Page : 279-28*
- [4] De Benedetti ZM, Carranza LB, Gotuzzo HE, Rolando CI. Ocular tuberculosis. *Rev Chilena Infectol* 2007;24:284-95.
- [5] Gupta V, Gupta A, Arora S, Bambery P, Dogra MR, Agarwal A. Presumed tubercular serpiginous like choroiditis: Clinical presentations and management. *Ophthalmology* 2003;110:1744-9.
- [6] Pillai S., Malone T., Abad J.C. Orbital tuberculosis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 1995;11(1):27.
- [7] Narula M.K., Chaudhary V., Baruah D., Mathuria M., Anand R. Pictorial essay: orbital tuberculosis. *Indian J Radiol Imaging*. 2010;20(1):6–10.
- [8] Kaur A, Agrawal A. Orbital tuberculosis: an interesting case report. *Int Ophthalmol*. 2005;26:107–9.
- [9] Banait S., Jain J., Parihar P.H., Karwassara V. Orbital tuberculosis manifesting as proptosis in an immunocompromised host. *Indian J Sex Transm Dis*. 2012;33(2):128–130.
- [10] Khurana S., Pushker N., Naik S.S., Kashyap S., Sen S., Bajaj M.S. Orbital tuberculosis in a paediatric population. *Trop Doct*. 2014;44(3):148–151.
- [11] Salam T., Uddin J.M., Collin J.R., Verity D.H., Beaconsfield M., Rose G.E. Periocular tuberculous disease: experience from a UK eye hospital. *Br J Ophthalmol*. 2015;99(5):582–585.
- [12] Aversa do Souta A., Fonseca A.L., Gadelha M., Donangelo I., Chimelli L., Domingues F.S. Optic pathways tuberculoma mimicking glioma: a case report. *Surg*

Neurol. 2003;60(4):349–353.

- [13] Patel S.S., Saraiya N.V., Tessler H.H., Goldstein D.A. Mycobacterial ocular inflammation: Delay in diagnosis and other factors impacting morbidity. *JAMA Ophthalmol*. 2013;131(6):752–758.
- [14] Hyun Sik Yoon,¹ Young Cheon Na,¹ and Hye Mi Lee². Primary orbital tuberculosis on the lower eyelid with cold abscess, *Arch Craniofac Surg*. 2019 Aug; 20(4): 274–278.
- [15] Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Am Fam Physician*. 2005;72:1761–8.

Pour citer cet article :

A Edderai, S Bahti, M Elbelhadji, A Mchachi, L Benhmidoune, A Chakib et al. Tuberculose orbitaire primitive pseudo-tumorale : une présentation rare de la tuberculose extra-pulmonaire. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 39-43



Article original

Les corps étrangers laryngés chez l'enfant en milieu tropical : à propos de 40 cas

Laryngeal foreign bodies in children in tropical environments: about 40 cases

B Loum^{1,3}, CA Lame¹, TB Diallo¹, CB Ndiaye¹, KMA Diouf¹, M Koné², B Sissoko¹, BK Diallo³

Résumé

Les corps étrangers des voies aériennes ; problème fréquemment observé chez les enfants, continuent de susciter un intérêt épidémiologique, clinique, prophylactique et thérapeutique surtout quand il s'agit d'une localisation laryngée

L'objectif de notre analyse rétrospective était de comparer nos résultats à ceux de la littérature et de discuter de la prise en charge thérapeutique de ces corps étrangers à haut risque.

Sur une période de 30 ans, 40 dossiers d'enfants porteurs de corps étrangers solides du larynx ont été colligés dans le service Orl et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital Principal de Dakar.

L'âge moyen des enfants (n=40) était de 4 ans Une consultation tardive (67%), une notion anamnétique de syndrome de pénétration rarement retrouvée (8/40 enfants) et une symptomatologie dominée par une dyspnée moyenne dans un contexte fébrile (6/40) rendaient le diagnostic difficile particulièrement quand les incidences radiologiques n'aidaient pas au diagnostic (32 % des cas).

Tous les corps étrangers ont pu être enlevés par voie naturelle au moyen d'une endoscopie rigide sous anesthésie générale. L'arête de poisson (n=20) constituait le corps étranger le plus fréquent.

Nous soulignons le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge de cette affection qui constitue une urgence médico-chirurgicale et insistent sur les mesures préventives spécifiques à adopter dans leurs régions.

Mots-clés : corps étrangers ; larynx ; endoscopie ; prévention.

Abstract

Respiratory Foreign bodies, frequently encountered in children, continue to generate epidemiological, clinical, prophylactic and therapeutic interest, especially when it comes to a laryngeal location

The objective of our retrospective analysis is to compare our results with those of the literature and to discuss the therapeutic management of these high-risk foreign bodies.

Over a 30 years period, 40 cases of children carrying strong foreign bodies of larynx were collected in the ENT department of Hôpital Principal de Dakar.

The average age of the children (n=40) was 4 years. A late consultation (67%), an amnanestic notion of penetration syndrome rarely found (8/40 children) and a symptomatology dominated by average dyspnea in a febrile context (6/40) made the diagnosis difficult especially when radiological incidences did not help

the diagnosis (32% of cases).

All foreign bodies could be removed naturally by means of rigid endoscopy under general anesthesia. Fish ridge (N=20) was the most common foreign body.

The authors stress the multidisciplinary nature of the management of this accident, which constitutes a medico-surgical emergency, and stress the specific preventive measures to be adopted in their regions.

Keywords: foreign bodies; larynx; endoscopy; prevention.

Introduction

leur pic de fréquence est noté entre 6 mois et 2 ans. Leur localisation au niveau du larynx est responsable d'une détresse respiratoire sévère pouvant engager le pronostic vital.

Ainsi aux USA, il y a quelques décennies, ces CE étaient la cause de 3000 décès d'enfants [1,2,3]. Dans la seule municipalité de 2.4 millions d'habitants de Saint-Louis des Etats-Unis, un ou deux enfants mourraient par jour de suffocation [4]. En France, les CE laryngés constituaient la première cause de mort accidentelle chez l'enfant de moins de 1 an [5].

Du fait des progrès de l'instrumentation et de l'anesthésie, leur gravité a été considérablement réduite avec une réduction de leur mortalité [6, 7].

Au Sénégal des études ont déjà évoqué la fréquence de cet accident par rapport à la littérature en évoquant l'importance de la trachéotomie dans la prise en charge en urgence [8, 9]. Un meilleur équipement des centres et une formation d'un nombre plus important d'ORL ont contribué à améliorer la prise en charge.

Nous avons entrepris de décrire cette série de cas de CE dans le but de Passer en revue les aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques actuels au Sénégal.

Méthodologie

Cadre d'étude

Le service d'O.R. L et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital Principal de Dakar est un service de référence nationale, assurant la prise en charge des adultes et des enfants présentant des pathologies ORL. Il existe un service de permanence ce qui permet d'assurer les soins 24h/24.

Concernant le plateau technique pour la prise en charge des CE, il existe un matériel d'endoscopie composé d'un laryngoscope Macintosh avec des lames de taille variable, de bronchoscopes de diamètre variant entre 3.5 et 5 mm, d'une source de lumière froide, d'un lot d'optiques grossissantes (0°, 30°), de micro-instruments, enfin d'une canule d'aspiration non traumatisante (Figure 1 et 2).

Une boîte de trachéotomie stérile accompagne toujours ce matériel.

En cas d'urgence, de CE laryngé notamment, tout ce matériel est disponible en permanence et l'équipe (O.R.L, instrumentiste, anesthésiste réanimateur et pédiatre) peut être réunie rapidement.

Le protocole habituel de prise en charge des suspicions de CE laryngés associe antibio-corticothérapie systématique et une endoscopie en urgence au bloc opératoire sous anesthésie générale.

Méthodologie

Il s'agit d'un recueil rétrospectif de données concernant tous les cas de CE laryngés solides survenus chez les enfants de 0 à 15 ans dans la période allant de janvier 1990 à décembre 2019 (30 ans).

Étaient inclus tous les enfants se présentant pour une symptomatologie évocatrice de CE laryngés et chez qui il y'a eu une confirmation à l'issue de l'examen endoscopique.

A partir des dossiers d'hospitalisation et de consultation, nous avons collecté pour chaque cas les données épidémiologiques et sociodémographiques (âge, sexe, contexte familial, adresse), les données cliniques (délai accident-consultation, notion de syndrome de pénétration, caractères de la dyspnée, timbre de la voix, notion de fièvre, principales

complications), les résultats de la radiographie, l'heure de l'intervention, la nature du CE, le pronostic. Ces données étaient recueillies à l'aide d'une fiche de collecte établie à cet effet. La saisie et l'analyse des données étaient faite sur Excel.

Résultats

Données épidémiologiques et sociodémographiques

La répartition selon l'âge retrouvait un âge moyen de 4 ans (5 mois à 10 ans). On notait une prédominance masculine avec 27 garçons pour 13 filles, soit un sex-ratio de 2.1. Concernant les données familiales, la moitié des enfants (20 cas) vivait dans un ménage polygame.

Sur le plan clinique

La notion de syndrome de pénétration n'a été notée que chez 8 enfants (20%). Le délai entre la survenue de l'accident et la consultation était de 8 jours en moyenne (2 heures à 60 jours) mais 1/3 des enfants avait consulté dans les 24 heures. Huit (8) enfants (20%) étaient traités pour un asthme persistant ou récidivant.

La fièvre était notée chez 6 enfants (15%) Seuls 3 enfants (7,5%) avaient présenté une dyspnée sévère La détresse respiratoire était modérée chez 24 enfants (60%) et absente pour le reste (13 enfants). Une dysphonie intermittente était notée dans 21 cas (53%).

Données radiologiques

La radiographie standard (thorax et parties molles du cou), réalisée pour 32 enfants a été contributive avec identification du corps étranger dans 68 % des cas (27 cas) (figure 3).

Données concernant l'endoscopie

Elle était réalisée entre 18h et 06h du matin dans 23 cas (57%). Après exposition du larynx à l'aide du laryngoscope, la bronchoscopie n'a pas été jugée nécessaire chez 4 enfants car le corps étranger avait pu être extrait directement à l'aide d'une micro-pince (3 cas) ou d'une pince de Magill (1 cas). Tous les autres enfants avaient bénéficié d'un examen endoscopique. Chez 3 enfants qui ont présenté une arête de poisson, l'utilisation d'une pince coupante

s'est avérée nécessaire.

L'épluchage d'un granulome glottique a révélé l'existence d'un cram-cram (*cenchrus biflorus*) chez trois enfants.

Les résultats de l'endoscopie sont détaillés dans le tableau I.

Les corps étrangers organiques (32 cas, 80 %) étaient les plus fréquents et étaient dominés par les arêtes de poisson (Figure 4). Nous avons retrouvé 3 cas de cram-cram (7,5 %) au 1/3 inférieur des cordes vocales englobés dans un granulome obstruant en partie la commissure postérieure glottique.

Les corps étrangers non organiques (8 cas, 20%) étaient plus rares.

En cours d'endoscopie, nous avons observé 17 cas de spasme laryngé transitoire et 2 cas d'arrêt cardio-respiratoire rapidement contrôlés.

Données évolutives

Nous n'avons pas noté de décès dans notre série. La durée moyenne de l'hospitalisation des patients a été de 5 jours. Nous n'avons pas noté de séquelles respiratoires ou neurologiques à distance.

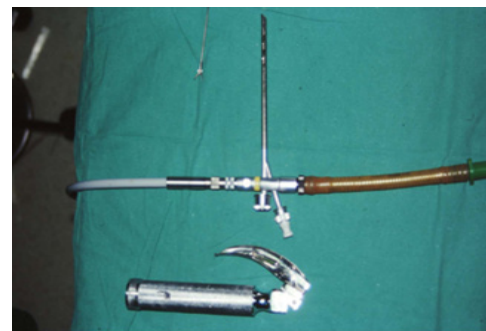


Figure 1 : Matériel d'extraction de corps étranger des voies aéro-digestives (Bronchoscope, câble de lumière froide, prolongateur, laryngoscope type Macintosh)



Figure 2 : Jeu de pince pour extraction de corps étranger des voies aéro-digestives



Figure 3 : Corps étranger larynger visualisé à la radiographie du thorax prenant le cou



Figure 4 : Corps étranger larynger type arête de poisson visualisé en endoscopie

Tableau I : Résultats de l'endoscopie

Classification des CE	Nature	Nombre	Pourcentage
ORGANIQUE	Arête de poisson	20	50
	Os de poulet	5	12,5
	Viande	1	2,5
	Dent	1	2,5
	Coque d'arachide	2	5
	Cram-cram	3	7,5
Inorganique	Boucle d'oreille	2	5
	Anneau	1	2,5
	Tringle de rideau	1	2,5
	Verre	1	2,5
	Plastique (jouet)	3	7,5

Discussion

Sur le plan clinique

La localisation laryngée stricte des corps étrangers est

peu décrite. La fréquence de cette localisation est très variable : 4 à 5% pour les occidentaux et américains [7,10,11], 7.5% en chine [12], 44.83% dans la série de Diop [9],14% dans notre série, au Sénégal.

Tous les auteurs sont unanimes pour dire que les enfants, dès l'âge de la découverte du monde extérieur et de la préhension, à 5 mois, sont exposés à ce terrible et absurde [13] accident inéluctablement dramatique en l'absence de toute assistance immédiate.

La gravité du tableau clinique dépend de la nature et du volume du corps étranger [14] qui varient en fonction des régions suivant les habitudes alimentaires et les modes de vie ; hot-dog, raisins, carottes en Amériques [15] coquille d'œuf en Israël [16], ballons gonflables en Jordanie [17], sangsue en Ethiopie [18], arêtes de poisson et/ou os de poulet au Sénégal [9, 6].

Deux types de corps étrangers solides peuvent se retrouver bloqués au niveau du larynx [16, 3, 4, 1]:

-Les corps étrangers totalement obstructifs dont les victimes n'ont que peu de chance de survivre si un geste salvateur n'est pas réalisé sur le lieu même de l'accident avant leur évacuation vers une structure spécialisée. De toute évidence, ces victimes n'ont pas toujours le temps d'arriver vivants à l'hôpital malgré les moyens mis en œuvre dans les pays développés ; en effet, d'après Reuilly [15], la mort par asphyxie survient à domicile chez 95% des enfants. Selon Lima [4] ce groupe constitue 45%de la mortalité.

De notre côté, Il nous est difficile de chiffrer le nombre d'accident d'inhalation mortel dans nos régions. Les raisons sont d'une part un défaut de surveillance des enfants par leurs parents qui n'assistent pas toujours à l'accident pour fournir des renseignements fiables au cours de l'anamnèse [6], d'autre part leur fatalisme en rapport avec une croyance religieuse qui ne facilite pas la réalisation d'une autopsie systématique en cas de mort subite inexplicée. Abdel-Rahmane, en Jordanie, [17] retrouve des ballons gonflables entiers au cours d'autopsie d'enfants âgés de 6 ans morts subitement par suffocation.

-Les corps étrangers laryngés partiellement obstructifs qui demeurent bloqués en position médiane au niveau laryngé sont : soit alimentaires à type d'arêtes

de poisson soit, non organiques ou domestiques (verre, plastique, jouets, tringle de rideau, boucles d'oreille...)

Les patients, porteurs de tel corps étrangers, ont par contre la chance de consulter à l'hôpital après un temps de latence variable allant de 1 jour à 4 mois [3, 4, 19]. Cohen cité par Friedman [2] démontre que 20% de l'ensemble de la population infantile est traité pour d'autres affections plus d'un mois avant de subir une bronchoscopie extrayant un corps étranger.

En effet 5 enfants de notre série ont eu un corps étranger type arête de poisson ou os de poulet resté bloqué au niveau laryngé au moins 60 jours. Le traumatisme et la surinfection ont été les facteurs favorisant des épisodes dyspnéiques et dysphoniques intermittents qui s'amendaient après chaque prise médicamenteuse antibiotique et corticoïde.

Ce tableau donne le change avec l'asthme [20] voire un état de mal asthmatique, une papillomatose laryngée, la laryngite bactérienne ou virale, la diphtérie [21, 4], ou une épiglotte [20, 21], d'autant plus qu'un contexte fébrile, rappelons-le, a existé chez 6 enfants de notre série.

Friedman [2] rapporte que l'anamnèse n'est pas contributive au diagnostic chez plus de 50% des patients. Selon Gay [22], chez 4 enfants sur six, les parents n'ont pas connaissance d'un syndrome de pénétration. Diop et Mu [9, 12] rapportent respectivement les pourcentages les plus importants :90% et 98%. Dans notre série nous ne l'avons observé que chez huit enfants (20%).

L'enclavement ou l'impaction du corps étranger au niveau laryngé peut être soit primitif ou secondaire ; en effet, le corps étranger peut s'enclaver directement au niveau du larynx l'obstruant totalement ou partiellement ; ou franchir le plan glottique du larynx pour se retrouver en situation trachéo-bronchique. Secondairement, à la suite d'un effort de toux, il peut s'enclaver au niveau glottique ou être expulsé dans les cas heureux : les cram-cram*[9, 23], épineux de faible poids très répandu dans nos régions après la saison des pluies, constitue un exemple éloquent, retrouvés chez 3 de nos enfants, au sein d'un granulome au niveau de

la face inférieure ou bord libre du 1/3 postérieur des cordes vocales.

Sur le plan paraclinique :

Selon et Sylva et Kent [11, 20] l'examen radiologique de routine n'est pas nécessaire quand le diagnostic est évident c'est à dire en présence d'un syndrome de pénétration et de signes cliniques évidents.

La radioscopie et la radiographie de face et/ou de profil centrées au niveau du larynx permettent de confirmer un CE laryngé mais peuvent décompenser une atteinte laryngée préexistante ; leur réalisation impose la prudence et la présence d'un orl capable de rétablir l'airway en cas d'urgence [7].

Si d'après Moskowitz cité par Sharma [3] seuls 10 à 15% des CE sont visibles à la radiologie ; dans notre série où prédominent les arêtes de poisson, os de poulet, et corps étrangers métalliques, nous avons un pourcentage plus élevé (68 %) de corps étrangers radio-opaques.

La radiographie est moins contributive en cas de CE organiques ou non organique radio transparents (coque d'arachide, cram-cram, jouet en plastique). Ces derniers types de C.E ont poussé, aux Etats Unis, plusieurs fabricants de jouets (the 3M Company and Mattel Company) à sponsoriser la recherche sur l'invention et le développement d'un plastique radio-opaque dans la conception des jouets [2].

Dans notre contexte, où le diagnostic peut être difficile, sauf extrême urgence nécessitant un transfert direct du patient vers le bloc opératoire, une radiographie du cou standard s'impose devant tout état dyspnéique et/ou dysphonique de l'enfant avec toutes les précautions requises.

De toutes les manières, la négativité d'une radiographie n'exclut pas la présence d'un corps étranger

Prise en charge thérapeutique

Le caractère universel de l'accident suppose que l'on considère les différents aspects thérapeutiques qui varient suivant le lieu de l'accident et/ou les moyens logistiques disposés. Il est également important de rappeler que l'accident survient à domicile donc à distance de l'hôpital dans 95% cas [15].

En dehors d'une structure spécialisée

-L'utilisation instinctive de l'index [3, 23] pour décrocher un C.E supposé enclavé au niveau sus-glottique est le premier réflexe de n'importe quel parent qui assiste à la menace d'enclavement et/ou au début d'asphyxie de son enfant.

Ce geste spontané et aveugle quelque fois efficace [23], peut transformer une obstruction partielle en une obstruction complète fatale ou engendrer une iatrogénie au niveau du larynx. Il faut tenir compte de la longueur de l'index par rapport à la position assez haute du larynx chez le nourrisson et chez l'enfant.

-Par contre, depuis la vulgarisation des méthodes de HEIMLICH ou de Mofenson le nombre de décès par suffocation a nettement diminué de 40% aux Etats-Unis [15].

Dans notre contexte où prédominent des corps étrangers acérés comme les arêtes de poisson et/ou les os de poulet, ces méthodes sont moins efficaces quelque soit la force de la colonne d'air mobilisée lors de la manœuvre. Leurs tentatives de renouvellement risquent malheureusement de causer des complications à type de rupture d'organe (foie, estomac), fracture de cote, inhalation du contenu gastrique [13, 24].

-La crico-thyrotomie temporaire ou la trachéotomie expéditive à la volée à l'aide de n'importe quel objet tranchant à portée de main comme un couteau [4], demeurent les gestes salvateurs réalisables sur le lieu de l'accident par un secouriste. Le premier objectif est de sauver l'enfant et d'éviter toute séquelle à type d'encéphalopathie anoxique.

Dans une structure hospitalière sans moyens, éventualité envisageable, particulièrement dans nos régions du fait de l'aspect trop onéreux du matériel endoscopique et de toute la logistique qui accompagne une anesthésie générale

Ainsi, en l'absence de tout moyen matériel et anesthésique il est tout à fait justifié de réaliser une trachéotomie dans un premier temps et d'adresser le patient vers un centre spécialisé pour l'extraction du corps étranger dans des conditions optimales de sécurité.

Gandhi [23], en Inde, proposait une trachéotomie prophylactique avant toute tentative d'extraction d'un

corps étranger. Diop [9] avec 44.83% de localisation laryngée, préconise également la trachéotomie de sécurité ou d'intubation qui occupe une place de choix 55.38 % des cas dans sa série.

Marck [25] rapporte que sur 5292 cas de C.E colligés aux États-Unis, seuls 104 soit 2% des cas ont nécessité une trachéotomie ; Parmi ces trachéotomies 52 soit 1% des cas ont été réalisées pour un œdème laryngé consécutif à une bronchoscopie et chez 10 cas (0.19%) pour enlever un gros C.E obstructif trachéal. Comme moyen palliatif permettant la réalisation d'une trachéotomie dans de meilleures conditions, François [14] préconise, dans un premier temps, la mise en place de deux cathéters au niveau crico-trachéal

Nous pensons comme François que tous les moyens doivent être mis en œuvre afin d'éviter une trachéotomie chez l'enfant particulièrement dans notre contexte de sous médicalisation où, par ailleurs, se pose toujours un problème de surveillance ; il faut aussi tenir compte de son coût, sa morbidité et sa mortalité.

D'après Carron [26] en Virginie, les indications de la trachéotomie ont changé en faveur de l'intubation endotrachéale.

Chez 2 patients le médecin anesthésiste-réanimateur a été confronté à une impossibilité d'intuber un enfant avec une sonde souple à cause de la présence d'une arête de poisson qui barrait le passage glottique ; nous avons réalisé une intubation première avec une bronchoscope rigide de petit diamètre (3.5 mm) afin de corriger l'hypoxémie transitoire et de procéder à l'extraction secondaire du CE.

Ainsi, nous n'avons jamais réalisé de trachéotomie chez l'enfant pour un C.E laryngé, ayant les moyens de réaliser, à tout moment, une endoscopie avec la précieuse collaboration de l'équipe d'anesthésie.

En milieu spécialisé

L'urgence absolue devient très relative ; quelle que soit la gravité de la dyspnée, il est toujours possible de préparer les patients, avant toute intervention, en leur administrant par voie intraveineuse antibiotique et corticoïde à dose efficace (sauf contre-indication),

afin de réduire, dans les plus brefs délais, l'œdème laryngé.

Cette voie veineuse sera, au mieux, préservée pour l'anesthésie générale avant l'endoscopie rigide qui constitue indéniablement le meilleur moyen à la fois diagnostique et thérapeutique.

Au décours d'une étroite surveillance de dix minutes, s'il est constaté une absence d'amélioration clinique, l'indication d'une endoscopie en urgence est posée. L'opérateur ne doit agir qu'au moment opportun c'est-à-dire après l'assurance d'une anesthésie complète, autrement dit, un dialogue permanent s'établit entre l'opérateur et l'anesthésiste, au risque d'être exposé au spasme laryngé et/ou à l'arrêt cardio-respiratoire Lima [4] rapporte 3 cas d'encéphalopathie hypoxique et 5 décès

Brama [16], avec une population de 17 corps étrangers laryngés, rapporte 3 cas d'arrêt cardio-respiratoire dont 2 décès.

Nous avons dans notre série 17 cas de laryngospasme et 2 cas d'arrêt cardio-respiratoire per et post-opératoires transitoires rapidement contrôlés et aucune séquelle n'a été observée.

L'ablation d'un corps étranger nécessite une coopération étroite entre les anesthésistes et l'opérateur.

A l'hôpital, quatre règles permettent d'éviter la iatrogénie en matière de CE des voies aériennes inférieures.

- L'intervention endoscopique ne doit pas être improvisée, car pour un meilleur déroulement de l'intervention [14, 6, 23] il faut une étroite collaboration en jour ouvrable, entre opérateur expérimenté, anesthésiste, et instrumentiste.
- Une surveillance systématique sous électrocardioscope et oxymètre de pouls per et post opératoire est de mise afin de détecter précocement les deux complications que sont le laryngospasme et l'arrêt cardio-respiratoire favorisées par toute stimulation laryngée survenant chez l'enfant insuffisamment endormi ou réveillé [27].
- La corticothérapie en fin d'intervention permet d'éviter l'œdème laryngé post opératoire [28].

Prévention

Le meilleur traitement de l'inhalation accidentelle des corps étrangers est la prévention [3, 16, 6].

Aux Etats-Unis, une loi fédérale impose aux fabricants de jouets d'enfant de moins de 3 ans, les normes de dimension de la Small Parts Test fixture (SPTF) : 31.7 mm de diamètre sur 57.1mm de profondeur.

Les dernières recommandations tiennent compte d'un critère de forme et exigent [15]: un diamètre minimum des objets sphériques de dépasser 44.4 millimètres, pour les objets non sphériques, ce diamètre est égal ou supérieur à 36.8mm.

Abdel-rahmane [17], en Jordanie, propose, à défaut de toute réglementation sur l'importation des jouets d'informer les parents des dangers des ballons gonflables à l'aide de magazines, caricatures dans les salles d'attente de médecin ou d'hôpitaux pour enfants.

Dans nos régions, nous proposons :la surveillance stricte des enfants en insistant sur la sensibilisation et l'éducation des parents à travers les supports médiatiques.

Conclusion

Toutes les obstructions laryngées liées à des corps étrangers ne sont pas mortelles dans nos régions où prédominent les arêtes de poisson.

Une obstruction partielle laryngée méconnue peut se manifester sous forme aiguë asphyxique au décours d'un traumatisme ou d'une surinfection.

Le diagnostic n'est pas facile devant la rareté du syndrome de pénétration, le retard de la consultation, l'existence d'une fièvre et la richesse de la pathologie laryngée tumorale, infectieuse, traumatique dont on en fera le diagnostic différentiel.

Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale qui impose une collaboration pluridisciplinaire permettant de réaliser une endoscopie rigide qui constitue le meilleur moyen diagnostique et thérapeutique.

La trachéotomie demeure un moyen thérapeutique palliatif en cas d'échec d'extraction par voie endoscopique ou d'impossibilité matérielle.

Nous insisterons plutôt sur les mesures préventives consistant à l'établissement d'un projet d'éducation de la population civile pour réduire la morbidité et mortalité de ce redoutable accident.

*Correspondance

Birame Loum

birameloumorl@yahoo.com

Disponible en ligne : 10 Juillet 2021

- 1 : Service ORL Hôpital Principal de Dakar, Dakar - Sénégal
- 2 : Service d'Anesthésie et de Réanimation Hôpital Principal de Dakar, Dakar - Sénégal
- 3 : Service ORL Pédiatrique, Centre hospitalier national d'enfants Albert Royer, Dakar – Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] DAYAN S H., PORTUGAL L G., WALNER D L., BERKOWITZ R. Laryngeal obstruction after inhalation of a penny from a metered dose inhaler. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999 ;120(4) :548-551
- [2] FRIEDMAN E M.-Tracheobronchial foreign bodies. *Otolaryngologic Clinic of North America*: February 2000; 33(1):179-185.
- [3] SHARMA H S., SHARMA S.-Management of laryngeal foreign bodies in children-*J Accid Emerg Med* 1999 Mar ;16(12) :150-3
- [4] LIMA J A., Laryngeal foreign bodies in children: A persistent, life-threatening problem. *Laryngoscope* 89: April 1989; 415-420.
- [5] DUTAU G., SENGELIN A.- Aspects actuels des corps étrangers respiratoires - E.M.C- Instantanés médicaux- 1987; 5.
- [6] SISSOKHO B., CONESSA C., PETROGNANI R. -Endoscopie rigide et corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant : réflexions à propos de 200 endoscopies réalisées en milieu tropical. *Médecine tropicale*. 1999; 59: 61-67.
- [7] SKOULAKIS CE., DOXAS PG., PAPADAKIS CE., PROIMOS E., CHRISTODOULOU P., BIZAKIS JG., VELEGRAKIS GA., MAMOULAKIS D., HELIDONIS ES.. Bronchoscopy for foreign body removal in children. A review and analysis of 210 cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000 30 ;53(2) :143-8
- [8] DEGUENONVO REA, DIOUF-BA MS, NDIAYE M, NDIAYE C, DIOM ES, DIOP A, SY A, LOUM B, NAO EEM, TENDING G, TALL A, DIALLO BK, NDIAYE IC, DIOUF R, AND DIOP EM. Tracheostomies in the Management of Aspirated Foreign Bodies in Children at the University Hospital Center of Dakar. *J Otol Rhinol* 2016, 5: 1http://dx.doi.org/10.4172/23248785.100026
- [9] DIOPE M., TALL A., DIOUF R., N'DIAYE I C.-Laryngeal foreign bodies: management in children in Senegal. *Arch Pediatr* 2000 Jan ;7(1) :10-5
- [10] MOUROT F., TRAISSAC L., ANCEUN P., DEVARIS F., PETIT J., DIFILLOT D.- Les corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques chez l'enfant. *Bordeaux Médical* .1985 ;8 :431-6.
- [11] SILVA A B., MUNTZ H R., CLARY R. -Utility of conventional radiography in the diagnosis and management of pediatric airway foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol*.1998; 107:834-838.
- [12] MU LIANCAI. PING HE., DEQIANG SUN. - Inhalation of foreign bodies in the chinese children: A review of 400 cases; *Laryngoscope*.1991; 101:657-660.
- [13] BOUSSUGES S., MAITRE ROBERT P., BOST M.- Pratique de la manœuvre de HEIMLICH sur les enfants dans la région de RHONE -ALPES. *Arch FR Pédiatrie*.1985 ;42 : 733-6.
- [14] FRANCOIS M., THACHTAON., MAISANID., PREVOST C., ROULLEAU P.- Endoscopie pour rechercher un corps étranger chez l'enfant, à propos de 668 cas. *Ann. Laryngol (Paris)*.1985; 12:433-441.
- [15] REUILLY J S., COOK S P., STOOL D., RIDER G. -Prévention and management of aerodigestive foreign body injuries in childhood. *Pediatric clinics of North America*.

1996; 43:1403-1411.

- [16] BRAMA I., FEARON B. -Laryngeal foreign bodies in children. *Int. J of pédiatric otorhinolaryngology*.1982; 4:259-265.
- [17] ABDEL-RAHMAN H.A.- Fatal suffocation by rubber balloons in children: mecanism and prevention.*forensic Science International* 2000 feb 14 ;108(2) :97-105
- [18] SOLOMON E.-Leech an unusual cause of laryngo-tracheal obstruction. *Ethiop Med J*: 1991; 29(3):141-2.
- [19] HALVORSON D J., MANN C., MERRITT R M., PORUBSKY E S. - Management of subglottic foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol*:1996 105 ;541-544
- [20] KENT S E., WATSON M G- Laryngeal foreign bodies. *The Journal of Laryngology and Otology*1990; 104:131-133.
- [21] BHAT NA., OATES J.-An unusual foreign body in the larynx: a case report. *J Laryngol Otol* :1996; 110(12) :1164-5
- [22] GAY B B., ATKINSON G O., VANDERZALM T., HARMON J D., PORUBSKY E S.-Subglottic Foreign bodies in pediatric patients. *AJDC* ,Feb 1986,vol 140 ;165-168
- [23] PLOYET MJ., ROBIER A., GOGA D., MERCIER C.- Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques. *Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Oto-Rhino-Laryngologie*,20730 A10.1987;7-,10 p.
- [24] GANDHI B S., SAHNI J K., BAJAJ Y. -Two unusual cases of foreign body larynx. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 1998; 40:135-139.
- [25] MARKS S C., MARSH B R., DUDGEON D L. -Indications for open surgical removal of airway foreign bodies. *The Annals of Otology And laryngology*1993; 102:690-694.
- [26] CARRON J D., DERKAY C S., STROPE G L., NOSONCHUK J E., DARROW D H. -Pediatric trachetomies: Changing Indications and Outcomes. *The Laryngoscope*: 2000; 110 :1099-1104
- [27] JOLY A., ECOFFEY C. - Réveil chez l'enfant in : *Conférences d'actualisation 1997.39°. Congrès national d'anesthésie et de réanimation*, Elsevier Paris, p :105-118.
- [28] Granry J.C, Monrigal J.P, Dubin J., Preckel M P, Tesson B. corps étranger des voies aériennes. In conférences d'actualisation. 41ème Congrès SFAR 1999. Ed. Elsevier. P. 765-795.

Pour citer cet article :

B Loum, CA Lame, TB Diallo, CB Ndiaye, KMA Diouf, M Koné, et al. Les corps étrangers laryngés chez l'enfant en milieu tropical : à propos de 40 cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 44-52



Cas clinique

Chorioangiome placentaire : à propos d'un cas

Placental chorioangioma: a case report

S Moukhlis*, K Ikouch, G Benjelloun, A Oubid, A Lamrissi, K Fichtali, S Bouhya

Résumé

Le chorioangiome placentaire est une tumeur bénigne placentaire, il correspond à l'hémangiome apparaissant dans le tissu chorionique, c'est la tumeur primitive du placenta humain la plus fréquente, avec une incidence d'environ 1%.

La particularité de cette tumeur est l'association des complications obstétricales, fœtales et néonatales, dans 50% des cas on retrouve un hydramnios, un retard de croissance intra utérin et les malformations fœtales, le mécanisme du décès fœtal n'est pas encore illustré.

À l'échographie, elle se présente sous la forme d'une lésion bien circonscrite, arrondie, majoritairement hypoéchogène près de la surface chorionique, faisant saillie dans la cavité amniotique.

Le diagnostic du chorioangiome placentaire est rétrospectivement posé à l'aide de l'étude anatomopathologique.

Nous décrivons un cas d'une parturiente de 26 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui se présente à 30 SA+ 2j

L'échographie obstétricale décrit une grossesse intra-utérine avec anamnios, retard de croissance disharmonieux, souffrance fœtale avec redistribution vasculaire au Doppler cérébral.

Par ailleurs le placenta est globuleux et hétérogène siège de multiples lacs vasculaires sans masse nettement individualisable et présence d'une dolichocéphalie.

La parturiente a bénéficié d'une surveillance hebdomadaire, et l'évolution a été marquée par une mort fœtal in utéro

L'étude histologique de placenta a permis de poser le diagnostic d'un chorioangiome placentaire.

La MFIU est très fréquente en cas de chorioangiome placentaire, illustré par notre cas. Le Diagnostic prénatal se fait par l'échographie obstétricale associée au doppler qui a un intérêt pronostic et thérapeutique. L'intervention thérapeutique prévient une augmentation de la taille, de la circulation hyperdynamique, et des complications périnatales. L'intervention, si elle est proposée, doit être effectuée par une main experte. Si cela n'est pas possible, le clinicien doit décider d'une prise en charge conservatrice.

Mots-clés : chorioangiome , échographie ,doppler, photocoagulations, complications.

Abstract

Placental chorioangioma is a benign placental tumor, it corresponds to hemangioma appearing in chorionic tissue, it is the most common primary human placental

tumor, with an incidence of approximately 1%.

The peculiarity of this tumor is the combination of obstetric, fetal and neonatal complications, in 50% of cases we find hydramnios, intrauterine growth retardation and fetal malformations, the mechanism of fetal death has not yet been illustrated.

On ultrasound, it presents as a well-circumscribed, rounded lesion, predominantly hypoechoic near the chorionic surface, protruding into the amniotic cavity. The diagnosis of placental chorioangioma is made retrospectively using the pathological study.

We describe a case of a 26-year-old parturient woman, with no particular pathological history, who presents at 30 WA + 2d.

The obstetric ultrasound describes an intrauterine pregnancy with anamnios, disharmonious growth retardation, fetal distress with cerebral Doppler vascular redistribution.

In addition, the placenta is globular and heterogeneous, the site of multiple vascular lakes without a clearly identifiable mass and the presence of dolichocephaly. The parturient was monitored weekly, and the course was marked by fetal death in utero. The histological study of the placenta made it possible to make the diagnosis of a placental chorioangioma.

MFIU is very common in cases of placental chorioangioma, illustrated by our case. Prenatal diagnosis is made by obstetric ultrasound associated with Doppler which has prognostic and therapeutic interest.

Therapeutic intervention prevents an increase in height, hyperdynamic circulation, and perinatal complications. The intervention, if offered, should be performed by an expert hand. If this is not possible, the clinician should decide on conservative management.

Keywords : chorioangioma, ultrasound, doppler, photocoagulations, complications.

Introduction

L'insuffisance placentaire est à l'origine du retard de croissance fœtale en intra utérin, ses étiologies sont

diverses : environnementale, maternelle, fœtale et placentaire. Cette dernière présente une entité rare, dont l'angiochoriome placentaire.

Le chorioangiome placentaire est une tumeur bénigne placentaire, il correspond à l'hémangiome apparaissant dans le tissu chorionique, c'est la tumeur primitive du placenta humain la plus fréquente, avec une incidence d'environ 1%. (1)

À l'échographie, elle se présente sous la forme d'une lésion bien circonscrite, arrondie, majoritairement hypoéchogène près de la surface chorionique, faisant saillie dans la cavité amniotique. (1)

En raison de la ressemblance des composants de la tumeur avec les vaisseaux sanguins et le stroma des villosités choriales, le terme chorioangiome a été jugé approprié. Cette tumeur bénigne correspond à des masses discrètes composées de multiples capillaires fœtaux soutenus par un stroma et sont principalement perfusées par la circulation fœtale. La taille et la vascularisation du chorioangiome sont corrélées au volume de sang fœtal acheminé vers la masse et ont une importance pronostique pour l'évolution du fœtus (2)

La particularité de cette tumeur est l'association des complications obstétricales, fœtales et néonatales, dans 50% des cas on retrouve un hydramnios, un retard de croissance intra utérin et les malformations fœtales, le mécanisme du décès fœtal n'est pas encore illustré. (3)

Le diagnostic du chorioangiome placentaire est rétrospectivement posé à l'aide de l'étude anatomopathologique. (4)

Cas clinique

Parturiente de 26 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, notamment pas de diabète ni hypertension artérielle ni anémie, et sans notion de consanguinité, qui se présente à 30 SA+ 2j

A l'examen clinique : TA = 120/60mmHg BU = négative Hauteur utérine : 24cm En dehors de travail BCF= 127bpm.

L'échographie obstétricale décrit une grossesse

intra-utérine avec anamnios, retard de croissance disharmonieux, souffrance fœtale avec redistribution vasculaire au Doppler cérébral. (Figure1)

Par ailleurs le placenta est globuleux et hétérogène siège de multiples lacs vasculaires sans masse nettement individualisable et présence d'une dolichocéphalie. (Figure2)

La parturiente a bénéficié d'une surveillance hebdomadaire, et l'évolution a été marquée par une mort fœtale in utero (figure2).

L'étude histologique de placenta a permis de poser le diagnostic d'un chorioangiome placentaire.



Figure 1 : résultat de l'échographie obstétricale.



Figure 2 : placenta globuleux et hétérogène.

Discussion

Physiopathologie :

Le chorioangiome placentaire est la tumeur la plus courante, une étude rétrospective de 22 000 examens placentaires a montré 138 chorioangiomes avec

une incidence de 0,6%. Ils étaient plus vus dans les grossesses multiples et chez les bébés de sexe féminin. On pense que le chorioangiome survient au 16e jour de fécondation, bien qu'il n'y ait aucune documentation de tumeur en premier trimestre (4). Il s'agit d'un angiome bénin résultant de tissu chorionique. Trois schémas histologiques des chorioangiomes ont été décrits par Marchetti : angiomateux, cellulaire et dégénéré. La variété angiomateuse est la plus courante, avec de nombreuses petites zones endothéliales des tissus capillaires et des vaisseaux sanguins entourés de placenta, ces lésions sont parfois classées comme des hamartomes placentaires plutôt qu'un véritable néoplasie, sans potentiel malin (4).

Les caractéristiques cliniques et les complications :

Les tumeurs de moins de 5 cm sont généralement asymptomatiques et peu susceptibles de complications maternelles et fœtales. Les grosses tumeurs agissent probablement comme shunts artérioveineux et provoquent des complications, telles que la prééclampsie, le travail prématuré, le décollement du placenta et polyhydramnios (5).

L'insuffisance cardiaque congestive fœtale peut se développer en raison de l'augmentation du flux sanguin au niveau du canal vasculaire de faible résistance dans le chorioangiome agissant comme un shunt artérioveineux. Autres complications associées sont les anémies hémolytiques, les anomalies congénitales, la cardiomégalie et la restriction de croissance (4).

Diagnostic échographique.

Clarke en 1978 a décrit le premier cas de chorioangiome. L'échographie prénatale était adoptée en 1978, ce qui a permis de diagnostiquer et de suivre l'évolution avant la naissance. Le chorioangiome placentaire se présente comme une masse échogène complexe bien définie différente du reste du placenta et la tumeur fait saillie dans la cavité amniotique près de l'insertion du cordon ombilical. L'utilisation de Doppler permet de différencier le chorioangiome du téréatome placentaire, du caillot sanguin et du léiomyome (4).

Conduite à tenir :

La découverte du Chorioangiome avec ses complications suscitées avant la viabilité fœtale nécessite des interventions. Diverses techniques avec des taux de succès variables ont été essayés tels que la série transfusions fœtales, coagulation fœtoscopique des vaisseaux au laser qui alimentent la tumeur, chimiosclérose et la dévascularisation chirurgicale endoscopique (4).

L'injection de substances toxiques pour le traitement du chorioangiome comporte un risque d'exposition fœtale potentielle, auquel une mort fœtale a été attribuée (2). La photocoagulation au laser peut être réalisée soit par voie fœtoscopique, soit en utilisant une coagulation laser interstitielle guidée par échographie (6). La foetoscopie a un succès rapporté de 60 à 80%, mais techniquement difficile en cas de placenta antérieur (7).

Dans une série de Zanardini (7), les chorioangiomes traités par photocoagulation étaient compris entre 3,5 et 5,4 cm, et la proximité du cordon était considérée comme une contre-indication par crainte d'un excès de dommages thermiques. Mais Papaioannou et al ont publié un rapport de cas de photocoagulation d'un angiome de 14 cm de grand axe, près de l'insertion du cordon placentaire (8).

Même si les progrès technologiques actuels exigent des options avancées, cela n'est peut-être pas toujours possible. Par conséquent, nous devrions avoir une idée sur la gestion conservatrice, qui peut être utilisée pour obtenir de bons résultats sans compromettre le bien-être maternel et fœtal.

Diagnostic différentiel.

Le chorioangiome est souvent confondu avec tératome placentaire, myome dégénéré et des caillots de sang. Le chorioangiome se différencie des autres par des vaisseaux similaires aux vaisseaux fœtaux. L'image échographique du caillot sanguin change avec le temps, tandis que le chorioangiome reste la même. Le myome est vu à la surface maternelle (4).

Conclusion

La MFIU est très fréquente en cas de chorioangiome placentaire, illustré par notre cas. Le diagnostic prénatal se fait par l'échographie obstétricale associée au doppler qui a un intérêt pronostique et thérapeutique.

L'intervention thérapeutique prévient une augmentation de la taille, de la circulation hyperdynamique, et des complications périnatales. L'intervention, si elle est proposée, doit être effectuée par une main experte. Si cela n'est pas possible, le clinicien doit décider d'une prise en charge conservatrice.

***Correspondance**

Sabah Moukhlis

sabah.moukhlis@gmail.com

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

1 : Service de maternité hôpital el harouchi CHU
IBN ROCHD CASABLANCA

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Williams Obstetrics, 23rd edn—chapter 27—Abnormalities of the placenta, umbilical cord and membranes.
- [2] Callen's ultrasonography in obstetrics and gynecology—sixth edition—chapter 19 0 ultrasound evaluation of the placenta, membranes and umbilical cord.
- [3] Chorioangioma: A Case Report J. Fetal Med. Journal of Fetal Medicine 325–32 <https://doi.org/10.1007/s40556-020-00270-7>
- [4] Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Obstetrics and Gynecology Volume 2012, Article ID 913878, 3 pages doi:10.1155/2012/913878

- [5] Wou K, Chen MF, Mallozi A, Brown RN, Shrim A. Pregnancy outcomes with ultrasonographic diagnosis in patients with histologically proven placental chorioangioma. *Placenta*. 2011;32:671–4.
- [6] Wou K, Chen MF, Mallozi A, Brown RN, Shrim A. Pregnancy outcomes with ultrasonographic diagnosis in patients with histologically proven placental chorioangioma. *Placenta*. 2011;32:671–4.
- [7] Papaioannou GK, Evangelinakis N, Kourtis P, Monstantinidou A, Papantoniou N. Giant chorioangioma treated with interstitial laser coagulation. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018;52(2):280–1
- [8] Zanardini C, Papageorghiou A, Bhide A, Thilagnathan B. Giant placental chorioangioma;natural history and pregnancy outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010;35:332–6.

Pour citer cet article :

S Moukhlis, K Ikouch, G Benjelloun, A Oubid, A Lamrissi, K Fichtali et al. Chorioangiome placentaire : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 53-57



Article original

Déterminants de l'âge dans la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau de l'URENI du CSRéf de Kayes en 2019

Determinants of age in the management of acute malnutrition at the URENI of the CSRéf of Kayes in 2019

S Diarra*¹, I Dembélé², YI Traoré³, S Coulibaly⁴, A Diallo⁵, Y Kamaté⁶, A Dembélé⁷, M Coulibaly⁸, B Coulibaly⁹, I Goïta¹⁰, S Sidibé¹¹, M Diabaté¹²

Résumé

Introduction: La prise en charge et le dépistage de la malnutrition aiguë accorde une place importante à l'âge des enfants. La mesure du périmètre brachial (PB) se fait chez les patients à partir de 6 mois et plus. La taille se mesure debout si l'enfant a 24 mois ou plus et couchée s'il a moins de 24 mois. Le dépistage des différents types de sous-nutrition utilise les indices Poids/Âge (Insuffisance pondérale), Taille/Âge (Retard de croissance). C'est pourquoi, la présente étude s'est proposée d'identifier les déterminants de l'âge dans la prise en charge des patients à l'URENI du CSRéf. L'intérêt de l'étude réside dans la mise à disposition à des prestataires des ureni des données actualisées sur les liens entre la variable âge et d'autres variables afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge dans ces structures.

Méthodologie : étude descriptive, transversale et rétrospective portant sur 401 dossiers des enfants hospitalisés à l'ureni du CSRéf de Kayes en 2019.

Résultats: Les âges les plus représentés ont été les 12 mois (17,7%) et 9 mois (11,4%). La tranche d'âge la plus représentée était celle de 6 à 23 mois (83%). Et 70% des patients de ce groupe d'âge étaient entre 6 à 12 mois et 30% entre 13 à 23 mois. La malnutrition

aiguë prédominait chez les sujets de sexe féminin dans les tranches d'âge 6 – 23 mois et 24 – 59 mois mais de façon non significative. Le taux de malnutrition chronique était plus élevé dans la tranche d'âge 24 – 59 mois. Des liens statistiquement significatifs ont été constatés entre l'âge et la malnutrition chronique ; entre l'âge et le poids des patients à l'admission. La majorité des patients des deux tranches d'âge (6 - 23 et 24 – 59 mois) faisait de l'insuffisance pondérale sévère. Dans la tranche d'âge 6 – 23 mois, 94% des patients ont été traités avec succès ; tandis que ce taux a été de 99% chez les 24 – 59 mois. Sur une durée de séjour de 1 à 5 jours, les 24 – 59 mois étaient traités avec succès mieux que les 6 – 23 mois.

Discussion: La majorité des patients était dans la tranche d'âge de 6 - 23 mois (83%). Ce constat est le même chez Dembélé I. [3], H. Diall [4], Barry B. [5]. Notre étude a constaté une prédominance de la malnutrition aiguë chez les filles dans les tranches d'âge 6 à 23 et 24 à 59 mois. Ce constat est similaire à ceux de H. Diall et al [4], Sidibé M [6], Diarra I [7]. Il est contraire à ceux de Dembélé I. et al [3] et Diop M [8].

Mots-clés: Ureni, Age, Malnutrition, Prise en charge, Kayes.

Abstract

Introduction: The management and screening of acute malnutrition places great importance on the age of children. MUAC is measured in patients 6 months and older. Height is measured standing if the child is 24 months or older and lying down if it is less than 24 months. Screening for different types of undernutrition uses the Weight / Age (Underweight), Height / Age (Stunting) indices. This is why the present study set out to identify the determinants of age in the management of patients with the CSRef urn. The interest of the study lies in making available to ureni providers updated data on the links between the age variable and other variables in order to help improve care in these structures.

Methodology: descriptive, cross-sectional and retrospective study of 401 files of children hospitalized at the CSRéf de Kayes ureni in 2019.

Results: the most represented ages were 12 months (17.7%) and 9 months (11.4%). The most represented age group was 6 to 23 months (83%). And 70% of patients in this age group were between 6 to 12 months and 30% between 13 to 23 months. Acute malnutrition predominated in females in the age groups 6 - 23 months and 24 - 59 months, but not significantly. The rate of chronic malnutrition was highest in the 24-59 month age group. Statistically significant associations were found between age and chronic malnutrition; between the age and weight of patients on admission. The majority of patients in both age groups (6 - 23 and 24 - 59 months) were severely underweight. In the age group 6 - 23 months, 94% of patients were treated successfully; while this rate was 99% among 24 - 59 months. Over a stay of 1 to 5 days, 24 - 59 months were treated successfully better than 6 - 23 months.

Discussion: The majority of patients were in the 6 - 23 month age group (83%). This observation is the same in Dembélé I. [3], H. Diall [4], Barry B. [5]. Our study found a predominance of acute malnutrition among girls in the age groups 6 to 23 and 24 to 59 months. This observation is consistent with those of H. Diall et al [4], Sidibé M [6], Diarra I [7]. It is contrary to

those of Dembélé I. et al [3] and Diop M [8].

Keywords: Ureni, Age, Malnutrition, Support, Kayes.

Introduction

Au Mali, la malnutrition constitue un problème de santé publique comme dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Elle est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. En 2019 au Mali, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) était de 9,4%. Celle de la malnutrition chronique (MC) et de l'insuffisance pondérale (IP) était respectivement de 26,6% et 18,1% [1].

La région de Kayes composée de 10 districts sanitaires dont celui du cercle de Kayes a connu une évolution favorable des indicateurs de la prise en charge de la malnutrition aiguë. En 2017, le MAG était à 14,2% pour se trouver à 8,9% en 2020. L'IP a évolué entre 18,3 à 14,3% pendant la même période. Le retard de croissance a évolué entre 20% et 19,7% [1].

Le district sanitaire de Kayes couvre 51 urenam (unité de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire modérée) et urenas (unité de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire sévère) ainsi que deux ureni (les unités de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive du centre de santé de référence (CSRéf) et de l'hôpital).

La prise en charge et le dépistage de la malnutrition aiguë accorde une place importante à l'âge des enfants. La mesure du périmètre brachial (PB) se fait chez les patients à partir de 6 mois et plus. La taille se mesure debout si l'enfant a 24 mois ou plus et couchée s'il a moins de 24 mois. Le dépistage des différents types de sous-nutrition utilise les indices Poids/ Age (Insuffisance pondérale), Taille/ Age (Retard de croissance). C'est pourquoi la présente étude s'est proposée d'identifier les déterminants de l'âge dans la prise en charge des patients à l'ureni du CSRéf. L'intérêt de l'étude réside dans la mise à disposition des prestataires des ureni des données actualisées sur les liens entre la variable âge et d'autres variables afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge

dans ces structures.

Objectifs

• Objectif général

Identifier les déterminants de l'âge dans la prise en charge des malnutris aigus hospitalisés à l'ureni du CSRéf de Kayes en 2019.

• Objectifs spécifiques

Caractériser l'âge des patients admis à l'ureni du CSRéf en 2019.

Identifier les déterminants de l'âge à l'ureni du CSRéf en 2019.

Méthodologie

Cadre de l'étude : CSRéf de Kayes.

Type d'étude : étude descriptive transversale et rétrospective.

Période d'étude : l'étude a concerné l'année 2019.

Critères d'inclusion : les patients de 6 mois et plus, hospitalisés à l'ureni du CSRéf en 2019 dont les dossiers de suivi ont été retrouvés et saisis dans la base de données.

Critères de non inclusion : patients de moins de 6 mois hospitalisés à l'ureni du CSRéf, les patients de plus de 6 mois dont les dossiers de suivi n'ont pas été retrouvés. Les patients hospitalisés en dehors de la période d'étude.

Echantillon : l'étude a concerné 401 patients hospitalisés à l'ureni du CSRéf en 2019.

Déroulement : les dossiers des patients hospitalisés ont été exploités à travers la collecte des données dans un masque de saisie. Les dossiers des mois d'octobre et novembre n'ont pu être retrouvés. La collecte et l'analyse des données ont été effectuées par SPSS statistics 21.

Résultats

Age des patients

Les âges les plus représentés ont été les 12 mois (17,7%) et 9 mois (11,4%). L'âge des admis allait de 6 à 59 Mois. Pour un patient, l'âge n'était pas mentionné sur le dossier. Les 6 mois ont représenté

5,7% (23 patients). Un seul patient admis avait 59 mois (0,2%).

Classes d'âge des patients

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 6 à 23 mois (83%). Et 70% des patients de ce groupe d'âge étaient entre 6 à 12 mois et 30% entre 13 à 23 mois. La tranche d'âge 24 à 59 mois a représenté 17%.

Age et Sexe

Pour la tranche d'âge 6 – 23 mois, 47% des patients étaient du sexe masculin contre 53% de sexe féminin. Le sexe ratio était de 1,1 en faveur du sexe féminin dans ce groupe.

Pour la tranche d'âge 24 - 59 mois, 44% des patients étaient du sexe masculin contre 56% de sexe féminin. Le sexe ratio était de 1,2 en faveur du sexe féminin.

Dans les deux tranches d'âge, le sexe féminin était le plus représenté. Cependant, il n'a pas été constaté une relation statistiquement significative entre l'âge et le sexe des patients admis.

Age et PB (périmètre brachial)

Le PB minimal de la tranche d'âge 6-23 mois était de 70 mm tandis que le maximum était de 140 mm. La majorité des patients de cette tranche d'âge avait un PB à 110 mm. La moyenne des PB était de 111 mm.

Dans la tranche d'âge 24-59 mois, le PB minimal était de 100 mm et celui maximum était de 140. La majorité des patients avait un PB à 120 mm. La moyenne des PB était de 116 mm.

Il n'a pas été constaté de relation statistiquement significative entre l'âge et le PB.

Age et Poids à l'admission.

Pour la tranche d'âge 6 à 23 mois, le poids minimal à l'admission était de 2,3 Kg et celui maximal était de 9,6 Kg. La majorité des patients de cette tranche avait un poids à 6,2 Kg. La moyenne des poids à l'admission était de 6 Kg.

Dans celle 24 à 59 mois, le poids minimal était de 5,6 Kg et celui maximal était de 12 Kg. La majorité des patients avait un poids à 7,8 Kg à l'admission. La moyenne des poids à l'admission était de 8 Kg.

Il a été constaté une relation statistiquement significative entre les tranches d'âge et le poids des patients à l'admission (Khi2 :199,52 P : 0,00).

Age et types d'admission

Les proportions des types d'admission ont été les mêmes dans les deux tranches d'âge : 41% pour les nouveaux cas et 59% pour les références. Les références étaient donc supérieures aux nouveaux cas. Il n'a pas été constaté une relation statistiquement significative entre l'âge et le type d'admission.

Age et raisons d'admission

La raison d'admission la plus fréquente dans les deux tranches d'âge a été la malnutrition aiguë sévère avec complication (6–23 mois : 77% ; 24–59 mois : 81%). Cette raison a été suivie par le test d'appétit faible (6–23 mois : 19% ; 24–59 mois : 13%) suivie de la malnutrition aiguë modérée avec complication (6–23 mois : 3% ; 24–59 mois : 3%) et enfin l'œdème à deux croix (6–23 mois : 0% ; 24–59 mois : 3%), non repose au traitement (6–23 mois : 1% ; 24–59 mois : 0%).

Il n'a pas été constaté de lien statistiquement significatif entre l'âge et la raison d'admission.

Age et Malnutrition aiguë

Dans la tranche d'âge 6 à 23 mois, 95% des patients avaient une malnutrition aiguë sévère et 5% avaient une malnutrition aiguë modérée.

Dans la tranche d'âge 24 à 59 mois, 97% des patients avaient une malnutrition aiguë sévère et 3% avaient une malnutrition aiguë modérée.

On constate que plus de patients avec une émaciation modérée ont été admis dans la tranche d'âge 6 à 23 mois que dans celle de 24 à 59 mois.

Il n'a pas été constaté une relation statistiquement significative entre l'âge et la malnutrition aiguë.

Age et malnutrition chronique (MC)

Parmi les patients de la tranche d'âge 6 à 23 mois, 22% présentaient de la malnutrition chronique modérée (MCM), 19%, la malnutrition chronique sévère (MCS) et 59% ne présentaient pas de MC. Dans cette tranche, la majorité des patients ne présentait pas de MC, et le taux de MCM était plus élevé que celui de la MCS.

Parmi ceux de la tranche d'âge 24 à 59 mois, 26% présentaient de la MCM, 43% de la MCS et 31% ne présentaient pas de MC. Dans cette tranche, non

seulement la majorité des patients avait de la MC, mais le taux de MCS est plus élevé que celui de la MCM.

On constate que le taux de MC est plus élevé dans la tranche d'âge 24 à 59 mois que dans celle 6 à 23 mois. Sur l'ensemble de l'échantillon, environ la moitié des patients avait une MC (45,8%) dont 23% modérée (MCM) et 22,8% sévère (MCS).

Il a été constaté un lien statistiquement significatif entre l'âge et la malnutrition chronique (Khi²:22,932 P:0,000)

Age et insuffisance pondérale (IP)

Dans la tranche d'âge 6 à 23 mois, 6% des patients ne faisaient pas d'insuffisance pondérale (AIP : absence d'insuffisance pondérale), 27% présentaient une insuffisance pondérale modérée (IPM) et 67% avaient une insuffisance pondérale sévère (IPS). On constate que 94% des patients admis dans cette tranche avaient une IP à l'admission et le rapport IPS/IPM était 2,49.

Dans la tranche d'âge 24 à 59 mois, 4,41% des patients ne faisaient pas d'IP ; 13,24% présentaient une IPM et 82,35% avaient une IPS. On constate que 95% des patients admis de cette tranche avaient une IP à l'admission et le rapport IPS/IPM était 6,22. Les rapports comparé IPS/IPM dans les deux tranches d'âge permet de conclure une prédominance de l'insuffisance pondérale sévère dans la tranche 24 à 59 mois. Aussi, dans les deux tranches d'âge, on constate une prédominance de l'IPS par rapport à l'IPM.

Il n'a pas été constaté une relation statistiquement significative entre l'âge et l'insuffisance pondérale.

Age et problèmes majeurs (complications)

Les 5 problèmes majeurs (ou complications) les plus fréquemment rencontrés par ordre ont été :

Infection respiratoire aiguë (IRA) : 45,9%

- Diarrhée : 28,7%
- Vomissement : 24,2%
- Candidose : 2,7%
- Appétit faible : 1,5%

Les autres problèmes majeurs ont concerné : Anémie sévère (1%), Paludisme grave (0,5%), Dermatose (0,5%), Choc hypovolémique (0,2%), Handicap physique (0,2%), Déshydratation (0,2%),

Dilatation gastrique (0,5%), Drépanocytose (0,5%), Hyperthermie (1%), Malformation physique (0,2%), Raideur des membres (0,2%), Myocardite (0,2%), Trisomie 21 (0,2%).

Pour les patients dont le problème majeur était l'IRA, 80% étaient dans la tranche d'âge 6 – 23 mois et 20% dans la tranche d'âge 24 – 59 mois.

Pour les patients dont le problème majeur était le vomissement, 88% étaient dans la tranche d'âge 6 – 23 mois et 12% dans la tranche d'âge 24 – 59 mois.

Pour les patients dont le problème majeur était la diarrhée, 81% étaient dans la tranche d'âge 6 – 23 mois et 19% dans la tranche d'âge 24 – 59 mois.

Les cas d'anémie sévère, de paludisme grave, de dermatose, de déshydratation, choc hypovolémique, handicap physique, dilatation gastrique, drépanocytose, hyperthermie, malformation physique, raideur des membres, myocardite comme problèmes majeurs ont été uniquement observés dans la tranche d'âge 6 – 23 mois. Cependant, le cas de trisomie 21 a été observé dans la tranche d'âge 24 – 59 mois.

Sur 6 cas de test d'appétit faible comme problème majeur, 5 étaient dans la tranche d'âge 6 – 23 mois et 1 dans celle 24 – 59 mois. Et sur 11 cas de candidose, 8 étaient dans la tranche d'âge 6 – 23 mois.

L'association de deux pathologies (problèmes majeurs) était de 81% dans la tranche d'âge 6 – 23 mois et de 19% dans celle 24 – 59%.

L'association de trois pathologies (problèmes majeurs) était observée dans 86% des patients dans la tranche d'âge 6 – 23 mois et de 14% dans celle 24 – 59%.

Il n'a pas été constaté une relation statistiquement significative entre l'âge et les problèmes majeurs.

Age et types de sortie

La majorité des patients entre 6 et 23 mois a été traité avec succès à la proportion de 94% contre 99% dans la tranche d'âge 24 – 59 mois. Deux décès (1%), quatre abandons (1%) ont été constatés dans la tranche d'âge 6 – 23 mois contre 0 décès et 0 abandon dans celle 24 – 59 mois. Aussi, 4% de références de l'ureni du CSRéf à la pédiatrie ont été effectuées dans la tranche 6 – 23 mois contre 1% dans celle 24 – 59 mois.

Il n'a pas été constaté une relation statistiquement significative entre l'âge et le type de sortie.

Age et durée de séjour

La majorité des patients dans la tranche d'âge 6 – 23 mois (22%) ont fait 6 jours d'hospitalisation. Celle des patients entre 24 – 59 mois (21%) ont fait 4 et 5 jours d'hospitalisation à proportion égale.

Pour la tranche d'âge 6 – 23 mois, 53% des patients ont eu un séjour entre 1 à 5 jours ; 37% ont fait un séjour entre 6 à 7 jours ; 8% entre 8 à 10 jours ; 2% entre 11 à 15 jours. En effet, 90% des patients de cette tranche d'âge ont été traité avec succès entre 2 et 7 jours (aucun enfant de cette tranche n'a été traité avec succès en 1 jour).

Pour la tranche d'âge 24 – 59 mois, 64% des patients ont un séjour entre 1 à 5 jours ; 24% ont fait un séjour entre 6 à 7 jours ; 6% entre 8 à 10 jours ; 5% entre 11 à 15 jours. Deux patients de cette tranche d'âge ont traité avec succès en 24 heures. Plus de 88% ont été traités avec succès entre 1 et 7 jours. On constate que pour les deux tranches d'âge les durées de séjours sur 7 jours sont presque semblables avec une légère supériorité pour la tranche d'âge 6 – 23 mois.

Il n'a pas été établi de relation statistiquement significative entre l'âge des patients et la durée de séjour.

Tableau I : Les mesures de tendances centrales et de dispersion de l'échantillon

Moyenne	14,48 mois	
Médiane	12,00 mois	
Mode	12 mois	
Ecart-type	8,051 mois	
Variance	64,821 mois	
Intervalle	53 mois	
Minimum	6 mois	
Maximum	59 mois	
Centiles	25	9,00 mois
	50	12,00 mois
	75	18,00 mois

Discussion

Notre étude a concerné 401 enfants de 6 à 59 mois admis à l'ureni du CSRéf de Kayes entre Janvier et

Décembre 2019. L'objectif était d'étudier l'âge et ses déterminants chez les patients admis. La limite de l'étude a concerné la non inclusion des enfants admis aux mois d'Octobre et Novembre 2019 à cause du fait que leurs dossiers n'ont pu être retrouvés.

Les constats ont montré que :

L'âge le plus fréquent était de 12 mois. L'âge médian était aussi de 12 mois et l'écart type 8,05.

Dans son étude, Doumbia F. a trouvé un âge médian de 16 mois avec un écart type à 6,99 [2]. Ses extrêmes étaient de 2 et 48 mois tandis que les nôtres étaient de 6 et 59 mois. L'étude de cet auteur a aussi concerné les enfants de moins de 6 mois, ce qui constitue sa différence avec la nôtre.

Dans notre étude, la majorité des patients admis était dans la tranche d'âge de 6 à 23 mois (83%). Ce constat est semblable à ceux de plusieurs auteurs :

- Dembelé I. et al, dans leur étude à l'ureni du CSRéf de Banamba ont trouvé que la majorité (56,72%) des patients était dans la tranche d'âge 6 – 23 mois [3]. Il faut remarquer que les enfants de moins de 6 mois faisaient partie de son échantillon.
- H. Diall et al, dans leur étude au niveau de l'ureni de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré en 2016 ; ont trouvé une proportion de 44,79% d'enfants dans la tranche d'âge 12 à 23 mois [4]. A la différence de la notre où la borne inférieure était 13 mois, nous avons observé que 30% des enfants étaient dans la tranche d'âge 13 à 23 mois.
- Barry B. a constaté dans son étude à la pédiatrie de l'hôpital de Gao en 2009 que la majorité (49,7%) des patients malnutris aigus sévères étaient dans la tranche d'âge 6 à 23 mois contre 34% dans la tranche d'âge 24 à 59 mois. [5].
- Sidibé M. a constaté à l'ureni du CSRéf de Kalabankoro en 2018, que 74,09% des enfants admis étaient dans la tranche d'âge 6 à 23 mois contre 18,06% entre 24 à 59 mois [6].
- Diarra I. a observé dans son étude à l'ureni du CSRéf de Koutiala en 2014, que 51,4% des enfants étaient dans la tranche d'âge 6 à 23 mois contre 48,6% dans celle 24 à 59 mois [7].
- Diop M. dans son étude à Markala en 2014, a

constaté que 69% de son échantillon étaient situés dans la tranche 6 à 23 mois tandis que 22,1% étaient dans la tranche 24 à 59 mois [8].

- Doumbia F. a également constaté dans son étude au CHU Gabriel Touré en 2014 que 87,9% des patients étaient dans la tranche d'âge 6 à 23 mois contre 9,9% dans la tranche d'âge 24 à 59 mois [2].
- Coulibaly M. lors de son étude au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré en 2020, a constaté une majorité (33,7%) des patients malnutris hospitalisés dans la tranche d'âge 6 – 23 mois. Cependant, il faut remarquer que son échantillon incluait des enfants non malnutris [9].

Les résultats de ces études sont en faveur d'une prédominance de la malnutrition dans la tranche d'âge 6 – 23 mois. Bien qu'il existe parfois des différences de critères d'inclusion (inclusion des moins de 6 mois dans certaines études) ; la prévalence des patients admis dans notre étude de ladite tranche reste supérieure à toute sauf à celle Doumbia F. Aussi, dans notre étude, on peut observer que les 75% de l'échantillon avaient un âge en-dessous de 18 mois (une période sensible car incluse dans les 1000 jours). Ces constats interrogent le succès de l'alimentation du nourrisson et jeune enfant (ANJE) ; la pratique de la PCIME (prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) ; la mise en œuvre de l'approche 1000 jours dans les établissements de santé et en milieu communautaire. Qu'en est-il de leurs applications et connaissances dans les centres de santé (lors des consultations ou après accouchements) et en milieu communautaire (efficacité des IEC ou démonstrations nutritionnelles menées par des relais communautaires, les agents de santé communautaires (ASC), les groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN), etc.). Cette interrogation pourrait conduire à la nécessité de renforcement des activités ANJE et de la PCIME aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Notre étude a constaté une prédominance de la malnutrition aiguë chez les filles dans les tranches d'âge 6 à 23 et 24 à 59 mois.

Les constats sont partagés quant à cette observation :

- H. Diall et al [4], Sidibé M. [6], DIARRA I. [7] ont fait la même remarque que nous c'est-à-dire une prédominance féminine de la malnutrition aiguë.
- Cependant, H. Diall et al [4], ont constaté une prédominance du sexe masculin chez les malnutris aigus lors d'une autre étude en 2012 au service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE [10].
- Dembelé I. et al [3] ont constaté une prédominance de la malnutrition aiguë chez le sexe masculin. Il en était de même chez DIOP M. [8].
- Aussi, selon l'enquête nationale nutritionnelle anthropométrique et de mortalité rétrospective suivant la méthodologie SMART-2019 au Mali, la prévalence de la malnutrition aiguë globale était plus élevée chez les garçons (11,2%) que chez les filles (6,5%) [1] dans la région de Kayes.
- Dans son étude à l'hôpital de Gao (Mali), Barry B.O.S. a constaté une prédominance de la malnutrition aiguë chez les garçons (55,8%) par rapport aux filles (44,2%). Il a inclus 15 des enfants de plus de 5 ans dans son échantillon [5].
- Il faut remarquer que COULIBALY M. [9] a constaté la malnutrition aiguë dans les deux sexes à proportion égale (50%).
- Les données de la littérature semblent partagées sur la tendance de la malnutrition aiguë chez les garçons et les filles. Cependant, dans notre étude, les tests statistiques n'ont pas trouvé de lien significatif entre le sexe et la malnutrition (Khi2: 3,117 P : 0,77).

Conclusion

L'étude a constaté que la forte majorité des admis à l'URENI du CSRéf de Kayes était située dans la tranche d'âge 6 -23 mois. Ce constat met en relief la nécessité de renforcer les actions en faveur de la première fenêtre d'opportunité (l'approche 1000 premiers jours, la PCIME, la stratégie GSAN). Les autorités sanitaires agiraient plus efficacement en dynamisant lesdites actions.

*Correspondance

Samou Diarra

samoudiarra85@yahoo.fr

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

- 1 : Centre de Santé de Référence de Kayes
- 2 : ONG Action Contre la Faim, Kayes
- 3 : Cabinet médical Koulé Djakan, Ségala, Kayes.
- 4 : Service de néphrologie du CHU Point G, Bamako.
- 5 : Centre de santé communautaire de Diboli, Kayes.
- 6 : Centre de santé communautaire de Sérénaty, Kayes.
- 7 : Centre de santé communautaire de Plateau, Kayes.
- 8 : Centre de santé secondaire de Gakoura, Kayes.
- 9 : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bamako.
- 10 : Centre de santé communautaire de Diamou.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Enquête Nationale Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective suivant la méthodologie SMART-Septembre 2019, Mali. P131.
- [2] Doumbia F. Aspects épidémio-cliniques de la malnutrition aiguë sévère des enfants de moins de 5 ans au CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. 2014. P85.
- [3] Dembelé I, Sogodogo S, Kayembé K, Sangho O, Coulibaly CA, Telly N et Al. Facteurs déterminants la malnutrition aiguë sévère avec complication chez les enfants âgés de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Banamba, Mali, 2014-2018. *Mali Santé Publique* 2019. Tome IX N°002. P 14 – 17.
- [4] H. Diall, A. Dembelé, YI. Touré, B. Maïga, ME. Cissé, AK. Doumbia, O. Coulibaly et al. Les facteurs influençant les

indicateurs de performance à l'URENI de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Mali santé Publique 2019. Tome IX N°002. P 7 – 13.

- [5] Barry B.O.S Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Gao. Thèse de médecine. 2009. P148.
- [6] Sidibé M. Evaluation du bilan d'activité de l'URENI du Centre de Santé de Référence de Kalaban Coro. Thèse de médecine. 2019. P76.
- [7] Diarra I. Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants de 06 à 59 mois à l'ureni du centre de sante de référence de Koutiala en 2014. Thèse de médecine. 2015. P 187.
- [8] Dop M. Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans l'ureni du CSRéf de Markala en 2014. Thèse de médecine. 2015. P82.
- [9] Coulibaly M. Facteurs de risque de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois hospitalisés au département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. 2020. P131.
- [10] Diall H, Bathily S, Sylla M, Coulibaly O, Maiga B, Traoré F et al Prévalence de la malnutrition chez les enfants hospitalisés dans le service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré (Bamako) de mai 2011 à avril 2012. Mali santé Publique 2018. Tome VIII N°001. P 22 – 24.

Pour citer cet article :

S Diarra, I Dembélé, YI Traoré, S Coulibaly, A Diallo, Y Kamaté et al. Déterminants de l'âge dans la prise en charge de la malnutrition aigüe au niveau de l'URENI du CSRéf de Kayes en 2019. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 58-65



Cas clinique

Epilepsie partielle continue ou syndrome de Kojevnikov au Sénégal : à propos d'un cas

Continuous partial epilepsy or Kojevnikov syndrome in Senegal: a case report

C De Chacus*¹, M Fall², H Ewodo Touna¹, B Ekanmian¹, M Basse Anna¹, M Ndiaye¹, AG Diop¹

Résumé

Introduction : Le syndrome de Kojevnikov est une forme d'épilepsie symptomatique réfractaire décrite en 1894. Sa pathogénie est mal comprise. Il se caractérise par des secousses cloniques focales, régulières ou irrégulières, fréquentes et prolongées parfois aggravées par des stimuli sensoriels ou sensitifs. Nous rapportons un cas chez une femme présentant une méningoencéphalite.

Observation : Une patiente de 18 ans présentait une tuberculose pulmonaire et mammaire depuis mars 2019. En décembre 2019, elle avait développé des céphalées et un trouble de la conscience. L'examen retrouvait un syndrome méningé, une tétraparésie flasque, un syndrome pseudobulbaire, un syndrome infectieux et une crise motrice persistante du membre supérieur droit, en pleine conscience, sans généralisation secondaire, durant des heures et pendant le sommeil. Le scanner cérébral était normal. L'analyse du LCS montrait une hyperprotéinorachie à 1,86 g/L. Un syndrome inflammatoire biologique était présent. Le diagnostic de méningoencéphalite infectieuse était posé. L'électroencéphalogramme (EEG) montrait un tracé ralenti, mal organisé avec un foyer irritatif en bi-frontal. Le diagnostic d'épilepsie partielle continue (EPC) était posé avec un traitement efficace par carbamazépine.

Discussion : Aucun cas d'EPC n'était rapporté dans la littérature sénégalaise. La seule série rapportée en Afrique concerne 4 cas d'hyperglycémie sans cétose au Maroc. Nous rapportons ici une forme non progressive d'EPC (type 1). La patiente n'était pas connue épileptique et répondait aux critères modifiés de Juul-Jensen et Denny-Brown's. Le déficit moteur permettait d'écarter un mouvement anormal. La localisation au membre supérieur droit concordait avec la description princeps. L'EEG était en faveur. Elle était pharmacosensible à la carbamazépine, parfois utilisée dans la littérature.

Conclusion : L'EPC est une forme rare, durable et invalidante d'état de mal convulsif partiel. La rareté des données épidémiologiques en Afrique représente un frein au diagnostic et au traitement. Notre cas est symptomatique d'une méningoencéphalite infectieuse avec une évolution favorable sous antibiotiques et carbamazépine.

Mots-clés : Épilepsie partielle continue, Kojevnikov, méningoencéphalite, Sénégal.

Abstract

Introduction: Kojevnikov syndrome is a symptomatic refractory form of epilepsy described in 1894. Its pathogenesis is poorly understood. It is characterized by focal clonic jerks, regular or irregular, frequent

and prolonged, sometimes aggravated by sensory or sensitive stimuli. We report a case in a woman with meningoencephalitis.

Observation: An 18-year-old patient had had pulmonary and breast tuberculosis since March 2019. By December 2019, she had developed headaches and transient disturbance of consciousness. The examination found meningeal syndrome, flaccid tetraparesis, pseudobulbar syndrome, infectious syndrome and persistent motor seizure of the right upper limb, in full consciousness, without secondary generalization, lasting for hours and during sleep. The brain scan was normal. LCS analysis showed hyperproteinorachia at 1.86 g/L. A biological inflammatory syndrome was present. The diagnosis of infectious meningoencephalitis was made. The electroencephalogram (EEG) showed a slowed, poorly organized pattern with a bi-frontal irritative focus. The diagnosis of continuous partial epilepsy (CPE) was made with effective treatment with carbamazepine.

Discussion: No case of CPE was reported in the Senegalese literature. The only series reported in Africa concerns 4 cases of hyperglycemia without ketosis in Morocco. We report here a non- progressive form of CPE (type 1). The patient was not known to have epilepsy and met the modified Juul-Jensen and Denny-Brown's criteria. The motor deficit made it possible to rule out abnormal movement. The location in the upper right limb concurred with the description of the originator. The EEG was in favor. She was pharmacosensitive to carbamazepine, sometimes used in the literature.

Conclusion: CPE is a rare, long-lasting, and debilitating form of partial seizure status. The scarcity of epidemiological data in Africa represents an obstacle to diagnosis and treatment. Our case is symptomatic of infectious meningoencephalitis with a favorable outcome with antibiotics and carbamazepine.

Keywords: Continuous partial epilepsy, Kojevnikov, meningoencephalitis, Senegal.

Introduction

Le syndrome de Kojevnikov encore appelé épilepsie partielle continue (EPC) est une forme d'épilepsie symptomatique réfractaire dont la première description remonte à 1894 en Russie [1]. Son origine, son mécanisme de survenu, son évolution et son pronostic restent mal compris. Il se caractérise par des secousses cloniques focales, régulières ou irrégulières, très fréquentes et répétitives durant au moins une heure parfois aggravées par des stimuli sensoriels ou sensitifs et d'origine corticale [2,3]. Quelques séries de cas ont été rapportées dans le monde mais très peu en Afrique. Nous présentons un cas chez une femme sénégalaise présentant une méningoencéphalite infectieuse à germe non spécifique.

Cas clinique

Une patiente âgée de 18 ans non tabagique et non alcoolique a présenté un abcès mammaire en novembre 2018, une tuberculose bacillifère à localisation pulmonaire puis mammaire en mars 2019. L'évolution était défavorable liée à une rupture thérapeutique. En décembre 2019, elle était reçue à l'hôpital de Fann pour l'installation sur 10 jours de céphalées et de trouble de la conscience dans un contexte fébrile, d'agitation psychomotrice et d'absence de vomissements. L'examen clinique retrouvait une obnubilation transitoire avec un score de Glasgow à 12, un syndrome méningé, un syndrome infectieux, un syndrome neurologique focal à type de tétraparésie flasque avec une participation faciale gauche, un syndrome pseudobulbaire avec une atteinte prédominante des nerfs oculomoteurs et glossopharyngés à gauche, une crise motrice continue et une altération de l'état général. Cette crise survenait de façon irrégulière au membre supérieur droit, sans généralisation secondaire et sans perte de la conscience. Elle pouvait persister durant des heures avec une légère atténuation durant le sommeil. Le scanner cérébral était normal. L'analyse du liquide cébrospinal (LCS) montrait une dissociation albumino- cytologique (hyperprotéinorachie : 1,86

g/L et cytorachie < 1 élément/ml) et une glucorachie à 0,6 g/L. Un syndrome inflammatoire biologique était présent avec une CRP élevée à 95 mg/L et une hyperleucocytose à 17170/mm³ à prédominance polynucléaire neutrophile. Le diagnostic de méningoencéphalite infectieuse sur terrain de tuberculose bifocale était posé. Aucun germe n'a pu être isolé dans le LCS.

L'hypothèse d'EPC était émise. Le traitement par carbamazépine 10 mg /kg/j était efficace dès le troisième jour avec un arrêt durable des crises. La méningoencéphalite et la mastite suppurée étaient traitées par une antibiothérapie constituée d'imipénème intraveineux et d'amikacine intramusculaire pendant un mois. Elle recevait parallèlement son traitement antituberculeux avec

une corticothérapie courte au début de ce traitement. Un électroencéphalogramme (EEG) de veille réalisé en période intercritique montrait un rythme de veille thêta-alpha variable (figure 2), assez ample irrégulier, diffus, mal modulé, bilatéral, symétrique, synchrone et faiblement réactif à l'ouverture des yeux. Des pointes ondes (PO) lentes (figure 1) étaient visualisées dans les régions frontales, majorées par l'hyperpnée (HPN). La stimulation lumineuse intermittente (SLI) était sans effet. Il s'agit en résumé d'un tracé ralenti et mal organisé avec un foyer irritatif en bi-frontal (figure 3 et 4) compatible avec une épilepsie focale symptomatique. Devant l'amélioration clinique, la dose de carbamazépine était diminuée de moitié avec une évolution favorable. C'est ainsi que le diagnostic d'EPC type 1 a été retenu.

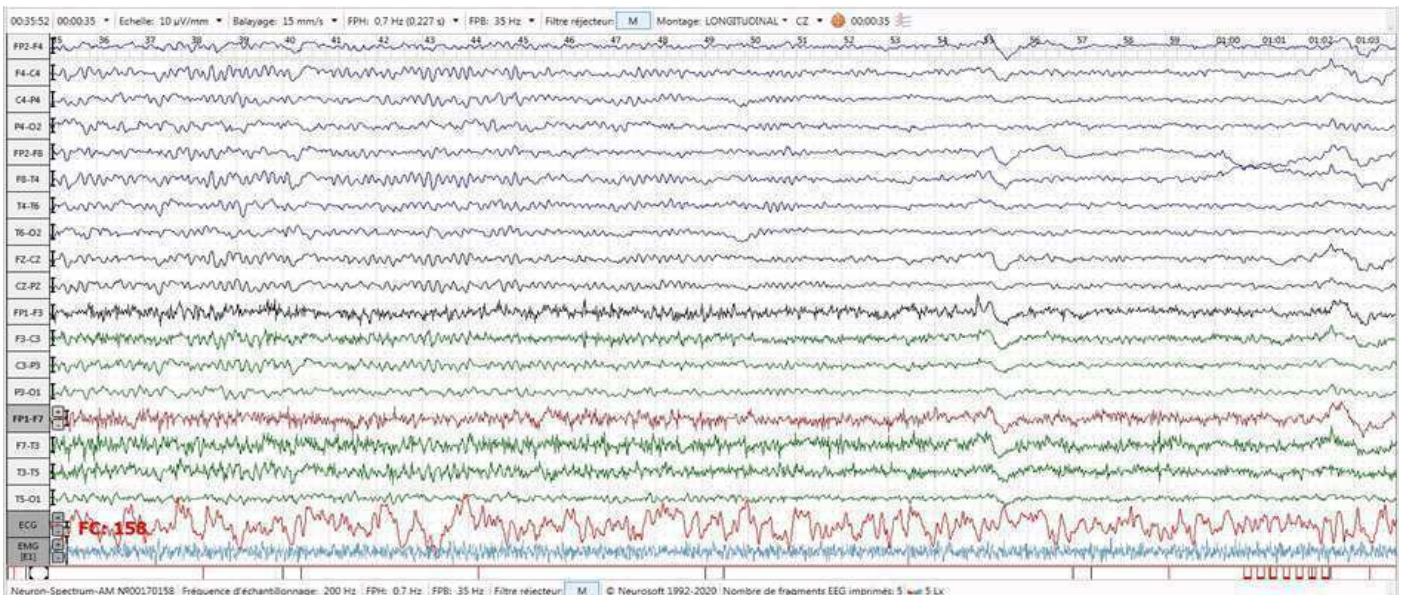


Figure 1 : Pointes ondes lentes frontales gauche

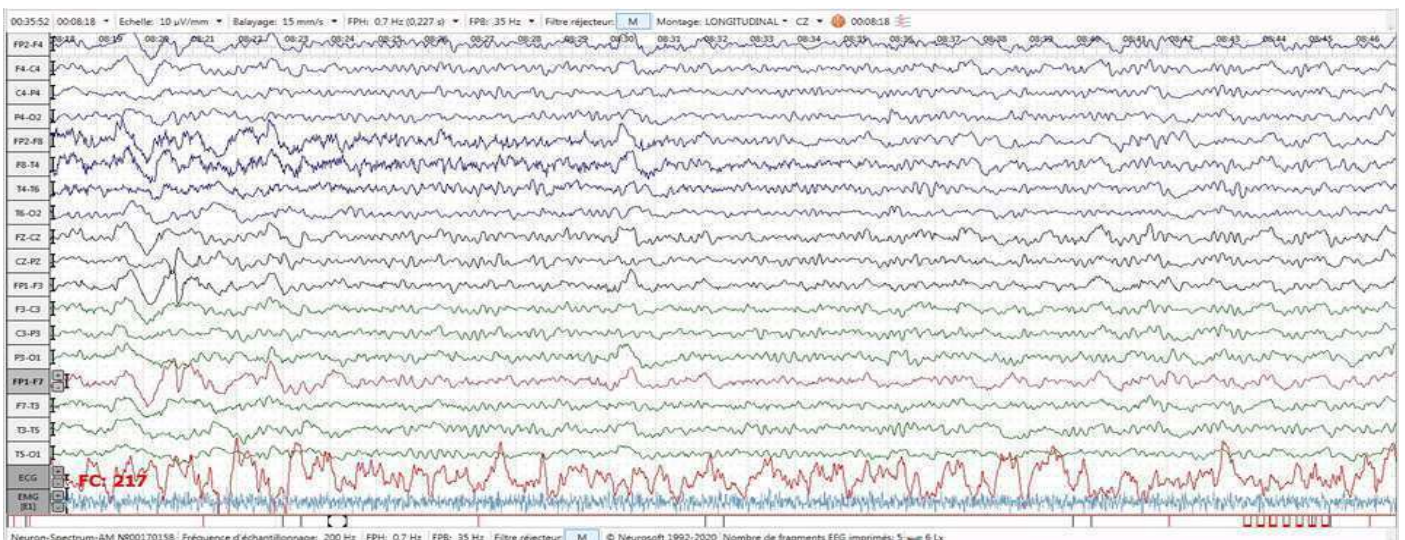


Figure 2 : Ondes lentes frontales diffuses

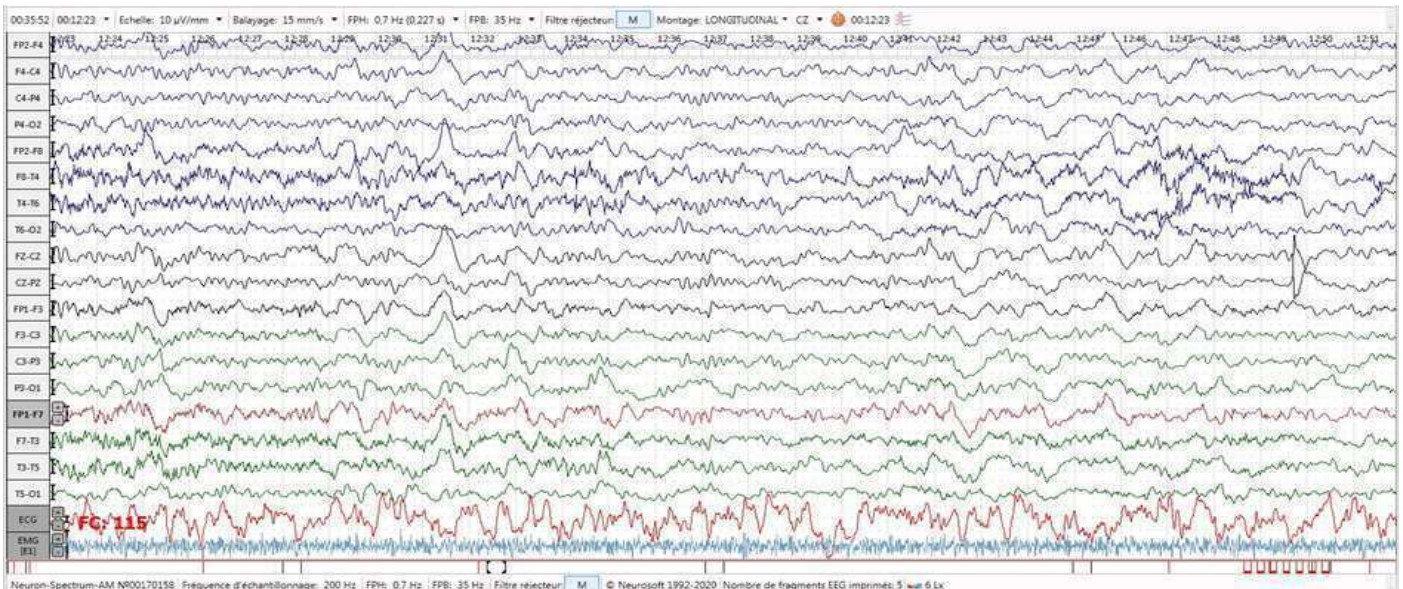


Figure 3 : Pointes et pointes ondes diffuses frontales

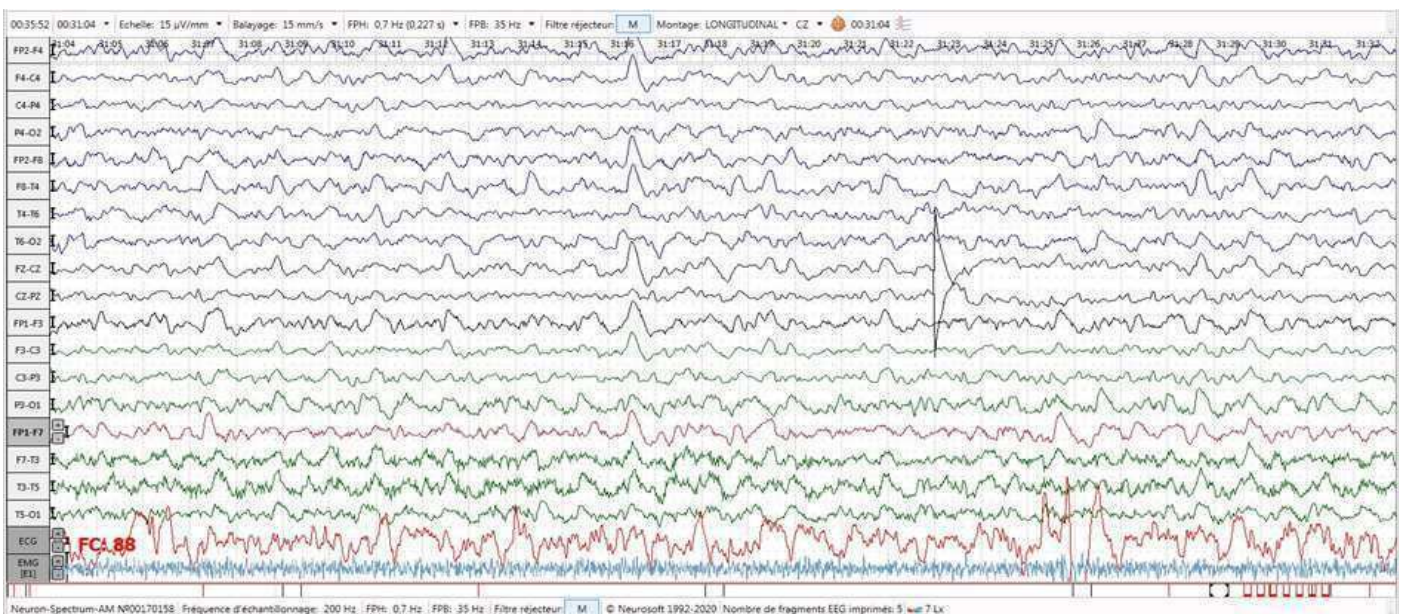


Figure 4 : Pointes et ondes lentes frontales bilatérales

Discussion

Depuis l'avènement de l'EEG en 1920, l'origine corticale de l'EPC a été confirmée par la corrélation temporelle entre les graphoéléments électriques et les secousses myocloniques en périphérie [4]. Plus tôt, elle avait été confirmée par la série autopsique de Thomas & coll [3]. Elle est rarement rapportée en Afrique et dans le monde avec très peu d'études de prévalence : environ un cas / million d'habitant aux Royaume-Unis [5]. A ce jour aucun cas n'était rapporté dans la littérature sénégalaise. C'est une épilepsie symptomatique liée à des lésions fixes ou progressives du cortex cérébral. Cela justifie sa classification en 2

sous-types : une forme non progressive (type 1) et une forme progressive généralement liée à l'encéphalite de Rasmussen (type 2) [6]. Les boucles cortico-sous corticales interviennent dans la prolongation et la modulation de l'expression clinique [1].

Les critères modifiés de Juul-Jensen et Denny-Brown's le définissent comme des contractions musculaires cloniques spontanées, régulières ou irrégulières, d'une partie limitée du corps, parfois aggravées par des stimuli sensoriels ou sensitifs, durant au moins une heure, pouvant se répéter toutes les 10 secondes et persister plusieurs jours ou années [2,3]. La conscience est conservée. Les contractions peuvent s'atténuer durant le sommeil. Elle est plus

fréquente à l'hémicorps droit, en l'occurrence au membre supérieur droit [7]. Notre observation converge avec cette préférence topographique puisque les secousses étaient limitées au membre supérieur droit chez notre patiente. Même s'il faut rappeler que l'EPC peut intéresser la sphère périorbitaire, les joues, la zone péri-buccale, la langue et plus rarement l'aire pharyngée et la musculature abdominale. Tout comme chez notre patiente, l'EPC est plus souvent distale que proximale [1]. Elle peut survenir de façon isolée ou se greffer à d'autres crises chez le patient connu épileptique.

Notre cas correspondait à la forme non progressive d'EPC (type 1). La patiente n'était pas connue épileptique. Le tableau clinique répondait aux critères modifiés de Juul-Jensen et Denny-Brown's. Elle présentait aussi un déficit moteur intercritique. Ce déficit permettait d'écarter la piste des mouvements anormaux extrapyramidaux. L'absence de généralisation secondaire des crises malgré leur persistance pendant des heures était en faveur de l'EPC. Ainsi, ce phénomène doit être différencié des épilepsies focales avec marche Bravais Jacksonienne, des mouvements anormaux choréiques, cloniques et myocloniques.

L'EEG retrouve habituellement des anomalies focales à type de pointes discrètes, de PO ou des activités à onde lentes [3]. Chez notre patiente, on retrouvait des PO lentes dans les régions frontales avec un ralentissement généralisé du rythme de fond. Ce résultat est conforme aux données de la littérature [3,8]. Cependant le ralentissement du rythme de fond peut être lié à la méningoencéphalite sous-jacente. Tout comme chez notre patiente, la SLI n'a pas activé les anomalies pour la plupart des patients de Thomas [3]. Lorsqu'elle était rapportée, l'HPN augmentait les anomalies électriques [1,3]. En effet, dans notre cas, elle majorait les PO.

C'est une épilepsie invalidante et historiquement définie comme pharmacorésistante. Son traitement n'est pas codifié. Elle utilise plusieurs moyens dont les médicaments antiépileptiques en monothérapie ou en association, certains antimyocloniques

comme le piracetam, la corticothérapie voire les immunoglobulines polyvalentes. La stimulation vagale, la stimulation magnétique transcrânienne ou la chirurgie sont parfois nécessaires [1]. Dans notre cas, l'EPC était invalidante mais pharmacosensible à la carbamazépine. Ce médicament était parfois utilisé dans la littérature [1]. Rappelons que lors de la description princeps en 1984 [1,10], le seul traitement antiépileptique disponible était le bromure de potassium avec son lot d'effets secondaires.

Chez l'adulte, les causes vasculaires et néoplasiques sont souvent retrouvées mais aussi des causes infectieuses, inflammatoires, métaboliques, congénitales ou traumatiques [1,2]. La seule série rapportée en Afrique concerne 4 cas marocains d'EPC secondaires à une hyperglycémie sans cétose [9]. Notre cas est secondaire à une méningoencéphalite infectieuse. Le pronostic à court terme reste ici favorable devant la guérison de la méningoencéphalite par antibiothérapie et le traitement de la tuberculose. Le pronostic vital n'est pas spécifiquement lié à l'EPC mais plutôt aux infections sous-jacentes.

Conclusion

L'EPC est une forme rare d'état de mal convulsif (EMC) partiel se manifestant par des secousses cloniques hémicorporelles durables avec possibilité de persistance d'un déficit moteur permanent en période intercritique. Elle est encore mal comprise et rarement rapportée en Afrique. L'absence de données épidémiologiques spécifiques, en l'occurrence au Sénégal représente un frein au diagnostic et à l'étude des particularités cliniques de cette affection invalidante. Le cas présent est une EPC type 1 secondaire à une méningoencéphalite infectieuse et sensible à la carbamazépine. Le tracé EEG était évocateur avec un foyer irritatif frontal. Son évolution était favorable sous antibiotiques. Cette affection mérite des études à plus grande échelle devant la fréquence des EMC partiels non étiquetés dans notre contexte.

***Correspondance**

Coudjou Josue DE CHACUS

dechacusghislain@hotmail.com

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

1 : Clinique de Neurosciences Ibrahima Pierre Ndiaye, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal

2 : Service de Neurologie, Centre Hospitalier National de Pikine, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Hourrègue C. Épilepsie partielle continue: étude vidéo-EEG et évolution à partir d'une série de 28 patients. 2014;120.
- [2] Bien CG, Elger CE. Epilepsia partialis continua: semiology and differential diagnoses. *Epileptic Disord Int Epilepsy J Videotape*. mars 2008;10(1):3-7.
- [3] Thomas JE. Epilepsia Partialis Continua: A Review of 32 Cases. *Arch Neurol*. 1 mai 1977;34(5):266.
- [4] Walker MC, Howard RS, Smith SJ, Miller DH, Shorvon SD, Hirsch NP. Diagnosis and treatment of status epilepticus on a neurological intensive care unit. *QJM*. 1 déc 1996;89(12):913-20.
- [5] Cockerell OC, Rothwell J, Thompson PD, Marsden CD, Shorvon SD. Clinical and physiological features of epilepsia partialis continua: Cases ascertained in the UK. *Brain*. 1996;119(2):393-407.
- [6] Bancaud J, Bonis A, Talairach J, Bordas-Ferrer M, Buser P. [Kojewnikow syndrome and somato-motor attacks (clinical, E.E.G., E.M.G. and S.E.E.G. study)]. *L'Encephale*. oct 1970;59(5):391-438.
- [7] Kravljjanac R, Djuric M, Jovic N, Djordjevic M, Zamurovic D, Pekmezovic T. Etiology, clinical features and outcome of epilepsia partialis continua in cohort of 51 children. *Epilepsy Res*. 1 mars 2013;104(1):112-7.

- [8] Pandian JD, Thomas SV, Santoshkumar B, Radhakrishnan K, Sarma PS, Joseph S, et al. Epilepsia partialis continua—a clinical and electroencephalography study. *Seizure*. 1 oct 2002;11(7):437-41.
- [9] Habtany Y, El Otmani H, Ferdouss B, Harizi I, El Moutawakkil B, Abdoh Rafai M, et al. Épilepsie partielle continue et hyperglycémie sans cétose (étude de 4 observations). *Rev Neurol (Paris)*. 1 avr 2015;171:A101.
- [10] Radermecker J, Bogaert L van. XVII. Sur l'épilepsie partielle continue (Kojewnikoff). *Eur Neurol*. 1949;118(5):273-87.

Pour citer cet article :

C De Chacus, M Fall, H Ewodo Touna, B Ekanmian, M Basse Anna, M Ndiaye et al. Epilepsie partielle continue ou syndrome de kojewnikov au Sénégal : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 66-71



Cas clinique

Localisation bilatérale d'une tumeur testiculaire à cellules de Leydig

Bilateral localization of Leydig tumor in the testicles

A Alami*, M Houjami, T Chekrine, N Benchakroun, Z Bouchbika, H Jouhadi,
N Tawfiq, S Sahraoui, A Benider

Résumé

Les tumeurs testiculaires représentent 1% des cancers chez l'homme. Les localisations bilatérales sont très rares (1 à 2% des cas), avec une prédominance histologique de 90 à 95% des tumeurs germinales. Les objectifs de ce cas clinique sont de décrire la présentation clinique, paraclinique et la prise en charge d'une tumeur non germinale rare du testicule; le cancer testiculaire bilatérale à cellules de Leydig. Il s'agit d'un patient de 57 ans, suivi depuis l'âge de 51 ans pour une tumeur de Leydig du testicule, révélée par une masse testiculaire indolore du testicule droit, les marqueurs tumoraux, les explorations hormonales et le bilan d'extension étaient normaux. Une orchidectomie droite a été réalisée, et 3 ans plus tard, il a présenté une seconde localisation d'une tumeur de Leydig dans le testicule gauche, également traitée par orchidectomie. Aucun traitement adjuvant (radio ou chimiothérapie) n'a été indiqué. Un traitement hormonal substitutif a également été mis en place. Les tumeurs à cellules de Leydig des testicules sont typiquement caractérisées par l'association d'une tumeur testiculaire et de signes endocriniens cliniques et biologiques. Les manifestations typiques chez l'adulte comprennent une féminisation secondaire. Mais dans 10% des cas, la présentation clinique se

limite à la masse testiculaire. Le diagnostic de ces tumeurs est histologique, mais il n'y a pas de limite claire entre tumeur bénigne et maligne, et ce n'est que l'absence de métastases à long terme qui permet de confirmer la bénignité de la tumeur.

Mots-clés : tumeur testiculaire, tumeur à cellules de Leydig, orchidectomie.

Abstract

Testicular cancer represents 1% of male tumors. The bilateral testicular tumors are very rare (1 to 2% of cases), with a histological predominance of 90–95% of germ cell tumors. The objectives of this case report are to describe the clinical, paraclinical and the management of a rare neoplastic disease of the testicle; the bilateral Leydig tumor of the testicles.

It was the case report of a 57-year-old patient with a family history of different neoplasms, including ovarian and breast cancer in siblings, and followed since the age of 51 for a Leydig tumor of the testicle, revealed by an indolor testicular mass of the right testicle, without any clinical signs of endocrine disorders. Ultrasound scrotal found a 30 mm testicular hypoechoic nodule, testis law without particularity, The tumor markers and hormonal explorations were normal. Extension report without anomaly. A

right orchiectomy was performed. 3 years later, he presented a second localization of a Leydig tumor in the left testicle, also treated by orchidectomy. No adjuvant treatment (radio or chemotherapy) was indicated. A hormone replacement therapy was also established.

The Leydig cell tumors of the testicles are typically characterized by the association of a tumor testicular and clinical and biological endocrine signs. The typical manifestations in adult include a secondary feminization. But in 10% of case, the clinical presentation is limited to the testicular mass and only the histology confirms the diagnostic. The diagnosis of the leydigoma is histological but there is no clear limit between tumor benign and malignant, therefore, orchiectomy is the standard treatment and it is only the absence of long-term metastases that will confirm the benignity, prolonged monitoring is essential.

Keywords: testicular tumor, Leydig tumor, orchidectomy.

Introduction

Les tumeurs testiculaires représentent 1% des cancers chez l'homme. Les localisations bilatérales sont très rares (1 à 2% des cas), avec une prédominance histologique de 90 à 95% des tumeurs germinales [1]. Les objectifs de ce cas clinique sont de décrire la présentation clinique, paraclinique et la prise en charge d'une tumeur non germinale rare du testicule; le testiculaire bilatérale à cellules de Leydig.

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient âgé de 57 ans ayant des antécédents familiaux de différentes tumeurs, dont un cancer de l'ovaire et du sein chez deux sœurs et une hémopathie maligne chez une fille, et suivi depuis l'âge de 51 ans pour une tumeur de Leydig du testicule droit, révélée par une masse testiculaire indolore, sans aucun signe clinique associé, notamment pas de signes de troubles endocriniens, ni de syndrome tumoral. L'échographie scrotale a retrouvé un nodule

hypoéchogène testiculaire droit de 30 mm, sans autres particularités, les marqueurs tumoraux et les explorations hormonales étaient normaux. Le bilan d'extension était également sans anomalie. Une orchidectomie droite a été réalisée, et 3 ans plus tard, il a présenté une seconde localisation d'une tumeur de Leydig dans le testicule gauche, également traitée par orchidectomie. Aucun traitement adjuvant (radio ou chimiothérapie) n'a été indiqué. Un traitement hormonal substitutif a également été mis en place. Actuellement, le patient est suivi en consultation, sans signes de localisation tumorales secondaires.

Discussion

Les tumeurs germinales représentent le type histologique le plus fréquent du cancer du testicule, divisées en deux grands types histologiques : les séminomes (50 % des cas), et les cancers non-séminomateux, ou tumeurs germinales non-séminomateuses (carcinomes embryonnaires, choriocarcinomes et tératomes). Les autres tumeurs primitives, non germinales sont les tumeurs à stroma gonadique (tumeur à cellules de Leydig, tumeur à cellules de Sertoli et tumeurs de la granulosa) [2].

Les tumeurs testiculaires à cellules de Leydig font partie des tumeurs testiculaires les plus rares, Elles peuvent se rencontrer à tout âge. Leur survenue serait favorisée par certains facteurs prédisposant comme la cryptorchidie [3]. Ces tumeurs non germinales à cellules de Leydig sont typiquement caractérisées par l'association d'une tumeur testiculaire et de signes endocriniens cliniques et biologiques. Les manifestations cliniques chez l'adulte comprennent ainsi une féminisation secondaire, une diminution de la libido, et une gynécomastie bilatérale [4,5,6]. Dans 10% des cas, l'existence d'un syndrome tumoral testiculaire constitue l'unique circonstance de découverte, mais l'absence de tumeur palpable n'élimine pas le diagnostic [7]. La confirmation diagnostique repose sur l'étude histologique, mais il n'y a pas de limite claire entre tumeur bénigne et maligne, et ce n'est que l'absence de métastases à long

terme qui confirmera la bénignité, d'où la nécessité d'une surveillance prolongée. Vu cette absence de critères histologiques formels de bénignité, le traitement de référence des tumeurs testiculaires à cellules de Leydig est l'orchidectomie [8].

Conclusion

Le diagnostic des tumeurs testiculaires à cellules de Leydig est histologique, mais le diagnostic de malignité peut être difficile à établir, et c'est seulement l'apparition de métastases ganglionnaires ou viscérales au cours de l'évolution qui affirmeront le caractère agressif de ces tumeurs.

*Correspondance

Amin Alami

alamiamin2021@gmail.com

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

1 : Centre Mohamed VI pour le traitement des cancers. Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd de Casablanca. Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca. Université Hassan II.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Luis Eduardo SS, Arturo Enrique MG, Joel JÁ, Andrés MC, Laura Denisse RG. Bilateral wunderlich syndrome secondary to synchronous bilateral testicular germ cell tumor. A case report. *Urol Case Rep.* 2020 Jan;28:101028.
- [2] Decaussin Myriam e al. *Annales de pathologie* ISSN 0242-6498, 2004.
- [3] A. Safer Tab, A. Adimi, A. Khellaf, M. Semrouni, B. Bendissari, Z. Arbouche. Tumeur testiculaire bilatérale

à cellules de Leydig : à propos d'un cas. *Annales d'Endocrinologie* 77 (2016) 486–497.

- [4] Mostofi FK, Price EB. Tumors of the male genital system. Atlas of tumor of pathology, 2nd series, fascicle 8. Washington: DC, Armed Forces Institute of Pathology; 1973. p. 86–99.
- [5] Kalfon A, Abram F, Kirsch-Noir F, Tcholveidze C, Arvis G. Les tumeurs à cellules de Leydig. À propos de 10 observations. *Prog Urol* 1999;9:299–304.
- [6] Rich MA, Keating MA. Leydig cell tumors and tumors associated with adrenal hyperplasia. *Urol Clin North Am* 2000;27:519–28.
- [7] Danjou P, Cavrois G, Gillot P, Ricot JM, Mazeman E. Tumeurs testiculaires à cellule de Leydig a priori bénignes : énucléation ou orchidectomie radicale ? *Prog Urol* 1993;3:234–7.
- [8] A. Safer Tab, A. Adimi, A. Khellaf, M. Semrouni, B. Bendissari, Z. Arbouche. Tumeur testiculaire bilatérale à cellules de Leydig : à propos d'un cas. *Annales d'Endocrinologie* 77 (2016) 486–497. Adel Slama, Ahmed Elleuch, Mohamed TaherYacoubi, Nabil Ben Sorba, Ali Taher Mosbah. Tumeur testiculaire bilatérale à cellules de Leydig : à propos d'un cas. *Annales d'urologie* 37 (2003) 213–216..

Pour citer cet article :

AAlami, M Houjami, T Chekrine, N Benchakroun, Z Bouchbika, H Jouhadi et al. Localisation bilatérale d'une tumeur testiculaire à cellules de Leydig. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 72-74



Cas clinique

Lithiase de la voie biliaire principale du nourrisson

Cholelithiasis of the main bile duct in children

FB Balde¹, T Mukenge¹, Z Benmassaoud¹, O Alaoui^{1,2}, A Mahmoudi^{1,2}, K Khattala^{1,2}, Y Bouabdallah^{1,2}

Résumé

Introduction: La présence d'un calcul dans la voie biliaire principale peut être primitive ou provenir de la vésicule biliaire. L'objectif de cette étude est à travers une description clinique, de discuter les approches thérapeutiques de la lithiase de la voie biliaire principale du nourrisson.

Cas clinique : Nourrisson de 50 jours présente à J+45 de vie une cholestase clinique et biologique. A l'échographie abdominale une lithiase de la vésicule biliaire et du cholédoque. Le patient a bénéficié d'une cholecystectomie avec sphinctérotomie après cholangiographie per opératoire. Bonne évolution clinique et biologique.

Discussion: Les auteurs s'accordent sur les données épidémiologiques, cliniques et notamment sur la grande proportion de résolution spontanée de la lithiase de la voie biliaire principale et ceci même pour des formes symptomatiques. Bien que nous y rencontrons des propositions d'algorithmes de prise en charge, aucun protocole consensuel n'est établi. Il a été opté pour le même temps opératoire de réaliser une cholecystectomie avec une sphinctérotomie après une cholangiographie per opératoire. Nous n'avons pas rencontré de difficultés per opératoire et aucune complication post opératoire n'a été enregistrée.

Conclusion: Les propositions de prise en charge vont

de la surveillance à la cholecystectomie. Elles ont en commun un taux considérable de réussite. Notre procédure était facile, reproductible sans incident et avec un bon résultat.

Mots-clés: voie biliaire principale, cholédocolithiase, prise en charge.

Abstract

Introduction: The presence of a stone in the main bile duct may be primary or secondary from the gallbladder. The study aims to discuss the therapeutic approaches of lithiasis of the primary bile duct in infants.

Clinical case: a 50 days old boy presents at D + 45 clinic and biologic cholestasis. Abdominal ultrasound found lithiasis of the gallbladder and common bile duct. The patient underwent cholecystectomy with sphincterotomy after intraoperative cholangiography. Good clinic and biologic outcome.

Discussion: the authors agree on the epidemiological and clinical data and in particular on the large proportion of spontaneous resolution of lithiasis of the main bile duct, even for symptomatic forms. Although we come across proposals for management algorithms, no consensus protocol has been established. We opted for the same operating time to perform a cholecystectomy with a sphincterotomy

after an intraoperative cholangiography. We did not encounter any intraoperative difficulties and no postoperative complications were recorded.

Conclusion: The management proposals range from monitoring to cholecystectomy. They have in common a considerable success rate. The procedure was easy, reproducible without incident and with a good result.

Keywords: main bile duct, choledocholithiasis, management.

Introduction

Chez l'enfant la lithiase biliaire est rare où elle a deux pics de fréquence: le nourrisson et l'adolescent [1]. Le calcul est de nature pigmentaire dans 50% chez le nourrisson jusqu'à 5 ans [2]. La présence d'un calcul dans la voie biliaire principale (VBP) peut être primitive ou le plus souvent provenir de la vésicule biliaire (VB) [3]. Dans le premier cas, il faudra éliminer toute anomalie congénitale des voies biliaires notamment un kyste du cholédoque. Chez 36,6% des cas des nourrissons 0 à 12 mois, aucune étiologie n'est rencontrée [4]. Les facteurs de risque associés à la cholestase chez l'enfant peuvent être groupés en facteurs de risque irréversibles (la primiparité, les maladies hémolytiques, anomalies de l'arbre biliaire, dysplasie bronchopulmonaire, résection grêlique,...) et facteurs de risque réversibles (les diuétiques, les céphalosporines, la nutrition parentérale exclusive...) [5]. Bien qu'elle puisse rester silencieuse jusqu'à 74%, la forme symptomatique se manifeste par une cholestase clinique et biologique [5]. Les deux principales complications sont la pancréatite et l'angiocholite aiguës. La prise en charge n'est pas codifiée.

A travers une description clinique, cette étude discute les approches thérapeutiques de la lithiase de la voie biliaire principale du nourrisson.

Cas clinique

Nourrisson de 50 jours ; sans antécédent pathologique ni tares connues avec une anamnèse infectieuse

négative, présente à J+45 de vie un ictère cutanéomuqueux évoluant depuis 15 jours. L'examen clinique était marqué par une apyrexie, un ictère cutanéomuqueux étendu jusqu'à la plante des pieds, des selles blanc-mastique (figure 1) et des urines foncées. L'abdomen était souple et indolore sans hépato-splénomégalie. Au bilan biologique (tableau 1), la bilirubine conjuguée était 23 fois supérieure à la normale, une élévation des enzymes hépatiques avec un syndrome inflammatoire modéré. Le taux de prothrombine et l'INR étaient normaux avec absence d'une hyperleucocytose. La sérologie TORCH négative.

L'échographie abdominale a trouvé une VB à paroi fine avec formation échogène homogène 27x4.5 mm associée à une dilatation harmonieuse des voies biliaires intra hépatiques (VBIH) et de la VBP avec présence dans le cholédoque d'une structure échogène homogène de 4.5 mm. Hydronéphrose à droite avec un pyélon mesurant 20 mm sans visualisation de l'uretère faisant évoquer un probable syndrome de jonction pyélo urétéral. Par abord classique sous costale droit, l'exploration a trouvé un foie d'aspect macroscopiquement normal, une VB bombante à paroi fine (figure 2). La cholangiographie trans cystique a montré une bonne opacification des VBIH, VB, VBP. Absence d'opacification des voies digestives (figure 3). Il a été réalisé une cholecystectomie avec sphinctérotomie (figure 4). On notait une bonne opacification des voies digestives à la cholangiographie de contrôle (figure 5). Biopsie hépatique. Etude anatomo pathologie: cholangite chronique de la VB sans caractère spécifique; hépatopathie chronique sans fibrose avec cholestase diffuse compatible avec une origine obstructive. Le calcul était de nature pigmentaire.

L'évolution précoce fut marquée par la disparition des symptômes: bébé rose avec ré-coloration des selles (figure 6), des urines claires et une amélioration biologique (bilirubine conjuguée à 53 mmol/L). La lipasémie était normale.

Âgé actuellement de 8 mois, le patient est asymptomatique et en cours de suivi pour la prise en

charge du syndrome de jonction pyélo-urétéral.

Tableau I: résultats du bilan biologique à l'admission du patient.

Bilirubine conjuguée	GGT	ALAT	ASAT	CRP
102 mmol/L	166 ul/L	44 ul/L	40 ul/L	53mg/L



Figure 1 : image clinique de selles blanches mastiques du patient

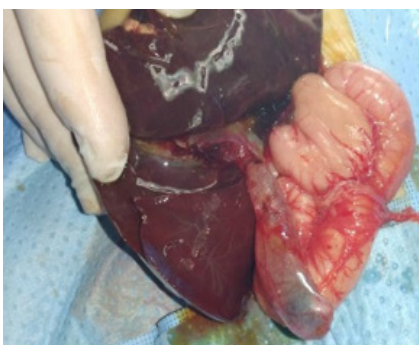


Figure 2: image per opératoire qui montre un foie d'aspect macroscopique normal avec une VB bombante.

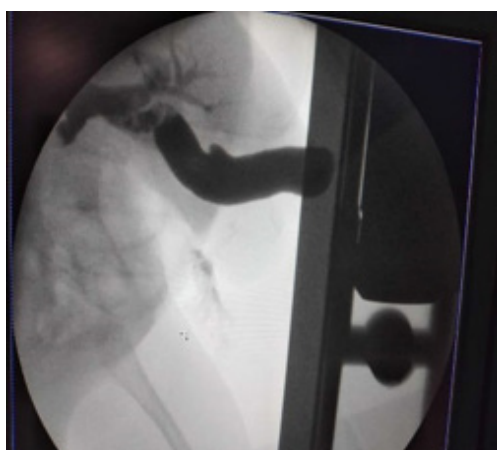


Figure 3 : Cholangiographie per opératoire avec opacification des VBIH et VBEH, de la VB et absence d'opacification des voies digestives.



Figure 4 : VB épaissie contenant une boue biliaire au fond



Figure 5 : cholangiographie de contrôle après cholécystectomie et sphinctérotomie, bonne opacification des voies digestives



Figure 6 : image clinique à J+ 4 post opératoire disparition de l'ictère, bébé rose avec coloration des selles.

Discussion

La lithiase biliaire est une entité rare chez le nourrisson [5]. Environ 10 à 20% des patients atteints de calculs de la VB peuvent également présenter des calculs associés de la VBP [6]. Les auteurs [1, 5, 6] s'accordent sur les données épidémiologiques, cliniques et notamment sur la grande proportion de résolution spontanée de la lithiase de la VBP et ceci même pour des formes

symptomatiques. Le mode de découverte est souvent fortuit lors d'une échographie anté natale (dernier trimestre), abdominale à la recherche d'une uropathie ou toute autre affection abdominale. Dans la forme symptomatique c'est devant un ictère que les parents se présentent en consultation ou rarement devant les signes de complication ictère fébrile associé ou non à des signes digestifs. Le bilan biologique consiste à conforter le diagnostic d'une lithiase biliaire par le dosage des enzymes hépatiques: l'aspartate aminotransférase (ALAT), l'alanine aminotransférase (ASAT) et la gamma glytamy traspeptidase (GGT); la bilirubine totale et conjuguée, la phosphatase alcaline (PAL). Rechercher les signes de complication par une numération formule sanguine, le dosage des enzymes pancréatiques (amylase et lipase) ou une insuffisance hépatique. Lors d'une lithiase de la VBP on note une élévation précoce des ASAT et ALAT puis s'installe la cholestase avec élévation de la bilirubine de la PAL et GGT plus importante que les ASAT et ALAT [6]. L'échographie abdominale permet de détecter la présence du calcul, le nombre et le siège et permet d'avoir une première description de la voie biliaire. Elle permet de détecter d'autres malformations associées. Notre patient présentait en plus de la dilatation harmonieuse des VBIH et VBEH, une hydronéphrose droite. D'autres uropathies comme la polykystose rénale, la vessie neurologique, sont rapportées associées à la lithiase biliaire chez l'enfant sans pour autant établir une association directe [7]. La bili IRM est plus précise et performante quant à la détection des anomalies des voies biliaires avec une attention particulière à la jonction bilio-pancréatique. Elle permet de détecter le calcul de la VBP même si l'échographie et les enzymes hépatiques sont normales [7].

La prise en charge de la lithiase biliaire en particulier celle de la VBP chez l'enfant n'est pas encore codifiée. La plupart des écrits sont des partages d'expériences à travers des rapports de cas voire des séries de cas avec une absence d'étude randomisée. Bien que nous y rencontrons des propositions d'algorithmes de prise en charge [1, 3, 5, 8], aucun protocole consensuel

n'est établi. Bogue C et al. [1] rapportent un tiers de résolution spontanée des lithiases de la VBP. Ainsi pour les patients au facteur de risque réversible, l'on pourrait opter pour une surveillance de l'évolution clinique et radiologique de la lithiase après suppression du risque. Une amélioration du bilan hépatique avec résolution des symptômes témoignent une migration du calcul dans le duodénum.

Le traitement médical à base d'une triple antibiothérapie (amoxicilline, gentamicine et de métronidazole) et d'acide ursodeoxycholique (10 à 20mg/kg/j en 2 ou 3 prises) est rapporté avec une résolution complète de la boue et/ou du calcul biliaire [9]. Une étude randomisée serait nécessaire pour prouver l'efficacité réelle de ce protocole.

La cholécystectomie par voie classique avec choledocholithotomie était le traitement de choix. Nous avons opté pour le même temps opératoire de réaliser une cholécystectomie avec une sphinctérotomie après une cholangiographie per opératoire. Pas de difficultés per opératoire rencontré et aucune complication post opératoire n'a été enregistrée.

Avec le progrès de l'endoscopie, plusieurs autres techniques sont proposées pour la prise en charges de la lithiase de la VBP [6]:

- traitement séquentiel endoscopique et laparoscopique (cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde (ERCP)/sphinctérotomie endoscopique (ES) avant la cholécystectomie laparoscopique,
- traitement endoscopique-laparoscopique (cholécystectomie laparoscopique suivie d'une ERCP / ES)
- traitement combiné endoscopique-laparoscopique (cholécystectomie laparoscopique avec ERCP peropératoire / ES).

Le drainage biliaire per cutanée a été rapporté chez un nourrisson mais qui a échoué nécessitant le recours à une ERCP [8].

- L'ERCP est actuellement à visé thérapeutique pour l'extraction du calcul enclavé dans la VBP avec ou sans sphinctérotomie. Cependant, elle sera suivie d'une cholécystectomie.

Conclusion

La lithiase de la VBP est rare chez le nourrisson. Les propositions de prise en charge vont de la surveillance à la cholécystectomie. Elles ont en commun un taux considérable de réussite. Toutefois, le choix du protocole dépend de la disponibilité de l'endoscopie et des habitudes du chirurgien. Notre procédure était facile, reproductible sans incident et avec un bon résultat.

Considérations éthiques

L'accord des parents a été obtenu pour l'utilisation des données du patient. L'anonymat est respecté et les images ne comportent aucune partie permettant l'identification du patient.

Contribution des auteurs: tous les auteurs ont contribué à la conception du travail.

Remerciements: Nous remercions tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

*Correspondance

BALDE Fatoumata Binta

fatoumatabinta.balde@usmba.ac.ma

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

1 : Service de chirurgie pédiatrique; CHU Hassan II de Fès.

2 : Université sidi Mohamen Ben Abdallah Fès-Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Conor O Bogue, Amanda J Murphy, J Ted Gerstle, Rahim

Moineddin, Alan Daneman. Risk factors, complications and outcomes of gallstones in children: a single center review. *JPGN* 2010;50 (3):303-308.

[2] Mark D Stringer, Donald R Taylor, Roger D Soloway. Gallstone composition: are children different? *pediatr* 2003;145: 435-40.

[3] Sreekanth Gobishangar. Evaluation in the management of cholelithiasis (common bil duct stones). *Jaffna mmedical journal* 2018; 30 (1): 0379-3877 <https://www.researchgate.net/publication/338924045>

[4] C A Friesen, C C Roberts. Cholelithiasis, clinical characteristics in children. *A in pediatr* 1989; 28 (7):294-8.

[5] Cerine Jeanty , S. Christopher Derderian, Jesse Courtier, Shinjiro Hirose. Clinical management of infantile cholelithiasis; *Journal of Pediatric Surgery* 50 (2015) 1289–1292

[6] Mohammed Amine Benatta. Lithiase de la voie biliaire principale diagnostic et traitement. *Journal algérien de gastro entérologie* N°19. <https://www.researchgate.net/publication/338374766>

[7] Mohammad-Reza Esmaceli Dooki1, Alireza Norouzi. Cholelithiasis in childhood: a cohort study in north of iran. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2013; 23 (5): 588-592.

[8] Peter T. Yu, Stephen J. Fenton , Patrick T. Delaplaine, Jesse Vrecenak and coll. Management of choledocholithiasis in an infant. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports* 29 (2018) 52–58.

[9] Nazrul Nordin, George Alex, Tom Clarnette, Nicola Stephens and Mark Oliver. Common bile duct stones in infancy: A medical approach; *Journal of Paediatrics and Child Health* 48 (2012) 705–9.

Pour citer cet article :

FB Balde, T Mukenge, Z Benmassaoud, O Alaoui, A Mahmoudi, K Khattala et al. Lithiase de la voie biliaire principale du nourrisson. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 75-79



Article original

The urinary microbiote renal failure with infectious lithiasis in children

Le microbiote urinaire chez un enfant lithiasique avec insuffisance rénale

M Berrahal*¹, M Azli², R Benrabah², B Souid²

Abstract

Purpose: The study of the urinary microbiota makes it possible to establish the epidemiological of urolithiasis infected or colonized sometimes by multi-resistant and cunning microorganisms necessary in the prevention of infectious or functional complications and control his clinical recurrence.

Methods: Culture and antibiotics sensitivity tests from microorganisms stone kidney after fragmentation have been realized. A direct metagenomic ribosome 16 S V3-V4 PCR in EP 2x300 LP (one MiSeq illumine) of the intraoperative pyelic pyuria urine has been analyzed.

Results: The culture of the stone returns positive at bacteria urealytic positive: *Morganella morganii* sensitive to the calforan; imipenem and resistant to Cefazolin; Augmentin and Ampicillin. A direct metagenomic analysis of intraoperative pyelic pyuria and the bioinformatic according to the presence of an Anaerobic bacterium: *Bacteroides fragilis* and others.

Conclusion: From this genomic experience, we will have to review the threshold microorganisms and especially the place of Anaerobes or emerging agents by a genomic multicenter study of the urinary microbiota of patients with infections urolithiasis to better management of this public health pathology.

Résumé

Objectif : L'étude du microbiote urinaire permet d'établir l'épidémiologie de la lithiase urinaire infectée ou colonisée parfois par des micro-organismes multi-résistants et émergents nécessaires à la prévention des complications infectieuses ou fonctionnelles et le contrôler de sa récurrence clinique. Matériels et méthodes : Test de culture et de sensibilité aux antibiotiques ont été réalisés à partir de calcul urinaire. Une PCR métagénomique directe 16 S V3-V4 dans EP 2x300 LP a été analysée de la pyurie pyélique per-opératoire. **Résultat :** La culture du calcul revient positive à bactéries uréalytique positive : *Morganella morganii* sensible au calforan ; imipenème et résistant à la céfazoline; Augmentin et Ampicilline. Une analyse métagénomique directe de la pyurie pyélique per-opératoire et de la bio-informatique détecte des bactéries anaérobies : *Bacteroides fragilis* et autres. **Conclusion :** A partir de cette expérience génomique, nous devrions revoir le seuil des microorganismes et surtout la place des Anaérobies ou agents émergents par une étude génomique multicentrique du microbiote urinaire des patients porteurs de lithiase urinaire et cela pour une meilleure prise en charge de cette pathologie de santé publique.

Introduction

Lithiasis infection is an important part of daily medical practice in urology, pediatrics and nephrology today. According to available statistics, it represents between 10 to 15% of urinary lithiasis (Daudon et al .2018) [1]. This proportion is very controversial because, according to experts, it is underestimated. Recent data report its participation, and sometimes its implication, in complex and multifactorial phenomena of the formation of other types of lithiasis; classified so far as metabolic. Adequate management of this type of lithiasis cannot be achieved without understanding its etiopathogenesis, based mainly on the specific study of lithiasis and its urinary microbiota. The study of the urinary microbiota makes it possible to establish the epidemiological profile of the sometimes multi-resistant and cunning microorganisms necessary in the prevention of infectious or functional complications and the control of their recurrence (DirkLange et al .2019). [2]

Methodology

It Acts M, S 05-year-old girl originating in Taref and consanguineous relative A, admitted at the Hospital Mohammed Seghir Nekkache for pyelic lithiasis on final renal insufficiency with urosepsis (fever with 40, shiver, AEG and weakens). Assessment infectious: hyperleucocytoses 12400 elements, hemoglobine: 8.6 and CRP 20 mg/l. Setting under antibiotic treatment (imipenem and Flagyl *and Triflugan*). Programmed for surgery on the urinary tract thanks to a technique flexible Uretroscopie (URS).

Setting Culture and antibiotics sensitivity tests microorganism from stone kidney after fragmentation have been realized according to The Clinical & Laboratory Standards Institute (CLSI).

Direct metagenomic ribosome 16 S V3-V4 PCR in EP 2x300 LP (one MiSeq illumine*) of the intraoperative pyelic pyuria urine has been analyzed via MacroGen molecular bio-technology platform. The taxa analysis was deduced using the maximum parsimony (MP)

method. The Phylogenetic tree was obtained using the Subtree-Pruning-Regrafting (SPR) algorithm (M Nei et al. 2000).

Bioinformatics software are included four algorithm preprocessing: CleanPrimer, Slice Genome, PCR clean and Sample Size. It included a single metagenomic data simulation algorithm, simulateR for error and correction and the processing to correct errors in Next Generation Sequencing data included: eMER- kmer process coverage.

Results

The microbiological assumption of responsibility returns with a preoperative ECBU with strong a leucocyturie amicrobienne to the uroculture (direct examination: 1764 Ets /mm and many Red blood corpuscles)

The culture of the pyelic pyuria returns positive A bacteria urealytic: *Morganella morganii* sensitive to: calforan; imipenem and resistant to: Cefazolin. Augmentin and Ampicillin.

After The pejorative evolution of the patient towards the multiple abscess of the left kidney and acute renal insufficiency with 180 creatinin micromoles. And contracting and calcification urétérale and fibrin to objectify by the surgeon urologist. A direct metagenomic analysis of intraoperative pyelic pyuria and the bioinformatic analysis gave the results after parental consent according to: mainly Entérobactéries(60.68%), then Lactobacillales (13.28%), Micrococcales (8.68%), Actinomycetales (4.12%); Pseudomonadales (2.80%), Bacillales (2.44%), Corynebacterales (1.94%); Clostridiales (1.04%) and other bacteria with a percentage which does not exceed the 1% , notification of the presence of an Anaerobic bacterium of the Bacteroides and others . (figure 1)

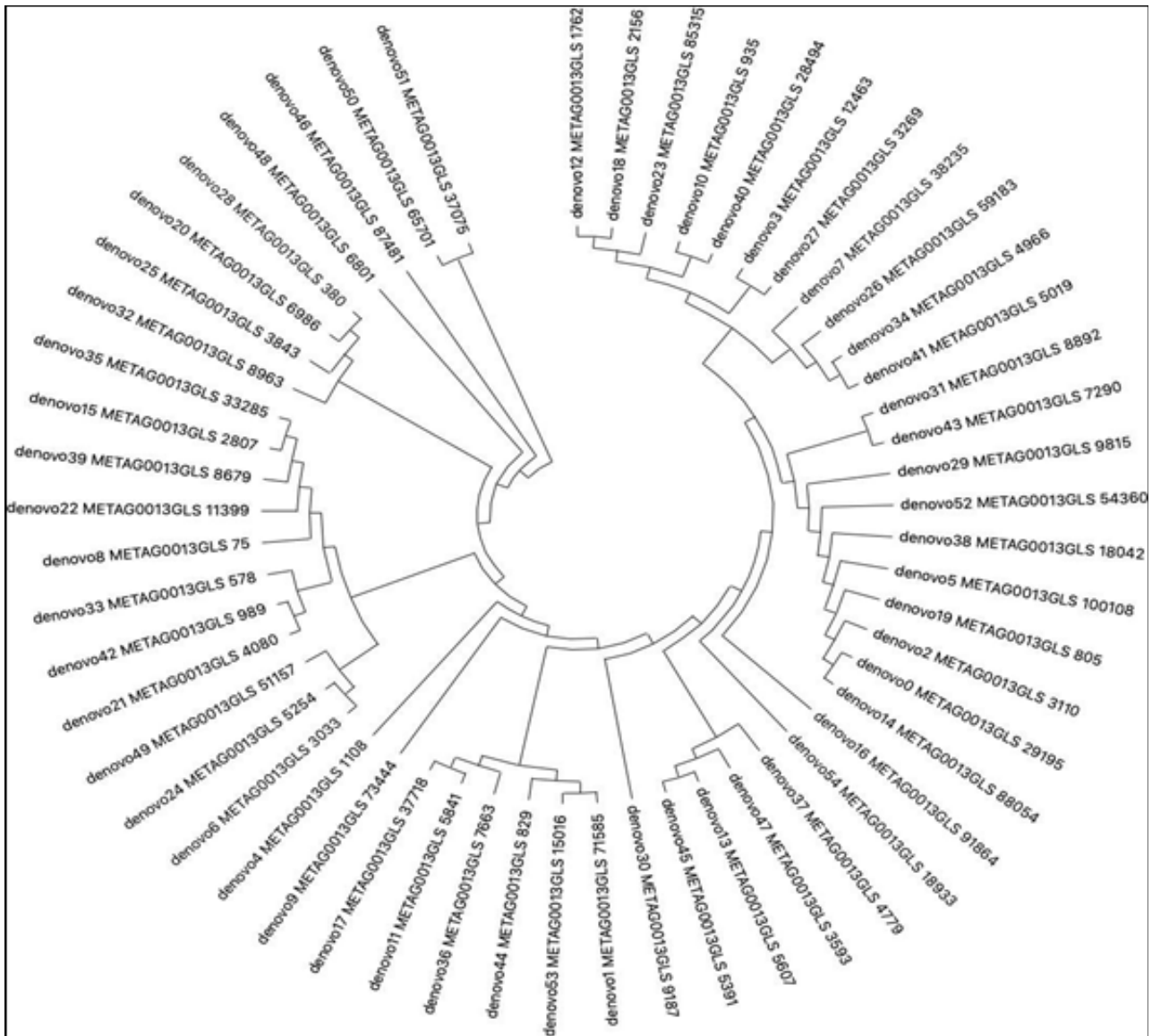


Figure 1: Phylogenetic tree of bacterial specie of intraoperative pyelic pyuria (Macrogen)

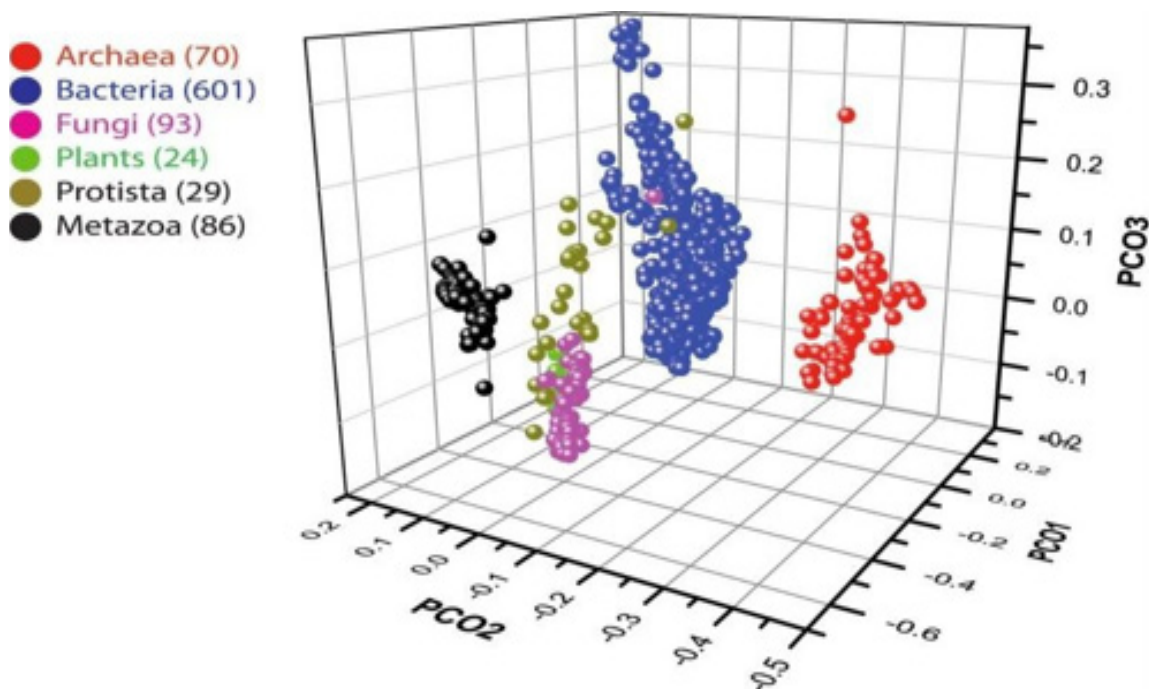


Figure 2: Graphic representation of taxa in metagenomics in urine (Macrogen)



EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES A DES FI

IDENTIFICATION NOM: _____ PRENOM: _____ DATE DE NAISSANCE: _____	IDENTITE DU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE SI MINEUR OU DU TUTEUR NOM: _____ PRENOM: _____
--	--

CONSENTEMENT


Je soussigné(e), susnommé(e), reconnais avoir été informé(e) par le Docteur _____ sur l'examen des caractéristique génétiques suivant :

Seul usage génétique direct à partir de urée.

Cet examen sera réalisé à partir du prélèvement qui m'a été effectué du prélèvement qui a été effectué sur mon enfant mineur

Je donne mon consentement pour ce prélèvement.

Seul le médecin prescripteur ici désigné est habilité à me communiquer les résultats. Ces derniers ne seront transmis à aucun membre de ma famille. Si cette transmission apparaissait essentielle, elle n'interviendrait qu'avec mon accord.

Fait à : *HCA* Le : *31/07/2019* Signature : 

ATTESTATION

Je soussigné (e) Docteur atteste avoir reçu ce jour Monsieur _____ avoir reçu son consentement et l'avoir informé(e) sur :

- les caractéristiques de la maladie recherchée,
- les résultats susceptibles d'être obtenus,
- les modalités de communication des résultats.

Fait à : *HCA* Le : *31/07/2019* Signature et cachet

Dr. Z. YIMED Z. YIM
Résidente en pédiatrie



Discussion

Genome sequencing of urine samples (figure 2) in the context of infection, its complementarity with urine culture, automated species identification and the properties of either approach are generally not well studied.

To assess this aspect, we used 16S rDNA sequencing techniques from metagenomics, which offers increased resolution, allowing more specific and expanded taxonomy to the available urobiome data base.

The functional classification of sequences, as well as the discovery of new genes and bacterial genomes, is explored with the aim of having a greater potential for identification and involvement of strains in the infectious process.

Recent articles; point to the existence of subpopulations (subspecies) in the majority of abundant urinary prokaryotes. They allow a better functional and ecological understanding of the human urinary microbiome associated with urolithiasis (Ruan et al.2019; Janes et al.2017; Voroshilova et al.2016; Zampini et al.2019).

This dimension is not captured by the sequencing of 16S rDNA. The study convincingly identifies a high number of reads of conventional uropathogen sequences, but also proposes new bacterial species associate with the characteristics of infection. It questions the thresholds used to define infection: generally 10⁵ Units Form a Colony (CFU) in urine culture.

The quantitative nature of the metagenomic approach (NGS) may identify new uropathogens in lower amounts in samples showing signs of infection.

It has the ability to identify bacteria that are difficult to grow, such as a possible pathogen, for example: *Alloscardovia* and *Actinotignum* sp. A. *schaalii*, which maybe an underestimated cause of urinary tract infections due to its fastidious growth and difficulty in identify by phenotypic methods (Mansi et al.2016 ; Moustafa et al.2018) .

The microorganisms found as *Fusobacterium*

nucleatum, *Bacteriodes fragilis*, *Acinetobacter variabilis*, *Pseudomonas glareae* and others, in our exploration by this metagenomic, denote the variability of the urinary microbiome in fatty especially emerging bacteria that may be involved in the promotion urolithiasis infection or renal failure.

In our experience of exploring the pejorative evolution in young girls, it appeared that the most plausible hypothesis was that of Anaerobes involved in this renal failure, in particular *Bacteriodes fragilis* due to its numerous virulence and chromosomal resistance factors (Extended spectrum β -talactamase) and other phenomena described in parenchymal abscess (BandohK Muto et al .1991 ; Michon et al .2015 ; Gottschick et al .2017).

Conclusion

From this genomic experience, we will have to review the threshold microorganisms and especially the place of anaerobes or emerging agents by a genomic multicenter study of the urinary microbiota of patients with complicated urolithiasis in order to clarify the areas of current shadow in the etiopathogeny of urolithiasis of any kind and control the dissemination of multi-resistant microorganism for better medical care. However, we should always correlating all the results to the clinical and epidemiological context of the patients.

Ethics approval and consent to participate: I have had the consent of the parents and the authorization of the attending physician.

Consent for publication: was submitted to the ethics committee of the university hospital Mohamed Seghir Nekkache. Algiers

Availability of data and materials: Thanks to the patients computer file (DPI) of the hospital and Gene life science.

Competing interests: Declaring to have no financial interest

Funding: Total financing at my expense

Authors's contributions: Provision of the urologist

with the medical file and the intraoperative sample

Acknowledgements: I would like to thank Dr. Sehari, Dr. Drici, Pr.Azli , Pr.Gaachi and Pr. Souid for their collaboration in this first experiment genomic.

*Correspondence

Berrahal Mounir

berrahalmounir@yahoo.com

Available online : July 23, 2021

1 : Microbiology medical,
2 : Endo-urology. Mohamed Seghir Nekkache
Hospital; University of Algiers

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflict of interest : None

References

- [1] Daudon M. Epidemiology of urolithiasis. Paris (France): Elsevier Masson; 2018.
- [2] Lange. D , Scotland KB. The Role of Bacteria in Urology. 2ème ed. London (UK) :Springer ; 2019.
- [3] M Nei, S Kumar .Molecular evolution and phylogenetics-2000 - books.google.com
- [4] Janes VA, Matamoros S, Willemsse N, Visser CE, de Wever B et al. Metagenomic sequencing to replace semi-quantitative urine culture for detection of urinary tract infections: a proof of concept. *BioRxiv*. 2017.
- [5] Voroshilova TM. Metagenomic analysis of samples in cystitis. *Urologia*. 2016 Feb;(1):29-31.
- [6] Zampini A. Defining Dysbiosis in Patients with Urolithiasis. *Scientific reports*. 2019;9:5425.
- [7] Ruan F. Antibiotic resistance profile based on metagenomics in raw surface drinking water source and the influence of environmental factor: A case study in Huaihe River Basin, China *Environmental Pollution*. 2019;248:438-44.
- [8] Mansi M, Goldfarb DS. The role of the microbiome in

kidney stone formation. *International Journal of Surgery*. 2016;36:607e-612

- [9] Moustafa A. Microbial metagenome of urinary tract infection [Enligne]. Disponible sur : www.nature.com/scientific. 2018.
- [10] Bandoh K, Muto, Y. Biochemical properties and purification of metallo-B-lactamase from *Bacteroides fragilis*. *Antimicrob. Agents Chemother*. 1991;35(2):371-372
- [11] Michon AL, Dubreuil L, Marchandi H. Anaerobic bacteria: general. 90-05-0035-A] - Doi : 10.1016/S2211-9698(14)61315-7. 2015 Elsevier Masson
- [12] Gottschick C. The urinary microbiota of men and women and its changes in women during bacterial vaginosis and antibiotic treatment. *Microbiome*. 2017 Aug 14;5(1):99. doi: 10.1186/s40168-017-0305-3.

To cite this article :

M Berrahal, M Azli, R Benrabah, B Souid. The urinary microbiote renal failure with infectious lithiasis in children. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 80-85



Article original

Caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales de l'infection papilloma virus humain dans la province du Sud-Kivu, RD Congo

Sociodemographic and gynecological characteristics of human papilloma virus infection in Sud-Kivu province, DR Congo

O Nyakio^{*1,2,5}, F Kibukila^{3,4}, A Tambwe⁵, P Kakudji⁵, P Kalenga⁵, JB Kakoma⁵

Résumé

Introduction : l'infection au Papillomavirus humain constitue la principale cause du cancer du col de l'utérus. L'objectif de cette étude était de déterminer les caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales des infections à Papillomavirus humain dans notre milieu.

Méthodologie : il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur 625 femmes suivies en consultation gynécologique pour le dépistage du cancer du col utérin au cours de la période du 1er Janvier au 31 Décembre 2018 à l'HGR de Panzi (Sud-Kivu, RDC) et dont 300 ont pu bénéficier d'un test de dépistage de l'infection au Papillomavirus humain. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Epi Info version 7.

Résultats : Le test de PVH était positif chez 87 (29%) enquêtées contre 213 cas négatifs, la proportion de l'infection à PVH était plus élevée dans le groupe des femmes veuves, divorcées et polygames (36,6%) que chez les célibataires (34,1%) et les mariées (19%), la différence ainsi observée étant très hautement significative ($p = 0,0092$). Il y avait significativement plus d'infection au PVH chez les femmes ayant fumé du tabac (60%) que chez les non-fumeuses (27,9%) ($p = 0,03$). Les facteurs retenus après l'analyse

multivariée et qui étaient significativement associés à l'infection au PVH sont le statut marital ($p = 0,02$) et l'antécédent de VIH ($p = 0,03$), qui s'avèrent ainsi être les déterminants de l'infection au PVH au regard des résultats portant sur notre échantillon d'étude.

Conclusion : l'infection au Papillomavirus humain garde une prévalence non négligeable chez les femmes dans la province du Sud-Kivu. Un dépistage systématique chez les femmes, telles qu'édité par les nouvelles recommandations, réduirait de manière sensible la nuisance de ce virus sur la qualité de la santé des femmes.

Mots-clés : Papillomavirus humain, Sud-Kivu, Col de l'utérus.

Abstract

Introduction: human papillomavirus infection is the main cause of cervical cancer. the objective of this study was to determine the socio-demographic and gynecological characteristics of human papillomavirus infections in our setting.

Methodology: this is a descriptive cross-sectional study of 625 women followed in gynecological consultation for cervical cancer screening during the period from January 1 to December 31, 2018 at the HGR of Panzi (South Kivu, DRC) and of which

300 were able to benefit from a screening test for human Papillomavirus infection. Data analysis was performed using Epi Info version 7 software.

Results: 87 (29%) respondents tested positive for HPV, compared to 213 negative cases. The proportion of HPV infection was higher in the widowed, divorced and polygamous group (36.6%) than in the single (34.1%) and married (19%) women, the difference being highly significant ($p=0.0092$). There was significantly more HPV infection among women who smoked (60%) than among non-smokers (27.9%) ($p = 0.03$). The factors retained after multivariate analysis that were significantly associated with HPV infection were marital status ($p = 0.02$) and HIV history ($p = 0.03$), which thus proved to be the determinants of HPV infection in our study sample.

Conclusion: Human papillomavirus infection remains a significant prevalence among women in South Kivu province. A systematic screening of women, as published by the new recommendations, would reduce significantly the nuisance of this virus on the quality of women's health.

Keywords: Human papillomavirus, South Kivu, cervix.

Introduction

Le papillomavirus humain (PVH) est responsable des pathologies variées, le plus souvent bénignes (verrues cutanées, condylomes ano-génitaux, ...), mais représente également la principale cause du cancer du col de l'utérus [1–4]. Il constitue l'agent pathogène le plus répandu chez les hommes et les femmes [4].

Le développement de la carcinogenèse cervicale pré-invasive et invasive nécessite une infection persistante au virus du papillome humain à haut risque et le dépistage du cancer du col peut prévenir une grande proportion des cas [5]. Actuellement, plus de 200 génotypes de papillomavirus humain ont été identifiés, dont environ 40 infectant le tractus génital [6]. Ces derniers sont classés en fonction de leur potentiel oncogène en sous-types à haut risque (PVH

16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 et 68), sous-types à risque intermédiaire (PVH 26, 53, 66, 73 et 82) et sous-types à faible risque (PVH 6, 11, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 et 89). Dans une méta-analyse d'études dans 61 pays à travers le monde, les types 16 et 18 de PVH ont été trouvés dans 70% des cancers invasifs du col de l'utérus et dans 52% des lésions dysplasiques de haut grade (HSIL) [7].

Comme précédemment signalé dans l'introduction générale, le cancer du col de l'utérus représente au niveau mondial un des cancers les plus fréquents chez la femme en termes d'incidence et de mortalité [1,8]. La mise en œuvre des programmes de vaccination contre le PVH et de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays développés ont permis de réduire considérablement son incidence et sa mortalité [6,9]; cependant, dans les pays en développement, les programmes existent mais ne sont pas mis en application. Tel est le cas pour la République Démocratique du Congo.

Par conséquent, l'incidence du cancer du col de l'utérus reste élevée en République Démocratique du Congo, quoique sous-estimée en raison de l'absence d'un enregistrement bien établi du cancer à l'échelle nationale en général et particulièrement dans les zones rurales [10–13].

Une bonne gestion du cancer du col dépend de la détection précoce de la maladie et de l'efficacité des vaccins prophylactiques [4,14].

Il existe déjà, et cela a été démontré dans plusieurs études, une vaccination qui, fournissant une prévention efficace contre l'infection au PVH, a été mise en œuvre avec succès dans la plupart des pays développés [4,6].

Actuellement, il y a trois vaccins prophylactiques contre le PVH disponibles (Gardasil, Gardasil 9 et Cervarix), qui sont approuvés pour une utilisation dans de nombreux pays [4,15]. Les trois vaccins offrent une protection contre l'infection par le PVH 16 et 18, tandis que le Gardasil inclut également une prévention contre le PVH 6 et 11, et le Gardasil 9, récemment approuvé, renforce encore la protection en ajoutant cinq types supplémentaires de PVH

à haut risque (PVH 31, 33, 45, 52 et 58) [4,15]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) n'a formulé aucune recommandation biaisée sur les trois vaccins, estimant qu'« il n'y a aucune différence dans l'efficacité de la prévention du cancer du col utérin liée au PVH 16/18, et la plupart des cancers peuvent être prévenus » [16]. Fort malheureusement, les femmes en RDC n'ont pas accès à cette prophylaxie. Les vaccins à deux (Cervarix), quatre (Gardasil) ou neuf (Gardasil 9) valences pourraient ne pas suffire, surtout que d'autres génotypes oncogènes à haut risque, qui ne sont pas couverts par cette prophylaxie, représentent un pourcentage non négligeable dans certaines régions.

La recherche et le développement des vaccins ne pourraient être ciblés que s'il y avait suffisamment des données épidémiologiques. Par ailleurs, la compréhension de la distribution des types de papillomavirus humain est importante pour l'adaptation des programmes de dépistage régionaux. Si la distribution de base des types de papillomavirus humain était préalablement décrite et connue dans un environnement, l'introduction des programmes de vaccination pourrait alors faciliter l'évaluation ultérieure des risques potentiels.

Ainsi, l'objectif de cette étude était de déterminer les caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales des infections à Papillomavirus humain dans notre milieu.

Méthodologie

Type et population d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée chez les femmes suivies en consultation gynécologique pour le dépistage du cancer du col utérin au cours de la période du 1er Janvier au 31 Décembre 2018 à l'HGR de Panzi (Sud-Kivu, RDC).

Sur un total de 625 femmes enregistrées, 300 ont pu bénéficier d'un test de dépistage de l'infection au Papillomavirus humain dont le test s'est révélé positif chez 87 femmes.

Ont été exclues de l'étude les femmes enceintes,

celles recevant déjà le traitement contre le cancer du col, celles n'ayant pas été dépistées au Papillomavirus et celles ayant refusé de répondre au questionnaire.

Collecte des données

Un questionnaire d'enquête a été utilisé et complété par le médecin clinicien au moment de l'entretien avec les femmes qui ont fait l'objet de l'étude et qui ont manifesté leur consentement. Ce questionnaire portait sur les informations concernant : les données sociodémographiques (âge, statut marital, profession, niveau d'instruction, niveau socio-économique...); les données sexuelles et gynéco-obstétricales (âge de la ménarche, âge aux premiers rapports sexuels, nombre des partenaires sexuels anciens, type des rapports sexuels, âge à la première grossesse, notion de violence sexuelle et plus précisément de la pénétration, notion de tabagisme, contraception hormonale, parité), la notion de tabagisme et l'antécédent de VIH.

Variables

Les variables de l'étude étaient les suivantes :

- Variables dépendantes :

Infection au PVH : nous avons effectué le test de dépistage de l'infection au PVH chez toutes les femmes ayant constitué notre échantillon d'étude. Nous les avons regroupées en PVH positif et PVH négatif ;

Génotypage : les résultats ont permis de décrire les différents types de génotypes retrouvés chez les enquêtées. Ces différents génotypes ont ensuite été regroupés selon leur potentialité cancérogène en groupe des génotypes à très haute potentialité cancérogène K++ (ceux comprenant les génotypes 16 et/ou 18) et celui des génotypes à haute potentialité cancérogène K+ (autres types que 16 et/ou 18).

- Variables indépendantes :

Les caractéristiques sociodémographiques, sexuelles et gynécologiques des femmes examinées ainsi que la notion de tabagisme chez celles-ci.

Analyse des données

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel

Epi Info version 7. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire la prévalence de l'infection au PVH ainsi que les types de génotypes retrouvés chez les enquêtées. Les associations entre l'infection au PVH et les autres facteurs étudiés (en termes de proportions observées dans les tables de contingence) ont été recherchées en utilisant le test de Chi-2 (test de Pearson) et le test exact de Fisher pour les variables qualitatives, le seuil de signification étant fixé à $p < 5\%$. La régression logistique multiple a été utilisée pour les variables avec une valeur de p significative afin d'identifier les facteurs potentiels qui sont significativement associés à l'infection au PVH.

Les considérations éthiques ont été prises en compte, comme susmentionné, après avis favorable du comité d'éthique local et de l'UNILU.

Résultats

Le test de PVH était positif chez 87 enquêtées contre 213 cas négatifs, soit une prévalence de PVH de 29% [IC95% : 23,9% - 34,5%] (tableau I).

La proportion de l'infection à PVH était plus élevée dans le groupe des femmes veuves, divorcées et polygames (36,6%) que chez les célibataires (34,1%) et les mariées (19%), la différence ainsi observée étant très hautement significative ($p = 0,0092$). Les femmes ménagères ont aussi présenté une proportion de l'infection au PVH plus élevée (39,3%) que celles trouvées chez les cultivatrices (24,2%) et les femmes

d'autres professions (22,5%), et la différence était statistiquement significative ($p = 0,0139$). Par contre, on n'a pas noté de différence significative en fonction de l'âge, du niveau d'instruction ainsi que du niveau socio-économique des femmes (tableau II).

Il y avait significativement plus d'infection au PVH chez les femmes ayant fumé du tabac (60%) que chez les non-fumeuses (27,9%) ($p = 0,03$). Quant à la différence observée entre les femmes avec antécédent de VIH (42,7%) et celles n'ayant pas cet antécédent (22,5%), elle s'était avérée très hautement significative ($p = 0,00$) (tableau III).

Les facteurs ainsi retenus après l'analyse multivariée et qui étaient significativement associés à l'infection au PVH sont le statut marital ($p = 0,02$) et l'antécédent de VIH ($p = 0,03$), qui s'avèrent ainsi être les déterminants de l'infection au PVH au regard des résultats portant sur notre échantillon d'étude.

Il y avait proportionnellement plus des cas de génotypes à très haute potentialité cancérigène chez les femmes de 35 ans et plus (54,5 % ; $p = 0,05$), les mariées (50 % ; $p = 0,34$), les ménagères (52,4 % ; $p = 0,19$), les analphabètes (50 % ; $p = 0,64$) et les femmes de niveau socio-économique bas (45,3 % ; $p = 0,26$), sans que la différence ne soit statistiquement significative (tableau V).

La proportion des génotypes à très haute potentialité cancérigène était statistiquement plus élevée ($p=0,0385$) chez les femmes ayant un antécédent de VIH (tableau VI).

Tableau I : Prévalence de l'infection à PVH chez les enquêtées

PVH	Fréquence	Pourcentage	IC 95%	
Positif	87	29,00%	(23,90%	34,50%)
Négatif	213	71,00%	(65,50%	76,10%)
Total	300	100,00%		

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et infection au PVH

Variabes	n	% PVH +	p
Âge			
15 - 24 ans	30	32,6	0,40
25 -34 ans	13	22,4	
≥ 35 ans	44	29,3	
Statut marital			
Célibataire	31	34,1	0,00
Mariée (monogamie)	22	19	
Autres (veuve, divorcée, polygamie)	34	36,6	
Profession			
Ménagère	42	39,3	0,01
Cultivatrice	22	24,2	
Autres (fonctionnaire, commerçant...)	23	22,5	
Niveau d'instruction			
Analphabète	24	32	0,91
Primaire	21	28	
Secondaire	37	27,6	
Supérieur	5	31,3	
Niveau socio-économique			
Bas	64	31,4	0,11
Moyen	23	24	

Tableau III : Distribution des enquêtées selon les caractéristiques sexuelles et gynéco-obstétricales, le tabagisme et l'infection à PVH

Variable	n	% PVH +	P
Âge de la ménarche			
≤ 13 ans	36	28,6	0,72
14 -15 ans	42	28,2	
≥ 16 ans	9	36	
Âge aux 1ers rapports sexuels			
< 15 ans	28	34,6	0,26
15 -20 ans	56	27,9	
> 20 ans	3	16,7	
Nombre des partenaires sexuels anciens			
1 – 5	18	33,3	0,26
≥ 6	69	28	
Type des rapports sexuels			
Normal	80	28,6	0,35
Normal + Autres	7	35	
Âge à la 1ère grossesse			
< 15 ans	13	32,5	0,93
15 - 20 ans	54	30	
> 20 ans	15	31,9	

Violence sexuelle			
Oui	29	27,1	0,34
Non	58	30,1	
Tabac			
Oui	6	60	0,03
Non	81	27,9	
Contraception			
Oui	24	33,8	0,19
Non	63	27,5	
Parité			
Nullipare	12	27,3	0,68
Primipare + Paucipare	28	32,6	
Multipare	47	27,6	
Antécédent d'infection à VIH			
Oui	41	42,7	0,00
Non	46	22,5	

Tableau IV : Analyse multivariée des facteurs associés à l'infection au PVH

Variables	n=300	P
Statut marital		0,02
Profession		0,21
Antécédent de Tabac		0,51
Antécédent d'infection à VIH		0,03

Tableau V : Distribution des enquêtées selon les caractéristiques sociodémographiques et les génotypes à potentialité cancérigène élevée

Variables	n	% Génotypes K++	p
Âge			
15 - 24 ans	30	33,3	0,05
25 -34 ans	13	23,1	
≥ 35 ans	44	54,5	
Statut marital			
Célibataire	31	32,3	0,34
Mariée (monogamie)	22	50	
Autres (veuve, divorcée, polygamie)	34	47,1	
Profession			
Ménagère	42	52,4	0,19
Cultivatrice	22	31,8	
Autres (fonctionnaire, commerçant...)	23	34,8	
Niveau d'instruction			
Analphabète	24	50	0,64
Primaire	21	42,9	
Secondaire	37	40,5	
Supérieur	5	20	

Niveau socio-économique			
Bas	64	45,3	0,26
Moyen	23	34,8	

Tableau VI : Distribution des enquêtées selon les caractéristiques sexuelles et gynéco-obstétricales, le tabagisme et les génotypes à potentialité cancérogène élevée

Variable	n	% Génotypes K++	p
Âge à la ménarche			
≤ 13 ans	36	41,7	0,79
14 -15 ans	42	45,2	
≥ 16 ans	9	33,3	
Âge au 1er rapport sexuel			
< 15 ans	28	42,9	0,94
15 -20 ans	56	42,9	
> 20 ans	3	33,3	
Nombre des partenaires sexuels anciens			
1 – 5	18	38,9	0,47
≥ 6	69	43,5	
Type des rapports sexuels			
Normal	80	45	0,11
Normal + Autres	7	14,3	
Âge à la 1ère grossesse			
< 15 ans	13	53,8	0,67
15 - 20 ans	54	40,7	
> 20 ans	15	46,7	
Violence sexuelle			
Oui	28	44,8	0,46
Non	58	41,4	
Tabac			
Oui	6	33,3	0,49
Non	81	43,2	
Contraception			
Oui	24	41,7	0,55
Non	63	42,9	
Parité			
Nullipare	12	16,7	0,13
Primi + Paucipare	28	42,9	
Multipare	47	48,9	
Antécédent de VIH			
Oui	41	53,7	0,03
Non	46	32,6	

Discussion

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

• Âge des patientes

Dans notre série, la proportion de l'infection au PVH était plus élevée chez les femmes dont l'âge était compris entre 15 ans et 24 ans (32,6%), puis a décliné dans la tranche de 25-34 ans (22,4%), pour remonter au-delà de 34 ans (32,6%).

Wang J et coll. [4] ont trouvé en Chine, dans la Province de Xinjiang, une prévalence très élevée de PVH (65,67%) chez les femmes âgées de 26 à 30 ans, alors que Yuan X.W et coll. [5], dans leur étude dans la ville de Foshan, en Chine, ont observé une prévalence élevée dans la tranche d'âge de 21 à 30 ans (16,2%).

Sainei N.E et coll. [17] ont trouvé, quant à eux, dans leur étude en Malaisie, une prévalence élevée de l'infection au PVH de l'ordre de 33,3% dans la tranche d'âge de 35-44 ans.

Plusieurs autres études ont été précédemment menées, se focalisant sur la prévalence de l'infection au Papillomavirus humain, et les résultats furent différents selon les régions : Taghizadeh E. et coll. [18] eurent une prévalence élevée (34,21%) dans la tranche d'âge de 30-40 ans en Iran, Assoumou S.Z et coll. [14] une prévalence de 31,6% dans la tranche d'âge de 45-54 ans au Gabon et Ardhaoui M et coll. [19] une prévalence de 20,0% chez les femmes dont l'âge était inférieur ou égal à 30 ans en Tunisie.

Les femmes au-delà de 35 ans constituaient la deuxième tranche la plus atteinte en termes de proportion de l'infection au PVH dans notre étude. L'absence d'un dépistage précoce des lésions précancéreuses expliquerait cette prévalence élevée chez cette catégorie de la population. La suppression des lésions précancéreuses lors du dépistage pourrait protéger contre l'acquisition de nouvelles infections au PVH [20,21]. Un autre facteur contribuant à la prévalence chez les femmes âgées pourrait être la réactivation des infections latentes dues à la sénescence immunitaire [22].

Cette proportion élevée de l'infection au PVH

dans la tranche d'âge de 15-24 ans dans notre étude, quoique statistiquement non significative ($p = 0,60$), s'expliquerait non seulement par la précarité socioéconomique de la femme congolaise la contraignant à une vie sexuelle non contrôlée et précocement assumée, mais aussi par l'histoire naturelle de l'infection au PVH, qui devrait être élevée durant le jeune âge et ensuite atteindre un plateau ou légèrement décroître durant la période de latence, avant de recroître pendant l'âge de la présénescence.

• Statut marital

La proportion de l'infection au PVH était plus élevée dans le groupe des femmes veuves, divorcées et polygames (36,6%) que chez les célibataires (34,1%) et les mariées (19%), la différence étant très hautement significative ($p = 0,0092$).

Taghizadeh E. et coll. [18] ont trouvé, dans leur série en Iran, une proportion plus élevée de l'infection au PVH chez les mariées (77,6%). Assoumou SZ et coll. [14] ont quant à eux trouvé une proportion significativement plus élevée chez les femmes non mariées, c'est-à-dire les célibataires, divorcées et veuves (51,6% ; $p = 0,02$) que chez les femmes mariées, le risque étant multiplié par deux chez les premières comparées à ces dernières (OR = 2,0 IC95% 1,1-3,5). Ardhaoui M. et coll. [19] ont rapporté en Tunisie une proportion très significativement plus élevée de l'infection au papillomavirus humain chez les femmes avec autre statut marital (52,9%) que chez les mariées (11,0%), le risque étant multiplié par 7 chez les premières comparées à ces dernières (OR = 6,9 ; IC95% 1,1-42,2 ; $p < 0,00$).

Plusieurs autres études ont montré une certaine association entre l'infection au PVH et le statut marital : Mutombo AB et coll. [13], dans une étude similaire à Kinshasa, ont conclu à une proportion plus élevée d'infection au PVH chez les mariées (64,1%) par rapport aux femmes avec autre statut marital (35,9%); Akaaboune M et coll. [23] ont trouvé au Cameroun une fréquence de 6,9% des femmes célibataires avec infection au PVH contre 93,1% des femmes avec partenaire, alors que Akarolo-Anthony et coll. [24] ont rapporté une proportion de 61% des

femmes mariées avec infection au PVH au Nigeria. La proportion de l'infection au PVH, en rapport avec le statut marital, reste donc différente selon les études, toutes les catégories étant concernées par celle-ci.

- Profession

Dans notre étude, les femmes ménagères ont présenté une proportion de l'infection au PVH plus élevée (39,3%) que les cultivatrices (24,2%) et les autres professionnelles dont les fonctionnaires et les commerçantes (22,5%), et la différence était statistiquement significative ($p = 0,01$).

Dans leur série à Kinshasa, Mutombo AB et coll. [13] ont trouvé une proportion de 41,8% de l'infection au PVH chez les femmes avec travail rémunérateur. Ardhaoui M. et coll. [19] ont rapporté, dans leur étude en Tunisie, une proportion élevée, quoique non statistiquement significative ($p = 0,11$), de l'infection au PVH chez les femmes avec un travail régulier (17,4%) par rapport à celles sans emploi (11,1%).

Cette proportion élevée (39,3%) des femmes ménagères ayant développé une infection au PVH dans notre étude demeure le résultat de l'inégalité entre hommes et femmes qui gangrènent la société congolaise en général et la société sud-kivutienne en particulier, une société où les femmes sont bonnes pour les activités ménagères et les hommes faits pour le travail de bureau.

Caractéristiques sexuelles, gynécologiques et tabagisme

- Nombre de partenaires sexuels

La proportion de l'infection au PVH était de 33,3% chez les femmes ayant eu au maximum cinq partenaires sexuels, contre 28% chez celles ayant connu plus de cinq partenaires sexuels, mais la différence était statistiquement non significative ($p = 0,26$).

Amadane M et coll. [25] ont rapporté, dans leurs observations en Suisse, une prévalence de 48,8% des femmes avec un minimum de cinq partenaires sexuels ayant développé une infection au PVH. Alhaman FT et coll. [26], dans leur série en Arabie Saoudite, ont trouvé quant à eux, une prévalence de 44,0% de l'infection au PVH chez les femmes ayant au moins trois partenaires sexuels, alors que Ardhaoui M et coll.

[19] ont eu en Tunisie des proportions statistiquement significatives ($p = 0,01$ et $p = 0,00$) de l'infection au PVH chez les femmes avec partenaires sexuels multiples et chez celles avec partenaires sexuels multiples lors d'un même rapport sexuel.

La multiplicité des partenaires sexuels chez les femmes ayant présenté une infection au PVH constitue une proportion non négligeable dans notre région, conséquence découlant de la précarité socioéconomique de la femme congolaise.

- Âge au premier rapport sexuel

La précocité de l'âge au premier rapport sexuel a été démontrée dans plusieurs études comme étant un des facteurs de risque du développement des lésions dysplasiques du col de l'utérus en association avec l'infection au PVH [1,2].

Dans notre travail, la proportion de l'infection au PVH, quoique statistiquement non significative ($p = 0,26$) était de 34,6% chez les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de quinze ans. Ardhaoui M. et coll. [19] ont trouvé, quant à eux, dans leur série en Tunisie, une prévalence statistiquement non significative ($p = 0,13$) chez les femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel pendant ou avant l'âge de 18 ans (20,5%), le risque étant presque trois fois supérieur chez ces dernières comparées à celles ayant eu leur premier rapport sexuel après l'âge de 18 ans (OR = 2,7 IC95% [0,8-9,5]).

- Antécédent de tabagisme

Plusieurs études antérieures à la nôtre ont été menées, montrant une certaine corrélation entre la prise du tabac et l'infection au PVH [19,27]. Velasquez-Hernandez N. et coll. [28], dans leur étude au Mexique, ont trouvé une prévalence de 2,4% de l'infection au PVH chez les femmes avec antécédent de tabagisme, mais la différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,46$). Amadane M. et coll. [25] ont aussi eu, dans leur série en Suisse, une proportion non statistiquement significative ($p = 0,31$) de 21,6% des femmes avec antécédent de tabagisme ayant développé une infection au PVH contre 78,4% des femmes non-fumeuses. Akaaboune M. et coll. [23] ont, quant à eux, dans leur étude

au Cameroun, relevé une proportion de 0,5% des femmes avec antécédent de tabagisme ayant présenté une infection au PVH, alors que Alhamlan FT et coll. [26] ont trouvé en Arabie Saoudite un taux plus élevé mais statistiquement non significatif de 27,0% des femmes avec antécédent de tabagisme présentant une infection au PVH par rapport aux femmes sans antécédent de tabagisme (12,5%).

Dans notre série, les femmes avec antécédent de tabagisme ont présenté une proportion de 60% des cas d'infection au PVH contre 27,9% chez les non-fumeuses avec une différence statistiquement significative ($p = 0,03$).

- **Contraception**

Nous avons relevé une proportion non statistiquement significative ($p = 0,19$) de 33,8% des cas d'infection au PVH chez les femmes pratiquant une contraception contre 27,5% chez celles ne la pratiquant pas.

Des études similaires à la nôtre ont été effectuées, notamment au Cameroun où Akaaboune M et coll. [23] avaient trouvé un taux de 1,6% des femmes prenant des pilules contraceptives ayant développé une infection au PVH. Quant à Akarolo-Anthony et coll. [24], ils ont relevé, dans leur étude au Nigeria, une proportion de 1,1% des femmes avec infection au PVH ayant une pratique contraceptive.

D'autres études antérieures ont noté l'association entre une infection au PVH et la prise d'une contraception: Alhamlan FT et coll. [26] ont trouvé en Arabie Saoudite, une prévalence non statistiquement significative ($p = 0,38$) de 16,0% des cas d'infection au PVH chez les femmes avec antécédent de contraception contre 11,0% chez celles sans cet antécédent; Ardhaoui M et coll. [19] ont rapporté, dans leur étude en Tunisie, une proportion non statistiquement significative ($p = 0,6$) de 14,8% de l'infection au PVH chez les femmes avec notion de contraception contre 12,4% chez celles sans antécédent de contraception.

Le taux considérable des femmes pratiquant la contraception ayant développé une infection au PVH dans notre milieu d'étude s'explique par la mise en place suivie d'une réussite progressive des différents programmes de planning familial, contraignant les

femmes à intégrer celui-ci dans leur mode de vie.

- **Antécédent de VIH**

L'immunodépression présente l'un des facteurs de risque de survenue des lésions dysplasiques du col par le truchement de l'infection par le papillomavirus humain [1,2,29,30]. Les femmes immunodéprimées présentent une proportion élevée des infections persistantes au PVH, et par conséquent une incidence élevée des anomalies cervicales lors du dépistage [31], le degré d'immunodépression étant le plus significativement associé à la présence des multiples papillomavirus humains à haut risque.

Plusieurs études ont mentionné l'existence d'une relation entre l'infection au PVH et le VIH/SIDA [24,32-34].

Dans notre étude, la proportion de l'infection au PVH était plus élevée chez les femmes avec antécédent de VIH (42,7%) que chez celles sans cet antécédent (22,5%), et la différence était très hautement significative ($p = 0,00$).

Conclusion

L'infection au Papillomavirus humain garde une prévalence non négligeable chez les femmes dans la province du Sud-Kivu. Un dépistage systématique chez les femmes, telles qu'édité par les nouvelles recommandations, réduirait de manière sensible la nuisance de ce virus sur la qualité de la santé des femmes.

Remerciement

Nos remerciements particuliers à notre Promoteur et Grand Maître, le Professeur Emérite SAKATOLO KAKOMA Jean Baptiste.

***Correspondance**

Olivier Nyakio

oliviernyakio@yahoo.fr

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

- 1 : Département de Gynécologie et Obstétrique, Université Evangélique en Afrique (UEA)
- 2 : Centre d'excellence MUKWEGE
- 3 : Département de chirurgie, Université Officielle de Bukavu (UOB)
- 4 : Département de Chirurgie, Université du Burundi
- 5 : Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien. Elsevier Masson. 8ème édition. Elsevier M. Paris; 2014. 89–107 p.
- [2] Fernandez H. Traité de gynécologie. Flammarion. 2005. 350–358 p.
- [3] Rappilard A. Les papillomavirus et le cancer du col de l'utérus. Thèse de m. France; 2010.
- [4] Wang J, Tang D, Wang J, Zhang Z, Chen Y, Wang K, et al. Genotype distribution and prevalence of human papillomavirus among women with cervical cytological abnormalities in Xinjiang, China. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2019;1–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1578598>
- [5] Yuan XW, Li YJ, Qiu Q, Luo ZY, Zhao XF. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus among 9945 women from the Nanhai area of Foshan. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):2–7.
- [6] Jiang L, Tian X, Peng D, Zhang L, Xie F, Bi C, et al. HPV prevalence and genotype distribution among women in Shandong Province, China: Analysis of 94,489 HPV genotyping results from Shandong's largest independent pathology laboratory. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210311.
- [7] Egli-Gany D, Spaar Zographos A, Diebold J, Masserey Spicher V, Frey Tirri B, Heusser R, et al. Human papillomavirus genotype distribution and socio-behavioural characteristics in women with cervical pre-cancer and cancer at the start of a human papillomavirus vaccination programme: The CIN3+ plus study. *BMC Cancer*. 2019;19(1):1–11.
- [8] Castle PE, Giuliano AR. Genital Tract Infections, Cervical Inflammation, and Antioxidant Nutrients — Assessing Their Roles as Human Papillomavirus Cofactors. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2003;7234(31):29–34.
- [9] Feldman S. Making Sense of the New Cervical-Cancer Screening Guidelines. *N Engl J Med*. 2011;365(23):2145–7.
- [10] Ali-Risasi C, Verdonck K, Padalko E, Vanden Broeck D, Praet M, Catherine Ali-Risasi, et al. Prevalence and risk factors for cancer of the uterine cervix among women living in Kinshasa, the Democratic Republic of the Congo: a cross-sectional study. *Infect Agent Cancer*. 2015;10(20):1–11.
- [11] Hovland S, Arbyn M, Lie AK, Ryd W, Borge B, Berle EJ, et al. A comprehensive evaluation of the accuracy of cervical pre-cancer detection methods in a high-risk area in East Congo. *Br J Cancer*. 2010;102:957–65.
- [12] Paluku JL, Carter TE, Lee M, Bartels SA. Massive single visit cervical pre-cancer and cancer screening in eastern Democratic Republic of Congo. *BMC Womens Health*. 2019;19(43):1–8.
- [13] Mutombo AB, Benoy I, Tozin R, Bogers J. Prevalence and Distribution of Human Papillomavirus Genotypes Among Women in Kinshasa, The Democratic Republic of the Congo original report abstract. 2019;1–9.
- [14] Assoumou SZ, Mbiguino AN, Mabika BM, Ogoula SN, Mzibri M El, Khattabi A, et al. Human papillomavirus genotypes distribution among Gabonese women with normal cytology and cervical abnormalities. *Infect Agent Cancer* [Internet]. 2016;11(2):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13027-016-0046-0>
- [15] Villa LL, Costa RLR, Petta CA, Andrade RP, Paavonen J, Iversen OE, et al. High sustained efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus types 6/11/16/18 L1 virus-like particle vaccine through 5 years of follow-up. *Br J Cancer*. 2006;95(11):1459–66.
- [16] Organization WH. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017 – Recommendations. 2017;
- [17] Sainei NE, Kumar VS, Chin YS, Salih FAM. High prevalence of human papillomavirus types 56 and 70 identified in the native populations of Sabah, Malaysia. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2018;19(10):2807–13.
- [18] Taghizadeh E, Taheri F, Abdolkarimi H, Renani PG,

- Hayat SMG. Distribution of Human Papillomavirus Genotypes among Women in Mashhad , Iran. *Intervirol*. 2017;60:38–42.
- [19] Ardhaoui M, Ennaifer E, Letaief H, Salsabil R, Lassili T. Prevalence , Genotype Distribution and Risk Factors for Cervical Human Papillomavirus Infection in the Grand Tunis Region , Tunisia. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157432.
- [20] Passmore JS, Morroni C, Shapiro S, Williamson L, Hoffman M. Papanicolaou smears and cervical inflammatory cytokine responses. 2007;7:1–7.
- [21] Richter K, Chb MB, Path M, Virol M, Path FC, Virol M, et al. Age-specific prevalence of cervical human papillomavirus infection and cytological abnormalities in women in Gauteng Province , South Africa. 2013;103(5):313–7.
- [22] Gravitt PE, Rositch AF, Silver MI, Marks MA, Chang K, Burke AE, et al. A cohort effect of the sexual revolution may be masking an increase in human papillomavirus detection at menopause in the United States. *J Infect Dis*. 2013;207(2):272–80.
- [23] Akaaboune M, Kenfack B, Viviano M, Temogne L, Catarino R, Tincho E, et al. Clearance and persistence of the human papillomavirus infection among Cameroonian women. 2018;
- [24] Akarolo-anthony SN, Famooto AO, Dareng EO, Olaniyan OB, Offiong R, Wheeler CM, et al. Age-specific prevalence of human papilloma virus infection among Nigerian women. *BMC Public Health*. 2014;14(656):1–7.
- [25] Amadane M, De Pree C, Viviano M, Vassilakos P, Jeannot E, Petignat P. Characteristics of HPV-unvaccinated undergraduate health students in Switzerland, a cross sectional study. *Arch Public Heal*. 2019;77(1):1–6.
- [26] Alhamlan FS, Khayat HH, Ramisetty-mikler S, Almuammar TA, Tulbah AM, Al-ahdal MN. Sociodemographic characteristics and sexual behavior as risk factors for human papillomavirus infection in Saudi Arabia. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2016;46:94–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2016.04.004>
- [27] Makiani MJ, Minaeian S, Moghaddam SA, Moosavi A, Moeini Z, Zamani V, et al. Relative frequency of human papillomavirus genotypes and related sociodemographic characteristics in women referred to a general hospital in Tehran, 2014- 2015: A cross-sectional study. 2017;15(5):305–10.
- [28] Velazquez-hernandez N, Sanchez-anguiano LF, Guerra-infante FM. Human Papillomavirus Infection in Female Sex Workers : A Case Control Study. 2019;11(3):196–201.
- [29] Escobar PF, Chiesa-vottero A, Michener CM. PREINVASIVE LESIONS OF THE CERVIX.
- [30] Lawson HW. Cervical Cancer Screening. In: *CLINICAL GYNECOLOGY* [Internet]. First Edit. Elsevier Inc.; 2006. p. 121–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-443-06691-7.50016-9>
- [31] Cobo F. HPV infection and association with cancer. In: *Human Papillomavirus Infections*. 2012. p. 57–64.
- [32] Massad LS, Hessol NA, Darragh TM, Minkoff H, Colie C, Wright RL, et al. Cervical cancer incidence after up to 20 years of observation among women with HIV. *Int J Cancer*. 2017;141(8):1561–5.
- [33] Massad L, Xie X, D’Souza G, Darragh TM, Minkoff H, Wright R, et al. Incidence of cervical precancers among HIV-seropositive women. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2015;212(606):e1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.12.003>
- [34] Gonçalves MAG, Soares EG, Fernandes APM, Fonseca BAL, Bettini JSR, Simões RTS, et al. Langerhans’ cell count and HLA class II profile in cervical intraepithelial neoplasia in the presence or absence of HIV infection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;114:221–7.

Pour citer cet article :

O Nyakio, F Kibukila, A Tambwe, P Kakudji, P Kalenga, JB Kakoma. Luxations du genou, bilan lésionnel et résultats du traitement orthopédique. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 86-97



Article original

Panorama des cardiopathies juvéniles en consultation au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré

Panorama of juvenile heart disease in consultation at the cardiology department of CHU Gabriel Touré

B Dembélé*¹, N Sidibe², B Diarra², A Sangare¹, M Diakite¹, M Sako¹, M Toure²,
AS Cissoko³, M Sidibe⁴, M Doumbia⁵

Résumé

Du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2012 nous avons enregistré 535 enfants en consultation au service de cardiologie du C.H.U Gabriel TOURE soit 9,8 % des patients consultés. L'échantillon se répartissait comme suit 260 du sexe féminin et 275 du sexe masculin. Le souffle cardiaque fut le plus fréquent des circonstances de découverte avec 33,4%. Le service de pédiatrie avait adressé la majorité des patients soit 52,5% des cas. L'auscultation cardiaque avait retrouvé le souffle cardiaque chez 84,7 % des patients et la tachycardie dans 33,5% des cas. La cardiomégalie radiologique représentait 68,0% des patients. L'ECG a été réalisé chez 41 patients soit 7,7%. La majorité des enfants avait réalisé l'échocardiographie doppler soit 89,2%. Les cardiopathies congénitales étaient majoritaires avec 51,0%. La CIV se retrouvait au premier rang des cardiopathies congénitales avec 21,3% ; la CIA. Le traitement médical a été introduit chez 84,7% des patients. La perte de vue en consultation fut observée chez 454 patients à une année selon l'évolution.

Mots-clés : Panorama, cardiopathie, juvénile, cardiologie, CHU Gabriel Touré.

Abstract

From January 1, 2007 to December 31, 2012, we registered 535 children in consultation at the cardiology department of the C.H.U Gabriel TOURE, i.e. 9.8% of the patients consulted. The sample was distributed as follows: 260 females and 275 males. The heart murmur was the most common discovery circumstance with 33.4%. The pediatric service had referred the majority of patients, i.e. 52.5% of cases. Cardiac auscultation found cardiac murmur in 84.7% of patients and tachycardia in 33.5% of cases. Radiological cardiomegaly represented 68.0% of patients. The ECG was performed in 41 patients, or 7.7%.

The majority of children had Doppler echocardiography performed, i.e. 89.2%. Congenital heart disease was in the majority with 51.0%. CIV was the number one congenital heart disease with 21.3%; the CIA. Medical treatment was introduced in 84.7% of patients. Vision loss was observed in 454 patients at one year depending on the course.

Keywords: Panorama, heart disease, juvenile, cardiology, CHU Gabriel Touré.

Introduction

Les cardiopathies juvéniles constituent de plus en plus un problème de santé publique dans les pays en voie de développement [1].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on estime que 9 à 15% des enfants en âge scolaire (4 à 16 ans) sont porteurs d'une atteinte cardiaque rhumatismale dans les pays en voie de développement. Il serait responsable de 10 à 40% des cardiopathies acquises selon la littérature et de 51,68% des cardiopathies juvéniles acquises [1,2].

A côté d'elles les cardiopathies congénitales sont des anomalies cardiaques survenant au cours de la formation du cœur pendant la vie intra-utérine [3]. L'incidence est estimée entre 7 à 8 pour 1 000 naissances [4]. Devant ce constat et une augmentation de façon progressive de la consultation des enfants en cardiologie, nous avons initié ce travail pour un état de lieu de cardiopathies juvéniles.

Objectifs :

Ce travail sur les cardiopathies juvéniles a pour but de :

- Déterminer leur fréquence,
- Décrire les aspects cliniques,
- Et déterminer les principales étiologies et traitements

Méthodologie

Cadre de l'étude : Le service de cardiologie du CHU Gabriel Touré.

Type d'étude et période : Étude rétrospective du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2012.

Population d'étude :

- Critères d'inclusion :

Il s'agit des patients juvéniles vus et suivis en consultation externe du service cardiologique et ayant un dossier médical complet.

Les patients ayant un âge inférieur ou égal à 180 mois.

- Critères de non inclusion :

Les patients ayant un âge supérieur à 180 mois en consultation.

Les patients ayant un inférieur ou égal à 15 ans en consultation n'ayant pas de dossier médical complet

Collecte des données :

- Support des données :

Une fiche d'enquête individuelle,

Les dossiers médicaux des patients(es),

- Technique de collecte :

L'étude a été réalisée à l'aide d'une fiche d'enquête qui a été remplie à partir des dossiers médicaux.

Traitement des données

La saisie a été réalisée avec le logiciel Excel 2007,

L'analyse des données avec EPI604fr ;

Le logiciel Word 2007 a été utilisé pour la rédaction.

Éthique

La confidentialité des données a été respectée.

Résultats

Sur 5466 patients vus en consultation ; nous savons enregistrer 535 cas de pathologies cardiaques juvéniles soit une prévalence 9,8%.

Le sexe masculin était majoritaire avec 51,4% (275 cas) contre 48,6% (260 cas) avec le sexe ratio 1,06 en faveur du sexe féminin.

La classe d'âge de 0-6 mois représentait 30,1% (161 cas).

Les Circonstances de découverte furent : le Souffle cardiaque 33,4% (179 cas); toux 19,0% (101 cas) ; cardiomégalie à la radiologie 11,7% (63 cas) ; la dyspnée 10,8% (58 cas);l'association de plusieurs signes (Cyanose ; Détresse respiratoire, les troubles digestifs, la bouffissure du visage, l'OMI) 6,5% (35 cas) ; l'insuffisance cardiaque 4,7% (25 cas) ; la polyarthralgie 4,7% (25 cas) ; la douleur thoracique 3,0% (16 cas) ; la découverte fortuite 3,0% (16 cas) ;la palpitation 1,7%(9 cas) ; pneumopathie 1,5% (8 cas).

Le service de pédiatrie avait adressé plus de la moitié des patients en consultation soit 52,5% (281 cas) ; les autres services 42,6% (228 cas) et les enfants amenés par les parents 4,9% (26 cas). Les anomalies retrouvées à l'inspection et à la palpation : le retard staturo-pondéral 22,8% (122 cas) ; la dyspnée stade IV de la NYHA 22,0% (118 cas) ; l'hépatomégalie

11,2 (60 cas) ; l'état général altérée selon le score de l'OMS 10,1% (54 cas) ; la cyanose 9,5% (53 cas) ; la pâleur conjonctivale 7,7 (41 cas) ; la déformation thoracique 6,9% (37 cas) ; l'OMI 5,6 % (30 cas) ; le frémissement 4,3% (23 cas) et le signe de Harzer 5,4% (29 cas). L'auscultatoire cardiaque retrouvait : le souffle cardiaque chez 84,7% (453 cas) ; la tachycardie 33,5% (179 cas) ; l'arythmie cardiaque 3,5% (19 cas) ; le dédoublement de B2 pulmonaire 3,2% (17 cas) ; le galop 4,1% (22 cas) et la bradycardie 2,8 (15 cas). L'auscultation pulmonaire notait les râles crépitants chez 60 patients soit 11,2%. La radiographie thoracique de face a été réalisée chez 78,9% (422 cas) des patients et 68,0% (364 cas) avaient une cardiomégalie. L'ECG a pu être réalisé chez 41 patients soit 7,7%. L'échographie doppler cardiaque : 89,2% (477 cas) des patients ont bénéficié de cet examen. La cardiopathie congénitale représentait 51,0% (273 cas) ; la cardiopathie valvulaire 21,5% (115 cas) ; l'épanchement péricardique 10,5% (56

cas) ; la cardiomyopathie dilatée 5,0% (27 cas) et l'endocardite 1,1% (6 cas). Les cardiopathies congénitales se répartissaient comme suit : La CIV 21,3% (114 cas) ; la CIA 6,9% (37 cas) ; le CAV 6,0% (32 cas) ; la tétralogie de Fallot 5,2% (28 cas); la PCA 1,9% (10 cas) ; HATAP primitive 3,9% (21 cas) ; le TAC 3,2% (17 cas) ; l'atrésie tricuspидienne 1,3% (7 cas) ; la transposition des gros vaisseaux 0,7% (4 cas) ; VU 0,6% (3 cas). Le traitement médical fut instauré chez 453 patients soit 84,7%. Les médicaments les plus utilisés furent : L'IEC soit 98, 3 % (526 cas) ; l'antibiotique 44,7% (239 cas) ; l'aspirine 31,6% (169 cas) ; le fer + acide folique 30,6% (164 cas) ; les diurétiques 25,6% (138 cas) ; les corticoïdes 4,5% (24 cas) ; les bêtabloquants 8,0% (43 cas) ; les digitaliques 2,8% (15 cas) et l'IC 1,7% (9 cas). Aucun patient de l'échantillon n'a bénéficié de la chirurgie cardiaque. Les perdus de vue à un an étaient majoritaires avec 84,9%.

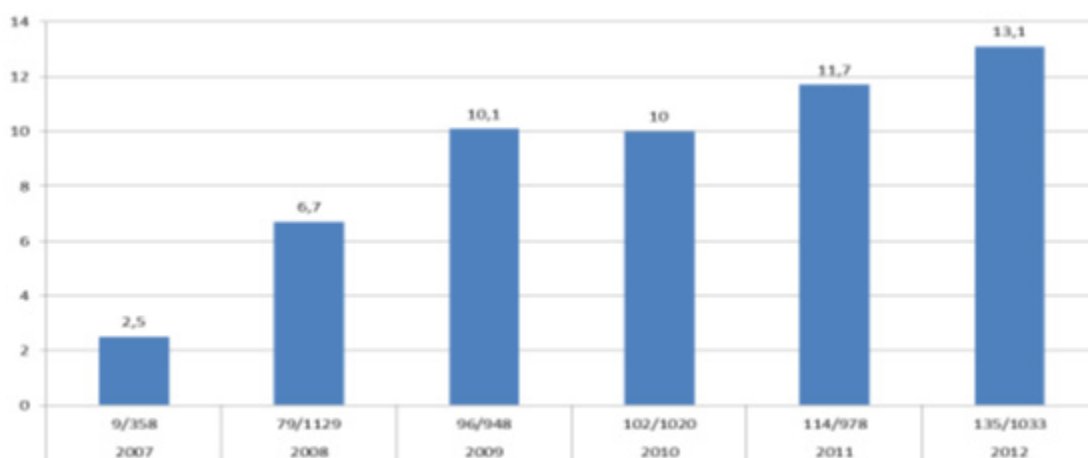


Figure 1 : cardiopathie juvénile en fonction l'année.

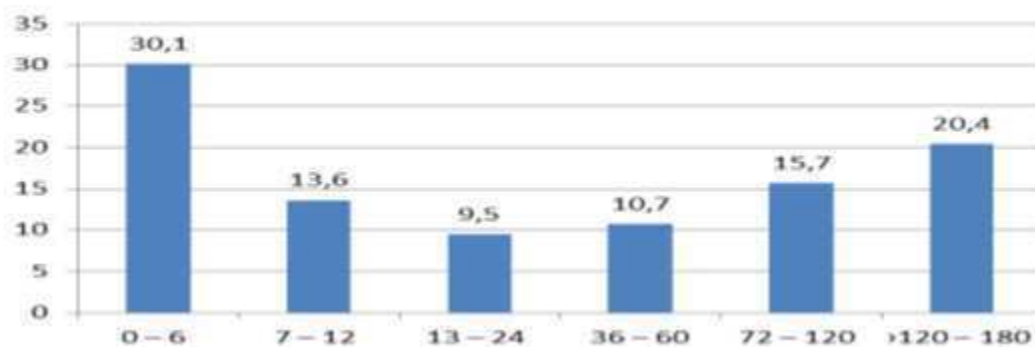


Figure 2 : Répartition en fonction de la classe d'âge.

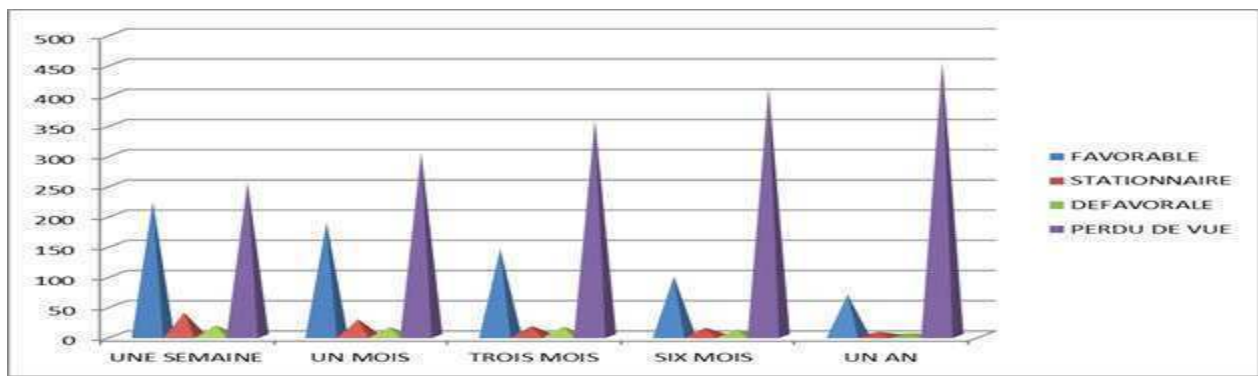


Figure 3 : Répartition en fonction l'évolution.

Discussion

Du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2012 nous avons enregistré 535 enfants en consultation au service de cardiologie du C.H.U Gabriel TOURE soit 9,8 % des patients consultés.

Le nombre de consultation augmentait progressivement de 9 cas en 2007 à 135 cas en 2012. Ceci pourrait s'expliquer par la présence des cardiopédiatres et la disponibilité de l'échocardiographie doppler.

L'échantillon se répartissait comme suit 260 du sexe féminin et 275 du sexe masculin. Ce résultat est superposable à l'étude de COULIBALY A. [5] qui a enregistré 49% de filles contre 51% de garçons et non similaire au travail de DIARRA B. [6] qui trouva 54% de filles contre 46% de garçons.

La répartition selon l'âge montre un pic de fréquence chez les enfants de 0-6 mois soit 30,1%.

Dans la circonstance de découverte ; le souffle cardiaque fut le plus fréquemment évoqué avec 33,4% contre 32,63% pour la dyspnée dans l'étude de SIDIBE N. [7]. Le service de pédiatrie avait adressé la majorité des patients soit 52,5% des patients. Cela est dû à l'étroite collaboration entre les services de cardiologie et de pédiatrie de ladite structure. La majorité de nos patients avait un retard staturo-pondéral soit 22, 8 % et dyspnée au repos 22, 1 %. L'auscultation cardiaque avait retrouvé un souffle dans 84, 7 % proche du résultat de SIDIBE N. [7] ou il était de 92,07%. Ce taux est en accord avec celui de COULIBALY A [5] qui avait trouvé 80% de souffle systolique et de DIARRA B [6] en

sachant que ces derniers ont aussi travaillé sur les enfants de 0-15 ans. Nous avons enregistré 68,0% de cardiomégalie par contre ; nous retrouvons 46,98% et 45,09% respectivement chez SIDIBE N. et Daou H [7 et 8]. Cette différence s'expliquerait par la taille de notre échantillon. Sur les 535 patients ; seulement 41 ont fait l'ECG soit 7,7%. Il est à noter qu'au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré il n'y a pas d'appareil à ECG adapté à l'enfant ; ce qui explique la réalisation rarement de cet examen. La majorité des enfants avait réalisé l'échocardiographie doppler soit 89,2%. Les cardiopathies congénitales étaient majoritaires avec 53,8%. DIARRA B [9] avait retrouvé 49,25%. L'augmentation de ce taux pourrait être due à l'arrivée des cardio-pédiatres au CHU Gabriel TOURE. Les CIV constituent la première pathologie parmi les cardiopathies congénitales avec 44,6%, contre 38,7% de Diarra B. [9]. La chirurgie cardiaque n'étant pas possible à l'époque dans notre pays aucun enfant de notre travail n'a bénéficié de cure chirurgicale. Le traitement médical fut instauré chez 84,7% des patients ; ce taux est inférieur au 95,63% Sidibé N. [10]. Les IEC furent les plus utilisés avec 98,3% et les antibiotiques occupaient le deuxième rang avec 47, 7%. L'évolution fut marquée dans notre étude par une nette augmentation de la perte de vue à la consultation de 255 patients en une semaine de traitement à 454 patients en une année et la baisse progressive de l'évolution favorable selon la même rubrique de 223 cas en une semaine à 69 cas à une année. Ce constat est en accord selon le travail d'Ake E. et Coll. [11]. Nous pourrions expliquer ceci par le recours au traitement

traditionnel ou le décès à domicile sans rapporter la nouvelle au Médecin.

Conclusion

Au regard de nos résultats, nous pouvons affirmer que les cardiopathies juvéniles sont une réalité indéniable au sein des patients en consultation cardiologique du CHU Gabriel TOURE. Les cardiopathies rencontrées au cours de cette étude vont des plus simples aux plus complexes dont la prise en charge était au-dessus du traitement médical. Elles nécessitent dans la majorité des cas la chirurgie cardiovasculaire jadis n'étant pas disponible dans notre pays d'où l'accent sur le diagnostic précoce et la formation spécifique du personnel médical et paramédical.

*Correspondance

Bouréma Dembélé

bouremadembelé@yahoo.fr

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

- 1 : Service de cardiologie du centre hospitalier universitaire du Point G
- 2 : Service de cardiologie du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré
- 3 : Service de cardiologie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou
- 4 : Service de néphrologie hémodialyse du centre hospitalier universitaire du Point G
- 5 : Service de chirurgie de cardiovasculaire du centre Festoc Andre de l'hôpital Mère-Enfant le Luxembourg

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] DIARRA A. Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathie rhumatismale dans les communes I, II, III, IV, V, VI de Bamako : Réflexion sur la prévention. Thèse de Méd,

Bamako, 1989 ; No 25.

- [2] Schleich J.-M, Andru S, Dillenseger J.-L, Almange C. Imagerie du développement cardiaque normal. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2003 ; 16 : 316–320.
- [3] Batisse A. *Cardiologie pédiatrique pratique*. 2ème édition. Doin Editeurs, Paris (1995) p100-103.
- [4] Iselin M. *Cardiopathies congénitales*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier Paris), Radiodiagnostic-Cœur-Poumon 32-015-A-12, Pédiatrie 1999 ;4-070-A-05: 6p.
- [5] COULIBALY A. *Cardiopathies juvéniles des enfants de 0 à 10 ans au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré et de l'hôpital mère-enfant de Luxembourg du 1erjanvier 2006 au 31 décembre 2008*. Thèse Méd. Bamako, 2005
- [6] FOMBA.M. *Cardiopathies congénitales au service de cardiologie de l'hôpital National du Point G*. Thèse Méd. Bamako, 1999, N°19
- [7] SIDIBE N. *Cardiomégalie juvénile au service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Touré*. Thèse Méd. Bamako, 1999, N°56.
- [8] Daou H. *Etude prospective des cardiopathies congénitales entre 0 et 2 mois au service de Réa-pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré d'Avril 2005 à Septembre 2006 à propos de 51 cas*.
- [9] Khoshnood B, de Viganm C, Vodovar V, Goujard J, Lhomme A, Bonnet D, Goffinet D *Évolution du diagnostic prénatal, des interruptions de grossesse et de la mortalité périnatale des enfants avec cardiopathie congénitale Évaluation en population générale à Paris entre 1983 et 2000* *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35: 455-464.
- [10] AKE et COLL. *Aspects cliniques et évolutifs de 65 cas de cardiopathies rhumatismales*. *Cardiopathie tropicale* 1992 ; 18 : 132. 11. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2004: Changerle cours de l'histoire*. 2004. Genève, Suisse.

Pour citer cet article :

B Dembele, N Sidibe, B Diarra A Sangare, M Diakite, M Sako et al. *Panorama des cardiopathies juvéniles en consultation au service de cardiologie du CHU Gabriel Touré*. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 98-102



Cas clinique

Pénectomie partielle pour cancer du pénis

Partial penectomy for penis cancer

D Cissé*¹, HJG Berthé², M Koné¹, A Traoré¹, A Diarra⁵, MT Coulibaly³, MS Diallo⁴, A Kassogué⁴,
D Thiam⁶, O Guindo¹

Résumé

Introduction : La pénectomie partielle est une intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation d'une partie du pénis, généralement la partie distale. Elle est indiquée dans le traitement du cancer du pénis dans sa partie distale où elle est à visée diagnostique dans un premier temps et parfois la seule option thérapeutique. Notre objectif était de rapporter un cas de pénectomie partielle et de discuter les répercussions sur la sexualité et la qualité de vie du patient.

Cas clinique : Il s'agissait d'un patient de 49 ans venu consulter pour une tuméfaction bourgeonnante du gland, ulcérée malodorante et saignant au contact par endroit. Cette tuméfaction était accompagnée d'adénopathie inguinale bilatérale. Le patient a bénéficié d'une pénectomie partielle avec curage ganglionnaire. Les suites opératoires ont été simples et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un carcinome épidermoïde. Le patient nous rapporta la reprise des rapports sexuels 13 mois après l'intervention chirurgicale.

Conclusion : La pénectomie partielle est le traitement de référence du cancer du pénis distal. Il s'agit d'une intervention chirurgicale rare pour une pathologie rare dans notre pratique. Les résultats de l'intervention sont bons et le suivi du patient est toujours en cours.

Mots-clés : Cancer du pénis, Pénectomie partielle, Sexualité, Qualité de vie.

Abstract

Introduction: Partial penectomy is surgery that removes part of the penis, usually the distal part. It is indicated for the treatment of penile cancer in its distal part. The intervention is initially for diagnostic purposes and sometimes the only therapeutic option. Our objective was to report a case of partial penectomy and to discuss the repercussions on the patient's sexuality and quality of life.

Clinical case: This was a 49-year-old patient who had an ulcerated glans mass, smelly with bleeding on contact in places. This mass was accompanied by bilateral inguinal lymphadenopathy. The patient underwent partial penectomy with lymph node dissection. The postoperative consequences were favorable. Pathological examination of the operative specimen concluded in squamous cell carcinoma. The patient reported resuming sexual intercourse 13 months after surgery.

Conclusion: Partial penectomy is the standard treatment for cancer of the distal penis. This is a rare surgical procedure for a rare condition in our practice. The results of the intervention are good and

the patient's follow-up is still ongoing.

Keywords: penile cancer, partial penectomy, sexuality, quality of life.

Introduction

La pénectomie partielle est une intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation d'une partie du pénis, généralement la partie distale. Elle constitue le premier, parfois l'unique temps de traitement d'un cancer du pénis. Le cancer du pénis est une pathologie rare comptant pour 0,2 à 0,5% de l'ensemble des tumeurs malignes de l'homme [1-4]. Son incidence est variable dans le monde, très faible en Israël où elle est de 0,1/100 000 habitants [5], elle est dix fois plus élevée en Europe et Amérique du Nord soit 1/100 000 habitants [1,6]. Le taux d'incidence le plus élevé se trouverait dans certaines régions du Brésil où il atteindrait 50/100 000 habitants [7,8]. En Amérique latine et en Afrique, le taux d'incidence est compris entre 1 et 5/100 000 habitants [9,10]. Ce taux varie en fonction des régions, pendant que le cancer du pénis est très rare en Afrique occidentale comme l'atteste les publications : Sénégal 8 cas en 11 ans [11], Guinée 6 cas en 17 ans, Nigéria 7 cas en 20 ans, En Afrique orientale, la pathologie semble être beaucoup plus fréquente : 31 cas en 20 ans au Kenya et 236 cas en 10 ans en Tanzanie [15]. Plusieurs facteurs de risque ont été évoqués, mais le rôle protecteur de la circoncision et le rôle favorisant des infections à papilloma virus [16-19] sont un début d'explication à ces écarts de taux d'incidence.

Le cancer du pénis siège le plus souvent au niveau du gland. [20,21]. Cette localisation qui va de 25% pour certaines études à 60% pour d'autres [20], associée aux autres localisations péniennes distales sont l'indication par excellence de la pénectomie partielle. L'intervention chirurgicale peut être isolée ou associée à d'autres méthodes thérapeutiques comme la radiothérapie ou la chimiothérapie constituant ainsi le traitement à modalité multiple beaucoup plus efficace pour le contrôle de la pathologie [22]. Qu'elle soit

isolée ou à modalité multiple, la pénectomie partielle pose d'une part le problème de contrôle générale de la maladie et le problème de fonctionnalité du moignon restant tant du point de vue urinaire que sexuel d'autre part. L'envahissement ganglionnaire facteur pronostic essentiel [22,23] n'est pas une contre-indication au geste chirurgicale, mais le moignon pénién restant respecte il la sécurité carcinologique ? D'autre part le reliquat pénién permet-il une miction confortable en position debout sans dispersion du jet urinaire, permet-il également l'accomplissement de l'acte sexuel ? En voilà autant de question que l'on devrait se poser avant de poser une indication de pénectomie partielle. Notre objectif était de rapporter un cas de pénectomie partielle dans un contexte de rareté des cas et d'en discuter les répercussions physiques psychosexuelles.

Cas clinique

A S, Patient 49 ans marié, père de 9 enfants, venu consulter pour ulcération de tout le gland évoluant depuis 6 mois l'empêchant de mener toute activité sexuelle. Il a bénéficié de plusieurs traitements anti infectieux avant de consulter dans un service d'urologie. A son arrivée, devant l'aspect des lésions ulcéreuses avec début de bourgeonnement, nous lui avons proposé de faire une biopsie qu'il a refusée. Deux ans plus tard après les tentatives de traitement traditionnel sans succès, il nous est revenu avec une tumeur localement avancée. Il a subi la circoncision vers l'âge de 7 ans. Il présentait depuis 6 mois des douleurs intenses au niveau du gland avec une dysurie de démarrage exacerbant la douleur. Il a arrêté les rapports sexuels il y a plus d'une année et l'odeur putride dégagée par sa lésion avait contribué à l'isoler du reste de la population.

A l'examen physique, l'état général était conservé, avec une bonne coloration muqueuse et palmo-plantaire et un état nutritionnel satisfaisant. A l'examen des organes génitaux externes, le pénis était porteur d'une masse ulcéro-bourgeonnante au niveau du gland ayant détruit toute sa structure, saignant au contact

par endroit avec envahissement de l'urètre distal sans possibilité d'identifier le méat urétral. Sur le corps du pénis, au niveau de sa partie distale latérale droite à proximité du gland, on notait une ulcération circulaire à contour net d'environ 1 centimètre de diamètre (figure 1). La verge restante saine était d'environ 5 Cm de longueur. Cette masse était accompagnée d'une tuméfaction inguinale volumineuse bilatérale mobile d'environ 10 centimètres de grand axe multi nodulaire à gauche et 3 Centimètres de grand axe à droite (figure 1).

Les masses inguinales étaient tendues sans ulcération, indolore et mobile par rapport au plan superficiel et profond. Devant la tumeur bourgeonnante en chou-fleur avec destruction du gland, envahissement de l'urètre distal et du corps caverneux distal ; la présence d'adénopathie bilatérale volumineuse indolore mobile par rapport au plan superficiel et profond ; l'absence d'adénopathie pelvienne et de métastase à distance au scanner thoraco-abdomino-pelvien ; nous avons retenu le diagnostic de cancer de la verge au stade T3N2M0 de la classification TNM de UICC 2016 (Union International Contre le Cancer). Elle correspond également au stade III de la classification de Jackson : tumeur limitée à la verge avec métastases lymphatiques régionales. Après un bilan d'opérabilité favorable, nous avons réalisé une pénectomie partielle avec une marge de sécurité d'environ 1 cm de la marge proximale de la tumeur associée à un curage ganglionnaire inguinal bilatérale complète (figure 2).

Les suites opératoires ont été favorables et la miction possible sans dispersion du jet urinaire (figure 3). L'examen anatomie des pièces opératoires a conclu à un carcinome épidermoïde avec les berges de la résection négatives et un envahissement de tous les ganglions prélevés.

Après 6 mois le patient a signalé une libido revenue avec présence des érections mais n'avait pas osé encore faire de coït. A 16 mois le patient n'avait aucun signe de récurrence clinique et échographique et rapporta quelques expériences sexuelles satisfaisantes avec pénétration débutées à 13 mois post opératoire.

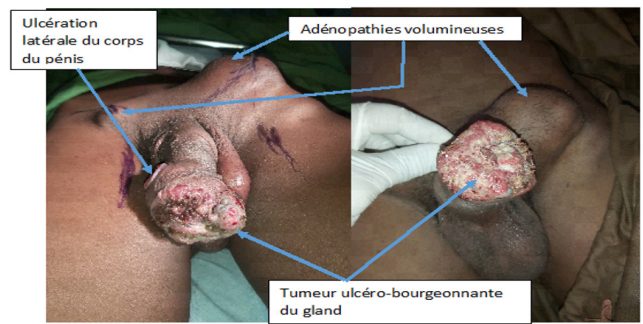


Figure 1 : tumeur maligne du pénis avec envahissement locorégional (T3N2 ou stade III de Jackson).

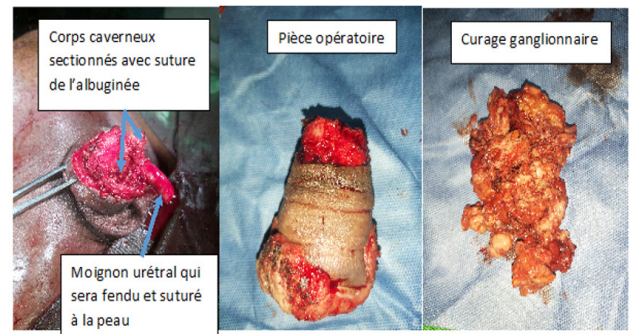


Figure 2 : aspects per opératoires.



Figure 3 : aspects post opératoires.

Discussion

Aspects épidémiologiques

Le cancer du pénis est rare dans les pays développés où son incidence est estimée entre 0,8 et 6,8/100 000 habitants [1, 3]. Ce taux d'incidence apparemment bas cache un drame car en 2013 au Canada 220 cas ont été diagnostiqués et 41 hommes en sont décédés [24]. Ce chiffre est plus élevé aux USA où en 2018 plus de 2000 nouveaux cas et approximativement 400 décès ont été rapportés [25,26]. Il est encore plus fréquent dans les pays de l'hémisphère sud où la fréquence atteint 50/100 000 au Brésil [27]. Il représente entre 20 à 30% des cancers masculins dans certaine région de l'Afrique de l'Asie et de l'Amérique du Sud [28].

Le facteur de risque important est la présence d'un prépuce intact, le cancer du pénis est rare chez les Juifs, les musulmans et Ibos au Nigéria qui pratiquent la circoncision néo natale [29,30]. La circoncision précoce réduit 3 à 5 fois le risque de cancer du pénis tandis que la circoncision à l'âge adulte n'est pas protectrice [31]. Notre patient a été circoncis dans l'enfance vers l'âge de 7 ans. Il y a beaucoup de régions où la circoncision n'est pas pratiquée sans pour autant que ces régions soient à forte prévalence de cancer du pénis. Le facteur supplémentaire nécessaire est la mauvaise hygiène. Cette mauvaise hygiène personnelle qui accompagne parfois les conditions socio-économiques défavorables est à la base des inflammations chroniques entraînant des balanoposthites où le lichen plan scléro atrophique qui est une condition pré cancéreuse [31-33]. Le smegma sécrété dans le prépuce n'est pas cancérogène [34], mais son accumulation produit une macération qui favorise les inflammations chroniques débouchant sur des balanoposthites à l'origine des phimosis et le phimosis à son tour par l'impossibilité de décollage favorise l'accumulation de smegma. Ce cercle vicieux entretient une inflammation chronique facteur de risque de cancer de pénis. Ainsi sur une étude en Tanzanie sur 236 patients atteints de cancer du pénis, 212 patients (89,8%) n'étaient pas circoncis et 147 patients (62,3%) présentaient un phimosis sévère avec impossibilité d'exposer le gland [15]. Une autre série de 283 patients au Brésil [35] trouvait un taux de phimosis de 60,42%. La localisation la plus fréquente du cancer du pénis étant le gland [20-22], le phimosis en masquant la lésion initiale est un facteur de découverte tardive et de retard de consultation. La circoncision néonatale diminue aussi le risque d'infection à VIH et à HPV qui est un facteur favorisant important dans la survenue du cancer du pénis. Approximativement, 40% des cancers du pénis sont attribuables au HPV [36] Les souches les plus fréquentes de HPV incriminées sont HPV-16, HPV-6 et HPV-18 [37] qui donnent les condylomes acuminés et surtout la forme géante ou tumeur de Buschke-Löweinstein qui est une lésion

précancéreuse pour certains auteurs ou la forme verruqueuse du cancer du pénis pour d'autres. Les autres lésions précancéreuses sont la néoplasie intra épithéliale (PeIN) [38], l'érythroplasie muqueuse de Queyrat et la maladie de Bowen au niveau de la peau du pénis, toutes deux considérées comme des lésions de PeIN3 au niveau histologique (haut grade) [34]. Ces autres lésions précancéreuses sont associées à une infection à HPV dans 70 à 100% des cas [34, 38]. Les autres facteurs de risques cités dans la survenue du cancer du pénis sont l'infection à VIH, les partenaires sexuels multiples, l'immunodéficience, l'obésité, les traumatismes du pénis, le psoralène et l'ultraviolet A utilisé dans la puvathérapie contre le psoriasis, le caucasien et l'âge avancé [31-33].

Le cancer du pénis affecte tous les âges y compris l'enfance mais il affecte le plus le sujet âgé avec un pic de fréquence entre la sixième et septième décennie [9]. Si dans les pays occidentaux la maladie survient assez tardivement généralement au-delà de la cinquantaine, en Afrique la pathologie semble survenir plus précocement [14, 39-43]. Dans une étude en Tanzanie la moyenne d'âge était 47 ans [15], 51 ans en Guinée [12], 51,5 ans au Sénégal [11] et 52,2 ans au Nigéria [13]. Notre patient était âgé de 49 ans. Un quart des cas de cancer du pénis surviennent chez les moins de 50 ans [44]. Selon une étude américaine, 22% des cas surviennent chez des hommes de moins de 40 ans et 7% chez les hommes de moins de 30 ans [45].

Aspects Diagnostique et thérapeutique

Malgré que la lésion soit sur une zone intime, l'anxiété qui l'accompagne et son impact négatif sur les activités sexuelles amènent le plus souvent les patients à consulter. En Afrique cette consultation se fait soit chez les guérisseurs traditionnels qui trouvent généralement une origine mythique en relation avec un rapport sexuel interdit ou dans les structures sanitaires. Le diagnostic de cancer du pénis peut être facile à condition de l'avoir dans ses hypothèses diagnostiques et l'examen nécessaire pour le confirmer est la biopsie. Notre patient avait signalé un début qui remontait à 6 mois et avait bénéficié de plusieurs traitements constitués de topiques antibiotique, anti

fongique, des corticoïdes pour le traitement d'un eczéma, d'une allergie, d'un psoriasis. La rareté de la pathologie dans notre milieu fait que de nombreux agents de santé de base, généralement le relais entre la population et les structures sanitaires spécialisées ignorent même l'existence de la pathologie. La réticence de notre patient était venue du fait qu'après 6 mois passés avec son mal, qu'aucune structure ne lui avait proposée une biopsie, y compris les structures d'un niveau supérieur au nôtre. Dans plusieurs pathologies on impute le retard de diagnostic au patient, mais dans le cancer du pénis, le retard semble incomber en partie aux agents de santé qui n'évoquent la pathologie que quand le diagnostic devient évident à un stade tardif. Ainsi dans une étude en Tanzanie [15] sur 236 patients, 89,4%(n=211) des patients ont consulté dans des dispensaires périphériques et des hôpitaux où ils ont reçu des antibiotiques, des chirurgies inappropriées de résection ou même des traitements de syphilis. Dans la même étude la durée de la symptomatologie variait entre 2 mois et 7 ans et 164 patients (69,5%) avaient une symptomatologie qui évoluait entre 1 et 5 ans au moment du diagnostic. Dans cette situation la découverte tardive est la règle, la majorité de leurs patients était aux deux derniers stades de gravité dans la classification de Jackson [15]. Ce retard de diagnostic a été retrouvé dans les séries du Sénégal [11], du Nigéria [13] et de la Guinée [12]. Dans une étude aux USA [44] sur le point de vue de patients atteints de cancer du pénis, les patients déclaraient avoir consulté tôt, mais avoir mis des années avant de recevoir un traitement adéquat à cause du mauvais diagnostic du praticien. Seulement 23% des patients déclaraient une attitude appropriée du praticien qui leur avait proposé une biopsie devant l'aspect de la lésion [44]. Selon cette même étude [44] la rareté de cette pathologie fait que les professionnels de la santé ne l'évoquent pas systématiquement, cet état de fait pourrait traduire un besoin de formation ou du moins d'information par rapport à cette pathologie. Dans les états de grande prévalence comme le Brésil, des mesures d'information de la population et de formation des

agents de santé ont porté fruit d'autant plus que 73% des lésions sont découvertes aux stades précoces [35]. La première consultation du patient dans notre structure remontait à 6 mois après le début de la maladie. Cette consultation aurait pu nous permettre de faire le diagnostic si le patient avait été informé de l'existence du cancer du pénis avant notre rencontre. A un stade tardif avec l'aspect bourgeonnant ayant détruit tout le gland et la présence d'adénopathie volumineuse, le diagnostic paraissait évident. Les diagnostics différentiels qu'on aurait pu évoquer étaient le condylome acuminé géant ou tumeur de Buschke-Löweinstein et la forme verruqueuse du cancer de pénis. Ces deux diagnostics ne donnent pas d'envahissement ganglionnaire, ils pourraient donner tout au plus une adénopathie inflammatoire qui n'atteindrait pas le volume que nous avons observé chez notre patient et qui aurait régressée sous les nombreux traitements antibiotiques que le patient avait reçus. Quel que soit le diagnostic retenu, l'aspect exophytique de la lésion avec destruction du gland ne laissait entrevoir au minimum qu'un débulking qui aurait emporté tout le gland. Nous avons choisi la sécurité en proposant une pénectomie partielle avec marge de sécurité et curage ganglionnaire dans le même temps opératoire. Cette pénectomie partielle est un temps capital du diagnostic et le premier temps du traitement. Nous avons au préalable réalisé un scanner thoraco abdomino-pelvien qui nous a confirmé la présence d'adénopathies métastatiques inguinales et l'absence d'adénopathie pelvienne et de métastase à distance. Le traitement conventionnel de la tumeur primitive infiltrante du pénis demeure agressif avec pénectomie partielle ou totale [47]. Le but de ce traitement est de contrôler le cancer et d'optimiser les résultats esthétique et fonctionnelle [48]. Dans le cadre de la conservation d'un résultat esthétique et surtout fonctionnel en cas de pénectomie partielle, la longueur de verge restante doit être supérieure ou égale à 3 centimètres [34]. En dessous de cette longueur l'érection ne permettra pas certainement d'entretenir les rapports sexuels et la brièveté ne permettra pas aussi une miction sans

éclaboussure à cause de la dispersion du jet urinaire. Faire trop d'économie lors de la pénectomie partielle court le risque de ne pas être carcinologique et exposer le patient à des récives. Une marge négative est un impératif absolu [38]. En cas de marge positive le risque de récive est multiplié par 3 [34] et doit en principe conduire à la reprise de l'intervention. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a révélé un adénocarcinome avec des marges de section négative et un envahissement ganglionnaire. L'envahissement ganglionnaire est le facteur pronostic le plus important [20]. Il signale qu'on est en présence d'une maladie générale. Les autres paramètres affectant la survie sont la bilatéralité de l'atteinte ganglionnaire inguinale, le nombre de ganglion atteint, l'atteinte des ganglions pelviens et les métastases à distance [20]. Les stades localisés du cancer du pénis pourraient être traités par un traitement à modalité unique, chirurgie seule ou radiothérapie [31, 48,49]. Pour les stades localement avancés le traitement à modalité multiple incluant chirurgie chimiothérapie et radiothérapie est l'option recommandée [50, 51]. Notre patient en dépit du stade localement avancé de sa pathologie n'a bénéficié que de la chirurgie seule en raison de l'insuffisance du plateau technique d'une part et de l'incapacité du patient à faire face au coût de la chimiothérapie. Dans une étude, la survie moyenne tout stade confondu était de 29,3 mois [21]. La survie à 1, 3 et 5 ans était respectivement de 72,5%, 46,4% et 39,03% [21]. Les patients ayant une atteinte ganglionnaire avaient une survie moindre et ceux ayant des métastases à distance une survie encore plus courte soit 13,8 mois pour le stade localement avancé, 11,2 mois pour le stade métastatique contre 82 mois pour un stade local [21]. Notre patient au moment de la rédaction de cet article était à 17 mois de surveillance post opératoire sans signe de récive clinique et échographique. Après une pénectomie partielle, une des questions fondamentales que l'on se pose est le devenir sexuel du patient. Parviendra-t-il à faire et à entretenir une relation sexuelle ? Oui si les indications sur la longueur restante ont été respectées. Au-delà de la

longueur du pénis restant, l'aspect psychologique et l'image corporelle sont très importants quand on sait la place des dysfonctions psychogènes dans les étiologies des dysfonctions érectiles. C'est signaler le rôle important de la partenaire pour dissiper le sentiment de honte et restaurer une bonne image corporelle du patient. Dans plusieurs études [7,47, 52,53] la majorité des patients déclarent avoir une érection suffisamment rigide pour permettre une pénétration vaginale, cependant, ils signalent une réduction de la fréquence des rapports sexuels liée à un complexe non complètement dissipé par rapport à la longueur du pénis. La majorité des patients qui arrivent à réaliser des rapports sexuels avec pénétration vaginale, arrivent à l'orgasme mais signalent moins de satisfaction psychologique en rapport avec leur état avant la pénectomie partielle [7, 52]. Dans une étude sur l'état psychologique des patients après pénectomie partielle, 58% des patients étaient anxieux et 39% étaient dans un état dépressif [54]. La chirurgie et le traitement trimodal (Chirurgie radiothérapie et chimiothérapie) ne sont pas suffisants pour une prise en charge optimale du cancer du pénis. Une prise en charge psychologique avec un rôle important pour la partenaire est un complément indispensable pour une meilleure qualité de vie des patients.

Conclusion

La pénectomie partielle est le traitement standard du cancer du pénis distal localisé. Localement avancé ou métastatique, elle doit être complétée par la chimiothérapie et la radiothérapie. Après le contrôle de la maladie, une prise en charge psychologique pour la restauration de l'image corporelle et la reprise des activités sexuelles complètent le traitement pour améliorer la qualité de vie des patients.

Ethique : le consentement éclairé du patient pour l'utilisation de son dossier médical à des fins scientifiques a été obtenu.

*Correspondance

Dramane Cissé

djennecisse@yahoo.fr

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

- 1 : Hôpital Sominé DOLO de Mopti
- 2 : CHU du Point G Bamako
- 3 : CHU Gabriel TOURE Bamako
- 4 : CHU Kati
- 5 : Direction Régionale de la Santé de Mopti

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-sang J, Guiliano AR. Incidence trends in primary malignant penile cancer. *UrolOncol.* 2007;25(5):361-367.
- [2] Leijte JAP, Kirrander P, Antonini N, Windahl T, Horenblas S. Recurrence patterns of squamous cell carcinoma of the penis: recommendations for follow-up based on a two-centre analysis of 700 patients. *Eur Urol.* 2008;54(1):161-169.
- [3] Douglawi A, Masterson TA. Updates on the epidemiology and risk factors for penile cancer. *Transl Androl Urol* 2017;6:785-90.
- [4] Rippentrop JM, Joslyn SA, Konety BR. Squamous cell carcinoma of the penis: evaluation of data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results program. *Cancer* 2004;101:1357-63.
- [5] Pow-Sang MR, Ferreira U, Pow-Sang JM, Nardi AC, Destefano V. Epidemiology and natural history of penile cancer. *Urology.* 2010; 76(2, supplement 1):S2-S6.
- [6] Martins FE, Rodrigues RN, Lopes TM. Organpreserving surgery for penile carcinoma. *Adv Urol.* 2008; 2008: 634216.
- [7] Romero FR, Romero KR, Mattos MA. Sexual function after partial penectomy for penile cancer. *Urology.* 2005; 66(6):1292-95.
- [8] Solsona EF, Algaba S, Horenblas G et al. EAU guidelines on penile cancer. *European Urology.* 2004; 46(1):1-8.
- [9] Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampio FJB, Glina S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *International Brazilian Journal of Urology.* 2008;34(5):587-91.
- [10] Parkin DM. Cancer incidence in five continents. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2002.
- [11] Sow Y, Thiam A, Fall B, Coulibali M, Sarr A, Diao B et al. Cancer du pénis au Sénégal: aspects cliniques et thérapeutiques. *Androl.* 2012; 22:102-107.
- [12] Diallo AB, Toure A, Bah Md, Diallo TMO, Kante D, Barry M II, Bah I, Keita AM, Bah OR, Diallo MB. Le Cancer du Penis: particularites anatomo-cliniques et difficultes therapeutiques en Guinée. *Uro'Andro 2017 Volume 1 N°8* (341-48).
- [13] Ajekigbe AT, Anunobi CC, Tijani KH, Banjo AAF, Nweke IG. Carcinoma of the Penis : Experience from the lagos University Teaching Hospital Lagos, Nigeria. *Nig. Qt J. Hosp. Med.* Vol.21(1) Jan. March, 2011.
- [14] Magoha GA, Kaale RF. Epidemiological and clinical aspects of carcinoma of penis at Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J.* 1995; 72:359-61.
- [15] Chalya PL, Rambau PF, Masalu, Simbila S. Ten-year surgical experiences with penile cancer at a tertiary care hospital in northwestern Tanzania: a retrospective study of 236 patients *World J Sug Oncol.* 2020 ;18h20 . doi:10.1186/s12957-015-0482-0.
- [16] Christodoulidou M, Sahdev V, Houssein S, Muneer A. Epidemiology of penile cancer. *Curr Probl Cancer.* 2015;39(3):126-136.
- [17] Chipollini J, Chaing S, Peyton CC, et al. National trends and predictors of locally advanced penile cancer in the United States (1998-2012). *Clin Genitourin Cancer.* 2018;16(1):e12 1-e127.
- [18] Griffiths TR, Mellon JK. Human papillomavirus and urological tumours: I. basic science and role in penile cancer. *BJU Int.* 1999;84(5):579-586.
- [19] Bezerra ALR, Lopes A, Santiago GH, Ribeiro KCB, Latorre MRDO, Villa LL. Human papillomavirus as a prognostic factor in carcinoma of the penis. *Cancer.* 2001;91(12):2315-2321.
- [20] Pandey D, Mahajan V, Kannan RR. Prognostic factors

- in node-positive carcinoma of the penis. *J Surg Oncol*. 2006;93(2):133–138. doi:10.1002/jso.20414.
- [21] Lagacé F, Ghazawi FM, Le M, Savin E, Zubarev A, Powell M, Moreau L, Sasseville D, Popa L, Litvinov IV. Penile Invasive Squamous Cell Carcinoma: Analysis of Incidence, Mortality Trends, and Geographic Distribution in Canada. *J Cutan Med Surg* Mars/avril 2020;24(2):124-128. doi: 10.1177/120347541988869.
- [22] Sirithanaphol W, Sookprasert A, Rompsaithong U, Kiatsopit P, Wirasorn K, Chindaprasirt J. Prognostic Factors for Penile Cancer and Survival in Response to Multimodality Therapy. *Res Rep Urol*. 2020 Feb 12;12 :29-34. doi: 10.2147/RRU.S238147. eCollection 2020.
- [23] Suarez-Ibarrola R, et al. Adherence to European Association of Urology and National Comprehensive Cancer Network Guidelines Criteria for Inguinal and Pelvic Lymph Node . *Eur Urol Focus* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.euf.2020.02.005>.
- [24] Penile Cancer Statistics 2018. <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/penile/statistics/?region=on>. 2018.
- [25] Marchioni M, Berardinelli F, De Nunzio C, et al. New insight in penile cancer. *Minerva Urol Nefrol* 2018;70: 559-69.
- [26] Parkin DM, Ferlay J, Curado MP, et al. Fifty years of cancer incidence: CI5 I-IX. *Int J Cancer* 2010;127: 2918-27.
- [27] Johnson DE. Carcinoma of the penis: overview. In: Johnson DE, Boileu MA, editors. *Genito-urinary Tumors: Fundamental Principles and Surgical Techniques*. New York:Grune and Stratton; 1982. p. 189–209.
- [28] Stotts RC. Cancers of the prostate, penis, and testicles: epidemiology, prevention, and treatment. *Nurs Clin North Am* 2004; 39: 327–40.
- [29] Maden C, Sherman KJ, Beckmann AM. History of circumcisions, medical conditions, sexual activity and risk of penile cancer. *J Nat Cancer Inst*. 1993;16: 1255–7.
- [30] Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, et al. Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in situ and invasive disease. *Int J Cancer* 2005; 116: 606–16.
- [31] Dillner J, von Krogh G, Horenblas S, Meijer CJ. Etiology of squamous cell carcinoma of the penis. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2000; 205: 189–93.
- [32] Adeyolu AB, Thornhill J, Corr J, Grainger R, McDermott TED, Butler M. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the penis and implications for management. *BJU Int*. 1997;80(6):937-939.
- [33] Sewell J, Ranasinghe W, De Silva D, et al. Trends in penile cancer: a comparative study between Australia, England and Wales, and the US. *Springerplus*. 2015;4(1):420-420.
- [34] Savoie P-H, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU — Actualisation 2018—2020: tumeurs du pénis. *Prog Urol* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.01.008>.
- [35] Luciano AF, Aguinaldo CN, Mario R, et al (2008) Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol* 34:587–91
- [36] Parkin DM, Bray F. The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*. 2006; 24(suppl 3):S3/11YS3/25.
- [37] Lebelo RL, et al. Diversity of HPV types in cancerous and pre-cancerous penile lesions of South African men: implications for future HPV vaccination strategies. *J Med Virol* 2014;86(2):257—65.
- [38] Hakenberg OW, et al. EAU guidelines on penile cancer: 2014 update. *Eur Urol* 2015;67(1):142—50.
- [39] Kyalwazi SK. Carcinoma of the penis: a review of 153 patients admitted to Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *East Afr Med J*. 1966;43: 415–25. (10 – 15)
- [40] And BD, Kyalwazi SK. Review of carcinoma of penis at Mulago. *East Afr Med J*. 1972;49:996–1001.
- [41] Williams EH. A local cancer registry in a mission hospital in Uganda. *East Afr Med J*. 1966;43:200–7.
- [42] Elshleman JL. A study of the relative incidence of malignant tumors seen at Shirati Hospital in Tanzania. *East Afr Med J*. 1966;43:273–83
- [43] Magoha GAO, Ngumi ZWW. Cancer of the penis at Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J*. 2000;77:526–30.
- [44] Gordon H, LoBiondo-Wood G, Malecha FA. Penile Cancer The Lived Experience. *Cancer Nurs Mars/avril* 2017;40(2):E30-E38. doi: 10.1097/CCN.00000000000000366.
- [45] Salvioni R, Necchi A, Piva L, Colecchia M, Nicolai N. Penile cancer. *Urol Oncol*. 2009;27(6):677Y685.
- [46] Burgers JK, Badalament RA, Drago JR. Penile cancer clinical presentation, diagnosis, and staging. *Urol Clin*

North Am. 1992;19(2):247Y256

- [47] D'Ancona CA, Botega NJ, De Moraes C, et al. Quality of life after partial penectomy for penile carcinoma. *Urology*. 1997;50(4):593Y596.
- [48] Loughlin KR. Penile carcinoma: new answers to 6 controversial questions. *Contemp Urol*. 2005;17(7):26Y34.
- [49] Tsen HF, Morgenstern H, Mack T, Peters RK. Risk factors for penile cancer: results of a population-based case-control study in Los Angeles County (United States). *Cancer Causes Control*. 2001;12(3):267-277.
- [50] Goodman MT, Hernandez BY, Shvetsov YB. Demographic and pathologic differences in the incidence of invasive penile cancer in the United States, 1995-2003. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007;16(9):1833-1839.
- [51] Madsen BS, van den Brule AJC, Jensen HL, Wohlfahrt J, Frisch M. Risk factors for squamous cell carcinoma of the penis--population-based case-control study in Denmark. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008;17(10):2683-2691.
- [52] Sansalone S, Silvani M, Leonardi R, Vespasiani G, Iacovelli V. Sexual outcomes after partial penectomy for penile cancer: results from a multi-institutional study. *Asian Journal of Andrology* (2017) 19, 57–61.
- [53] Stoudemire, A., Techman, T. & Graham, S. D. Jr. Sexual assessment of the urologic oncology patient. *Psychosomatics*. 26, 405–408,410. (1985).
- [54] Yu, C. et al. Sexual Function after Partial Penectomy: A Prospectively Study From China. *Sci. Rep.* 6, 21862; doi: 10.1038/srep21862 (2016).

Pour citer cet article :

D Cissé, HJG Berthé, M Koné, A Traoré, A Diarra, MT Coulibaly et al. Pénectomie partielle pour cancer du pénis. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 103-111



Cas clinique

Rage humaine, un mort de plus au Sénégal : à propos d'un cas confirmé en post-mortem par RT-qPCR sur biopsie du cerveau et revue de la littérature

Human rabies, one more death in Senegal: about a case confirmed post-mortem by RT-qPCR on brain biopsy and review of the literature

PA Ndeba¹, BS Wembulua², AB Bardiguyo¹, F Wone¹, L Diallo¹, CG Ngo Ngai¹, AD Diallo¹, J Ipangba¹, MB Mufalume¹, NM Faye¹, RR Olouwakemi¹, NA Lakhe¹, K Diallo Mbaye¹, VMP Cisse Diallo¹, D Ka¹, L Fortes Déguénonvo¹, M Seydi¹

Résumé

La rage est responsable de plus de 55.000 décès par an dans le monde. La rage canine est en cause d'environ 98% des cas de rage humaine dans le monde. 44% des cas retrouvés en Afrique concernent près de 50% d'enfants.

La rage humaine est une maladie virale qui est à l'origine d'un syndrome myéloencéphalitique aiguë classiquement mortelle. C'est une anthroponose transmise accidentellement à l'homme par la salive virulente des animaux infectés domestiques ou sauvages.

L'hydrophobie et l'aérophobie sont les deux signes évocateurs mais inconstants. L'imagerie cérébrale, l'EEG, l'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) sont non spécifiques et servent de diagnostic d'élimination. Le diagnostic de la rage repose essentiellement sur la recherche de l'ARN de Lyssavirus par RT-PCR à partir de la salive, d'urine, du LCR ou de tissu cutané ou de prélèvement cérébral. Très peu de cas de rage sont rapportés et peu sont confirmés dans notre milieu, d'où l'intérêt de présenter ici un cas confirmé de rage humaine dans sa

forme furieuse ou spastique.

Il s'agissait d'un patient âgé de 03 ans qui avait été référé au service des maladies infectieuses et tropicales du centre hospitalier universitaire de Fann pour trouble du comportement et fièvre, avec notion de morsure et de griffure par un chien errant 37 jours avant, chez qui l'examen avait retrouvé une aérophobie et une hydrophobie, pour lequel le diagnostic de confirmation fut posé en post-mortem par la détection du virus rabique à la RT-qPCR d'une biopsie du cerveau.

Mots-clés : Rage humaine, Myéloencéphalite mortelle, Lyssavirus, Biopsie du cerveau.

Abstract

Rabies is responsible for more than 55,000 deaths a year worldwide. Canine rabies causes roughly 98% of human rabies in the world. Almost 44% of the cases are found in Africa and 50% of these involve children. Human rabies is a viral disease that classically causes fatal acute myeloencephalitic syndrome. It is an anthroponosis accidentally transmitted to humans through the virulent saliva of infected domestic and

wild animals.

Hydrophobia and aerophobia are the two prime but fickle signs. Brain imagery, EEG, cerebrospinal fluid (CSF) analysis are non-specific and serve as a diagnosis of elimination. The diagnosis of rabies is mainly based on the search for Lyssavirus RNA by RT-PCR from saliva, urine, CSF or skin tissue or brain samples.

Very few cases of rabies are reported and few are confirmed in our midst, hence the interest to present here a confirmed case of human rabies in its furious or spastic form.

It was a 03 year old patient who had been referred to the service of infectious and tropical diseases of the university hospital center of Fann for behavioral disorder and fever, with notion of bite and scratch by a stray dog 37 days before, in whom examined found aerophobia and hydrophobia, for which the confirmation diagnosis was made post-mortem by the detection of the rabies virus at RT-qPCR from a brain biopsy.

Keywords: Human rabies, Fatal myeloencephalitis, Lyssavirus, Brain biopsy.

Introduction

La rage est une maladie virale due à des virus à ARN du genre Lyssavirus, transmise à l'homme accidentellement par inoculation transcutanée de la salive virulente ou par griffure des animaux infectés domestiques ou sauvages et qui est responsable d'une myéloencéphalopathie aigüe généralement mortelle [1].

C'est une maladie à déclaration obligatoire, mais dont le contexte de sous-déclaration dans plusieurs régions du monde rend difficile l'appréciation de son impact réel ; d'où son inclusion dans la feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées [2].

Plus de 130 ans après les premières vaccinations chez l'homme, la rage reste la maladie infectieuse la plus constamment mortelle avec plus de 55.000 décès par an dans le monde selon une estimation de l'OMS en

2004, dont en majorité les hommes et près de 50% d'enfants avec 84% des cas en zone rurale [3]. La rage canine est responsable de plus de 98% des cas de rage humaine [4].

Elle sévit principalement en Asie (plus particulièrement dans le sous-continent indien) et au Moyen-Orient (56% des cas mondiaux), en Afrique (44% des cas) [3]. Elle est de l'ordre de quelques dizaines des cas par an en Amérique centrale et du sud, et à un moindre degré dans le reste du monde, notamment en Europe et en Amérique du Nord avec quelques cas par an [5, 6].

Au Sénégal, au regard de la situation épidémiologique, la rage sévit de façon endémique et pose un problème majeur de santé publique [7]. 80 cas de rage humaine ont été rapportés entre 1995 et 2017, sous réserve de plusieurs cas sous-déclarés et non rapportés [8].

La confirmation en laboratoire n'a été que très rarement rapportée [9]. Nous rapportons ici un cas de rage humaine dans sa forme furieuse, confirmée en post-mortem par RT-qPCR sur un prélèvement de biopsie du cerveau réalisé par voie sous-occipitale.

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient âgé de 03 ans, aux antécédents de morsure et griffure par un chien errant, qui avait été référé en date du 11/03/2019 d'un centre de santé vers le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du centre hospitalier universitaire de Fann (CHUNF) pour une fièvre, des cris inappropriés, une agressivité physique et une peur irraisonnée de s'alimenter et de boire.

Le début de la symptomatologie remonterait au 09/03/2019 marqué par la survenue brutale des troubles de comportement à type d'agitation psychomotrice, des cris inappropriés et d'une agressivité physique avec un état de peur irraisonnée à s'alimenter et à boire, le tout évoluant dans un contexte de fièvre permanente sans sueurs ni frissons et d'une insomnie. Devant ce tableau, il est amené par ses parents au centre de santé Birkilane (au sud-ouest du Sénégal) le 11/03/2019 après deux (02) jours de traitement

traditionnel à base de décoction et de bain rituel ; d'où il a reçu une dose de Diazépam, avant d'être référé (le même jour) au SMIT du CHUNF.

Dans ses antécédents, nous avons noté une notion de morsure et de griffure respectivement au niveau de la face antérieure de l'avant-bras droit et du tiers moyen du dos par un chien errant le 01/02/2019, soit 37 jours avant la survenue des signes, mais pour laquelle il avait été amené en consultation aussitôt dans un poste de santé où il aurait bénéficié des soins locaux aux sites de morsure et de griffure (dont on ignore les solutions ou molécules utilisées ni le nombre des séances faites) et d'une sérothérapie antitétanique ; cependant le vaccin antirabique lui aurait été proposé mais n'avait pas bénéficié de ça. Par ailleurs, il n'avait aucun autre antécédent pathologique particulier.

A son admission au SMIT, l'examen général avait retrouvé : un mauvais état général, une pâleur des muqueuses conjonctivales, une fièvre à 40,4°C, une tachycardie régulière à 114 bpm, une polypnée à 42 cycles/min avec une SaO₂ à 96% à l'air ambiant, une Glycémie capillaire à 0,86g/l.

L'examen physique était marqué par une obnubilation avec le score de Blantyre à 4 (E1V1M2) sans signe de localisation neurologique, des spasmes musculaires responsables d'une hydrophobie et d'une aérophobie avec la présence des lésions cicatricielles de morsure à la face antérieure de l'avant-bras droit et de griffure au 1/3 moyen du dos (Figure 1).

La numération formule sanguine avait objectivé une hyperleucocytose à 12.270 GB/mm³ à prédominance neutrophilique à 80,9%, une anémie microcytaire hypochrome à 7,3g/dl d'Hb, une thrombopénie à 65.000 PLT/mm³ avec une protéine C réactive < à 5 mg/l et une Procalcitonine négative. Le TDR-Paludisme et la goutte épaisse étaient négatifs. Une ponction lombaire avait été réalisée et l'analyse du LCR avait montré à la macroscopie un liquide clair, hypotendu et à la microscopie une pléiocytose à 640 éléments 100% lymphocytaires, une hyperprotéinorachie à 2,13 g/l et une normoglycorachie à 0,90 g/l.

Ainsi, le diagnostic d'une rage humaine probable dans sa forme furieuse ou spastique avait été retenu, sans

exclure une probable encéphalite virale non rabique. Le patient avait été admis en unité de réanimation du SMIT et mis sous un traitement symptomatique fait de Diazépam 10 mg : 1 amp x 3/jour dans 500ml de sérum glucosé 5%, un rééquilibrage hydro-électrolytique par 500ml de sérum salé isotonique x 2 par jour à raison de 14 gouttes/min, un antipyrétique à base de Paracétamol injectable 250 mg.

L'évolution a été marquée à J8 d'hospitalisation par l'aggravation des signes cliniques de l'entrée avec un score de Blantyre à 2. A J9, soit le 20/03/2019 il eut arrêt cardio-respiratoire irréversible (décès).

Le 22/03/2019, soit 2 jours après décès, un prélèvement de biopsie du cerveau avait été réalisé à la morgue après autorisation (Figures 2) et acheminé au laboratoire de virologie de l'institut Pasteur de Dakar pour la recherche du génome viral de la rage et dont le résultat est revenu positif par RT-qPCR (Figures 3).

Nous avons finalement retenu le diagnostic d'une rage humaine confirmé en post-mortem dans sa forme furieuse ou spastique et le cas a été déclaré aux autorités sanitaires.

Nous avons également noté une notion de morsure de la mère du patient par ce dernier au niveau de la lèvre inférieure quelques heures avant son admission au SMIT, elle avait aussitôt bénéficié d'une vaccination antirabique avec une évolution favorable.



Figure 1 : Lésions de griffure au niveau du tiers moyen du dos datant de 37 jours.



Figure 2 : Ponction aspiration sous-occipitale pour prélèvement de biopsie cérébrale 48h après le décès.

Discussion

La rage est responsable de plus de 55.000 décès par an dans le monde. 84% des cas proviennent des zones rurales. Le chien est responsable de plus de 90% des cas de rage humaine dans le monde parmi lesquels 44% des cas retrouvés en Afrique. Elle touche les sujets de tout âge, mais majoritairement les enfants à près de 50% des cas [2, 3]. Notre patient, âgé de 03 ans, provenait d'une zone rurale (Birkilane) vers le Sud-Ouest du Sénégal.

Il existe deux formes cliniques : la forme furieuse ou spastique dite encéphalique retrouvée dans près de 70% des cas et la forme paralytique à environ 30% des cas. La première est responsable d'un tableau d'encéphalite fébrile aspécifique et la seconde se présente sous-forme d'une polyradiculonévrite aigue mimant un syndrome de Guillain barré avec tétraplégie flasque et aréflexique respectant généralement les nerfs crâniens [10].

Dans notre observation, nous n'avons pas observé des signes en faveur d'une forme paralytique contrairement au cas de D. Contou et C. Brun-Buisson [11], qui avaient présenté un cas de rage importé en France chez un patient de 47 ans de retour du Mali atteint de rage dans sa forme encéphalique puis paralytique.

L'incubation est silencieuse. Sa durée varie de 1 à 6 mois avec une moyenne de 45 jours. Elle peut être courte : 7 jours, ou prolongée jusqu'à 6 ans. La plus longue période d'incubation rapportée a été de 8 ans [12]. 37 jours était la durée d'incubation pour notre patient. Cette incubation est d'autant plus brève que la morsure siège près du cerveau (à la face) ou dans une zone richement innervée ou que l'inoculum est massif par morsures multiples ou profondes [13, 14]. Notre patient avait été mordu et griffé par un chien errant respectivement à l'avant-bras droit et au dos.

Les manifestations cliniques sont inconstantes, atypiques et insidieux. La notion de morsure, de griffure ou de léchage sur peau lésée par un animal infesté constitue la clef de suspicion du diagnostic. L'hydrophobie et l'aérophobie sont deux signes



Figure 3 : Compte rendu de l'analyse virologique de la biopsie du cerveau par RT-PCR pour la recherche du virus rabique confirmant la positivité du génome viral de la rage.

pathognomoniques mais inconstants [1]. Ce qui était le cas chez notre patient.

Des cas exceptionnels de transmission interhumaine de la rage ont été rapportés. Ils sont liés à la réalisation de greffes de cornée, de tissus (artère iliaque) ou d'organes solides (rein, foie, pancréas, poumons) prélevés sur des patients décédés de rage mais non diagnostiqués [15, 16, 17].

Dans notre observation, nous avons noté une notion de morsure de la mère du patient par ce dernier au niveau de la lèvre supérieure et n'a développé aucun symptôme quand bien même elle avait bénéficié d'une prophylaxie antirabique immédiate. Par contre en Éthiopie, Fekadu M [18] rapporte, en 1996, les deux uniques cas de suspicion de transmission intrafamiliale décrits à ce jour (aucun examen biologique diagnostique n'a été réalisé chez ces cas) : une femme qui aurait été mordue par son fils de 5 ans alors qu'il avait la rage et un enfant de 5 ans qui aurait été embrassé à de multiples reprises sur la bouche par sa mère qui avait également la rage.

Dans plus de 90% des cas, l'imagerie cérébrale est généralement normale ou montre des anomalies non spécifiques [19]. Il n'y a pas d'anomalie spécifique de la numération formule sanguine (NFS) ni de la protéine C-réactive (CRP). L'analyse du LCR est souvent normale ou montre des perturbations inconstantes et présente classiquement un liquide clair avec une hyperprotéinorachie modérée souvent inférieure à 1g/l, une normoglycorachie et une pléiocytose lymphocytaire (5-30 leucocytes/ μ l) [1].

Cependant au cours de notre observation, aucune imagerie cérébrale n'avait été demandée car étant non contributive. L'analyse du LCR a montré une hyperprotéinorachie > 1g/l (soit 2,13g/l) et une hypercellularité lymphocytaire à 640 éléments/mm³. Ce qui avait donc fait penser à une probable encéphalite virale autre que rabique. La NFS avait montré une hyperleucocytose à 12.270 GB/mm³ à prédominance neutrophilique à 80,9% associée à une anémie hypochrome microcytaire à 7.3g/dl et une thrombopénie à 65.000 plaquettes/mm³. La CRP était inférieure à 5 mg/l et la Procalcitonine négative.

La confirmation virologique du virus de la rage n'a été rapportée que très rarement au Sénégal, en plus de la problématique de la sous-déclaration de la majorité des cas.

S.A. Diop et al. [20] au Sénégal en 2007, avaient noté au cours d'une étude rétrospective de 1986 à 2005 au service des maladies infectieuses du CHUNF à Dakar une faible incidence de 0.7% des cas de rage avec une enquête qualitative menée sur terrain montrant une sous-déclaration des cas de rage dans une proportion d'un cas déclarée pour six cas non déclarés.

Et parmi les rares cas de confirmation virologique rapporté au Sénégal, il a été noté un retard dans le rendu des résultats entraînant également un retard dans la surveillance sur terrain contre le chien mordeur et l'entourage afin de détecter d'autres cas similaires inclus sur la liste des cas non déclarés [9, 20]. Ceci concorde avec notre observation dans laquelle le résultat de confirmation virologique a été rendu plus de soixante-dix jours après l'envoi du prélèvement (soit du 22/Mars au 06/Mai/2019).

Depuis 1996, P.S.Sow et al. [21], avaient montré l'intérêt de la ponction aspiration sous-occipitale comme technique de prélèvement cérébral post-mortem pour le diagnostic virologique de l'encéphalite rabique humaine à Dakar au Sénégal. Mais à ces jours, seuls quelques rares cas de confirmation virologique de la rage sont rapportés [9] ; et notre observation vient s'ajouter aux rares cas de rage confirmée en post-mortem.

Le diagnostic de la rage repose donc sur la recherche de l'ARN du virus par RT-PCR réalisée en *intra-vitam* sur une biopsie cutanée prélevée dans la région cervicale postérieure (zone richement innervée) ou dans les sécrétions salivaires, avec 100% de sensibilité s'il s'agit d'une biopsie cutanée ou si l'analyse est faite sur 3 échantillons consécutifs des sécrétions salivaires en cas de forme encéphalique. Par contre, en post-mortem, on réalise des prélèvements cérébraux (biopsie du cortex cérébral, d'hippocampe ou de bulbe rachidien) [22, 23].

Dans notre observation, nous avons réalisé un prélèvement de biopsie cérébrale par ponction-

aspiration sous-occipitale et la détection du génome viral de la rage a été réalisée par RT-PCR.

La rage humaine déclarée est 100% mortelle dans les 10 jours suivant l'apparition des signes. L'évolution de la forme encéphalique se fait inéluctablement vers le coma profond [1]. Notre patient est décédé 9 jours après un tableau de coma stade 2. La littérature fait cependant état de quatre « guérisons » douteuses de cas non confirmés dont celui d'une patiente de 15 ans traitée par l'association antivirale Ribavirine – Amantadine et par induction d'un coma profond par kétamine et midazolam ayant pour objectif l'obtention d'un tracé électroencéphalographique de « burst-suppression ». [24, 25, 26] Ce protocole dit de « Milwaukee » a cependant été reproduit à plusieurs reprises sans efficacité [26].

Ainsi, le traitement curatif étant juste symptomatique, la prévention reste essentielle après une exposition potentiellement rabique. Elle repose sur des soins locaux avec des solutions désinfectantes associés à l'administration du vaccin et d'immunoglobulines antirabiques avant l'apparition des signes [1].

Cependant, on note une ignorance totale par les populations sur la conduite à adopter en cas de morsure, griffure ou léchage sur peau lésée par un animal suspect [7]. 42 sur 54 patients de la série de S.A. Diop et al [20], soit environ 78% des cas n'avaient pas consulté de structures sanitaires. Egalement, on note un faible niveau de connaissances des protocoles de prise en charge post-exposition par le personnel des structures de santé.

Ceci a été démontré dans l'étude de S.A. Diop et al. [20] : Sur les 12 patients ayant consulté (soit 22%), seuls 4 d'entre-deux avaient été référés à l'institut pasteur de Dakar, seul centre antirabique du Sénégal et ne l'avaient consulté que très tardivement après apparition des signes cliniques, soit par négligence, soit par manque de moyen financier ; sachant qu'à ce jour, le prix unitaire du vaccin antirabique au Sénégal est de 8000 FCFA (12 EUROS) pour un SMIG estimé à 52.500 FCFA (80 EUROS). Ceci a été le cas au cours de notre observation : le patient avait été amené aussitôt après exposition, en consultation dans une

structure sanitaire et avait bénéficié des soins locaux aux sites de morsure et de griffure, la vaccination lui avait été proposée mais faute de moyen financier il n'avait pas bénéficié du vaccin antirabique.

Conclusion

La rage humaine est une maladie sous-déclarée au Sénégal avec environ un cas déclaré sur six non déclarés dont les données fiables font défaut ; d'où la difficulté de mesurer son impact réel. Une fois déclarée, la rage humaine est 100% mortelle. Il n'y a pas de traitement étiologique, d'où l'intérêt des mesures préventives dont la vaccination et la sérothérapie antirabique le plus tôt possible après une exposition potentiellement contaminant, précédée des soins locaux aux sites exposés. Cependant, dans notre milieu, l'absence de moyens économiques pour l'éducation préventive, la vaccination préventive des chiens et curative des humains constitue un frein essentiel au développement d'initiatives et de contrôle de la maladie. Par ailleurs, l'accessibilité géographique et financière du traitement préventif antirabique constitue une problématique qui devrait faire l'objet d'une réflexion attentive afin d'établir une stratégie de lutte contre cette affection mortelle à 100%.

*Correspondance

Patrick AYONGA NDEBA

patndeba@gmail.com

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

1 : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal. BP : 5035

2 : Service Boufflers Médecine interne – Pathologies infectieuses et tropicales, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal. BP : 3006

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Ribadeau Dumas F., Dacheux L., Goudal M., Bourhy H. Rage. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses, 2010 ; 8-065-C-10.
- [2] World Health Organization. WHO expert consultation on rabies : Second report. Geneva, World Health Organization, 2013. WHO Technical report series, N° 982.
- [3] World Health Organization. WHO expert consultation on rabies : Third report. Geneva, World Health Organization, accessed June 6 2018. WHO Technical report series, N° 1012.
- [4] Hampson K, Coudeville L, Lembo T et al. Estimating the global burden of endemic canine rabies. *PLOS Negl Trop Dis*, 2015 ; 9 : e0003709.
- [5] Vigilato MA, Cosivi O, Knöbl T, Clavijo A, Silva HM. Rabies update for Latin America and the caribbean. *Emerg Infect Dis*, 2013 ; 19 : 678-79.
- [6] Stahl JP, Gautret P, Ribadeau-Dumas F, Strady C, Le Moal G, Souala F, et al. Update on human rabies in a dog- and fox-rabies-free country. *Med Mal Infect* 2014; 44(7):292–301.
- [7] Diop S.M., Ndour C.T., Diop S.G., Soumare M., Saron M.F et al. La rage humaine au Sénégal : aspects épidémiologiques, cliniques et problématiques de la prise en charge. *Med. Trop.*, 2003 ; 63, 310.
- [8] Ministère de l'élevage et des productions animales du Sénégal, Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal. Enquête plus, journée mondiale de lutte contre la rage, 29 septembre 2017.
- [9] Diop S.A., Dia N.M., Fortes-Déguénonvo L. et coll. La rage humaine, un diagnostic parfois difficile. *Méd. Trop.*, 2011 ; 71, 77-78.
- [10] Mitrabhakdi E, Shuangshoti S, Wannakrairot P, Lewis RA, Susuki K, et al. Difference in neuropathogenetic mechanisms in human furious and paralytic rabies. *J Neurol Sci* 2005; 238(1–2):3–10.
- [11] D. Contou et C. Brun-Buisson. Un cas de rage humaine au retour du Mali. *Pratique Neurologique-FMC*. 2015 ; 6 : 34-37.
- [12] Aubry P., Rotivel Y. Rage. *Encycl. Med. Chir. Maladies infectieuses* 2001; 8-065-C-10, 16p.
- [13] Hemachudha T, Laothamatas J, Rupprecht CE. Human rabies: a disease of complex neuropathogenetic mechanisms and diagnostic challenges. *Lancet Neurol* 2002; 1(2):101–9.
- [14] Hemachudha T, Ugolini G, Wacharapluesadee S, Sungkarat W et al. Human rabies: neuropathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet Neurol* 2013;12(5):498–513.
- [15] Srinivasan A, Burton EC, Kuehnert MJ, Rupprecht C et al. Rabies in transplant recipients. Investigation team. Transmission of rabies virus from an organ donor to four transplant recipients. *N Engl J Med* 2005; 352:1103-11.
- [16] Hellenbrand W, Meyer C, Rasch G, Steffens I, Ammon A. Cases of rabies in Germany following organ transplantation. *Eurosurveillance* 2005; 10:1.
- [17] Bronnert J, Wilde H, Tepsumethanon V, Lumlerdacha B, Hemachudha T. Organ transplantations and rabies transmission. *J Travel Med* 2007; 14:177-80.
- [18] Fekadu M, Endeshawt T, Alemu W, Bogale Y, Teshager W, Olson JG. Possible human-to-human transmission of rabies in Ethiopia. *Ethiop Med J* 1996; 34:123-7.
- [19] Laothamatas J, Sungkarat W, Hemachudha T. Neuroimaging in rabies. *Adv Virus Res* 2011; 79:309–27.
- [20] S.A. Diop, N.M. Manga, N.M. Dia, C.T. Ndour, M. Seydi, M. Soumare et al. Le point sur la rage humaine au Sénégal de 1986 à 2005. *Med Mal Infect* 2007 ; 37 : 787-791.
- [21] Sow PS, Diop BM, Ndour CT. La ponction aspiration sous-occipitale: technique de prélèvement cérébral post mortem pour le diagnostic virologique de l'encéphalite rabique humaine à Dakar. *Med Mal Infect* 1996; 26:534-6.
- [22] Heaton PR, Johnstone P, McElhinney LM, Cowley R, O'Sullivan E, Whitby JE. Heminested PCR assay for detection of six genotypes of rabies and rabies-related viruses. *J Clin Microbiol* 1997; 35(11):2762–6.
- [23] Wacharapluesadee S, Hemachudha T. Ante- and post-mortem diagnosis of rabies using nucleic acid-amplification tests. *Expert Rev Mol Diagn* 2010; 10(2):207–18.
- [24] Hattwick MA, Weis TT, Stechschulte CJ, Baer GM, Gregg MB. Recovery from rabies. A case report. *Ann Intern Med* 1972; 76 (6):931–42.
- [25] Wledeman J, Plant J, Glaser C, Messenger S, Wadford D et al. Recovery of a patient from clinical rabies—California, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61(4):61–5.

[26] Willoughby Jr RE, Tieves KS, Hoffman GM, Ghanayem NS et al. Survival after treatment of rabies with induction of coma. *N Engl J Med* 2005; 352(24): 2508–14.

Pour citer cet article :

PA Ndeba, BS Wembulua, AB Bardiguyo, F Wone, L Diallo, CG Ngo Ngai et al. Rage humaine, un mort de plus au Sénégal : à propos d'un cas confirmé en post-mortem par RT-qPCR sur biopsie du cerveau et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 112-119



Cas clinique

Anévrismes bilatéraux en miroir de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure chez une femme âgée à propos d'un rare cas : revue de la littérature

Bilateral mirror-image aneurysms of the posteroinferior cerebellar artery in an elderly woman about a rare case: review of the literature

Y Cissé*¹, A Diop², R Diajheté³, A Donzo¹, LF Barry¹, M Thioub¹

Résumé

Les anévrismes bilatéraux en miroir de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure sont rarement rapportés dans la littérature. Nous présentons un rare cas d'une femme de 65ans hypertendue connue suivie, reçue pour des céphalées intenses, associées da des vomissements et des troubles de la conscience. L'angioscanner a montré des anévrismes bilatéraux en miroir de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure. Dans ce manuscrit nous décrivons les aspects épidémiologiques, la présentation, la gestion des anévrismes bilatéraux de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure.

Mots-clés : anévrisme, miroir, artère, cérébelleuse, postéro-inférieure, âgée.

Abstract

Bilateral mirror-image aneurysms of the posteroinferior cerebellar artery are rarely reported in the literature. We present a rare case of a 65-year-old woman with known hypertension who was seen for severe headache, associated with vomiting and disturbed consciousness. Angioscan showed bilateral mirror aneurysms of the posteroinferior

cerebellar artery. In this manuscript we describe the epidemiology, presentation and management of bilateral posteroinferior cerebellar artery aneurysms. Keywords: aneurysm, mirror, artery, cerebellar, postero-inferior, elderly.

Introduction

Les anévrismes de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure. (PICA) sont rarement rapportés dans la littérature, il représente environ 2,5% de l'ensemble des anévrismes intracrâniens (1)]. Les anévrismes bilatéraux en miroir sont le plus souvent retrouvés chez les femmes de la soixantaine (2)]. Les anévrismes bilatéraux en miroir de la PICA sont très rarement rapportés dans la littérature, à notre connaissance jusque-là seul 6 cas ont été rapportés (1–6)]. Nous présentons un septième cas d'anévrisme bilatéraux en miroir de la PICA se révélant par un hématorne du tronc cérébral.

Cas clinique

Une femme au foyer de 65 ans, droitrière a consulté aux urgences de Ziguinchor en raison de céphalées intenses d'apparition récente, associées à quelques épisodes de vomissements et une altération de la conscience. A l'examen elle avait un score de Glasgow a 10/15, ses pupilles étaient intermédiaires réactives, elle avait une hémiparésie droite et une raideur méningée. Sa tension était de 160/90mmHg, la température était de 37°C le reste de l'examen était sans particularité. Dans ses antécédents, on a une notion d'hypertension artérielle et des céphalées chroniques. Sa maman est décédée d'un accident vasculaire cérébrale hémorragique dont l'étiologie n'était pas retrouvée. Le scanner cérébral demandé initialement avait montré un hématome du tronc cérébral associé à une hémorragie méningée et intraventriculaire, une hydrocéphalie débutante (Figure 1). La patiente a été hospitalisée et a bénéficié d'un traitement médical. Un mois plus tard l'évolution était favorable marquée par une bonne amélioration clinique, avec un score de Glasgow à 15, sans déficit moteur. En l'absence de la disponibilité d'angiographe à Ziguinchor, elle a été référée 1 mois plus tard à Dakar pour la réalisation d'un angiographe qui a révélé deux anévrismes bilatéraux de la PICA en miroir avec résorption de l'hématome sur le scanner (Figure 2). En raison de la localisation de l'hématome nous pensons plus à une rupture de l'anévrisme situé à gauche. La patiente a été référée à Dakar où le plateau technique est plus adapté à sa prise en charge. Nous rapportons ce cas en raison de sa rareté.

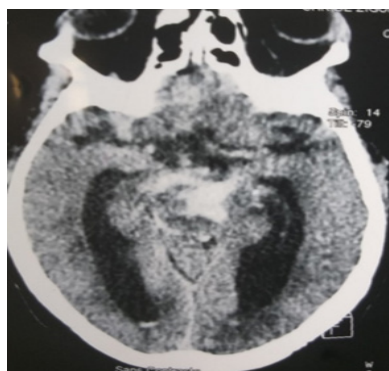


Figure 1: scanner cérébral montrant un hématome du tronc cérébral et une hydrocéphalie débutante.

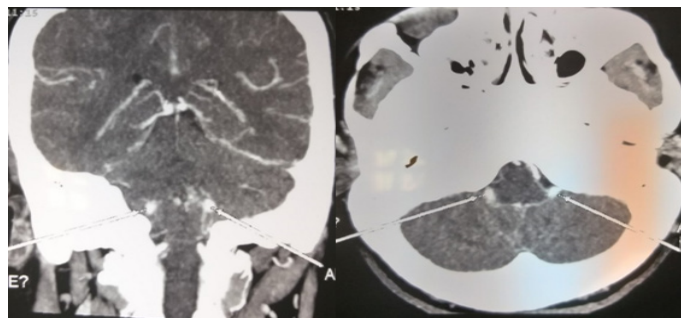


Figure 2 : Angiographe montrant un anévrisme bilatéral de la PICA en miroir (flèche).

Discussion

L'anévrisme intracranien, est un renflement kystique de la paroi de l'artère intracrânienne, il représente la première cause d'hémorragie méningée soit 85% (7)]. Les anévrismes de la PICA sont rarement rapportés dans la littérature. Ils sont appelés "anévrismes en miroir", lorsqu'ils siègent bilatéralement et de façon symétrique sur les deux PICA. La plupart se développent à la jonction artère vertébrale et PICA, alors que seul un petit nombre de cas se produit à la périphérie des segments de la PICA [2,7]. Dans l'étude de Wellman et Loftus, aucun exemple d'anévrisme miroir de la PICA en miroir n'a été trouvé chez 1461 patients présentant des anévrismes intracrâniens [1]. Porter et al. [8] ont constaté que l'artère cérébrale moyenne était le site le plus fréquent pour anévrismes en image miroir, représentant 52,3% des cas. Cela montre la rareté des anévrismes en miroir de la PICA, comme dans notre cas. Les anévrismes de la PICA tout comme d'autres anévrismes intracrâniens sont généralement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et touche habituellement les sujets d'âge avancé comme dans notre cas [6]. Les anévrismes de la PICA ont la plus grande probabilité (80%) de représenter le site de rupture. Habituellement les anévrismes de la PICA en miroir n'ont pas de facteurs de risque prédisposant uniques reconnus [1]. Dans notre cas la patiente présentait, des antécédents médicaux d'hypertension artérielle. Walter S Lesley. [1] Après une revue de 3 cas, le seul facteur de risque retrouvé était des antécédents familiaux positifs d'anévrismes intracrâniens

rompus. Chez notre patiente sa maman est décédée d'un accident vasculaire cérébral hémorragique dont l'étiologie n'a pas été décelée. Au scanner notre patient avait un hématome du tronc cérébral associé à une hémorragie méningée et intraventriculaire, une hydrocéphalie débutante. Wellman et Loftus.[4] ont rapporté un cas qui présentait une hémorragie sous-arachnoïdienne et intraventriculaire diffuse, dont on ne pouvait pas déterminer le site de l'hémorragie. L'angiographie par soustraction numérique (ASN) montre la conformation vasculaire intracrânienne en temps réel, ce qui peut aider à déterminer si deux anévrismes proviennent du même vaisseau. Dans notre cas l'angioscanner était revenu en faveur d'anévrisme bilatéraux de la PICA. La découverte d'anévrismes PICA en miroir bilatéraux peuvent présenter plusieurs dilemmes dont : identification pré-opératoire de l'anévrisme rompu, et le moment et modalité de traitement. Les anévrismes en miroir bilatéraux des PICA peuvent être traités soit par voie endovasculaire ou par clippage chirurgical en une seule étape [2].

Conclusion

Les anévrismes de la PICA bilatéraux en miroir sont rarement rapportés dans la littérature. La prise en charge reste un dilemme, l'angiographie joue un rôle capital dans le diagnostic.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail.

*Correspondance

Yakhya CISSE

yakhyacisse@hotmail.com

Disponible en ligne : 23 Juillet 2021

1 : Neurosurgery Department - Fann University Hospital Center - Dakar, Senegal

2 : Neurosurgery Unit, Ziguinchor Regional Hospital - Ziguinchor, Sénégal

3 : Geriatric Department - Fann University Hospital Center - Dakar, Senegal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Lesley WS. Bilateral mirror posterior inferior cerebellar artery aneurysms: diagnostic caveat on catheter angiography. *Journal of NeuroInterventional Surgery*. 1 déc 2011;3(4):383-5.
- [2] Mariniello G, Briganti F, Tortora F, Marseglia M, Maiuri F. Bilateral mirror aneurysms at the origin of the posteroinferior cerebellar artery: case report and review of the literature. *Journal of NeuroInterventional Surgery*. 1 juin 2010;2(2):157-9.
- [3] Baccin CE, Krings T, Alvarez H, Ozanne A, Lasjaunias P. Multiple mirror-like intracranial aneurysms. Report of a case and review of the literature. *Acta neurochirurgica*. 2006;148(10):1091-5.
- [4] Wellman BJ, Loftus CM. Bilateral (mirror-image) aneurysms at the origin of the posteroinferior cerebellar artery: case report. *Neurosurgery*. 1998;42(4):938-40.
- [5] Abula AA, McDougall CM, Breshears JD, Lawton MT. Intracranial-to-intracranial bypass for posterior inferior cerebellar artery aneurysms: options, technical challenges, and results in 35 patients. *Journal of Neurosurgery*. 1 mai 2016;124(5):1275-86.
- [6] Sharma GR, Jha R, Khadka N, Adhikari DR, Bista P, Sultaniya PK. Bilateral, mirror-imaged, postero-inferior cerebellar artery aneurysms: report of a rare case. *JNMA J Nepal Med Assoc*. juin 2011;51(182):90-3.
- [7] Liu H-J, Zhou H, Lu D-L, Jiao Y-B, Chen S-F, Cheng J, et al. Intracranial Mirror Aneurysm: Epidemiology, Rupture Risk, New Imaging, Controversies, and Treatment Strategies. *World Neurosurgery*. 1 juill 2019;127:165-75.
- [8] Porter PJ, Mazighi M, Rodesch G, Alvarez H, Aghakhani N, David PH, et al. Endovascular and surgical management

of multiple intradural aneurysms: Review of 122 patients managed between 1993 and 1999. *Interventional Neuroradiology*. 2001;7(4):291-302.

Pour citer cet article :

Y Cissé, A Diop, R Diajheté, A Donzo, LF Barry, M Thioub. Anévrismes bilatéraux en miroir de l'artère cérébelleuse postéro-inférieure chez une femme âgée à propos d'un rare cas : revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 120-123



Cas clinique

La tachycardie supraventriculaire fœtale compliquée d'anasarque : effet de la digoxine sur le rythme cardiaque

Fetal supraventricular tachycardia complicated with hydrops: digoxin effect on heart rate

B Ameni*, BH Sawssan, A Sonda, T Dora, K Sahbi, C Kais

Résumé

La tachycardie supra ventriculaire (TSV) est la tachycardie fœtale la plus fréquente qui peut se compliquer de décompensation cardiaque et d'anasarque. Mais, qui peut être traitée in-utéro par les anti arythmiques. Nous rapportons ici le cas d'une TSV fœtale compliquée d'emblée d'anasarque découverte à 33 SA. Le diagnostic a été confirmé par une échocardiographie fœtale montrant une TSV soutenue. La digoxine était le traitement administré chez la femme, avec une réduction du rythme cardiaque à 125 bpm dès H6.

Mots-clés : tachycardie supra ventriculaire, traitement in utero, anasarque

Abstract

Supraventricular tachycardia (SVT) is the most common fetal tachycardia that can be complicated by cardiac decompensation and hydrops. But, it can be treated in utero by anti-arrhythmics. We report a case of a fetal SVT with hydrops detected at 33 weeks. The diagnosis was confirmed by fetal echocardiography showing sustained SVT. Digoxin was the treatment administered to the mother, with a reduction in heart

rate to 125 bpm from H6.

Keywords: supraventricular tachycardia, hydrops, in utero treatment

Introduction

Une arythmie fœtale est dépistée chez 1 à 2% des grossesses [1] lors d'une échographie du 2ème ou 3ème trimestre et présente dans 10% des cas [2] un risque majeur de morbidité et de mortalité pour le fœtus. Les tachycardies supra ventriculaires sont des arythmies rares mais qui se compliquent fréquemment de décompensation cardiaque et d'anasarque [3]. Le pronostic dans ce cas est sombre et s'accompagne d'une mortalité élevée pouvant atteindre 98% [4]. Ce type d'arythmie, bien que grave, est une des rares pathologies accessibles à un traitement in utero non invasif. La réponse à un tel traitement est obtenue en moyenne au bout d'une semaine [5], en cas de TSV réfractaire à la monothérapie, une bithérapie peut être prescrite ou même un traitement intra-péritonéal a été décrit. [6]

Nous rapportons le cas d'une tachycardie

supraventriculaire compliquée d'anasarque fœtale dont l'administration de digoxine chez la mère a permis une réduction rapide du rythme cardiaque fœtale. L'extraction en urgence était justifiée par l'échec à la tocolyse à H12 du traitement.

Cas clinique

Mme H.A primipare, âgée de 27 ans, de groupe sanguin A positif. Elle a consulté son médecin traitant pour diminution des mouvements actifs fœtaux à 33SA. La parturiente n'avait pas d'antécédents familiaux ou personnels pathologiques ainsi que son mari. Le suivi de la grossesse était jusque-là normal, sa dernière consultation remontait à 30 SA. L'examen clinique trouvait une hauteur utérine excessive par rapport au terme (HU = 33cm), l'auscultation des bruits du cœur fœtaux trouvait un rythme très accéléré, incomptable par sa rapidité. L'échographie obstétricale objectivait une grossesse monofœtale évolutive avec un liquide en quantité normale et une anasarque fœtale (épanchement pleural bilatéral, épanchement péricardique minime, une ascite de grande abondance)

Une étude détaillée de la morphologie et du rythme cardiaque a été pratiquée montrant : une tachycardie supraventriculaire (280b/min) soutenue avec retentissement sur le VG et avec anasarque fœtale sur un cœur d'architecture normale. (Fig. 1 :4) L'étude du reste de la morphologie fœtale paraissait sans anomalies. Le poids estimé était de 2500g.

L'origine immunologique de l'anasarque a été éliminée par le groupe sanguin de la mère rhésus positif et le test de coombs indirect (TCI) négatif. Le dépistage de diabète est revenu négatif. A la recherche d'une étiologie de la tachycardie fœtale; l'interrogatoire précis n'a pas trouvé la notion de prise médicamenteuse durant la grossesse (β mimétiques, atropine); l'examen clinique de la mère n'a pas objectivé de fièvre ni de signes de déshydratation.

La numération formule sanguine a éliminé une anémie maternelle. Les sérologies infectieuses (syphilis, toxoplasmose) sont revenues négatives. Le bilan

thyroïdien a été demandé. L'examen cardiovasculaire maternel pré thérapeutique et l'électrocardiogramme sont revenus sans anomalies. Un traitement in utero, à base de digoxine, à la dose de 0,5 mg/j a été débuté sans tarder. Parallèlement, la patiente a reçu la 1ère dose de maturation pulmonaire. Le rythme cardiaque fœtal s'est ralenti dès H6 du traitement. Il est devenu stable et régulier à 125 BPM (Fig. 5), la conduite initiale était l'expectative et de continuer le traitement anti-arythmique avec surveillance stricte de la mère et du fœtus.

A H12 du traitement, la patiente a présenté des douleurs pelviennes à un rythme de 4-5 CU/10 min, mise initialement sous tocolytiques, un ERCF couplé à la tocographie a montré un tracé plat avec tocographie positive. Après une heure la patiente a échappé à la tocolyse et la conduite était l'extraction par voie haute.

L'examen du nouveau-né trouvait initialement une bradycardie avec un œdème cutané important (Fig. 5), son apgar à 1 minute était à 2 puis intubé et transféré en unité de soins intensifs de néonatalogie, ou une radiographie faite qui a confirmé l'épanchement pleural et l'ascite (Fig. 6). On n'a noté aucune malformation, une ponction de liquide d'ascite a ramené 100cc. Le bébé est décédé à H1 de vie malgré l'administration de lasilix et d'amiodarone à la naissance.

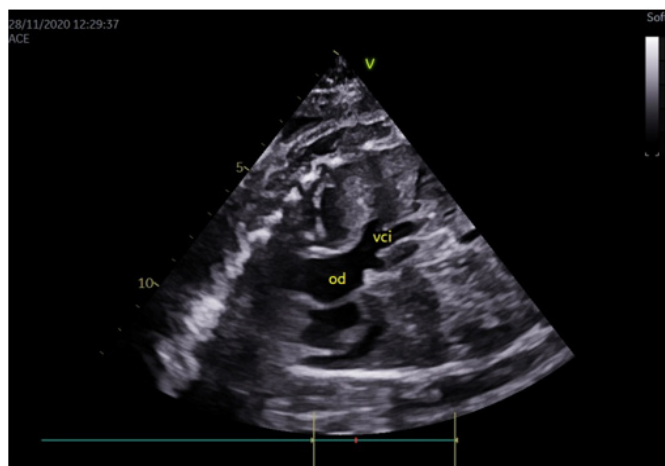


Figure 1 : Oreillette droite et VCI dilatées

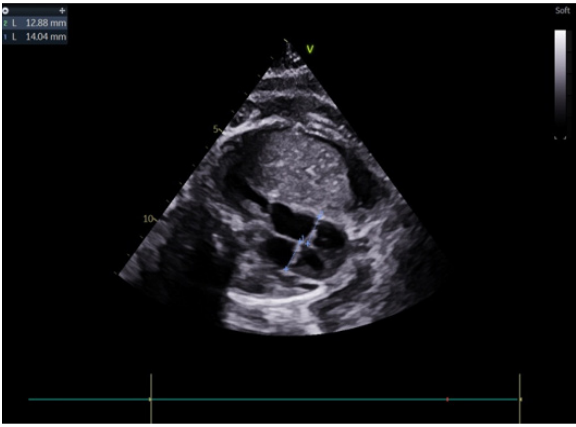


Figure 2 : VG dilaté / Oreillettes dilatées / épanchement pleural de moyenne abondance



Figure 6 : anasarque fœtale

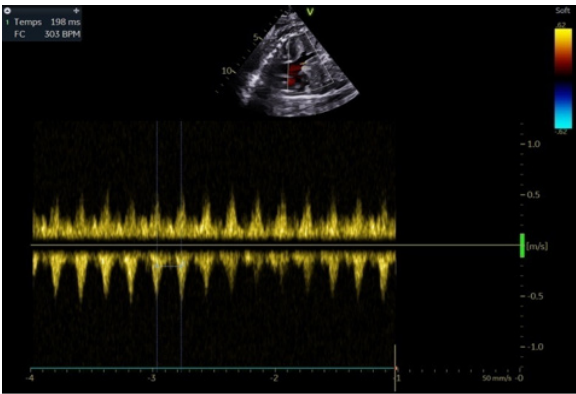


Figure 3 : Fréquence cardiaque fœtale à 300 bpm

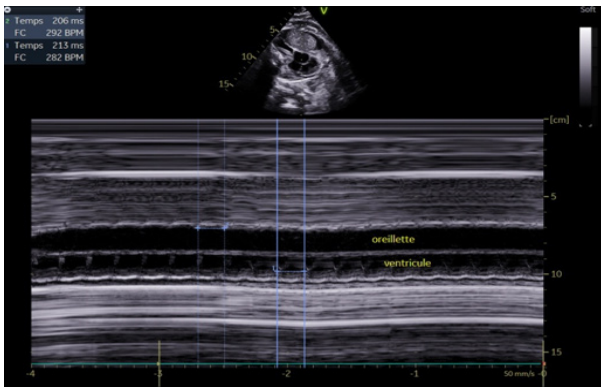


Figure 4 : Concordance entre oreillettes et ventricules (flutter 1/1 ou TSV)



Figure 5 : Rythme cardiaque fœtale à 125 bpm après traitement



Figure 7 : radiographie montrant un épanchement important des séreuses

Discussion

La TSV fœtale est définie comme une activité auriculo-ventriculaire 1:1 du RCF dépassant 200 bpm. Elle représente 60 à 80 % des tachyarythmies fœtales avec une prévalence allant de 1/1000 à 1/25 000 grossesses [7,8].

Il existe des facteurs favorisant l'apparition de ces troubles cardiaques qui peuvent être maternels, comme la consommation excessive de caféine, le tabagisme et de drogues. Les facteurs fœtaux sont particulièrement les malformations congénitales telles que la hernie diaphragmatique qui contribuent à de fréquentes contractions auriculaires prématurées du cœur fœtal, qui peuvent évoluer vers une tachyarythmie incessante [9].

La présentation clinique de la TSV fœtale est

très variée. Elle peut être intermittente sans effets hémodynamiques ou persistante avec une insuffisance cardiaque à haut débit conduisant à une anasarque fœtale [10].

Le risque de développer une anasarque est lié à l'âge du fœtus (les plus jeunes étant plus susceptibles) et à la durée de la TSV [7]. La TSV a pu être diagnostiquée précocement dès la 13^{ème} semaine d'aménorrhée [11].

Pour diagnostiquer le rythme cardiaque fœtal, l'échocardiographie est essentielle. L'échocardiographie en mode M et l'échocardiographie Doppler sont utilisées pour évaluer la relation entre l'activation auriculaire et ventriculaire. En plus de contribuer à l'évaluation du rythme cardiaque fœtal, l'échocardiographie est indispensable pour exclure la coexistence d'une éventuelle cardiopathie [12].

Une méthode sophistiquée pour l'analyse du rythme cardiaque a été proposée par Fouron et al, [13] qui ont étudié les vitesses au Doppler de la veine cave supérieure et de l'aorte simultanément. Selon cette méthode, ils ont divisé la TSV fœtale en trois groupes : la tachycardie ventriculaire-atriale courte (V-A) causée principalement par une réentrée rapide de la voie accessoire, la tachycardie V-A longue interprétée comme une tachycardie auriculaire ectopique ou une tachycardie jonctionnelle paroxystique alternative et le flutter auriculaire avec bloc A-V variable. Ils ont proposé un plan de traitement pour chaque type qui a prouvé son efficacité [13].

La décision de traitement doit tenir compte du risque maternel et des avantages pour le fœtus. Pour choisir la meilleure option thérapeutique, il faut tenir compte des facteurs suivants : l'âge gestationnel, le mécanisme des arythmies, le RCF, le risque de prématurité et le degré de sévérité de l'atteinte fœtale (généralement la présence d'une anasarque). [10,12]

L'expérience de la pharmacothérapie transplacentaire a débuté à la fin des années 1970 avec le propranolol, le vérapamil et la digoxine. [14-16] Les méthodes invasives avec l'administration d'adénosine par le cordon ombilical ont débuté au milieu des années 1990. [17] La digoxine est le premier choix de traitement de

la TSV fœtale. L'approche transplacentaire avec ce médicament a permis d'obtenir des taux de conversion en rythme sinusal de 50 % chez les fœtus atteints de TSV qui ne sont pas en anasarque. Cependant, le taux tombe à 15-25% dans le cas d'une TSV fœtale compliquée d'anasarque foetale ou d'une dysfonction ventriculaire. Ceci est probablement attribué à la faible diffusion transplacentaire de ce médicament. [18]

La digoxine a été utilisée par Strasburger [19], par voie intramusculaire avec une dose de 88 µg/kg de poids fœtal non-hydrique pour améliorer la délivrance de ce médicament. Le taux sérique maternel de digoxine doit être surveillé pour éviter la toxicité, qui peut se présenter sous forme de nausées, de vomissements et de troubles de la vision. La deuxième ligne de traitement comprend l'amiodarone, le sotalol et le flécaïnide. Ils peuvent être utilisés en monothérapie ou en complément de la digoxine [7].

L'accouchement peut être normal si le fœtus est maintenu en rythme sinusal, ce qui est l'issue la plus probable en cas de TSV fœtale. Cependant, le terme d'accouchement reste toujours fonction de l'état du fœtus et est décidé dans des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Conclusion

La TSV pose un problème réel en termes d'incidence, de diagnostic et de prise en charge qui doit être multidisciplinaire. L'échographie a le mérite de confirmer le diagnostic, rechercher l'étiologie, évaluer le retentissement, guider un éventuel geste thérapeutique et de suivre l'efficacité du traitement. La prise en charge s'impose dès le diagnostic, classiquement la digoxine est la molécule de choix, d'autres traitements sont de plus en plus utilisés de première intention. Une évaluation par des études cliniques comparatives avec un effectif plus important est nécessaire.

*Correspondance

Ameni Bouattour

ameni.bouattour@gmail.com

Disponible en ligne : 26 Juillet 2021

1 : Service de gynécologie obstétrique CHU Hedi Chaker
SFAX

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Southall DP, Richards J, Hardwick RA, et al. Prospective study of fetal heart rate and rhythm patterns. *Arch Dis Child* 1980;55:506-11
- [2] Vautier-Rit S, Dufour P, Vaksmann G, et al. Arythmies fœtales : diagnostic, pronostic, traitement ; à propos de 33 cas. *Gynécol obstet fertil* 2000 ;28 :729-37.
- [3] A. Alvarez Y, Vial Y, Mivelaz et al. Arythmies fœtales : extrasystoles et tachycardies supraventriculaires. *Rev Med Suisse* 2008 ; 4 : 1724-8
- [4] Jennifer N Avari, Edward K Rhee . Diagnosis And Treatment Of Fetal Tachyarrhythmias. *US Cardiology* 2006;3(2):1-5
- [5] Y. Dulac, et al. Arythmies cardiaques fœtales : diagnostic et prise en charge. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements* (2012) 4, 130-137
- [6] Vedel.C, Vejlstrop.N et al. Refractory Fetal Supraventricular Tachycardia with Hydrops Successfully Converted by Intraperitoneal Flecainide in the Fetus: A Case Report. *Fetal Diagn Ther* 2020;47:717-720
- [7] Perles Z, Gavri S, Rein AJJT, et al. Tachyarrhythmias in the fetus: state of the art diagnosis and treatment. *Prog Pediatr Cardiol* 2006;2013:95-107
- [8] Silver LE, Platt LD, Santulli TV, Jr, et al. Resolution of hydrops fetalis despite persistent fetal tachycardia. *J Ultrasound Med* 2001;2013:1141-5
- [9] Rana YS, Sodhi B, Kochar SPS, et al. Successful digoxin therapy of fetal supraventricular tachycardia. *S Asian Fed Obstet Gynecol* 2009;2013:44-6

- [10] Shand AW, Dickinson JE, D'Orsogna L. Refractory fetal supraventricular tachycardia and obstetric cholestasis. *Fetal Diagn Ther* 2008;2013:277-81
- [11] Porat S, Anteby EY, Hamani Y, et al. Fetal supraventricular tachycardia diagnosed and treated at 13 weeks of gestation: a case report. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;2013:302-5
- [12] Darragh R. Fetal tachycardia's. *ACC Curr J Rev* 1999:63-6
- [13] Fouron JC, Fournier A, Proulx F, et al. Management of fetal tachyarrhythmia based on superior vena cava/aorta Doppler flow recordings. *Heart* 2003;2013:1211-16 [PMC free article]
- [14] Teuscher A, Bossi E, Imhof P, et al. Effect of propranolol on fetal tachycardia in diabetic pregnancy. *Am J Cardiol* 1978;2013:304-7
- [15] Wolff F, Breuker KH, Schlensker KH, et al. Prenatal diagnosis and therapy of fetal heart rate anomalies: with a contribution on the placental transfer of verapamil. *J Perinat Med* 1980;2013:203-8
- [16] Kerenyi TD, Gleicher N, Meller J, et al. Transplacental cardioversion of intrauterine supraventricular tachycardia with digitalis. *Lancet* 1980;2013:393-4
- [17] Kohl T, Tercanli S, Kececioglu D, et al. Direct fetal administration of adenosine for the termination of incessant supraventricular tachycardia. *Obstet Gynecol* 1995;2013:873-4
- [18] Oudijk MA, Ruskamp JM, Ambachtsheer BE, et al. Drug treatment of fetal tachycardias. *Paediatr Drugs* 2002;2013:49-63
- [19] Strasburger JF. Fetal arrhythmias. *Prog Pediatr Cardiol* 2000;2013:1-17

Pour citer cet article :

B Ameni, BH Sawssan, A Sonda, T Dora, K Sahbi, C Kais. La tachycardie supraventriculaire fœtale compliquée d'anasarque : effet de la digoxine sur le rythme cardiaque. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 124-128



Article original

Urgences chirurgicales digestives dans un pays en développement (Togo)

Digestive surgical emergencies in a developing country (Togo)

T Dossouvi*¹, KK Kanassoua¹, T Mouzou², I Kassegne³, E Gueouguede¹, PR Plante¹, ED Dosseh

Résumé

Introduction : Les urgences chirurgicales digestives sont fréquentes et occupent une part importante des activités en chirurgie digestive.

Objectifs : Analyser la prise en charge des urgences chirurgicales digestives au CHU -Kara (Togo)

Méthodologie : C'est une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale du CHU Kara (Togo) sur une période de trois ans (1er janvier 2017 au 31 décembre 2019). L'étude a consisté à étudier tous les dossiers des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et les suites opératoires ont retenu notre attention.

Résultats : Au cours de notre période d'étude nous avons pris en charge 204 urgences chirurgicales sur les 1748 patients hospitalisés soit une fréquence de 11,7%. On avait noté une prédominance masculine avec 125 hommes et 79 femmes. Le sex-ratio était de 1,6. L'âge moyen était de 29 ans avec les extrêmes allant de 2 ans à 85 ans. Les motifs de consultation étaient dominés les douleurs abdominales (100%) suivi des nausées et/ou vomissements (90,2%) et fièvre (64,2%). Le délai de consultation varie entre un à 15 jours avec une moyenne de 7 jours. Les étiologies étaient dominées par les péritonites aiguës généralisées (40,4%) suivies des appendicites

(21,7%) et des hernies étranglées (20,2%). Tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie à ciel ouvert. Les gestes réalisés ont varié en fonction de l'étiologie. Les suites opératoires ont été compliquées dans 48 cas (23,5%). Les complications étaient dominées par les suppurations pariétales (37,7%). La mortalité était de 5,9% due dans tous les cas à un choc septique et à une défaillance multiviscérale par retard de prise en charge.

Conclusion : Les urgences chirurgicales digestives occupent une part importante des activités de notre service. Leur prise en charge dans notre contexte a été confrontée à des problèmes de retard diagnostique et de manque de moyens thérapeutiques adéquats. Elles constituent un défi pour le chirurgien et le réanimateur en raison de la morbidité et de la mortalité postopératoires élevées.

Mots-clés : urgences, chirurgie digestive, Togo.

Abstract

Introduction: Digestive surgical emergencies are frequent and occupy an important part of digestive surgery activities.

Objectives: Analyze the management of surgical digestive emergencies at CHU Kara (Togo)

Methodology: It is a retrospective study carried out in the general surgery department of CHU Kara

(Togo) over a period of three years (January 1, 2017 to December 31, 2019). The study consisted of studying all the files of patients operated for digestive surgical emergencies. The epidemiological, clinical, therapeutic and postoperative data caught our attention.

Results: During our study period, we treated 204 surgical emergencies out of the 1748 hospitalized patients, ie a frequency of 11.7%. There was a male predominance with 125 men and 79 women. The sex ratio was 1.6. The average age was 29 years with the extremes ranging from 2 years to 85 years. The reasons for consultation were mainly abdominal pain (100%) followed by nausea and/or vomiting (90.2%) and fever (64.2%). The consultation time varies between one to 15 days with an average of 7 days. The etiologies were dominated by acute generalized peritonitis (40.4%) followed by appendicitis (21.7%) and strangulated hernias (20.2%). All patients underwent open surgery. The procedures performed varied depending on the etiology. The postoperative course was complicated in 48 cases (23.5%). Complications were dominated by parietal suppurations (37.7%). Mortality was 5.9% due in all cases to septic shock and multiple organ failure due to delayed management.

Conclusion: Digestive surgical emergencies occupy an important part of the activities of our service. Their management in our context was confronted with problems of diagnostic delay and lack of adequate therapeutic means. They present a challenge for the surgeon and the resuscitator due to the high postoperative morbidity and mortality.

Keywords: emergencies, digestive surgery, Togo.

Introduction

Les urgences abdominales chirurgicales représentent les affections qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours [1]. Ces urgences sont fréquentes et occupent une part importante des activités en chirurgie digestive

[2,3]. Il a été noté ces dernières années des avancées en termes de rapidité diagnostique et thérapeutiques de ces urgences avec de bons résultats. Cependant, dans les pays en développement, il se pose le problème de limitation de plateau technique et de retard de consultation rendant la prise en charge délicate avec pour corollaire une morbi-mortalité élevée. Des études ont été réalisées dans le monde, au Togo et au CHU Kara dont la dernière remonte à plus de 5 ans [3, 4,5]. Nous avons voulu refaire cette étude au CHU Kara avec pour objectif d'analyser la nouvelle prise en charge et les résultats postopératoires.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive qui a été menée du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019, soit une durée de 36 mois dans le service de chirurgie générale du CHU-Kara (Togo). Le CHU Kara est un centre hospitalier universitaire situé dans la partie septentrionale du pays le Togo. C'est le centre de référence de la partie septentrionale du pays. Depuis environ 5 ans les ressources humaines qualifiées ont été renforcées avec l'affectation de plusieurs médecins spécialistes. Ainsi, le service de chirurgie générale dispose depuis plus de trois ans de trois chirurgiens généralistes, deux chirurgiens généralistes en formation et d'un médecin réanimateur pour la réanimation chirurgicale. Toutes les urgences sont prises en charge par ces chirurgiens et le médecin réanimateur. Ceci n'était pas le cas, il y a plus de 5 ans, où les infirmiers de bloc et les infirmiers anesthésistes prenaient parfois en charge les patients quand les chirurgiens étaient indisponibles.

Cette étude a porté sur toutes les urgences chirurgicales digestives opérées pendant la période d'étude. Ont été inclus dans notre étude tous les patients opérés pour urgences chirurgicales digestives sans distinction d'âge et de sexe. Les patients non opérés ou dont les dossiers étaient incomplets (Dossiers mal remplis, compte rendu opératoire indisponibles, perdus de vue) ont été exclu de notre étude. Les patients étaient admis en urgence ou via la consultation. Le diagnostic

a été clinique dans certains cas et confirmé par des examens complémentaires dans d'autres cas. Les examens paracliniques étaient représentés en urgence par les examens biologiques (urémie, créatininémie, glycémie, groupe-Rhésus et la numération) et morphologiques (radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie). Nous ne disposons pas de scanner dans notre centre. Lorsque la réalisation du scanner s'imposait les patients avaient été envoyés à Lomé ou à l'hôpital de Djougou au Bénin.

Au plan thérapeutique, les patients avaient bénéficié d'une réanimation pré, per et postopératoire en fonction de la pathologie et du degré d'urgence. Elle avait consisté à un conditionnement du patient, réhydratation, correction des troubles hydro-électrolytique, oxygénation, antibiothérapie probabiliste. Tous les patients avaient bénéficié d'une chirurgie à ciel ouvert car nous ne disposons pas d'équipement de coeliochirurgie dans notre centre. Après la sortie, les patients étaient revus en contrôle dans un mois, trois mois et tous les six mois jusqu'à un an.

Les données épidémiologiques (âge, sexe, fréquence), cliniques (motif de consultation, Délai d'admission, étiologies), thérapeutiques (voie d'abord, les gestes chirurgicaux et les suites opératoires) et la morbi-mortalité ont retenu notre attention.

Résultats

Au cours de notre période d'étude nous avons pris en charge 204 urgences chirurgicales sur les 1748 patients hospitalisés soit une fréquence de 11,7%. On avait noté une prédominance masculine avec 125 hommes et 79 femmes. Le sex-ratio était de 1,6. L'âge moyen était de 29 ans avec les extrêmes allant de 2 ans à 85 ans.

Les motifs de consultation étaient dominés par les douleurs abdominales (100%) suivies des nausées et/ou vomissements (90,2%) et fièvre (64,2%) (Tableau I).

Le délai de consultation variait entre un à 15 jours avec une moyenne de 7 jours.

Les étiologies de ces urgences étaient nombreuses dominées par les péritonites aiguës généralisées (40,4%) suivies des appendicites (21,7%) et des hernies étranglées (20,2%) comme décrit dans le tableau II.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients avaient bénéficié d'une chirurgie à ciel ouvert. Les gestes réalisés avaient varié en fonction de l'étiologie (Tableau III).

Les suites opératoires ont été compliquées dans 48 cas (23,5%). Les complications étaient dominées par les suppurations pariétales (37,7%).

Les patients ayant présenté une suppuration pariétale avaient cicatrisé sous soins locaux. Tous les cas d'éviscération avaient fait l'objet d'une reprise chirurgicale suivie des soins locaux de la paroi avec des suites favorables. Les fistules digestives avaient compliqué deux cas de péritonites par perforation iléale d'origine probablement typhique et un cas d'abcès appendiculaire. Les deux premiers cas avaient nécessité une reprise chirurgicale avec résection iléale suivie d'une anastomose iléo-colique droite compliquée dans un cas d'un décès par choc septique. Le traitement conservateur avait été adopté dans le dernier cas avec des suites favorables. Les deux cas d'éventrations observés avaient bénéficié d'une cure d'éventration par prothèse avec des suites simples.

Nous avons enregistré au total 11 (5,9%) de décès compliquant 9 cas de péritonites et 2 cas d'occlusion intestinale aiguë, secondaires à un choc septique et à une défaillance multiviscérale par retard de prise en charge.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec les extrêmes allant de 1 à 125 jours.

Tableau I : Motifs de consultation

	Effectif	Pourcentage
Douleurs abdominales	204	100
Nausées et/ou Vomissements	184	90,2
Fièvre	131	64,2
Arrêt du transit	58	28,4

Tableau II : Etiologies des urgences

	Effectif	Pourcentage
Péritonites aiguës généralisées	82	40,2
Ulcère gastrique	35	17,2
Typhique	21	10,3
Appendiculaire	11	5,4
Pelvienne	10	4,9
Primitive	5	2,5
Appendicites	44	21,7
Abcès appendiculaire	23	11,3
Phlegmoneuse	19	9,3
Gangreneuse	2	1,0
Hernies étranglées	41	20,1
Inguino-scrotale	33	16,2
Ombilicale	4	2,0
Ligne blanche	2	1,0
Hernie crurale	1	0,5
Occlusions intestinales aiguës	17	8,4
Occlusion interne	6	2,9
Brides	5	2,5
Volvulus côlon pelvien	5	2,5
Occlusion sur tumeur	1	0,5
Traumatismes abdominaux	13	6,4
Eviscération traumatique	6	2,9
Contusion abdominale Avec rupture intestinale	4	2,0
Plaie du foie	3	1,5
Abcès hépatiques	3	1,5
Cholécystites	2	1,0
Abcès du psoas	2	1,0
Ischémie mésentérique	1	0,5
Total	204	100

Tableau III : Gestes chirurgicaux réalisés

	Geste (n)
Péritonites aiguë Aiguë généralisée (82)	Lavage-Drainage de l'abdomen (82), excision- suture de l'estomac (35), Excision-suture iléale (19), appendicectomie (10), Résection- anastomose iléale (2), colos (1)
Appendicectomie (44)	Appendicectomie et lavage-drainage (23), Appendicectomie simple (21)
Hernies étranglées (41)	Cure herniaire selon Bassini (31), cure raphie simple (6) Résection-anastomose grêle (4), résection épiploon (1), cure herniaire selon Mac Vay (1)
Occlusions intestinales (17)	Résection-anastomose grêle (7), section de brides (5), Colectomie idéale (3), intervention de Hartmann (2)
Traumatismes Abdominaux (13)	Lavage-drainage (13), Résection-anastomose du grêle (4) ; excision- suture (2), suture hépatique (2), cautérisation ligament rond (1)
Cholécystite (2)	Cholécystectomie-Drainage (2)
Abcès hépatique (3)	Drainage sous-échographie guidée
Abcès du psoas (1)	Lavage-Drainage
Ischémie mésentérique (1)	Résection-anastomose du jéjunum

Tableau IV : Complications postopératoires

	PAG	AP	IM	CA	%
Suppuration pariétale (77)	43	24	1	4	37,7
Eviscération (41)	3			1	2
Fistule digestive (3)	2	1			1,5
Eventration (2)	2			1	1

* PAG : péritonite aigue généralisée ; AP : abcès appendiculaire ;
IM : ischémie mésentérique ; CA : contusion abdominale.

Discussion

Cette étude est une deuxième du genre dans la région de Kara. Elle avait pour but d'analyser la nouvelle prise en charge des urgences chirurgicales digestives après celle réalisée en 2014 [5]. En chirurgie digestive, les urgences occupent une grande partie des activités surtout en Afrique, car elles constituent souvent le mode d'admission [6,7]. Cependant, la fréquence de ces urgences n'est pas élevée dans notre série pour plusieurs raisons : nous n'avons pas l'exclusivité de la prise en charge dans la région de Kara ; les patients arrivent souvent avec un retard important au stade de complications (choc septique ou hémodynamique) ne permettant parfois une intervention chirurgicale dans nos conditions et enfin d'autres patients ne sont pas parfois opérés par manque de moyens financiers (car la sécurité sociale ne couvre pas tout la population). Dans la série de Kassegne et al, la fréquence mensuelle était de 11 patients entre 2002 et 2012 alors qu'elle était de 17 patients dans notre série. Ceci serait dû au renforcement des ressources humaines et la qualité des soins offerts conférant une certaine confiance de la population vis-à-vis de ces derniers.

La prédominance masculine a été la règle dans les séries africaines sauf dans celle de Sanogo et al à Tombouctou [2,5,6].

L'âge moyen dans notre série était de 29 ans, superposable à ceux de toutes les séries africaines en raison de la jeunesse de la population africaine [2,6].

Le délai de consultation dans notre étude était en moyenne de 7 jours. Il était respectivement de 4 jours et de plus de 2 jours dans les séries de Sanogo et al et Adamou et al [6,8]. Ce qui confirme le long délai de consultation observé dans la majeure partie

des hôpitaux en Afrique. Et pour cause l'ignorance, des croyances culturelles et des problèmes socio-économiques [6].

Au plan diagnostique, les douleurs abdominales étaient les motifs de consultation les plus fréquemment évoqués par les patients dans notre série à l'instar de plusieurs séries africaines [2,6].

Les péritonites aiguës généralisées ont été les étiologies les plus rencontrées dans notre étude. Les péritonites par perforation d'ulcère gastrique dominaient contrairement à la série de Kassegne et al où les péritonites par perforation typhique prédominaient [5]. Ceci serait dû au retard de consultation dans notre région où l'ignorance et l'attachement à la tradithérapie sont prononcés. A Lomé, à Bobo-Dioulasso et à Thiès, les étiologies les plus dominantes étaient respectivement les appendicites et les péritonites [4,9].

La prise en charge des urgences chirurgicales digestives est médicochirurgicale. La réanimation pré, per et postopératoire occupe une place prépondérante dans ce traitement. Tous les troubles hydro-électrolytiques doivent être corrigés en préopératoire, 4 à 6 heures avant l'acte opératoire. Une antibiothérapie probabiliste sera instituée puis réadaptée en postopératoire [11,12].

Les suites opératoires ont été compliquées dans 23,5% dans notre série, dominées par les suppurations pariétales. Kassegne et al avait rapporté un taux de complication de 30,7% avec une prédominance des suppurations pariétales [5]. Le même constat a été fait dans plusieurs études africaines [2,4,6,7,8]. Les suppurations pariétales sont compliquent souvent les pathologies infectieuses abdominales (péritonites, abcès appendiculaires...). Elles sont le fait d'une

insuffisance d'asepsie, d'un manque de moyens de protection des berges de la paroi abdominale lors des laparotomies et d'une antibiothérapie probabilistes inadaptée[4,6]. L'utilisation d'un rétracteur protecteur de plaie opératoire (Alexis OR) permet de réduire l'incidence des suppurations pariétales[13].

La mortalité était de 5,9 % dans notre série. Elle était plus élevée dans celle de Kassegne et al (11,4%) et dans plusieurs études africaines [4,5,6,8]. Elle était due dans la majorité des cas à un choc septique ou à une défaillance multiviscérale compliquant les péritonites et les occlusions intestinales aiguës. Les facteurs incriminés ont été en général le retard de prise en charge chirurgicale, le problème péculaire des patients, la mauvaise pratique du remplissage vasculaire et l'usage de l'antibiotique non adaptée [11].

La coelioscopie a révolutionné la chirurgie digestive et constitue la voie d'abord de référence dans la majorité des pathologies chirurgicales digestives. Elle est pratiquée de façon courante dans les pays développés alors qu'elle constitue un luxe dans les pays en développement. Des études ont montré la supériorité de l'abord coelioscopique par rapport à la laparotomie en termes de réduction des douleurs postopératoires, de durée d'hospitalisation, de taux d'infections pariétales et du taux de mortalité [14,15].

Conclusion

Les urgences chirurgicales digestives sont fréquentes et représentent une part importante des activités dans notre service. Leur prise en charge dans notre contexte a été confrontée à des problèmes de retard diagnostique et de manque de moyens thérapeutiques adéquats. Leur prise en charge constitue un défi pour le chirurgien et le réanimateur en raison de la morbidité et de la mortalité postopératoire élevée. Cette morbi-mortalité peut être prévenue ou diminuée par un diagnostic précoce et précis, une réanimation efficace, une technique opératoire adéquate et bonne asepsie.

*Correspondance

Tamegnon Dossouvi

dboris@ymail.com

Disponible en ligne : 26 Juillet 2021

- 1 : Service de chirurgie générale et Digestive, CHU-Kara (Togo)
- 2 : Service d'Anesthésie-réanimation, CHU-Kara (Togo)
- 3 : Service de chirurgie générale et Digestive, CHR Kara Tomdè (Togo)
- 4 : Service de chirurgie générale et Digestive, CHU-Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mondor H. *Diagnostiques urgents* (Paris) Masson 1965 : 1119
- [2] Magagi, I.A, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K. Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2017 ; 110:191-197
- [3] GlobalSurg Collaborative. Mortality of emergency abdominal surgery in high-, middle-and low-income countries. *BJS* 2016;103: 971-988
- [4] Attipou K, Kanassoua K, Dosseh D. Urgences chirurgicales abdominales non traumatiques de l'adulte au CHU Todoin de Lomé (Bilan de 5 années). *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé* 2005 ; 7 (2) : 28-31
- [5] Kassegne I, Kanassoua K, Sewa E.V, Tchangaï B, Sambiani J, Ayité A.E, Dosseh E.D. Prise en charge des urgences abdominales chirurgicales au centre hospitalier universitaire de Kara (Togo) : étude rétrospective à propos de 594 cas sur une période de dix ans. *Médecine et Santé Tropicales* 2015 ; 25 : 39-43.
- [6] Sanogo s, Traoré D, Togola B, Bengaly B, Coulibaly M, Ongoïba O, Samber M, Ouattara D, Coulibaly B, Babou B, Diallo S, Ongoïba N. Urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Tombouctou/mali. *J Afr Chir Digest*

2020;20(2) : 3097 - 3100

Pour citer cet article :

- [7] Andreu JM. Urgences chirurgicales en milieu Africain (l'urgence tropicale existe t-elle?) [Emergency surgery in Africa (does tropical emergency exist?)]. *Med Trop (Mars)*. 2002;62(3):242-3.
- [8] Adamou Harissou, Amadou M M Ibrahim, Habou Oumarou, Adamou Mansour, Magagi Amadou , Elh Adakal Ousseni , Maradi Mahaman Niandou , Sani Rachid. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de zinder, niger. *European Scientific Journal* 2015 ; 11(12): 1857- 7881.
- [9] Kambire J.L, Sanon B.G, Zare C, Kambou T. Etiologies et pronostic des urgences chirurgicales digestives au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *JRSUL* 2017 ; 19 (2) : 29-30.
- [10] Soumah SA, Ba PA, Diallo-Owono FK, Toure CT. Les abdomens aigus chirurgicaux en milieu africain: étude d'une série de 88 cas à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès. Sénégal. *Bull Med Owendo* 2011; 13(37): 13-16
- [11] Rasamoelina N, Rajaobelison T, Ralahy MF, Riel AM, Rabarijaona M, Solofomalala GD. Facteurs de mortalité par les urgences digestives dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa Madagascar. *Rev Afr Anesth Réa Med Urgence*, 2010 ; 2 (2) :10-11.
- [12] Diedhiou M, Dieng M, Barboza D, Traore MM, Ba EB, Gaye I, Sarr N, Diao ML, Ndong A, Tendeng JN, Konaté I, Beye MD. Anesthésie-réanimation pour urgences chirurgicales del'abdomen chezl'adulte: à propos de 118 cas. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2020 ; 25 (1) :16-21.
- [13] Zhang MX, Sun YH, Xu Z, Zhou P, Wang HX, Wu YY .Wound edge protector for prevention of surgical site infection in laparotomy: an updated systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg* 85(5):308-314
- [14] ESTOUR .E Bénéfice de la coelioscopie préalable dans le traitement de syndromes appendiculaires. Analyse des résultats de quelques grandes séries historiques. *J coelio chir* 1996;20:72-77.
- [15] GOLUB R., SIDDIKI F., POHL D. Laparoscic versus openappendectomy : a metaanalyse *J am coll surg* 1998; 186:545-552
- T Dossouvi, KK Kanassoua, T Mouzou, I Kassegne, E Gueouguede, PR Plante et al. Urgences chirurgicales digestives dans un pays en développement (Togo). *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 129-135



Cas clinique

Traumatisme ouvert de la verge par une esquille métallique suite à un accident de travail

Open trauma of the penis by a metal splint following a work accident

B Mourtala*, MSO Manzo, AS Abdoul Aziz, B Alassane, S Mounkaila, H Noury

Résumé

Nous rapportons un cas d'un patient qui a été reçu aux urgences pour traumatisme ouvert de la verge suite à un accident de travail après un délai de 6 jours. En coupant du bois à l'aide d'une hache, une esquille métallique s'est détachée et s'est plantée au niveau du gland à quelques mm du méat urétral et a terminé sa course au niveau du sillon balano-preputial. La prise en charge a consisté sous anesthésie locale à une incision en regard du corps étranger et extraction de celui-ci, parage et suture de la plaie.

Le risque de dysfonction érectile secondaire au traumatisme des corps caverneux a été évoqué.

Mots-clés : Accident travail, verge, corps étranger.

Abstract

We report a case of a patient who was received in the emergency room 6 days after an accident at work for open trauma to the penis. While cutting wood for his wife with an ax, a metal splinter broke off and was planted with force at the level of the glans a few mm from the urethral meatus and ended its course at the level of the balano groove. The management consisted under local anesthesia with an incision opposite the foreign body and its extraction, trimming and suturing of the wound.

The risk of erectile dysfunction secondary to trauma to the corpora cavernosa has been mentioned.

Keywords: Work accident, rod, foreign body.

Introduction

Les traumatismes des organes génitaux ne sont pas rares. Environ 800 cas ont été décrits dans la littérature, entre 1755 et 1999 [1]. Les étiologies de ces traumatismes sont surtout représentées par les traumatismes causés par les armes à feu [2,3]. Concernant la verge, ces traumatismes sont le plus souvent causés par les jeux érotiques et manipulations de la verge lors de la masturbation [4]. Les traumatismes accidentels sont exceptionnels, encore plus lors d'un accident du travail, du fait de la grande mobilité de la verge.

Cas clinique

Monsieur K.B âgé de 50 ans, cultivateur de profession, a été reçu au service des urgences chirurgicales du centre hospitalier régional de Tahoua (république du Niger) 6 jours après un accident travail, en coupant du bois à l'aide d'une hache, une esquille métallique

s'est détaché et s'est planté avec force au niveau du gland à quelques mm du méat urétral et a terminé sa course au niveau du sillon balano-preputial (Figure 1) avec notion d'hémorragie importante à travers la plaie.

À l'examen clinique, retrouve la verge non augmentée de volume avec une plaie ponctiforme du gland non hémorragique à quelques mm du méat urétral avec palpation de corps étranger sous la peau au niveau du sillon balano-préputial. À l'épreuve de miction, pas d'hématurie objectivée, ni de fistule urinaire. L'examen des testicules était sans particularités.

La radiographie du bassin mettait en évidence une opacité dense au niveau du sillon balano-preputial de la verge (Figure 2). La prise en charge chirurgicale a été décidée en urgence et sous anesthésie locale. Elle a consisté à une incision en regard du corps étranger, extraction de celui-ci (Figure 3), parage de la plaie et suture de la peau au vicryl 3/0. Une sonde de Foley Ch. 18 a été posée. Le patient a bénéficié d'une prescription d'antibiotique, d'antalgique, d'anti-inflammatoire et vaccin et sérum antitétanique. Les suites opératoires ont été simples, et la cicatrisation a été obtenue sans séquelles au bout d'une semaine.



Figure 1 : La porte d'entrée du métal.

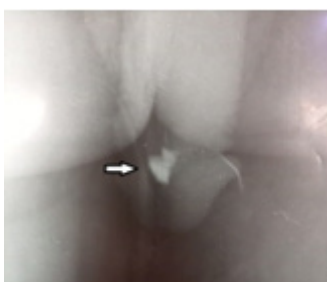


Figure 2 : La radiographie du bassin : mettait en évidence une opacité dense au niveau du sillon balano-preputial de la verge.



Figure 3 : Corps étranger après extraction.

Discussion

Les traumatismes des organes génitaux ne sont pas rares. Environ 800 cas ont été décrits dans la littérature, entre 1755 et 1999 [1]. Les étiologies de ces traumatismes sont surtout représentées par les traumatismes causés par les armes à feu [2,3]. Concernant la verge, ces traumatismes sont le plus souvent causés par les jeux érotiques et manipulations de la verge lors de la masturbation [4]. Les traumatismes accidentels sont exceptionnels, encore plus lors d'un accident du travail, du fait de la grande mobilité de la verge.

Sur le plan clinique, la symptomatologie est fonction de l'atteinte de l'urètre et de l'existence d'une fistule urinaire qui confirme le diagnostic. Les vaisseaux dorsaux de la verge peuvent également être lésés, entraînant une hémorragie plus ou moins importante. Ces lésions sont toujours péjoratives et peuvent avoir des conséquences à long terme sur la qualité de vie du patient [5].

Sur le plan thérapeutique, il est important de réaliser une prise en charge chirurgicale rapide, qui permet de prévenir les infections secondaires à une prise en charge chirurgicale tardive. Les complications peuvent être l'œdème, la nécrose, mais peuvent aller jusqu'à la gangrène de la verge pouvant nécessiter une amputation [6].

Les Traumatisme de la verge sont des urgences urologiques dont le retentissement psychologique et physique, fonctionnel et émotionnel affecte le patient, son épouse et ses parents [5, 7, 8].

Le pronostic fonctionnel de Monsieur K.B. est essentiellement dépendant de l'atteinte urétrale et du fait du non atteinte de la portion de corps caverneux,

nous pensons que notre patient sera probablement exempté de troubles érectiles.

Ayant été revu 2 semaines après l'accident, la cicatrisation de la plaie était complète et le patient ne se plaignait ni de troubles érectiles ni de troubles mictionnels.

Il est tout de même important de préciser que cet accident aurait pu être évité si Monsieur K.B. était équipé d'un équipement de protection individuelle (EPI) approprié au travail effectué.

Conclusion

Les traumatismes des organes génitaux ne sont pas rares. Environ 800 cas ont été décrits dans la littérature, entre 1755 et 1999 [1]. Les étiologies de ces traumatismes sont surtout représentées par les traumatismes causés par les armes à feu [2,3]. Concernant la verge, ces traumatismes sont le plus souvent causés par les jeux érotiques et manipulations de la verge lors de la masturbation [4]. Les traumatismes accidentels sont exceptionnels, encore plus lors d'un accident du travail, du fait de la grande mobilité de la verge.

Sur le plan clinique, la symptomatologie est fonction de l'atteinte de l'urètre et de l'existence d'une fistule urinaire qui confirme le diagnostic. Les vaisseaux dorsaux de la verge peuvent également être lésés, entraînant une hémorragie plus ou moins importante. Ces lésions sont toujours péjoratives et peuvent avoir des conséquences à long terme sur la qualité de vie du patient [5].

Sur le plan thérapeutique, il est important de réaliser une prise en charge chirurgicale rapide, qui permet de prévenir les infections secondaires à une prise en charge chirurgicale tardive. Les complications peuvent être l'œdème, la nécrose, mais peuvent aller jusqu'à la gangrène de la verge pouvant nécessiter une amputation [6].

Les Traumatisme de la verge sont des urgences urologiques dont le retentissement psychologique et physique, fonctionnel et émotionnel affecte le patient, son épouse et ses parents [5, 7, 8].

Le pronostic fonctionnel de Monsieur K.B. est essentiellement dépendant de l'atteinte urétrale et du fait du non atteinte de la portion de corps caverneux, nous pensons que notre patient sera probablement exempté de troubles érectiles.

Ayant été revu 2 semaines après l'accident, la cicatrisation de la plaie était complète et le patient ne se plaignait ni de troubles érectiles ni de troubles mictionnels.

Il est tout de même important de préciser que cet accident aurait pu être évité si Monsieur K.B était équipé d'un équipement de protection individuelle (EPI) approprié au travail effectué.

*Correspondance

Bazanfaré Mahaman Mourtala

doctabazm@gmail.com

Disponible en ligne : 26 Juillet 2021

1 : Service de chirurgie / centre hospitalier régional de Tahoua / Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Van Ophoven A, Kernion JB et al. Management of foreign bodies of the genitourinary tract. *J Urol.* 2000; 164:274–87.
- [2] Bertini JE, Corriere JN Jr. The etiology and management of genital injuries. *J Trauma.* 1988; 28:1278–81.
- [3] Ficarra V, Caleffi G, Mofferdin A, et al. Penetrating trauma to the scrotum and the corporea cavernosum caused by gunshot. *Urol Int.* 1999; 62:192–4.
- [4] Pastor Navarro H, Donáte Moreno MJ, Carrión López P, et al. Penile foreign bodies. *Arch Esp Urol.* 2009; 62: 501–7.
- [5] Oranusi CK, Nwofor AME. Traumatic penile injuries: mechanisms and problems of treatment in tertiary institution in Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2014; 17:763–6.

- [6] Bart S, Culty T, Pizzoferrato AC, et al. Nécrose complète de la verge et des testicules par strangulation dans un contexte psychotique. *Prog Urol* .2008 ; 18:483–5
- [7] Kim JH, Park JY, Song YS. Traumatic penile injury: from circumcision injury to penile amputation. *Biomed Res Int* 2014;6.
- [8] Reddy SVK, Shaik AB, Sreenivas K. Penile injuries: a 10-year experience. *Can Urol Assoc J* 2014; 8: E626–31. ...

Pour citer cet article :

B Mourtala, MSO Manzo, AS Abdoul Aziz, B Alassane, S Mounkaila, H Noury. Traumatisme ouvert de la verge par une esquille métallique suite à un accident de travail. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 136-139



Article original

Accouchement de mort-né frais : Prévalence facteurs de risque et prise en charge à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali

Fresh stillbirth: Prevalence of risk factors and treatment at Nianankoro Fomba hospital in Ségou, Mali

T Traoré*¹, K Sidibé¹, B Traoré¹, B A Haïdara¹, A Sanogo¹, A Bah¹, C Sylla⁵, S Z Dao⁴, S A Beye¹, F Kané⁶, S Boiré⁷, B Traoré⁸, D Fomba⁹, S Dougnon¹⁰, Y Traoré², I Tégoué², N Mounkoro², I Menta², M Touré³

Résumé

Le mort-né frais est un problème majeur de santé publique qui est sous-estimé, en particulier dans les pays en voie de développement car les statistiques de l'état civil sont presque toujours incomplètes.

But : Le but était de déterminer la prévalence, d'identifier les facteurs de risque d'accouchement de mort-né frais.

Méthodologie : c'est une étude cohorte avec une collecte rétrospective des données du 1er janvier 2012 au 31 Décembre 2016. Ont été inclus dans notre étude tous les morts nés frais issus d'une grossesse dont l'âge était ≥ 22 semaines d'aménorrhée. Le test statistique Khi² de Pearson a été utilisé pour comparer nos résultats, avec une probabilité $p < 0,05$ considérée comme significative.

Résultats : la fréquence de mort-né frais a été de 8,56%. 62,1% des mort-nés frais étaient issus d'une grossesse de 37- 41 SA contre 33,7% de prématurés dont 50,9% étaient issus de grossesses non suivies. Le travail d'accouchement était surveillé dans 42,2% de cas par un personnel non qualifié avant d'être référé à l'hôpital. Le bassin était normal dans 87% de cas et la durée moyenne de travail était de 9 h

dans 71,2% de cas. Les principaux facteurs de risque étaient : l'hématome retro placentaire (22,1%), travail dystocie prolongé (16,8%), la pré éclampsie/clampsie (14%), la rupture utérine (12,3%), le placenta prævia (9,8%).

Conclusion : Le mort-né frais est relativement fréquent l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Il est favorisé par certains facteurs : les âges extrêmes des mères < 20 ans et > 35 ans, l'inaccessibilité financière et géographique aux soins de qualité, les complications obstétricales directes et indirectes, les conditions socioéconomiques défavorables,

Mots-clés : mort-né frais, Prévalence, facteurs de risque, Ségou.

Abstract

Fresh stillbirth is a major public health problem that is underestimated, especially in developing countries because vital statistics are almost always incomplete.

Aim: The aim was to determine the prevalence, to identify the risk factors for delivery of fresh stillbirth.

Methodology: it is a cohort study with a retrospective data collection from January 1, 2012 to December 31, 2016. We included in our study all the fresh stillbirths

resulting from a pregnancy whose age was ≥ 22 weeks of amenorrhea. Pearson's Chi-square statistical test was used to compare our results, with a probability $p < 0.05$ considered significant.

Results: the frequency of fresh stillbirth was 8.56%. 62.1% of fresh stillbirths were from a pregnancy of 37-41 weeks against 33.7% premature babies, 50.9% of which were from unsuccessful pregnancies. Labor was monitored in 42.2% of cases by unqualified personnel before being referred to the hospital. The pelvis was normal in 87% of cases and the average working time was 9 hours in 71.2% of cases. The main risk factors were: retro-placental hematoma (22.1%), prolonged obstructed labor (16.8%), pre-eclampsia / eclampsia (14%), uterine rupture (12.3%), placenta previa (9.8%).

Conclusion: Fresh stillbirths are relatively common at the Nianankoro Fomba hospital in Ségou. It is favored by certain factors: extreme ages of mothers < 20 years and > 35 years, financial and geographic inaccessibility to quality care, direct and indirect obstetric complications, unfavorable socioeconomic conditions,

Keywords: stillbirth, Prevalence, risk factors, Ségou

Introduction

Le mort-né frais est un problème majeur de santé publique qui est sous-estimé, en particulier dans les pays en voie de développement car les statistiques de l'état civil sont presque toujours incomplètes. La tendance actuelle est de considérer le mort-né comme le décès d'un membre de la famille à part entière. Le mort-né frais est un accident relativement fréquent dans les pays en voie de développement à cause de plusieurs facteurs :

- Insuffisance de la couverture sanitaire ;
- Analphabétisme et ses conséquences

L'absence de consultation prénatale et de soins périnataux de qualité [1]

Certains facteurs de risque sont accessibles à la

prévention. Par exemple : l'âge extrême, les grossesses rapprochées, le paludisme, les conditions d'hygiène précaires.

D'autres par contre sont difficilement accessibles à la prévention car nous ne disposons pas d'appareil moderne de surveillance du travail d'accouchement. Il s'agit surtout de ceux qui surviennent au moment du travail, comme l'hypertension artérielle, l'hémorragie génitale, la dystocie dynamique ou mécanique.

Dans le monde les fréquences des mort-nés frais varient d'une région à une autre. Elle est de 4,7% dans les pays en développement contre moins de 1% dans les pays développés [2].

En Afrique de l'ouest la fréquence des mort-nés est estimée à environ 6,2% [3] contre 0,43% au Québec [4] et 0,89% France [5]. Au Mali la mortalité néonatale est actuellement de 35‰ avec un taux de mort-né frais à 2,3% [6].

Au niveau de la région de Ségou la fréquence des mort-nés frais était estimée à 72,20% de l'ensemble des mort-nés en 2014 dont 20,7% pour l'hôpital [7].

Quand bien même que très élevé ce taux de mort-né frais hospitalier n'avait jusque-là pas fait l'objet d'une recherche action. C'est pourquoi nous avons initié cette étude dont les objectifs étaient de déterminer la prévalence, d'identifier les facteurs de risque d'accouchement de mort-né frais.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude cohorte avec une collecte rétrospective des données du 1er janvier 2012 au 31 Décembre 2016 dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou qui reçoit dans le cadre du système d'évacuation-référence ; toutes les grossesses dont l'âge gestationnel est supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée avec une mort fœtale in utero.

La population d'étude était constituée par l'ensemble des femmes admises en travail d'accouchement. Ont été inclus dans cette étude tous les morts nés frais et naissances vivantes issus d'une grossesse dont l'âge était supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée.

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire. Les supports de données étaient les registres d'accouchements, les registres de compte rendu opératoire, les dossiers obstétricaux et les pantographes. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info.

Le test statistique Khi2 de Pearson était utilisé pour comparer nos résultats, avec une probabilité $p < 0,05$ considérée comme significative.

Nous avons procédé à l'analyse multi variée selon le modèle de régression logistique afin d'identifier les facteurs les plus déterminants.

Résultats

Fréquence :

Sur 3328 accouchements enregistré pendant la période d'étude 285 étaient mort-nés frais soit une fréquence de 8,56%,

Tableau I : Relation entre l'âge et l'état du nouveau-né

Age	Mort-né frais	Vivant	Total
≤19	65(22,8%)	532(17,5%)	597(19,9%)
20-34	176(69,01%)	2234(73,4%)	2410(72,4%)
≥35	44(15,4%)	277(8,9%)	321(9,6%)
Total	285(100%)	3043(100%)	3328(100%)

Khi2 : 19,83 P : 0,00004880

Tableau II : Type de naissance selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Mort-né frais	Vivant	Total
28-36+6jrs SA	96(33,7%)	333(10,9%)	429(12,9%)
37-41+6jrs SA	177(62,1%)	2676(87,9%)	2853(85,7%)
Sup a 42SA	12(4, 2%)	34(1,1%)	46(1,4%)
Total	285(100%)	3043(100%)	3328(100%)

P : 0,0000000 Khi2 : 142,87

Tableau III : Type de naissance selon le suivi de la grossesse

Suivi de la Grossesse	Mort -né frais	Vivant	Total
Non	145(50, 9%)	501(16, 5%)	646(19, 4%)
Oui	140(49,1%)	2542(83,5%)	2682(80,6%)
Total	285(100%),	3043(100%)	3328(100%)

P : 0,0000000 Khi2 : 195,09 RR : 4,30 (3,47-5,34)

Tableau IV : Type de naissance en fonction des causes obstétricales directes

Les causes Obst. directes	Mort -né frais	Vivant	Total
HRP	63(22, 1%)	116(3, 8%)	179(5, 4%)
Travail dystoc. prolongé	48(16, 8%)	234(7, 7%)	282(8, 5%)
Prééclampsie /éclampsie	40(14%)	188(6, 2%)	228(6, 9%)
rupture utérine	35(12, 3%)	2(0, 1%)	37(1, 1%)
PP hémorragique	28(9, 8%)	46(1, 5%)	74(2, 2%)
Aucune	71(24, 9%)	2457(80, 7%)	2528(76%)
Total	285(100%)	3043(100%)	3328(100%)

P : 0,0000 Khi2 : 749,03

Tableau V : Type de naissance et le la voie d'accouchement

Mode d'accouch.	Mort -ne frais	Vivant	Total
Voie haute	152(53,3%)	475(15,6%)	627(18,8%)
Voie basse	133(46,7%)	2569(84,4%)	2702(81,2%)
Total	285(100%)	3043(100%)	3328(100%)
	P :0,0000000	RR : 4,80 (3,99-6,14)	Khi2 :242,83

Discussion

La fréquence :

Pendant la période d'étude 3328 accouchements ont été enregistrés dont 285 de mort- nés frais soit une fréquence 8,56%. La même tendance a été rapportée en Guinée avec 7,19% [8], par contre elle est supérieure à celle de l'étude réalisée au Québec et au Cameroun (1,47%, 1,8%) [4, 9]. Notre fréquence est largement au-dessous de celles rapportées par d'autres études africaines où la fréquence varie entre (22,31 et 76,5%) [10, 11, 12]

La petite taille de notre échantillon n'incluant que les mort-nés frais pourraient expliquer notre faible taux par rapport aux études Africaines.

Les facteurs de risque :

Les parturientes ayant accouché de mort-nés frais résidaient majoritairement hors de la ville de Ségou soit 51,9% contre 49,1% qui résidaient dans la ville de Ségou. Ce taux élevé de mort-nés chez les femmes résidant hors de la ville de Ségou serait dû au retard d'accès aux soins de qualité mais aussi aux moyens de transports inadéquats pouvant compromettre le pronostic vital du fœtus. Il était à noter que le retard serait également dû au fait que cette population résidant en dehors de la ville est fortement attachée à la tradition; ainsi c'est le chef de famille ou encore la belle-mère qui donne l'autorisation de consulter.

Le revenu économique étant dépendant de la profession, il constitue un facteur important de la qualité des soins prénatals. C'est ainsi qu'un faible niveau socio-économique contribuera à augmenter le risque de mort-né.

Il ressort de la littérature que la multiparité n'est pas le seul facteur de risque de la mortinaissance car

n'est associée à une mortalité maternelle élevée aux parités et aux âges extrêmes [13]. Selon Wang PD [12] ce risque est multiplié par 1,8 si l'intervalle inter gésésique inférieur à deux ans.

Malgré que l'accouchement prématuré avant 32 SA constitue un risque majeur de mort-né frais [14], le maximum de mort-nés frais dans notre étude a été enregistré entre 37-41 SA avec 62,1% de cas contre 33,7% de prématurés. Ce taux de mort-nés à terme dans notre série s'expliquait par le fait que la majorité de nos parturientes sont admises avec des grossesses à terme.

Notre taux de mort-nés frais à terme était inférieur à celui de N'Diaye B. [15] qui en avait rapporté 80% de mort-nés frais à terme contre (20%) de mort-nés prématurés.

Ces constats attestent que le facteur âge gestationnel n'explique pas à lui seul la mort fœtale. Il est le plus souvent associé à d'autres facteurs de risque classique, tels que le diabète, l'anémie, les pathologies hypertensives gravidiques et les anomalies funiculaires.

Le suivi prénatal est un acte médical préventif d'éventuelles complications au cours de la grossesse ou du travail d'accouchement. Son absence ou sa mauvaise qualité constitue un facteur de risque de mortinaissance. Dans notre étude 50,9% des morts nés frais étaient issus de mères qui n'ont bénéficiés d'aucune consultation prénatale contre 16,5% des naissances vivantes de mères sans suivi prénatale (p=0,032).

Nos résultats sont en accord avec la littérature selon laquelle, la bonne qualité des CPN constitue un élément essentiel de la prévention de la mortalité materno-fœtale [16].

L'association de certaines pathologies à la grossesse fait de celle-ci une grossesse à haut risque. Dans notre série les pathologies associées à la grossesse étaient : l'hypertension artérielle avec 13,3% des mort-nés frais contre 4% de naissances vivantes ($P=0,00011$); l'anémie et le paludisme avec respectivement 7 et 7,7 % des mort-nés frais.

La consultation prénatale est un acte médical préventif qui permet le dépistage précoce et la prise en charge des pathologies de la grossesse. Elle permet d'éviter la survenue des complications qui peuvent être fatales pour le fœtus.

C'est ainsi que nos taux de létalité fœtale lié à l'HTA, au paludisme et à l'anémie pouvaient s'expliquer par l'absence ou la mauvaise qualité du suivi prénatal car 50,9% des mort nés frais étaient issus de mères non suivies et 42,2% de mères suivies par un personnel non qualifié (matrone). Le retard à l'accès des soins de qualité est un facteur de risque majeur de risque de mortalité maternelle et de mort-nés frais.

Les données cliniques :

La majorité des morts nés frais soit 76,8% des cas étaient des morts fœtales intra-partum car il s'agissait de femmes référées dans 60,7% des cas dont 42,2% par un personnel non qualifié des structures sanitaires périphériques où s'est déroulé une partie leur travail d'accouchement. Par contre N'Diaye B. [15] retrouve un taux inférieur au nôtre (63,6%) de cas. Le travail d'accouchement est un phénomène physiologique limité dans le temps dont la durée varie entre quatre et dix heures. Nous avons enregistré 71,2% de mort-nés frais après une durée moyenne de travail 9 h contre 90,1% de naissances vivantes pour la même durée. Cette durée était supérieure à 12h dans 14,8% de cas de mort-nés frais contre 2% de naissances vivantes ($p=0,00012$). La rupture prématurée des membranes est pourvoyeuse de mort-nés frais à cause du risque de procidence, de prématurité ou de chorioamniotite. C'est ainsi que 28,8% des mort-nés dans notre étude étaient survenue après une rupture prématurée des membranes. Ce taux s'expliquait par la durée prolongée de la rupture des membranes qui était supérieure à 12h chez 67,1% des mort-nés associés à

cette rupture.

Malgré que le pronostic fœtal soit dépendant de la perméabilité du bassin osseux, nous avons rapporté le maximum de mort-nés (87%) des cas chez les femmes avec un bassin normal.

La même tendance a été rapporté d'autres dans d'autres études avec respectivement 71,3% et 81,8% de cas [10, 12].

Ces taux s'expliquaient par le fait que dans la population générale des femmes il existe plus de bassins normaux que de bassins pathologiques.

Les complications obstétricales directes représentent environ 80% des causes de décès maternel, la vie fœtale étant intimement lié à celle sa mère son pronostic sera étroitement lié aux complications obstétricales.

Dans notre étude les complications obstétricales associées au mort-né frais étaient :

- *L'hématome rétro placentaire* qui était la cause la plus létale avec 22,1% de morts nés frais. Ce taux était comparable à ceux rapportés dans d'autres études avec respectivement (14,28% et 19,2%) [10, 17]. Ce taux de létalité fœtale lié à l'hématome rétro placentaire dans notre contexte pourrait s'expliquer par le caractère imprévisible de cette pathologie mais aussi du manque de suivi prénatal qui permet de dépister certains facteurs de risque de l'hématome retro placentaire.

- *Le travail dystocique prolongé* : Il est le résultat d'une prise en charge inadéquate du travail d'accouchement comme cela était le cas dans notre étude car 42,2% des mort-nés frais sont issus de parturientes qui ont été surveillées par un personnel non qualifié avant leur admission à l'hôpital. Il a été la cause de 16,8% de mort- nés frais contre 7,7% de naissances vivantes dans notre série. Ceci dénote que le pronostic fœtal dépend de la durée et de la dystocie du travail d'accouchement.

- *La rupture utérine* : c'est une complication obstétricale de gravité extrême, il est le reflet du niveau de développement socio-sanitaire d'un pays. Nous avons enregistré 12,3% de mort-nés frais après rupture utérine contre 0,1% de naissances vivantes

prouvant ainsi le caractère hautement léthal de cette complication. Ce taux est inférieur à celui de Traoré. Y [18] qui a rapporté un taux de mort fœtale dans 84,1% des cas de rupture utérine.

- *L'anémie* : elle était associée à 28,7 % des mort-nés frais. Cette fréquence était supérieure à celles rapportées par d'autres auteurs avec (12,7% et 19,2%) [11, 12]

Cela pourrait être dû à la carence nutritionnelle dont souffre environ 60% des gestantes dans les pays en voie de développement [19] mais aussi à l'absence de consultation chez les mères de 50,9% de mort-nés qui n'ont fait aucune CPN donc n'ont pas bénéficiées de supplémentation en fer et de prévention du paludisme.

- *Le paludisme*: 6,3% des mort-nés frais de notre série étaient enregistrés chez les femmes ayant fait au moins un épisode de paludisme au cours de leur grossesse contre 12,4% de naissances vivantes. Ce taux était comparable à celui de Yehia. A [11], qui a rapporté 6,2% de cas. Notre taux pourrait être dû à la situation géographique du cadre de l'étude dans une zone d'endémie palustre, à l'absence ou à la qualité des CPN et à une baisse relative de l'immunité au cours de la grossesse.

Cette menace vitale sur le fœtus due à la malaria serait une caractéristique des pays en voie de développement [12]

- *Le VIH* : Cette infection entraîne une immunodépression qui peut exposer le fœtus à une souffrance aigüe létale au cours de la parturition. C'est ainsi que 0,4 % des mort-nés frais dans notre série étaient de mères séropositives au VIH. Notre taux était inférieur à celui de Yehia. A [11]:1,5%. Il a été prouvé par des études que les parturientes séropositives présentent un risque accru de mort in utero [12].

Les pathologies funiculaires tiennent une place importante dans la genèse de la souffrance fœtale aigüe pouvant aboutir à un mort-né frais [18].

Ces pathologies ont été retrouvées chez 22% des mort-frais dans notre étude. Notre taux était supérieur à celui rapporté par Konaté. A avec un taux de 9,3% de mort-nés frais [10].

Ce taux élevé dans notre étude s'expliquait par le fait que, 60,7% des mort-nés frais étaient issus de parturientes référées des structures sanitaires périphériques dans des conditions de transport compromettant le pronostic vital du fœtus.

Le risque de mort-nés augmente avec la prématurité aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Dans notre étude nous avons rapporté 33,7% de mort-nés contre 10,7% de naissances vivantes dans le groupe des prématurés. Ce risque est confirmé par les résultats des études Africaines et Européennes avec des taux allant de 24,1% à 60,4% de cas [10, 11].

Conduite à tenir :

L'ocytocine est un médicament fréquemment utilisé au cours du travail d'accouchement dont l'usage inapproprié peut être fatal pour le fœtus.

C'est ainsi que dans notre série 25,9% des mort-nés frais étaient issus de parturientes ayant reçu de l'ocytocine avant leur admission à l'hôpital, contre 7,9% de naissances vivantes (p : 0,000025).

La voie d'accouchement est l'un des éléments pronostic du fœtus, c'est ainsi que (53,3% des mort-nés ont été enregistré chez les parturientes ayant accouché par voie haute contre 15,6% de naissances vivantes (P=0,0138). La même tendance a été rapporté Coulibaly. D [12] avec 46,5% de mort-nés frais chez les femmes césarisées. Notre taux était inférieur à ceux enregistré par certains auteurs avec 15,7% de cas [10].

Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que 44,2% des mort-nés frais étaient issus des femmes référées en urgence avec des indications de césarienne.

Conclusion

L'accouchement de mort-né frais est relativement fréquent l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Ses principaux facteurs de risque sont :

- Des âges extrêmes des mères inférieures à 20ans et supérieur à 35ans,
- L'inaccessibilité financière et géographique aux soins de qualité,

- Les complications obstétricales directes et indirectes,
- les conditions socioéconomiques défavorables,
L'amélioration de la qualité des soins passera obligatoirement par la mise à disposition d'un personnel qualifié capable d'assurer des CPN recentrées (de qualité) et une surveillance compétente du travail d'accouchement. Une participation des autorités sanitaires et de la population est aussi nécessaire.

*Correspondance

Tidiani Traoré

tidiniako@gmail.com

Disponible en ligne : 26 Juillet 2021

- 1 : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali ;
- 2 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako Mali ;
- 3 : Centre Hospitalier Universitaire de l'Hôpital du Mali, Bamako Mali ;
- 4 : Centre de santé de référence commune II Bamako Mali ;
- 5 : Centre de santé de référence Koutiala, Mali ;
- 6 : Centre de santé de référence Bla, Mali ;
- 7 : Centre de santé de référence Niono, Mali ;
- 8 : Centre de santé de référence San, Mali ;
- 9 : Centre de santé de référence Markala, Mali ;
- 10 : Hôpital Mali Gavardo Ségou, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Blondel B. Bréart. G : Mortalité fœto-infantile. Evolution, causes et Méthodes d'analyses. *Encycl. Méd. Chi.* (Paris-France) pédiatrie.
- [2] Edouard L : Epidémiologie de la mortalité périnatale. *Rapp. Trimest – Sanit – Mond* 1985; 38:281-301.
- [3] Chalumeau Met Coll: 2000 risk factor for perinatal morbidity in West Africa: a pop-based study of 20326 pregnancies.

Acta pediatri 2000, v 89:1115-11215p

- [4] Johanne et coll : Rapport de la mortalité périnatale au Québec Par le comité d'étude et d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatale(CEEMMP), OSFQ-CEEMMP Septembre 2015.
- [5] Ministre des solidarités et de la sante : le nouveau, suivie de la mortinatalité en France, *drees.solidarite-sante.gouv.fr* 2014
- [6] Togo. A : étude de la mortalité périnatale dans le service gynéco-obstétrique au csréf de Sikasso en 2014, thèse méd. N° 206, 86p.
- [7] Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.
- [8] Diallo. F et coll : Aspect sociodémographique à l'hôpital régional de kinda en guinée, *revue de médecine périnatale* Volume 8, 103-107p. Juin 2016.
- [9] Sandjong T. I.D et coll : mort foetal intra partum, au Cameroun dans les deux hôpitaux de référence à Yaoundé, Cameroun ; *clinics in mother and Child Heath* vol 6, N° 2 Décembre 2009
- [10] Konaté. A : Etude sur la mortinaissance à l'hôpital de Sikasso. Thèse Méd. Bamako, 2009. N°464 28p.
- [11] Yehia. A : Etude sur la mortinaissance à l'hôpital de Tombouctou. Thèse médecine 2008. N° 512, 24p.
- [12] Coulibaly. D : Mortinatalité dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU de POINT G de 2004 à 2008, thèse méd, N°139, 92p.
- [13] Mohamed. F et coll : Mortinatalité à la maternité de al Ghassani, rapport FEMhealth en FES, 2014.
- [14] Lansac. J, Lecomte P, Marret H : Collection pour le praticien, Gynécologie. Belgique, 7ème Edition, Masson, 2007, 574p.
- [15] N'Diaye. B : Mortinatalité à la maternité de l'HGT. Thèse de Méd. 2008 N :243
- [16] Kamssoko. M : état des lieux de l'approche des soins essentiels au nouveau-né sur la morbide et la mortalité néonatale dans le district de Baraouéli 2010, thèse méd, N°371, 103p
- [17] Koffi. A : Mortinatalité facteur de risque à propos de 780 cas colligés en 2ans à la maternité d'ABOBO SUD à ABIDJIAN

Résumé des rapports et communications aux 5èmes congrès de la SAGO à DAKAR décembre 1998.

[18] TRAORE Y. La rupture utérine dans le service de Gynécologie Obstétrique à l'hôpital National du Point G. Facteurs influençant le pronostic materno-fœtal et mesures prophylactiques. Thèse Méd. Bamako Mali 1996, N27.

[19] Théra. T et Coll : problème du système de référence et contre référence des urgences obstétricales et d'implication des communautés de district de Bamako en 2015, Mali Médical 2015 Tome XXX N°3.

Pour citer cet article :

T Traoré, K Sidibé, B Traoré, BA Haïdara, A Sanogo, A Bah et al. Accouchement de mort-né frais : Prévalence facteurs de risque et prise en charge à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 140-147



Cas clinique

Syndrome de Wolff-Parkinson-White intermittent révélé par des palpitations et douleur thoracique à propos d'un cas

Intermittent Wolff-Parkinson-White syndrome revealed by palpitations and chest pain about a case

A Kaboré*¹, AA Ali^{1,4}, N Douné¹, S Traoré³, MA Bolti^{2,4}

Résumé

Le syndrome de Wolff-Parkinson-White est le plus fréquent et le plus important de tous les syndromes de préexcitation ventriculaire. Il est lié à l'existence d'un faisceau de conduction accessoire reliant directement l'oreillette au ventricule : le faisceau de Kent.

Nous rapportons le cas d'un syndrome de Wolff-Parkinson-White intermittent découvert à l'occasion de palpitations chez un patient reçu au service des urgences du CHU-Renaissance de N'Djamena.

Cas clinique : Il s'agit d'un patient de 30 ans, agent de sécurité, sans antécédents personnels, qui a présenté des palpitations, douleur thoracique et vertiges, évoluant depuis 2 heures de temps. A l'examen il avait un mauvais état général, une tension artérielle à 95/60 mmHg et une fréquence cardiaque à 171 bpm. L'examen cardiovasculaire était normal. L'ECG a mis évidence un syndrome de Wolff-Parkinson-White intermittent. L'évolution a été favorable et le patient mis sous antiarythmique.

Mots-clés: palpitations, Wolff-Parkinson-White, intermittent.

Abstract

Wolff-Parkinson-White syndrome is the most common and most important of all ventricular pre-

excitation syndromes. It is caused by the presence of an abnormal accessory electrical conduction pathway between the atria and the ventricles: the Kent bundle. We report the case of an intermittent Wolff-Parkinson-White syndrome discovered during palpitations in the emergency department of the Renaissance University Hospital of N'Djamena in a patient who did not want to consult initially for financial reasons.

Clinical case: A 30-year-old male patient, security guard, who had no past medical history, who presented with episodes of palpitations, chest pain and dizziness, lasting 2 hours. On examination he had a poor general condition, blood pressure at 95/60 mmHg and heart rate of 171 bpm. Cardiovascular examination was normal. The ECG showed intermittent Wolff-Parkinson-White syndrome. The evolution was favourable and the patient was put on antiarrhythmic medication.

Keywords: palpitations, Wolff-Parkinson-White, intermittent.

Introduction

Anomalie congénitale des voies de conduction, le syndrome de Wolff-Parkinson-White est caractérisé

par l'existence, en parallèle des voies normales, d'un faisceau de conduction supplémentaire, réunissant directement l'oreillette au ventricule, soit à droite, soit à gauche [1].

Il peut être isolé ou associé à une cardiopathie congénitale (maladie d'Ebstein, CMH) [2,3].

En principe, il n'y a pas sur le trajet du faisceau de Kent des formations analogues à ce qu'est le nœud atrio-ventriculaire (AV) sur les voies normales. Le nœud AV est constitué de cellules à conduction lente et l'influx atrio-ventriculaire met plusieurs centièmes de seconde pour le traverser, ce qui explique l'existence de l'espace PR sur l'ECG. En revanche, l'influx partant de l'oreillette et descendant par le faisceau de Kent ne rencontre aucune formation analogue et arrive donc immédiatement au ventricule homolatéral : espace PR court [2].

Le diagnostic de la préexcitation dans sa forme typique est aisé. L'ECG montre un espace PR court (< 0.12 s) ; un complexe QRS large (> 0.12 s) et un début de ventriculogramme empâté (onde delta) qui se détache lentement de la ligne isoélectrique [4].

Les crises de tachycardies sont une complication majeure de WPW. Les plus fréquentes sont les tachycardies réciproques (habituellement orthodromiques) et les flutter et fibrillation atriales [5].

Nous rapportons le cas d'un patient avec un WPW intermittent révélé par des palpitations.

Cas clinique

Il s'agit d'un patient de 30 ans, agent de sécurité, qui a présenté des palpitations, vertiges et douleur thoracique. Ces symptômes évoluent depuis 02 heures de temps avant son admission aux urgences, alors qu'il est riverain de l'hôpital. Il a préféré attendre un arrêt spontané des malaises car n'ayant pas de moyens pour supporter les frais médicaux.

Il n'a aucun facteur de risque cardiovasculaire et n'a présenté de symptômes similaires par le passé. Il est 5ème d'une fratrie utérine de 10 enfants dont 03 décédés avant l'âge de 2 ans.

A l'admission, il était dans un mauvais état général,

la fréquence cardiaque était à 171 bpm, la pression artérielle à 95/60 mmHg, la saturation en oxygène à 98% à l'air ambiant et une température à 37.2° C.

L'examen cardiovasculaire : bruits du cœur réguliers sans souffle ni bruit surajouté. Absence de signes congestifs d'insuffisance cardiaque. Poumons clairs, des pouls périphériques bien perçus et des mollets souples.

L'examen des autres appareils est sans particularité.

L'électrocardiogramme : rythmique sinusal alternant avec un Wolff-Parkinson-White (PR court avec onde delta, empatement initial du QRS et aspect de retard gauche en V1), aspect de repolarisation précoce en apico-latéral (figure 1).

L'échocardiographie Doppler : ventricule gauche non dilaté, parois du VG d'épaisseur normale de cinétique homogène avec une fraction d'éjection du ventricule gauche préservée (FEVG à 60%). Absence de valvulopathie mitro-aortique. Ventricule droit sans particularité. Pression pulmonaire normale et péricarde libre.

La biologie : Leucocytes à 4 300/mm³, hémoglobine à 14.4 g/dl et plaquettes à 267 000/mm³. CRP à 0.72 mg/l, troponine à 13.8 pg/ml, natrémie à 141 mmol/l, kaliémie à 3.5 mmol/l. TSHus : normale. Bilans rénal et hépatique étaient normaux.

La radiographie pulmonaire était normale.

Le diagnostic de syndrome de Wolff-Parkinson-White intermittent symptomatique fut posé et le patient mis sous Flécaïne associée à du Bisoprolol.

L'évolution a été favorable. Sous surveillance scopée, absence de trouble du rythme supraventriculaire, quelques passages en Wolff-Parkinson-White puis normalisation du rythme. L'ECG réalisé le lendemain était sinusal (figure 2).

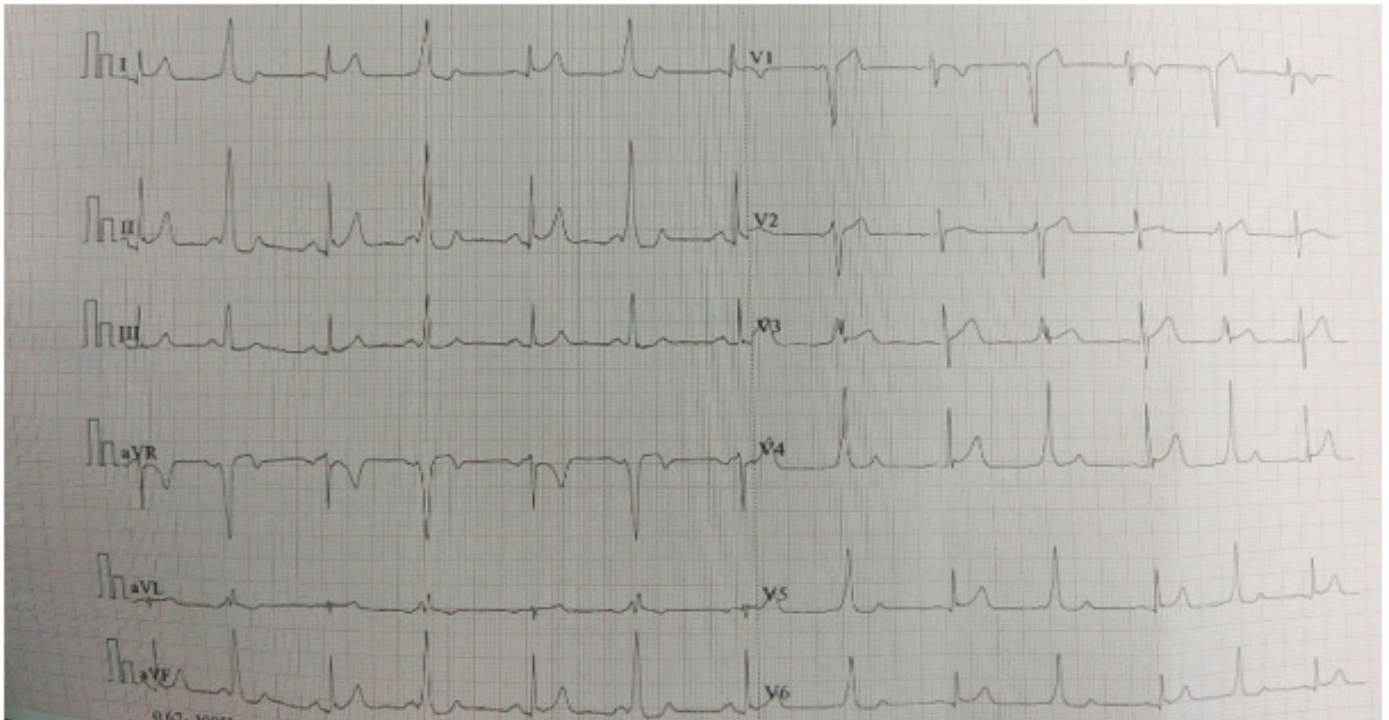


Figure 1 : WPW intermittent de type 2/1. Complexes normaux (PR normal, QRS fins) alternant avec des complexes de type WPW. Onde S prédominant en V1 avec onde delta négative en V1 correspondant à un Kent droit (WPW de type B).

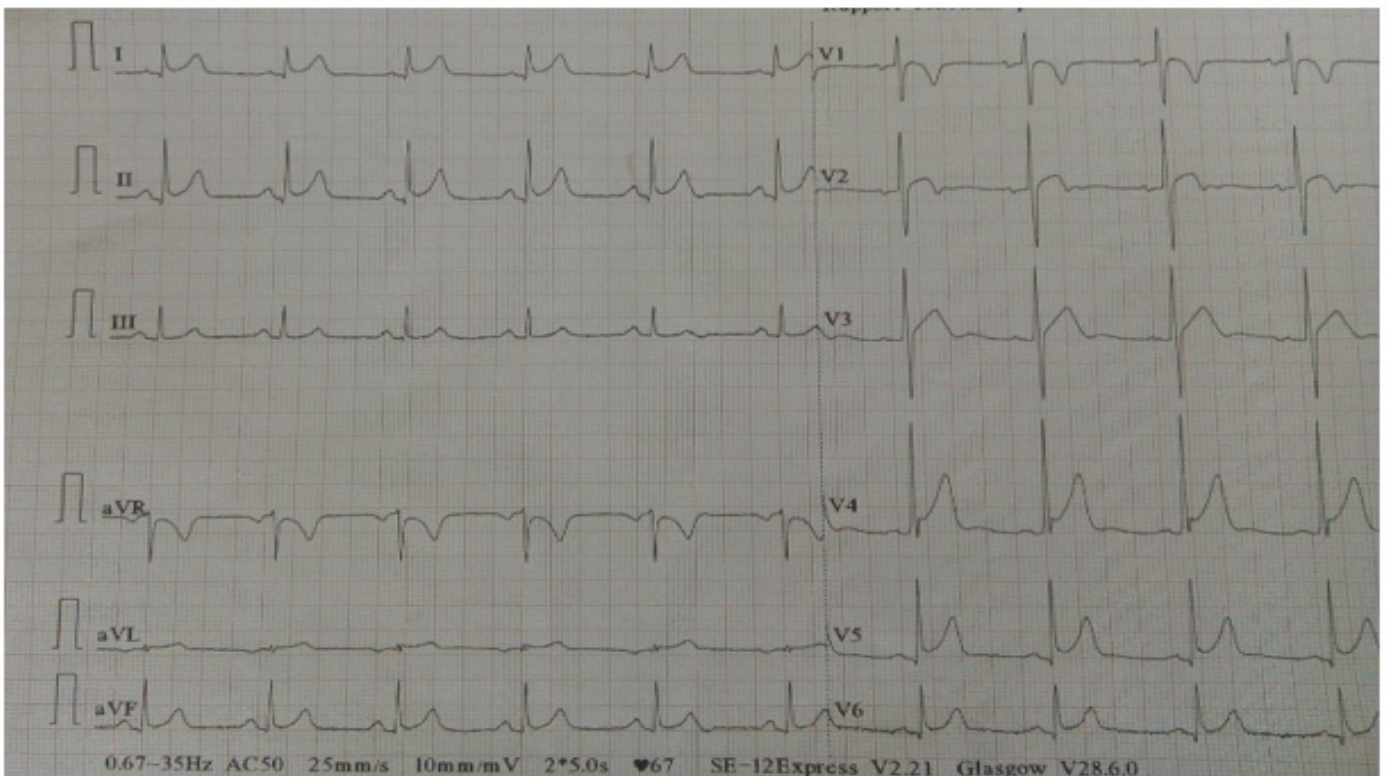


Figure 2 : l'ECG réalisé le lendemain. Rythme sinusal avec aspect de repolarisation précoce en apico-latéral.

Discussion

La fréquence du syndrome de Wolff-Parkinson-White est variable selon les auteurs (en moyenne 3% des naissances) [2]. Ce syndrome peut être asymptomatique, de découverte fortuite à l'ECG, ou symptomatique générant des tachyarythmies et parfois malheureusement des cas de mort subite [6,7]. Le risque de mort subite dans le syndrome de WPW est estimé à 0.1% chez les patients asymptomatique et 0.3% chez les patients symptomatiques par an [4]. Notre patient n'a aucun antécédent personnel de palpitations, syncopes ou vertiges. Il consulte 2 heures après le début des symptômes pour un premier épisode de palpitations avec découverte d'un syndrome de WPW intermittent. Plus tard, l'ECG aurait pu ne rien révéler surtout que l'ECG le lendemain était sinusal. N'ayant aucun antécédent personnel cardiaque, une tachyarythmie aurait pu faire l'objet d'une administration de digitalique ou inhibiteur calcique bradycardisant pour la ralentir. La prise en charge des tachyarythmies chez les patients avec un Wolff-Parkinson-White connu est différente des autres patients : les digitaliques et inhibiteurs calciques bradycardisants (vérapamil) sont contre-indiqués [2].

La prévention des crises de tachycardie fait appel à l'ablation de la voie accessoire par radiofréquence qui reste une des méthodes la plus simple, plus sûre et surtout elle a un taux de succès élevé : généralement supérieur à 92% [8].

Conclusion

Toute sensation cardiaque désagréable doit faire l'objet rapidement d'une consultation et la réalisation d'un ECG. Cela permet de poser un diagnostic, d'éviter certains médicaments contre-indiqués en cas d'anomalies électrocardiographiques et mieux de proposer un traitement curatif comme c'est le cas du syndrome de WPW avec l'ablation par radiofréquence.

*Correspondance

Assane Kaboré

alizassane@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Juillet 2021

- 1 : Service de cardiologie CHU- Renaissance de N'Djamena, Tchad
- 2 : Service de Médecine CHU- Renaissance de N'Djamena, Tchad
- 3 : Service de réanimation CHU- Renaissance de N'Djamena, Tchad
- 4 : Faculté des sciences de la santé humaine (FASSH) de N'Djamena, Tchad.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Levis J. ECG Diagnosis: Wolff-Parkinson-White Syndrome. *permj*. 2010;14(2).
- [2] Leenhardt A, Sebag C, Extramiana F, Algalarrondo V. L'essentiel en rythmologie.
- [3] Charron P, Komajda M. Cardiomyopathie hypertrophique. *EMC - Cardiologie-Angéiologie*. 2005; 2(2):103-19.
- [4] Qiu M, Lv B, Lin W, Ma J, Dong H. Sudden cardiac death due to the Wolff-Parkinson-White syndrome: A case report with genetic analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(51):e13248.
- [5] COBB FR, BLUMENSCHNEIN SD, SEALY WC, BOINEAU JP, WAGNER GS, WALLACE AG. Successful surgical interruption of the bundle of Kent in a patient with Wolff-Parkinson-White syndrome. *Circulation*. 1968; 38(6):1018-1029.
- [6] Petroniatis T, Ortu E, Marchili N, Giannoni M, Marzo G, Monaco A. How to maintain the oral health of a child with Wolff-Parkinson-White syndrome: a case report. *J Med Case Reports*. 2014; 8(1):323.
- [7] Liu A, Pusalkar P. Asymptomatic Wolff-Parkinson-White

syndrome: incidental ECG diagnosis and a review of literature regarding current treatment. *BMJ Case Rep.* 2011;2011.

- [8] Syndrome de préexcitation asymptomatique. *Réalités Cardiologiques.* <https://www.realites-cardiologiques.com> 2017..

Pour citer cet article :

A Kaboré, AA Ali, N Douné, S Traoré, MA Bolti. Syndrome de Wolff-Parkinson-White intermittent révélé par des palpitations et douleur thoracique à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 148-152



Article original

Le traitement de la rétinopathie diabétique par laser argon, quel coût ?

Argon laser treatment for diabetic retinopathy, what is the cost?

Y Hidan*, M Issiaka, H Jamaledine, A Mchachi, L Benhmidoune, R Rachid, M ElBelhadji

Résumé

Le diabète est un problème de santé publique dans le monde. La rétinopathie est l'une de ses complications majeures. La photocoagulation au laser argon de la rétine reste un traitement physique dont la rentabilité coût-efficacité a été démontrée.

But : évaluer les dépenses effectuées pour traiter avec du laser argon un patient atteint de rétinopathie diabétique.

Méthodologie : étude transversale, descriptive réalisée au centre d'explorations ophtalmologiques et de traitement laser de notre hôpital sur une période de 12 mois, allant de janvier 2020 au mois de décembre 2020, portant sur les coûts relatifs à la réalisation d'une panphotocoagulation rétinienne complète au laser argon.

Résultats : au total, 63 patients sur 756 questionnés ont été retenus soit 8,33 %, dont 45 (71,4%) femmes et 18 (28,5%) hommes, avec un sex-ratio (h/f) de 0,4 et une moyenne d'âge de 53 ans avec des extrêmes de 16 et 73 ans. 78 % de nos patients étaient actifs sur le plan professionnel, 47 étaient originaires du milieu urbain dont 38,9 % de la ville de Casablanca. Sur le plan financier ; 12 patients (19%) finançaient eux-mêmes leur traitement, 28 bénéficiaient du régime d'assistance médicale avec une gratuité des

services de soin (44%), 9 patients bénéficiaient d'une assurance privée (14%), 13 de l'assurance maladie obligatoire (21%) et 3 d'une double assurance (5%). L'ensemble des dépenses médicales prises en charge par nos patients, selon la couverture dont ils bénéficiaient, variait de 0 à 5526 MAD.

Mots-clés : rétinopathie diabétique ; laser argon ; coût de la santé ; Maroc ; panphotocoagulation rétinienne.

Abstract

Diabetes is a public health problem around the world. Retinopathy is one of its major complications. Argon laser photocoagulation of the retina remains a physical treatment with proven cost-effectiveness.

Aim: to evaluate the expenses incurred to treat with argon laser a patient suffering from diabetic retinopathy.

Methodology: cross-sectional, descriptive study carried out at the ophthalmological exploration and laser treatment center of our hospital over a period of 12 months, from January 2020 to December 2020, relating to the costs relating to the realization of a Complete retinal panphotocoagulation with argon laser.

Results: in total, 63 patients out of 756 questioned

were selected, i.e. 8.33%, including 45 (71.4%) women and 18 (28.5%) men, with a sex ratio (m / f) of 0,4 and an average age of 53 years with extremes of 16 and 73 years. 78% of our patients were professionally active, 47 were from urban areas including 38.9% from the city of Casablanca. On the financial plan ; 12 patients (19%) financed their treatment themselves, 28 benefited from the medical assistance scheme with free healthcare services (44%), 9 patients benefited from private insurance (14%), 13 from compulsory health insurance (21%) and 3 of double insurance (5%). All of the medical expenses covered by our patients, depending on the coverage they benefit from, ranged from 0 to 5,526 MAD.

Keywords: diabetic retinopathy; argon laser; cost of health; Morocco ; retinal panphotocoagulation.

Introduction

Le diabète représente un problème de santé publique à l'échelle mondiale, avec un impact encore plus marqué sur les pays en voie de développement, engageant d'énormes dépenses médicales et handicapant une population active [1,2].

La rétinopathie diabétique est la principale complication ophtalmologique du patient diabétique et reste une des complications majeures du diabète.

Elle représente la première cause de cécité chez les sujets de moins de 60 ans [2], malgré le fait qu'elle soit évitable par une bonne hygiène de vie et un équilibre glycémique strict.

Néanmoins, si la rétinopathie diabétique s'installe, plusieurs options médicales et chirurgicales s'offrent à nous, à condition de retrouver l'équilibre glycémique. Ainsi, la photocoagulation au laser argon de la rétine reste un traitement physique dont la rentabilité coût-efficacité a été démontrée, notamment par des études randomisées [3-6].

Ce traitement est disponible au sein de notre structure, et ce dernier draine toute la région du grand Casablanca.

L'évaluation du coût de ce traitement semble majeure

devant l'importance de la population que notre hôpital couvre, de la diversité des origines géographiques de nos patients et des multiples modes de couverture sanitaire dont ils peuvent bénéficier.

Méthodologie

Patients

Nous avons réalisé une étude transversale et descriptive sur une période de 12 mois, allant de janvier 2020 au décembre 2020, au centre d'explorations ophtalmologiques et de traitement laser de notre hôpital.

Ont été inclus dans l'étude après leurs consentements, tous les nouveaux patients atteints de rétinopathie diabétique ayant une indication au traitement par photocoagulation au laser, et ayant complété leurs séances avec une angiographie à la fluorescéine témoignant d'une PPR complète.

Ont été exclus les patients ayant déjà démarré une photocoagulation rétinienne au niveau d'une autre structure publique ou privée, les patients présentant un antécédent de chirurgie vitréo-rétinienne ou un trouble des milieux transparents (hémorragie intra vitréenne, cataracte gênante, opacité cornéenne), les patients avec un œdème maculaire diabétique, et les patients suivis pour une autre pathologie oculaire concomitante.

Méthodes

Après vérification de l'éligibilité des patients à être inclus, sur une fiche préétablie nous avons relevé les données démographiques (âge, sexe, lieu de résidence), les données sociales et économiques ,l'existence et le type de couverture médicale, l'indication du laser, et l'ensemble des dépenses relatives à ce traitement ; à savoir les consultations d'ophtalmologie, l'angiographie à la fluorescéine, les séances de photocoagulation rétinienne, le transport aller-retour du lieu d'habitation au centre du traitement laser et l'hébergement pour les patient n'habitant pas à casablanca.

Était exclus les dépenses relatives aux bilans et à la

prise en charge des autres complications liées au diabète.

La tarification de l'angiographie rétinienne était de 320 MAD, de la séance de laser à 800 MAD, et la consultation spécialisée à 100 MAD.

Les coûts étaient relevés à chaque séance de laser, qui était réalisées en ambulatoire, espacées de 3 semaines en moyenne et le contrôle agiographique fait 2 à 3 mois après la dernière séance pour la confirmation du traitement complet.

Résultats

Données générales

Pendant la période d'étude le nombre de patients obéissants aux critères d'inclusion en dehors des perdus de vue était de 63 soit 8,33 % sur 756 patients questionnés.

Parmi ces patients 45 (71,4%) femmes et 18 (28,5%) hommes avec un sex-ratio (h/f) de 0,4.

La moyenne d'âge était de 53 ans avec des extrêmes de 16 et 73 ans.

78% de nos patients étaient actifs sur le plan professionnel.

47 patients étaient originaires du milieu urbain soit 74,6%, dont 38,9% de la ville de Casablanca ; 28,57% des autres villes de la région du grand Casablanca et 7,5% des autres villes du royaume.

16 patients étaient originaires du milieu rural soit 25,4 %, dont 22,2 % de la région du grand Casablanca et 3,2 des autres régions du Maroc.

Données cliniques et para cliniques

L'indication bilatérale de la PPR rétinienne était retrouvée chez 56 patients, soit 88,9 % ce qui élève le

nombre total des yeux a 119.

La rétinopathie était proliférante chez 58 patients (92%) et pré-proliférante avec facteurs de risque chez 5 patients (8%9 (tableau I).

Tous les patients inclus dans notre étude étaient naïfs de tout traitement laser.

Les patient ont bénéficié d'une à trois consultations, de deux angiographies à la fluorescéine dans 76,2 % des cas et de trois dans 23,8%. 68,2% des patients ont nécessité 6 séances de PPR, et uniquement trois séances pour 6,3% et jusqu'à 8 séances pour 11,1% des malade (tableau II).

Données financières

Sur le plan financier, 12 patients finançaient eux même leur traitement (19%), 28 bénéficiaient du régime d'assistance médicale avec une gratuité des services de soin (44%), 9 patients bénéficiaient d'une assurance privée (14%), 13 de l'assurance maladie obligatoire (21%) et 3 d'une double assurance (5%). (Tableau III)

Ainsi la moyenne des dépenses médicales prises en charge par nos patients selon la couverture dont ils bénéficient variait de 0 à 5526 MAD.

Concernant les dépenses de nos patients en dehors des frais médicaux, nous avons relevé les frais de transport qui étaient compris entre une moyenne minimale de 455 MAD pour les patients de la ville de Casablanca, et une moyenne maximale de 2730 MAD pour les patients issus des autres villes du royaume ; les frais d'hébergement pour les patients non casablançais étaient difficiles à apprécier d'autant plus que la majorité se faisait héberger par des membres de la famille ou des connaissances. (Tableau IV)

Tableau I : Indications de la Pan-Photocoagulation Rétinienne

	Rétinopathie proliférante		Rétinopathie pré proliférante avec facteur de risque		Total
	Unilatérale	Bilatérale	Unilatérale	Bilatérale	
Femme	5	36	0	4	45
Homme	2	15	0	1	18
Total	7 (11,1%)	51 (81%)	0	5 (7,9%) 2 grossesses 1 puberté 2 chirurgies de cataracte	63

Tableau II : Nombre et nature des actes médicaux réalisés

Nombre	Consultation	%	angiographie	%	PPR	%
1	35	55,5	0	0	0	0
2	24	38,1	48	76,2	0	0
3	4	6,34	15	23,8	4	6,35
4	0	0	0	0	3	4,76
5	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	43	68,25
7	0	0	0	0	6	9,52
8	0	0	0	0	7	11,11
Total	63	100	63	100	63	99,99

Tableau III : Régime de couverture médicale des patients inclus dans l'étude

	Payant					Non payant	total	
	AMO		Assurance privée	Double couverture : AMO et privée		Aucune couverture		RAMED
	cnops	cnss		cnops	cnss			
Urbain	7	4	9	1	2	5	19	47
Rural	0		0	0		7	9	16
Total	7	4	9	1	2	12	28	63

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Tableau IV : Dépense de nos patients en rapport avec le transport en MAD

Urbain : 47 (74,6%)			Rural 16 (25,4%)		
Casablanca : 24	Région du grand Casablanca : 18	Autres région du Maroc : 5	Région du grand Casablanca : 14	Autres région du Maroc : 2	
10.920	24.570	13.650	12.740	3.640	
49.140 soit une moyenne de 1045 par patient			16.380 soit une moyenne de 1.023 par patient		
455 en moyenne	1.365 en moyenne	2.730 en moyenne	910 en moyenne	1.820 en moyenne	
Un total de : 65.520 soit une moyenne de 1.040 MAD par patient					

Discussion

La rétinopathie diabétique est un vrai problème de santé publique en Afrique [1,2]. Sa fréquence est très variable de 7 à 55 % [7-9], elle représente la 2ème cause de cécité au Maroc, après la cataracte. Elle est en voie d'être la première cause de cécité étant donné l'augmentation de plus de 38% entre 2000 et 2017, et une augmentation plus marquée chez les femmes (47,6%) que les hommes (23,2%), et en milieu rural (50%) qu'en milieu urbain (25%) [8].

L'âge de prédilection est la cinquième décennie dans notre série ; résultats similaires à ceux d'autres études

africaines [9-12]. Pour de nombreuses études [8-12], la prédominance de la rétinopathie diabétique est masculine, non retrouvée dans notre série.

La photocoagulation pan rétinienne au laser (PPR) permet de traiter la rétinopathie diabétique ischémique proliférante et pré-proliférante. Le but est de détruire les zones d'ischémie afin d'éviter l'apparition de néo-vaisseaux sur la rétine et de diminuer le risque d'hémorragie du vitré et de décollement de rétine.

C'est un traitement définitif, efficace, non invasif, relativement peu coûteux (800 MAD/séance)

Le laser se fera en trois à cinq séances par œil espacées de 15 jours à trois semaines voire un mois selon la

gravité de l'atteinte. Le laser multi-spots à lumière jaune que nous utilisons dans notre centre permet de réaliser moins de séances et donc moins de douleurs et d'assurer une meilleure efficacité.

La majorité de nos patients ont plus de cinquante ans, (10 %) résident au niveau d'autres régions du Maroc, (22%) en milieu rural. (45%) bénéficient du régime assistance médicale (RAMED), qui est destiné à une population démunie et sans possibilités de prendre en charge sa médication ni de souscrire une assurance ; cependant pour cette population précaire le reste des dépenses en rapport avec les déplacements et l'hébergement demeure à leurs charges, d'autant plus que uniquement (38,1%) des malades étaient originaires de la ville de Casablanca, et que la chronicité de la maladie diabétique rend difficile la pérennisation du soutien familial.

Les dépenses de nos patients en dehors des frais médicaux étaient évaluées en moyenne à 1040 MAD avec des moyennes de 455 MAD pour les casablancais et 2730 MAD pour les patients résidant dans d'autres régions du Maroc, ce qui nous fait constater que plus le patient vit éloigné du centre de traitement, plus sa dépense globale est grande.

Cette distance domicile-centre de traitement serait donc le principal facteur d'augmentation des coûts indirects et celui de la dépense globale du traitement. Ce qui a pour conséquence de faciliter la progression de la rétinopathie diabétique chez ces diabétiques connus qui sortent du circuit thérapeutique devant la difficulté du suivi.

Concernant les coûts directs ou médicaux, la moyenne des dépenses prises en charge par nos patients est de 1376 MAD avec des extrêmes de 5526 MAD pour des patients ne bénéficiant d'aucune couverture et de 0 MAD pour les patients bénéficiant de couverture totale notamment du ramed, ce qui reste relativement acceptable par rapport aux études de sharma et al. [13], ainsi que javitt et al. [14,15] admettant que ce traitement physique est aussi cher aux États-Unis d'Amérique ou encore de l'étude de koki g et al au cameroun [16].

En définitif nous constatons que pour notre contexte,

les difficultés financières que rencontrent les patients candidats à ce type de traitement sont plus en rapport avec les charges indirectes secondaire à la non-couverture médicale de la population pour ce traitement de façon plus large. Ce problème pourrait être résolu en mettant en place plus de centres de photocoagulation et de structures spécialisées avec des médecins ophtalmologistes qualifiés. Ceci permettrait aux malades d'avoir moins de distances à parcourir et moins de charges à prendre par les ménages et permettrait d'avoir des rendez-vous plus proches.

Les limites de notre étude étaient surtout le manque de certains détails, notamment les coûts de transport lorsqu'ils étaient privés, le coût des traitements post-laser et les coûts engendrés par le/les ou les accompagnateur(s) du malade.

Conclusion

Première du genre pour notre centre, cette étude malgré ses limites a le mérite de donner un aperçu sur les difficultés financières que peut rencontrer un patient diabétique candidat à une photocoagulation pan rétinienne et qui pourrait entraver le bon déroulement de son traitement, voire le pousser à l'abandon.

Un meilleur accès à ce traitement pourrait améliorer largement l'observance et diminuer les charges en attendant la mise en place d'une assurance maladie universelle pour tous, lequel chantier est lancé au royaume.

Ce meilleur accès passera par la mise en place de plusieurs centres de traitement dans chacune des villes du royaume en milieu hospitalier public, et prévoir des campagnes cycliques en milieu rural, ce qui pourrait éviter la cécité à de nombreux diabétiques.

Mais la principale action reste la sensibilisation et la prévention primaire du fléau diabète.

***Correspondance**

Youness Hidan

drhidanyounesse@gmail.com

Disponible en ligne : 26 Juillet 2021

1 : Service d'ophtalmologie adultes, Casablanca; CHU Ibn Rochd, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca; Université Hassan 2 ; Casablanca.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] WHO. Prevention of blindness from diabetes mellitus. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2005.

[2] Foster A, Gilbert C, Johnson G. Changing patterns in global blindness: 1988—2008. *Community Eye Health* 2008;21:37—9.

[3] Diabetic retinopathy study. Report number 6. Design, methods, and baseline results. Report number 7. A modification of the Airlie house classification of diabetic retinopathy prepared by the diabetic retinopathy. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1981;21:1—226.

[4] Porta M, Bandello F. Diabetic retinopathy A clinical update. *Diabetologia* 2002;45:1617—34.

[5] Early Treatment Diabetic Retinopathy Study research group (ETDRS). [L¹S¹E¹P] Photocoagulation for diabetic macular edema. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report number 1. *Arch Ophthalmol* 1985;103:1796—806.

[6] Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group (ETDRS). Early photocoagulation for diabetic retinopathy. ETDRS report number 9. *Ophthalmol* 1991;98:766—85. [L¹S¹E¹P]

[7] Sobngwi E, Mauvais-Jarvis F, Vexiau P, Mbanya JC, Gautier JF. Diabetes in Africans. Part 1: epidemiology and clinical specificities. *Diabetes Metab* 2001;27:628—34.

[8] Moukouri EDN, Mc Moli T, Nouedoui C. Les aspects épidémiologiques de la rétinopathie diabétique à Yaoundé. *Med Afr Noire* 1992;39:327—34.

[9] Sidibe EH. Rétinopathie diabétique à Dakar et revue de la littérature africaine : éléments épidémiologiques. *Diabetes Metab* 2000;26:322-11.

[10] <https://www.sante.gov.ma/Documents/2019/05/Rapport%20de%20l%20enquête%20Stepwise.pdf>

[11] Koki G, Bella AL, Omgbwa EA, Epée E, Sobngwi E, Koumngang AK, et al. Retinopathie diabétique du Noir africain : étude angiographique. *Cah Sante* 2010;20(3): 127—32.

[12] Ngoie Maloba V, Chenge Borasisi G, Kaimbo Wa Kaimbo D, Snyers B. Diabetic retinopathy in Lubumbashi. *Bull Soc Belge Ophtalmol* 2012;319:51—9.

[13] Sharma S, Brown GC, Brown MM, Hollands H, Shah GK. The cost-effectiveness of grid laser photocoagulation for the treatment of diabetic macular edema: results of a patient-based costutility analysis. *Current Opinion Ophthalmol* 2000;11(3):175—9.

[14] Javitt JC, Canner JK, Sommer A. Cost effectiveness of current approaches to the control of retinopathy in type I diabetics. *Ophthalmol* 1989;96:255—64.

[15] Javitt JC, Lloyd PA. Cost-effectiveness of detecting and treating diabetic retinopathy. *Ann Intern Med* 1996;124: 164—9.

[16] Koki G, et al. Quel coût pour le traitement de la rétinopathie diabétique par laser argon à Yaoundé ? *J Fr Ophtalmol* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jfo.2017.08.011> .

Pour citer cet article :

Y Hidan, M Issiaka, H Jamaledine, A Mchachi, L Benhmidoune, R Rachid et al. Le traitement de la rétinopathie diabétique par laser argon, quel coût ? *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 153-158



Article original

Accouchement par forceps à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Forceps delivery at Fousseyni Daou de Kayes hospital

S Dembélé*¹, B Macalou¹, M Diassana¹, A Sidibe², A Hamidou², I Macalou¹, SO Traore³, M Traore⁴, M Sima⁴, A Bocoum⁵, S Fane⁵, C Sylla⁵, I Teguede⁵, Y Traore⁵

Résumé

But : Le but était d'étudier les accouchements par forceps dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude prospective transversale descriptive et analytique du 06 avril 2016 au 07 mai 2017 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Elle a porté sur toutes les femmes ayant accouché par forceps dans le service.

Résultats : La fréquence de l'accouchement par forceps a été de 2,7% dans le service. La tranche d'âge 14-19 ans était la plus représentée avec une fréquence de 45,5%. L'âge moyen était de 20,47ans. Les primigestes ont représenté la majorité des femmes ayant accouché par forceps avec une fréquence de 54,5%. L'indication principale de l'application du forceps a été le prolongement de la durée d'expulsion avec une fréquence de 63,36%. Nous avons observé des complications traumatiques chez 19,80% des parturientes qui ont accouché par forceps. 15,84% des nouveau-nés ont présenté une complication traumatique.

Conclusion : L'application du forceps devient de plus en plus marginale dans la pratique obstétricale moderne. La description de notre expérience a

montré que la mauvaise réputation du forceps n'est pas toujours justifiée. La plupart des complications maternelles et fœtales sont en rapport avec soit une mauvaise indication ou un non-respect des conditions, soit une maîtrise technique imparfaite.

Mots-clés : Accouchement, Forceps, Hôpital, Kayes.

Abstract

Goal: The aim was to study forceps deliveries in the obstetric gynecology department of the Fousseyni Daou de Kayes hospital.

Methodology: We carried out a descriptive and analytical cross-sectional prospective study from April 6, 2016 to May 7, 2017 in the obstetric gynecology department of the Fousseyni Daou de Kayes hospital. She had covered all the women with forceps in the service.

Results: The frequency of forceps delivery was 2.7% in the ward. The 14-19 age group was the most represented with frequency of 45.5%. The average age was 20.47 years. Primigravidae represented the majority of women who gave birth by forceps with a frequency of 54.5%. The main indication for application of forceps was the prolongation of the duration of expulsion with a frequency of 63.3%. We observed traumatic complications in 19.80% of

parturients who gave birth by forceps. 15.84% of newborns presented with a traumatic complication.

Conclusion: The application of forceps is becoming increasingly marginal in modern obstetric practice. The description of our experience shows that the bad reputation of the forceps is not always justified. Most maternal and fetal complications are related to either a bad indication or no compliance with the conditions, or imperfect technical mastery.

Keywords : Delivery, Forceps, Hospital, Kayes.

Introduction

Le travail d'accouchement est un processus qui normalement, aboutit à l'expulsion hors des voies génitales maternelles d'un nouveau-né bien portant et de ses annexes. [22]. Ce processus pourtant bien connu de l'obstétrique parfaitement organisé peut souvent être compliqué voir compromis par des facteurs maternels, fœtaux ou fœto-maternels dont la prise en charge efficace relève de thérapeutiques variables. Ces complications peuvent parfois compromettre la vie des deux principaux acteurs de ce processus que sont la mère et le nouveau-né.

La césarienne et les extractions instrumentales sont quelques-uns des moyens les plus pratiqués (17,5 % des accouchements en France) et l'un des plus sûrs. Les extractions instrumentales quant à elles font recours à l'utilisation des moyens mécaniques pour achever l'accouchement par les voies naturelles ; ces moyens regroupent :

- la ventouse obstétricale (instrument de flexion, de rotation et de traction).
- le forceps (moyens instrumentaux d'aide à l'expulsion les plus anciens). C'est un instrument de préhension, d'orientation et de traction dont l'efficacité dans les mains des experts est connue [26, 28].

Cependant son histoire est controversée avec des hauts et des bas. Le forceps peut être malheureusement un instrument de tord pour le fœtus et la mère. L'histoire

du forceps constitue l'un des plus riches aspects de la spécialité obstétricale.

Pratiquées par des obstétriciens expérimentés les applications du forceps ne représentent aucun danger. Selon Zaehrl «la vraie obstétrique est un art. Comme cet art est difficile il est plus simple de réussir une césarienne que d'être un bon obstétricien» [30]. Cet art repose bien plus souvent sur des petites manœuvres efficaces et rapides pour résoudre au moment opportun certains problèmes aux conséquences redoutables. Le forceps est aujourd'hui un outil indispensable en obstétrique. Sa fréquence d'utilisation est variable d'une école à une autre. Elle a augmenté avec l'utilisation de la péridurale atteignant 27% dans l'étude de BERKUS MD. [28].

Au Mali deux études sur le forceps ont été réalisées à l'hôpital du Point G et au Centre de Santé de Référence de la Commune IV, dont les fréquences atteignaient respectivement 1,5% selon FANE S. [30] et 3,01% selon KOUYATE S. [31].

Dans notre service, le forceps n'a été que très récemment introduit dans nos pratiques obstétricales. Nous avons initié ce travail qui constitue une première pour étudier les accouchements par forceps dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective transversale analytique et descriptive sur l'accouchement par forceps à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 06 avril 2016 au 07 mai 2017. Notre étude avait porté sur les toutes les femmes ayant accouché par forceps dans le service. Étaient exclues de cette étude toutes les femmes qui n'avaient pas accouché par forceps dans le service. Les données ont été recueillies à partir des du carnet de consultation prénatale des parturientes, du partographe, du dossier obstétrical et du registre d'accouchement. Les données ont été saisies à partir du logiciel Microsoft office Word et analysées à partir du logiciel SPSS version 20. Sur le plan éthique l'identité de chaque parturiente est

restée confidentielle. Un code a été attribué à chaque parturiente. Chaque parturiente a été soumise à un consentement libre et clair.

Résultats

Durant la période de notre étude nous avons effectué dans le service 3704 accouchements dont 101 accouchements par forceps soit une fréquence de 2,7%.

La tranche d'âge 14-19 ans était la plus représentée avec une fréquence de 45,5%. L'âge moyen était de 20,47ans.

Les motifs d'évacuation les plus retrouvés étaient la dilatation stationnaire avec une fréquence de 24,4%, la disproportion foeto-pelvienne avec une fréquence de 17,1%. Dans notre étude 14,9% de parturientes avaient un antécédent de césarienne contre 83,2% qui n'avaient pas d'antécédent chirurgical.

Les primigestes représentaient la majorité des parturientes avec une fréquence de 54,5% contre 5% de grandes multigestes.

Dans notre série 88,14% des parturientes avaient un bassin clinique normal contre 11,88% qui avaient un bassin limite et 1,98% qui avaient un bassin asymétrique.

Dans 63,36% des cas le forceps a été appliqué pour un prolongement de la durée d'expulsion.

Dans 94,05% le forceps a réalisé lorsque la tête fœtale était au niveau de la vulve.

Dans notre étude la prise de la tête fœtale a été faite en occipito- pubien dans 93,06% des cas.

Le taux de réussite de l'application du forceps a été de 93,07% contre 6,93%.

L'épisiotomie a été pratiquée chez 100% des parturientes qui ont bénéficié de l'application du forceps.

Dans notre série 75% des nouveau-nés avaient un score d'APGAR supérieur ou égal à 7 à la première minute. Nous avons noté 11% de mort-nés.

20 parturientes qui avaient accouché par forceps ont présenté une complication traumatique soit une fréquence de 19,80%.

Nous avons observé 45% de déchirure vaginale chez les accouchées qui ont présenté une complication.

Dans notre série 16 nouveau-nés avaient présenté une complication traumatique après l'accouchement par forceps une fréquence de 15,84% par rapport à l'ensemble des nouveau-nés.

Nous avons observé chez 81% des nouveau-nés qui ont présenté une complication d'empreinte du forceps sur la tête.

Tableau I : La répartition des parturientes selon l'âge.

Age (ans)	Effectif	%
Inconnu	5	5,00
14-19	46	45,50
20-29	36	35,70
30 ou plus	14	13,80
Total	101	100

Tableau II : La répartition des parturientes selon l'indication du forceps.

Indication	Effectif	%
Souffrance fœtale aiguë	14	13,86
Prolongement de la dure d'expulsion	64	63,36
Utérus cicatriciel	15	14,85
Eclampsie	4	3,96
Effort expulsif insuffisant	4	3,96
Total	101	100

Tableau III : La répartition des parturientes selon la hauteur de la présentation.

Hauteur de la présentation	Effectif	%
Tête à la vulve	95	94,05
Tête au niveau du détroit inférieur	06	5,95
Tête au niveau du détroit supérieur	00	00,00
Total	101	100

Tableau IV : La répartition des accouchées selon les complications observées.

Complications	Effectif	%
Déchirure périnéale	7	35,00
Déchirure vaginale	9	45,00
Déchirure du col	4	20,00
Total	20	100

Tableau V : La répartition des nouveau-nés selon les complications observées

Complications	Effectif	%
Empreinte du forceps sur le crâne du nouveau-né	13	81,00
Lésion du plexus brachial	1	6,00
Echymose sur le crâne du nouveau-né	2	13,00
Total	16	100

Discussion

La fréquence de l'accouchement par forceps dans notre service durant la période d'étude a été de 2,7% par rapport à l'ensemble des accouchements. Notre taux est inférieur à celui de KOUYATE S. [14] qui avait trouvé une fréquence de 3,01%. KAMAL H. [4] à Rabat avait trouvé un taux d'accouchement par forceps de 0,9%. BERGER CH. [2] et VEHYRE JF. [8] avaient trouvé des supérieurs qui étaient respectivement de 5,3% et 5,4%.

La tranche d'âge 14-19 était la plus représentée avec une fréquence de 45,5% et l'âge moyen était de 20,47 ans.

Les motifs d'évacuation les plus retrouvés étaient la dilatation stationnaire avec une fréquence de 2,4% et la disproportion foeto-pelvienne avec une fréquence de 17,1%. Parmi les femmes qui avaient accouché par forceps 14,9 % avaient un antécédent de césarienne.

Dans notre série les primigestes étaient les plus représentées avec une fréquence de 54,5%, le même constat avait été faite par KOUYATE S. [14] rapporté une fréquence de 62,9%. KOKAINA C. [10] avait trouvé une fréquence nettement supérieure de 68%. Malgré ces disparités évidentes entre les résultats, l'expérience des parturientes et la physiologie du travail d'accouchement semblent être des éléments fondamentaux en cause. Ainsi la période de dégagement et d'expulsion sont les plus critiques du travail, le périnée de la primipare étant rigide et moins souple que celui de la multipare et constitue de ce fait un obstacle supplémentaire à franchir par le fœtus et donc un prolongement du délai d'expulsion d'où l'intérêt de l'application du forceps.

Dans notre étude 94,05% des applications du forceps

ont été réalisés lorsque la tête fœtale était au niveau de la vulve. Notre résultat est supérieur à ceux de FANE S. [13] et KOUYATE S. [14] qui avaient trouvé respectivement 76% et 82,5%. Pour certains autres [1,3, 4, 6,7, 8] plus de la moitié des applications du forceps ont été réalisés lorsque la tête fœtale était au niveau du détroit inférieur.

Parmi les parturientes qui avaient accouché par forceps 86,1% avaient un bassin cliniquement normal. Par contre KOUYATE S. [14] avait trouvé que 70,83% des parturientes avaient un bassin limite et FANE S. [13] avait trouvé que 62,3% de parturientes avaient un bassin cliniquement normal.

L'indication principale de l'application du forceps dans notre série a été le prolongement de la durée d'expulsion dans 63,36% des cas, par contre KOKAINA C. [10] et KOUYATE S. [14] avaient respectivement trouvé des taux inférieurs de 47,1% et 47,5%. Il s'agissait généralement de primigestes qui avaient des efforts expulsifs inefficaces (fatigue maternelle, manque de coopération de la parturiente avec incoordination d'efforts de poussées).

On peut inclure dans ce groupe les forceps effectués dans un contexte de coma maternel au cours des crises d'éclampsie avec une fréquence de 3,96%. Le forceps a été appliqué dans 13,8% des cas pour souffrance fœtale aiguë, pour KOUYATE S. [14] ce taux a été de 15,8%. L'utérus cicatriciel a constitué 14,8% de nos indications de forceps dans le but de prévenir un éventuel risque de déchirure de la cicatrice utérine à la suite des efforts expulsifs.

L'épisiotomie a été pratiquée chez 100% des parturientes qui ont accouché par forceps.

Elle doit être systématique contenu des conséquences comme les cicatrices de l'excision sur le périnée des parturientes selon FANE S. [13]. La pratique systématique de l'épisiotomie nous a permis d'éviter les déchirures vulvo-périnéales graves et compliquées. Dans notre étude 20 parturientes soit 19,80% avaient présenté une complication traumatique après l'accouchement par forceps.

Parmi les 20 parturientes qui avaient présenté une complication 45% avaient une déchirure vaginale.

La déchirure vaginale peut être occasionnée par les grandes rotations, le trajet en spirale découlant alors un grand lambeau de la muqueuse vaginale [1]. La déchirure périnéale a été observée dans 35% des cas suite à des poussées non contrôlées de la parturiente lors de la traction.

Nous avons également observé une déchirure cervicale chez 20% des parturientes qui ont présenté une complication traumatique. Certains auteurs ont également décrit des complications urinaires [1, 5, 14] par lésion de la vessie ou de l'urètre lors de la mise en place des cuillers ainsi que des cas de rupture utérine [4]. Dans notre étude 75% des nouveau-nés avaient un score d'APGAR supérieur ou égal à 7 à la première minute. Nous avons noté 11% de mort-nés. 16 nouveau-nés avaient présenté une complication traumatique soit une fréquence de 15,84 %. Parmi les nouveau-nés qui avaient présenté une complication 81% avaient une empreinte du forceps sur le crâne, 6% avaient une lésion du plexus brachial et 13% avaient une ecchymose sur le crâne.

Conclusion

L'application du forceps devient de plus en plus marginale dans la pratique obstétricale moderne. La description de notre expérience montre que la mauvaise réputation du forceps n'est pas toujours justifiée. La plupart des complications maternelles et fœtales sont en rapport avec soit une mauvaise indication ou un non-respect des conditions, soit avec une maîtrise technique imparfaite. En effet le forceps peut contribuer à améliorer le pronostic néonatal en réduisant dans un bon nombre de cas la durée d'expulsion qui est souvent source de souffrance perpartum. Il serait dommage de reléguer cet outil encore fort utile au musée des instruments historiques.

*Correspondance

Sitapha Dembélé

dsitapha@gmail.com

Disponible en ligne : 26 Juillet 2021

- 1 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- 2 : Centre de santé de référence de Kayes
- 3 : Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako
- 4 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU Point « G »
- 5 : Département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Barrier J., Grall F., Torre J., Morin P., Barrat H. Le forceps et les spatules. Le traité d'obstétrique, Tome II, grossesse et accouchement dystocie : R Vokaer, Masson, Paris 1985.
- [2] Berger CH., Gliska J., Savage D. Quoi de neuf sur le forceps ? Rev. FR. Gynécol.Obstét, 1976.
- [3] De Tourris H., Henrion R., Delecour M. Manœuvre en obstétrique Abrégé. Illustré de gynécologie et obstétrique Masson, Paris, 1984, 5eédition 525P.
- [4] Kama H. Place du forceps dans la pratique obstétricale actuelle au CHU de Rabat. Thèse Med. Rabat, 1985 numéro 350.
- [5] Merger R., Levy J, Melchior J. Intervention obstétricale par voie basse. Précis d'obstétrique. Masson, Paris, Sieme édition, 1985, 575P.
- [6] Thoulon JM, Palayer CH., Lieux JM, Magin P. Les applications du forceps en milieu hospitalier universitaire. Rev. Fr. Gynéco-Obstét, 1974, 69, 10P.
- [7] Treisser A, Renaud R. Indication des extractions instrumentales du fœtus. Encycl.Med.Chir.Obstétricale., Paris Obstétrique 5090 A .10 1982 5.

- [8] Vehyre JF, Jahier J., Feldma JP, Navel A., Cabotte J. Forceps sous anesthésie loco-régionale en pratique obstétricale courante. *J Gynécol., Obstét. Biol. De la reprod.* 1975 4 : 819P.
- [9] Lansac J., Body J., Perrotin F., Marret H. *Pratique de l'accouchement.* Paris, 3^e édition, 17P.
- [10] Kokaina C. Indication et pronostic de l'accouchement par forceps au CHU de Dakar Mémoire de CES.
- [11] Merger R., Levy J., Melchior J : *Précis obstétrique.* Masson, Paris, 6^e édition, 1995 : 25 P.
- [12] Berkus MD, Ramamur T., O'connorps B., Hayashirh RH. Cohort study of silastic obstetric vacuum cup deliveries unsuccessful vacuum extraction obstetric gynecol 1986, 68; 4P.
- [13] Fané S. Accouchement par forceps dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G à propos de 158 cas à Bamako au Mali. Thèses : méd. Bamako. 2003, 131 P No 51.
- [14] Kouyaté S. Utilisation du forceps au Centre de Santé de Référence de la Commune IV à propos de 120 cas. Thèse Med Bamako 2007-2008. No 383. .

Pour citer cet article :

S Dembélé, B Macalou, M Diassana, A Sidibe, A Hamidou, I Macalou et al. Accouchement par forceps à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 159-164



Article original

Les cancers gastriques dans les villes moyennes du Burkina Faso : Aspects épidémiologiques et diagnostiques (à propos de 52 cas)

Gastric cancers in the medium-sized towns of Burkina Faso: epidemiological and diagnostic aspects (about 52 cases)

SL Zoungrana*¹, ZD Ouattara¹, JL Kambire², S Soudre/Hema³, AN Guingane⁴, R Salou³, A Tapsoba¹, S Ouedraogo², A Bougouma⁵

Résumé

Objectif : Cette étude réalisée dans des villes moyennes du Burkina Faso avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, endoscopiques et histologiques des cancers de l'estomac dans les villes moyennes du Burkina Faso.

Patients et méthode : il s'est agi d'une étude transversale descriptive allant de juillet 2008 à juillet 2017, dans 3 centres de santé privés de 3 villes moyennes du Burkina Faso. L'étude a concerné les patients porteurs d'une lésion gastrique suspecte de malignité à l'endoscopie digestive haute et confirmées à l'histologie.

Résultats : Sur 54 prélèvements, 52 ont été confirmés à l'histologie (96,29%). Le sex ratio était de 1,02 en faveur des hommes. L'âge moyen était de 58,4 ans. La tranche d'âge la plus concernée était celle de 50-69 ans (58,66%). Les professions les plus représentées étaient les femmes au foyer avec 35 cas (46,7%) suivies des cultivateurs/éleveurs. Les épigastralgies (48%) et les vomissements (18,66%) étaient les principales indications. Les localisations les plus fréquentes étaient, l'antra (29,33%) et le corps gastrique (22,67%). Les formes ulcéro-

bourgeonnantes prédominaient (83,10%). Sur le plan anatomopathologique, l'adénocarcinome prédominait (96,15%).

Conclusion : Le cancer de l'estomac reste un cancer fréquent au Burkina Faso en général et dans les villes moyennes en particulier. Dans un pays à ressources limitées comme le Burkina Faso, le diagnostic le plus souvent est tardif.

Mots-clés : cancer gastrique-endoscopie-villes moyennes- Burkina Faso.

Abstract

Objective: This study carried out in medium-sized towns of Burkina Faso aimed to describe the epidemiological, clinical, endoscopic and histological aspects of stomach cancer in medium-sized towns of Burkina Faso.

Patients and method: This was a descriptive cross-sectional study over a 9-year period from July 2008 to July 2017 carried out in 3 private health centers in 3 medium-sized towns in Burkina Faso. The study involved patients with a gastric lesion suspected of malignancy by upper gastrointestinal endoscopy and confirmed by histology. The variables studied

were socio-demographic, clinical, endoscopic and histological.

Results: During the study period, 3556 upper gastrointestinal endoscopies were performed and 75 cases of suspected gastric cancer, with a hospital endoscopic frequency of 2.10%. 52 out of 54 samples found were confirmed by histology (96.29%). The annual frequency was 5.77. Upper gastrointestinal endoscopy had led to the suspicion of 75 stomach cancers. Men were the most affected with a sex ratio of 1.02. The average age was 58.4 years with extremes of 18 and 91 years. The most affected age group was 50-69 (58.66%). The most represented professions were housewives with 35 cases (46.7%) followed by farmers / breeders with 33 cases (44%) and "other" professions with 4 cases (5.3%). The indications were dominated by epigastralgia (48%) and vomiting (18.66%). The most frequent locations were, in decreasing order, the antrum (29.33%), the gastric body (22.67%), cardia (13.33%) and antro-pyloric (10.67%). Ulcerative budding forms predominated (83.10%) (83.10%), followed by budding forms (9.86%), ulcerated (4.23%) and infiltrating (2.82%). Pathologically, adenocarcinoma predominated (96.15%).

Conclusion: Stomach cancer remains a common cancer in Burkina Faso in general and in medium-sized towns in particular. In a country with limited resources like Burkina Faso, diagnosis often late considerably limits the possibilities of management, hampering the prognosis of the disease.

Keywords: gastric cancer-endoscopy-medium-sized cities - Burkina Faso.

Introduction

Le cancer de l'estomac demeure un problème de santé publique dans le monde. Bien que son incidence ait tendance à diminuer depuis plusieurs années, le cancer de l'estomac demeure l'un des cancers les plus fréquemment diagnostiqués à travers le monde, notamment au Japon en Chine et en Amérique du Sud.

Il touche de 10 à 70 habitants/100 000 par an selon les pays. En Afrique subsaharienne son incidence est élevée [1,2]. Au Burkina Faso, il occupe le premier rang des cancers du tube digestif devant le cancer colorectal [3,4] et constitue un réel problème de santé publique. Son pronostic reste réservé du fait du retard diagnostique et d'une prise en charge thérapeutique limitée. Des facteurs infectieux comme l'infection à *Helicobacter pylori*, des facteurs environnementaux comme le tabac et l'alimentation, ainsi que des facteurs génétiques peuvent en être les causes.

Notre objectif était de décrire les aspects épidémiologiques et diagnostiques des cancers de l'estomac dans les villes moyennes du Burkina Faso, qui connaissent une paupérisation des populations.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude rétrospective, transversale et descriptive qui a concerné la période allant du 1er juillet 2008 au 31 juillet 2017 soit 9 ans. Elle a été menée dans les unités d'endoscopie digestive des structures privées de santé de 3 villes moyennes du Burkina Faso. Les examens histologiques par contre, ont été réalisés dans la capitale Ouagadougou, plus précisément dans les laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire-Yalgado OUEDRAOGO et d'une clinique privée.

Les 3 villes moyennes concernées par l'étude étaient : Tenkodogo, Koudougou et Ouahigouya. Selon le recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) du Burkina Faso en 2006 [5], la ville de Tenkodogo, capitale de la région du Centre-Est du Burkina avait une population moyenne de 44491 habitants pour une population totale de la région de 1 132 016 habitants. La ville de Koudougou est la capitale de la région du Centre-Ouest et comptait 88184 habitants pour une population totale de la région de 1 186 566 habitants. Ouahigouya, capitale de la région du Nord avait 73153 habitants sur une population totale de la région de 1 185 796 habitants. Ont été inclus dans l'étude les patients de tous âges, des

deux sexes, de toutes origines et de toutes catégories socioprofessionnelles qui ont bénéficié d'une fibroscopie digestive haute avec des lésions gastriques suspectes de malignité et confirmées à l'histologie. Les malades qui y ont été reçus provenaient de ces 3 villes et des villages environnants.

N'ont pas été inclus dans l'étude les patients dont les comptes rendus étaient inexploitable, et toutes les autres lésions retrouvées à l'endoscopie digestive haute.

Le matériel d'endoscopie était composé d'un vidéo-endoscope de marque FUJINON EG 200 FP et d'un processeur EVE EPX 201. La désinfection était assurée selon les procédures en vigueur de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) [6]. Après nettoyage et brossage du canal operateur dans une solution antiseptique contenant de l'hexamidine et de la chlorhexidine en solution moussante, ou tout autre antiseptique homologué en fonction de la disponibilité sur le marché, la désinfection de haut niveau était assurée par une immersion dans une solution de glutéaldéhyde à 5% pendant au moins 10 minutes.

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête et concernaient les variables sociodémographiques, cliniques, endoscopiques et histologiques. Les résultats endoscopiques ont été consignés par 3 médecins hépato-gastro-entérologues. Les séances d'endoscopies étaient programmées de façon régulière et en fonction de la disponibilité des endoscopistes. Le rythme était mensuel pour la ville de Tenkodogo, bimensuel pour la ville de Koudougou, et hebdomadaire pour la ville de Ouahigouya. Il n'y avait pas eu d'endoscopie faite en urgence.

Les données recueillies ont été analysées sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi-info 7 dans sa version 1.3.3. Les comparaisons statistiques ont été effectuées grâce au test de Chi2 avec un seuil de signification $p < 0,05$.

Résultats

Durant la période de l'étude, 3556 endoscopies digestives hautes ont été réalisées et 75 cas de cancers

gastriques suspectés soit une fréquence de 2,10%. Ils représentent 75% des cancers du tube digestif haut retrouvés à l'endoscopie pendant la même période. Les 75 cas de cancers gastriques suspectés à l'endoscopie digestive haute ont tous fait l'objet de biopsies, mais seulement 54 ont été effectivement acheminés au laboratoire et 52 confirmées histologiquement. La concordance histo-endoscopique était de 96,29%. Pour les 2 prélèvements non confirmés par l'histologie, il s'agissait d'un prélèvement jugé non interprétable, et d'un ulcère antral bénin. La fréquence moyenne annuelle était de 5,77 nouveaux cas. Les hommes au nombre de 27 (51,92 %) étaient plus touchés que les femmes au nombre de 25 (48,08 %) soit un sex ratio de 1,08. L'âge moyen était de 58,4 ans avec des extrêmes de 18 et 91 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 60-69 ans (32,70%). La répartition des patients par tranche d'âge et par sexe est présentée sur la figure 1.

La fréquence des cancers augmentait régulièrement avant 70 ans pour chuter ensuite. Les professions les plus représentées étaient les femmes au foyer avec 26 cas (50%) suivies des cultivateurs/éleveurs avec 24 cas (46,15%) et des « autres » professions avec 2 cas (3,85%). Les principales indications de l'endoscopie (Cf. tableau 1) étaient dominées par les épigastralgies (50%), les vomissements (17,30%) et l'altération de l'état général (9,61%). Les formes ulcéro-bourgeonnantes (82,69%) prédominaient suivies des formes bourgeonnantes (7,69 %), ulcérées (5,76%) et infiltrantes (3,84%) (cf. Tableau II)

Les localisations les plus fréquentes (cf. Tableau III) étaient antrales (32,69%), corporeales (23,07%) et cardio-fundiques (15,38 %).

Sur le plan anatomopathologique, l'adénocarcinome prédominait (96,15%). Les adénocarcinomes étaient composés d'adénocarcinomes tubuleux (48,08%) et d'adénocarcinomes à cellules indépendantes (48,08%) ; ensuite on retrouvait un lymphome de type Malt (1,92%) et un Kaposi (1,92%) (cf. Tableau IV)

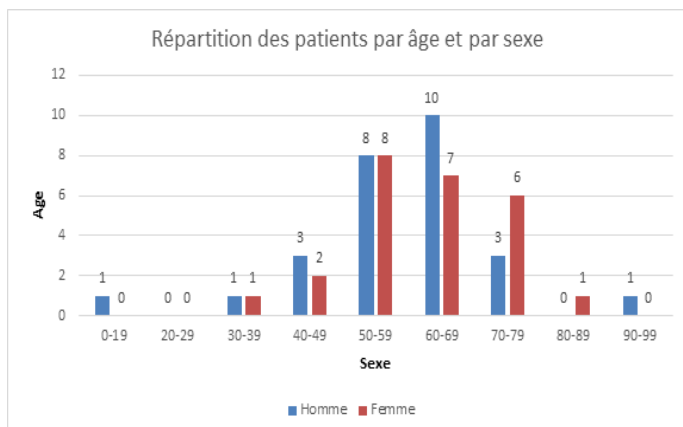


Figure 1 : répartition des cas de cancers gastriques en fonction des tranches d'âge et du sexe.

Tableau I : Rpartition des patients selon les indications de l'endoscopie

Motif de consultation ou d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage (%)
AEG	5	9,61
Dleus abd diffuses	2	3,85
Epigastralgies	26	50
Dysphagie	4	7,69
Hoquet	2	3,85
Hématémèse	2	3,85
Suspicion de Hernie Hiatale	2	3,85
Vomissements	9	17,30
TOTAL	52	100

Tableau II : Rpartition des patients selon le type de tumeur gastrique

Aspect endoscopique	Effectif	Pourcentage (%)
Bourgeonnante	4	7,69
Infiltrante	2	3,84
Ulcérée	3	5,76
Ulcéro-bourgeonnante	43	82,69
Total	52	100

Tableau III : Siège des tumeurs gastriques

Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Antre	17	32,69
Antro-fundique	6	11,52
Antro-pylorique	5	9,61
Cardio-fundique	8	15,38
Corps	12	23,07
Oeso-cardial	4	7,69
Total	52	100

Tableau IV : Rpartition des patients selon le type histologique des tumeurs gastriques

Type histologique	Effectif	Pourcentage (%)
Adénocarcinome tubuleux	25	48,08
Adénocarcinome à cellules indépendantes (cardia)	25	48,08
Maladie de Kaposi	1	1,92
Lymphome MALT	1	1,92
Total	52	100

Discussion

Les limites de cette étude étaient celles habituellement rencontrées dans les études rétrospectives. Il s'agissait du manque de certaines données et principalement anatomopathologiques. L'examen anatomopathologique est encore moins accessible en province que l'endoscopie digestive. Il n'est réalisé que dans les grands centres urbains (Ouagadougou et Bobo Dioulasso) et son coût est encore plus élevé. Sur 75 biopsies réalisées 54 ont été déposées en anatomopathologie par les patients, 21 biopsies n'ayant pas été acheminées.

Nous avons retrouvé en endoscopie digestive haute 75 cancers gastriques dont 52 confirmés à l'histologie sur une période de 9 ans soit une fréquence annuelle de 5,77 cas.

Dans notre série, 52 cancers gastriques ont été diagnostiqués soit 74,28 % des cancers du tube digestif haut. Ils occupaient le premier rang des cancers du tube digestif haut. Cette prédominance du cancer gastrique parmi les cancers du tube digestif a été soulignée par de nombreux auteurs africains. Au Burkina, Moyenga [7], Sawadogo [3], Ibrango [8], Soudré [9], notaient que le cancer gastrique représentait respectivement 47,88%, 72,3%, 48,86% et 47,86% des cancers du tube digestif. Ce constat est également fait par des auteurs Africains et Français [10,11, 12]. N'ayant pas les données sur l'ensemble des cancers digestifs dans ces villes moyennes du Burkina Faso nous n'avons pas pu dégager une prévalence des cancers gastriques à comparer avec les données d'autres auteurs. Cependant Ouedraogo [13] à Ouahigouya ville moyenne du Burkina trouvait

en chirurgie, une prédominance des cancers colorectaux (36,7%) suivi des cancers gastriques (21,9%) et des cancers du pancréas (19%). Il y a certainement une sous notification de cette pathologie. En effet, en Afrique subsaharienne et en Asie, l'inaccessibilité géographique et financière des formations sanitaires conduit les populations, surtout celles vivant en milieu rural et en milieu semi-urbain, à favoriser dans un premier temps l'automédication. Ces populations ne consultent dans les hôpitaux qu'à un stade avancé du cancer ou ne consultent même pas du tout [12].

La fréquence annuelle de 5,77 était inférieure à celle de Moyenga [7] et Sawadogo [3] qui trouvaient respectivement 10 et 13 cas par an. Elle était par contre supérieure à celle de Bougouma [14] qui colligeait 5,2 cas par an. Au Sénégal, Bassène [15] et Sy [16] trouvaient respectivement une fréquence annuelle de 20 cas pour chacune des études.

En Afrique, on note une discordance entre l'épidémiologie du cancer gastrique et celle de son principal facteur de risque représenté par *Helicobacter pylori*. En effet cette bactérie infecte plus de 70% [16] de la population générale en Afrique ; paradoxalement le cancer gastrique n'est pas proportionnel à la grande fréquence de cette infection, d'où le concept « d'énigme africaine ». Toutefois l'absence de tumerothèque, l'insuffisance en ressources humaines à savoir les Gastroentérologues, l'insuffisance en équipement d'endoscopie participent au sous dépistage de cette pathologie au Burkina Faso en général et dans les villes moyennes en particulier. Nonobstant cet état de fait, il occupe le premier rang des cancers du tube digestif dans notre pays ; et un accent particulier doit être mis à le prévenir et à le dépister tôt.

L'âge moyen était de 58,4 ans avec des extrêmes de 18 et 91 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 60-69 ans (32,70%). Soudré et al [9] au Burkina Faso, Bouglouga et al [17] au Togo avec des âges moyens respectivement de 56,6 et 58,8 ans. Globalement de nombreux auteurs africains retrouvaient un âge moyen inférieur à 60 ans [15,14, 8,3, 16]. En Afrique le cancer de l'estomac survient à un âge plus jeune qu'en Occident. En France, l'âge moyen est plus

élevé (70,1 ans pour les hommes et 75,2 ans pour les femmes) [18]. Il est de 63 ans en Roumanie [15]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'infection à *Helicobacter pylori* une fois de plus – qui s'acquiert dès la petite enfance et est impliquée dans la genèse du cancer de l'estomac [16,19] – a une prévalence plus élevée en Afrique. Notre étude ayant concerné une série endoscopique, nous ne disposions d'informations sur les habitudes de vies des patients notamment le tabagisme, l'alcoolisme et les modes de consommation alimentaires. Toutefois plusieurs facteurs sont incriminés dans la genèse du cancer de l'estomac : certains antécédents (un antécédent de gastrite chronique à *Helicobacter pylori* ou chimique en rapport avec le reflux biliaire duodéno-gastrique, les polypes adénomateux), les facteurs alimentaires, l'alcoolisme et le tabagisme chronique. En effet, Il est prouvé qu'une consommation excessive de sels provoque le cancer par l'intermédiaire de la gastrite atrophique que favoriserait l'infection à *Helicobacter pylori*. La gastrite atrophique élève le PH gastrique et favoriserait la transformation des nitrates des aliments (largement employés dans l'industrie de la viande) en nitrites, qui, combinées aux amines et à l'urée présentes dans le tube digestif, produisent des nitrosamines et des nitrosurées à fort pouvoir cancérigène. Ce cancer est en rapport avec la consommation abondante de produits fumés et les salaisons (viande, poisson). Cela a été démontré au Japon où la prévalence du cancer de l'estomac est élevée du fait d'une consommation habituelle de ces aliments. Dans les pays industrialisés par contre, la baisse de la fréquence du cancer gastrique semble être liée à la conservation par le froid [3], à un diagnostic précoce et à une meilleure prise en charge des lésions précancéreuses.

Nous avons retrouvé une prédominance masculine avec 38 hommes (50,7 %) et 37 femmes (49,3 %) soit un sex ratio de 1,02.

La prédominance masculine a été rapportée par plusieurs auteurs qui ont trouvé un sex-ratio variant de 1,16 à 2,7 [3,9, 14, 16, 17]. Cette prédominance masculine pourrait être due à une plus grande

exposition aux facteurs de risque chez les hommes. En effet, la consommation alcool-tabagique plus fréquente chez le sujet de sexe masculin, constitue un cofacteur de carcinogénèse gastrique.

Les professions les plus représentées étaient les femmes au foyer avec 26 cas (50%) suivies des cultivateurs/éleveurs avec 24 cas (46,15%) et des « autres » professions avec 2 cas (3,85%). En effet, plusieurs auteurs font le constat selon lequel, le faible niveau de vie caractérise ces couches de la population [7,8, 14].

Les principales indications de l'endoscopie étaient dominées par les épigastralgies (50%) les vomissements (17,30%). En effet, plusieurs auteurs ont rapporté ces 2 symptômes comme étant les plus fréquents [14,7, 16].

Cependant ces signes d'appel pouvant révéler d'autres pathologies gastriques en particulier la maladie ulcéreuse gastroduodénale, sont souvent banalisés et l'objet d'automédication. Dans ces conditions, le cancer est souvent découvert à un stade avancé, au moment où les possibilités de traitement sont dépassées dans notre contexte de pratique. Une anémie, une altération de l'état général, une asthénie, des nausées etc. peuvent conduire au diagnostic précoce du cancer de l'estomac pour peu qu'on ait l'endoscopie facile surtout chez les sujets de plus de 50 ans comme le recommande la littérature. Le patient peut même être totalement asymptomatique. Ainsi une étude au Japon trouvait que 66% des patients étaient asymptomatiques au moment du diagnostic et que parmi les patients symptomatiques, 21% présentaient des épigastralgies [20].

Les formes ulcéro-bourgeonnantes (82,69%) prédominaient suivies des formes bourgeonnantes (7,69 %), ulcérées (5,76%) La plupart des auteurs [7,14, 3,9] retrouvent une prédominance de la forme bourgeonnante avec des variations selon les auteurs pour les autres formes. Pour Soudre [9], Les formes ulcéro-bourgeonnante (25,37%), ulcéro-bourgeonnante et sténosante (20,89%) et ulcérée (17,91%) étaient les plus fréquentes.

Les localisations les plus fréquentes étaient antrales

(32,69%), corporeales (23,07%) et cardio-fundiques (15,38 %).

Nos résultats sont proches de ceux de Bougouma [14], avec également comme sièges de prédilection l'antra (47,19%) et le fundus (10,11%). Pour Soudré [9] les localisations les plus fréquentes étaient l'antra et le pylore avec respectivement 37,31% et 20,90%. Moyenga [7] et Sawadogo [3] trouvaient la localisation antro-pylorique dans 75% et 84,04% des cas respectivement. Cette localisation conduit à la sténose antro-pylorique dont le signe d'appel est le vomissement.

Sur les 75 cancers gastriques suspectés à l'endoscopie digestive haute et ayant tous fait l'objet de biopsies, 54 ont été effectivement acheminés au laboratoire et 52 confirmés histologiquement. La concordance histo-endoscopique était de 96,29%. Elle était supérieure à celle de Soudré [9] et Bougouma [14] qui trouvaient respectivement 73,68% et 88,13%.

Sur le plan anatomopathologique, l'adénocarcinome prédominait (96,15%). Les adénocarcinomes étaient composés d'adénocarcinomes tubuleux (48,08%) et d'adénocarcinomes à cellules indépendantes (48,08%). L'adénocarcinome est le type le plus fréquemment rapporté [7,14 ,15 ,16 ,17]. Cette prédominance serait due au fait que dans 90% des cas, les cancers gastriques se développent aux dépens de l'épithélium glandulaire [7]. Ensuite on trouvait un lymphome de type MALT qui est une forme rare de lymphome malin non hodgkinien (1,92%) et une maladie de Kaposi (1,92%).

Ces 2 types seraient en augmentation dans le monde du fait de l'avènement et de l'explosion de l'infection à VIH [21]. Ainsi une étude faite à San Francisco révélait une incidence de la maladie de Kaposi multipliée par 1000 et par 20 pour le lymphome malin non hodgkinien [21].

Selon Weiss [21], en Afrique on a noté une augmentation progressive de l'incidence de la maladie de Kaposi avec l'apparition du SIDA.

Conclusion

Le cancer de l'estomac reste un cancer fréquent dans notre contexte. Les manifestations cliniques ne sont pas spécifiques, conduisant à un diagnostic le plus souvent tardif et rendant difficile la prise en charge des patients dans un contexte de pauvreté. En effet, au Burkina Faso en général et dans les villes moyennes en particulier, la chirurgie et la chimiothérapie ne sont pas toujours disponibles et accessibles.

L'adénocarcinome gastrique représente le type histologique le plus fréquent,

Un diagnostic précoce est nécessaire à travers l'endoscopie digestive haute qui doit demeurer le maître examen devant tout signe d'appel digestif et persistant. Des études devraient être réalisées selon le milieu et les habitudes alimentaires afin de comprendre le rôle des facteurs pouvant expliquer cette forte prévalence des cancers de l'estomac.

*Correspondance

Steve Léonce Zoungrana

zoungleonce@yahoo.fr

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : CHUR de Ouahigouya, service d'Hépatogastro-entérologie, Ouahigouya, Burkina Faso
- 2 : CHUR de Ouahigouya, service de chirurgie générale et digestive, Ouahigouya, Burkina Faso
- 3 : CHU de Tengandogo, service d'Hépatogastro-entérologie, Ouagadougou, Burkina Faso.
- 4 : CHU Bogodogo, service d'Hépatogastro-entérologie, Ouagadougou, Burkina Faso
- 5 : CHU Yalgado OUEDRAOGO, service d'Hépatogastro-entérologie, Ouagadougou, Burkina Faso

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Ouattara H, Sawadogo A, Ilboudo PD, et al. Le cancer de l'estomac au centre hospitalier national Sanou-Souro (CHNSS) de Bobo Dioulasso. Aspects épidémiologiques. A` propos de 58 cas de janvier 1996 a` juin 1999. *Med Afr Noire* 2004 ; 51 : 423-5.
- [2] Ayite AE, Adodo K, Dosseh E, Abita T, et al. Prise en charge du Cancer primitif de l'estomac aux CHU de Lome'. A` propos de 63 cas. *Jr Afr Chir Digest* 2002 ; 3 : 110-6.
- [3] Sawadogo A, Ilboudo PD, Durand G, Peghini Met al. Épidémiologie des cancers du tube digestif au Burkina Faso : apport de 8000 endoscopies effectuées au Centre Hospitalier National Sanou Souro (CHNSS) de Bobo Dioulasso. *Med Afr Noire* : 2000, 47 (7).
- [4] Guingané AN, Sombié AR, Bougouma A. Les tumeurs malignes anorectales en milieu hospitalier à Ouagadougou: aspects épidémiologiques et diagnostiques. *Pan Afr Med J.* 2014; 18: 26
- [5] INSD. Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006-Synthèse des résultats définitifs, Oct 2008, 6p
- [6] Marchetti B, Boustiere C, Chapuis C et coll. La désinfection du matériel en endoscopie digestive. Fiche de recommandation de la SFED. *Acta Endoscopica* 2007 ; vol 37 n°5 : 699-704
- [7] Moyenga IY. Contribution à l'étude des cancers du tube digestif au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHNYO) de Ouagadougou: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. "A propos de 142 cas colligés de janvier 1990 à juin 1996". Thèse Med, Ouagadougou. 1997;125 p.
- [8] Ibrango A. Les cancers de l'estomac au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo: aspects épidémiologiques, anatomo-cliniques et thérapeutiques. Thèse Med; Ouagadougou.2011; 91 p.
- [9] Soudré/ Héma S, Guingané NA, Zoungrana SL , Ouattara A et al. Les tumeurs malignes gastriques en milieu hospitalier à ouagadougou. Aspects épidémiologiques et diagnostiques. Approche endoscopique (à propos de 67 cas). *Ann Univ Ouaga 1 Pr Joseph KI-ZERBO – Série D,* vol. 019, Décembre 2017, 439-452
- [10] Amegbor K, Napo-Koura G, Songne-Gnamkoulamba B,

Redah D, et al. Epidemiological and pathological aspects of gastrointestinal tumors in Togo. *Gastroenterol Clin Biol.* 2008; 32(4):430–4.

Pour citer cet article :

SL Zoungrana, ZD Ouattara, JL Kambire, S Soudre/Hema, AN Guingane, R Salou et al. Les cancers gastriques dans les villes moyennes du Burkina Faso : Aspects épidémiologiques et diagnostiques (à propos de 52 cas). *Jaccr Africa 2021; 5(3): 165-172*

[11] Sani R, Dantata A, Bade M, Hassane N, et al. Revue de 195 dossiers au service de chirurgie digestive de l'hôpital National de Niamey Niger. *Santé Tropicale.* 2004;51(11):585–8.

[12] Lambert R. Epidémiologie du cancer gastrique dans le monde. *Cancéro dig.* 2010; 2 (1):31–7.

[13] Ouedraogo S, Ouedraogo S, Kambire JL, Zoungrana SL et al. Profil épidémiologique, clinique, histologique et thérapeutique des cancers digestifs primitifs dans les régions nord et est du Burkina Faso, *Bull cancer* 2018; vol.105: 1119–1125

[14] Bougouma CTHW. Apport de l'endoscopie au diagnostic de la pathologie digestive haute à Ouagadougou. A propos de 14 417 fibroscopies digestives hautes. Thèse Med; Ouagadougou, 2006;195 p.

[15] Bassène ML, Sy D, Dia D, Diallo S et al. Le cancer gastrique: étude descriptive de 101 cas dans le centre d'endoscopie digestive du CHU Aristide Le Dantec. *Med Sante Trop.* 2014;25:377–80.

[16] Sy D. Le cancer gastrique: étude descriptive dans le centre d'endoscopie digestive du Centre hospitalier universitaire Aristide le Dantec. A propos de 101 cas. Thèse Med; Dakar. 2012; 104 pages.

[17] Bouglouga O, Lawson-Ananissoh L.M, Bagny A, Kaaga L et al. Cancer de l'estomac : aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques au CHU Campus de Lomé (Togo). *Med Sante' Trop* 2015 ; 25 : 65-68

[18] Benhamiche AM, Faivre J. Le cancer de l'estomac : épidémiologie descriptive et étiologie. *La lettre de l'Hépatogastroentérologie* 1998 ; 1 : 9-12.

[19] Malaty HM, El-Kasabany A, Graham D et al. Age at acquisition of *Helicobacter pylori* infection: a follow-up study from infancy to adulthood. *Lancet* 2002 ; 359 : 931-5.

[20] Kelly J, Duggan J. Gastric cancer epidemiology and risk factors. *J Clin Epidemiol.* 2003;56: 1–9.

[21] Weiss R. Les tumeurs malignes associées au VIH/SIDA. In: Ly A, Khayat D. *Le cancer en Afrique: de l'épidémiologie aux applications et perspectives de la recherche biomédicale.* Paris: Institut National du Cancer (INCa); 2006. 479-489.



Cas clinique

Encéphalopathie sur hépatite aigue toxique au Propylthiouracil : à propos d'une observation rare et revue de la littérature

Encephalopathy in acute toxic hepatitis due to Propylthiouracil: about a rare observation and review of the literature

M Coulibaly*^{1,7}, SA Koita^{1,7}, AS Dembélé^{2,7}, A Dabo¹, B Diallo¹, SI Traore¹, BB Coulibaly¹, Y Fofana³, Y Diakite⁴, DM Diango^{5,7}, Y Coulibaly^{6,7}

Résumé

Objectif : Rappporter un cas rare d'hépatite aigue au Propylthiouracil, dégager les facteurs pronostiques et décrire la conduite thérapeutique symptomatique dans un contexte de non disponibilité de la greffe hépatique.

Introduction : Les hépatites aiguës toxiques correspondent à une atteinte hépatique secondaire à une substance exogène, médicamenteuse ou non. L'incidence de l'hépatotoxicité associée aux antithyroïdiens est relativement rare (0,1% à 0,2%). Le propylthiouracil est un dérivé de Thioamide utilisé pour le traitement d'hyperthyroïdie. Une hépatite aiguë associée à ce médicament a été rapporté chez 0,1 à 1,2% des patients. La symptomatologie clinique est non spécifique, le diagnostic est confirmé par l'anatomopathologie. Le traitement est symptomatique en réanimation. L'hypertension intracrânienne, l'ischémie et l'hypoxie cérébrale font le pronostic La transplantation hépatique est le seul traitement efficace encore ce jour.

Observation médicale : Nous rapportons un cas rare d'hépatite fulminante toxique suite à la prise de Propylthiouracil chez une patiente de 45 ans. La

symptomatologie était faite d'asthénie et d'ictère cutanéomuqueux évoluant rapidement vers une encéphalopathie hépatique. La prise en charge était symptomatique en réanimation. Coagulopathie, thrombopénie profonde et Hypoxémie sévère ont marqués le tableau clinique en réanimation qui a rapidement évolué vers un état de mal épileptique résistant au coma barbiturique et au décès à J+4 de l'admission.

Conclusion : La toxicité hépatique due au propylthiouracil est rare mais potentiellement mortelle. La défaillance hépatique peut entraîner rapidement la défaillance d'autres organes et être responsable d'une défaillance multiviscérale. L'objectif de la réanimation est de pallier à ces complications en attendant la transplantation hépatique.

Mots-clés : Hépatite fulminante toxique, Propylthiouracil, Hypertension intra crânienne, Etat de mal épileptique, Greffe hépatique.

Abstract

Objective: To report a rare case of acute hepatitis caused by Propylthiouracil, to identify prognostic factors and to describe symptomatic treatment in a

context of unavailability of liver transplantation.

Introduction: Acute toxic hepatitis corresponds to liver damage secondary to an exogenous substance, whether medicinal or not. The estimated incidence of hepatotoxicity associated with antithyroid drugs is relatively rare (0.1% to 0.2%). Propylthiouracil is a Thioamide derivative widely used for the treatment of hyperthyroidism. Acute hepatitis associated with this drug has been reported in 0.1 to 1.2% of patients. The clinical symptomatology is nonspecific, the diagnosis which will be confirmed by pathology. Treatment is symptomatic in intensive care. Levels of intracranial hypertension, ischemia and cerebral hypoxia make the prognosis. Liver transplantation is the only effective treatment still to this day.

Medical observation: We report a rare case of toxic fulminant hepatitis following the intake of Propylthiouracil in a 45-year-old female patient. The symptomatology was made up of asthenia and mucocutaneous jaundice progressing rapidly to hepatic encephalopathy. The management was symptomatic in intensive care. Coagulopathy, deep thrombocytopenia and severe hypoxemia marked the clinical picture in intensive care, which rapidly progressed to status epilepticus resistant to barbiturate coma and death on D + 4 of admission.

Conclusion: Liver toxicity due to propylthiouracil is rare but potentially fatal. Liver failure can quickly lead to other organ failure and can lead to multiple organ failure. The goal of resuscitation is to overcome these complications while waiting for liver transplantation.

Keywords: Toxic fulminant hepatitis, Propylthiouracil, Intra cranial hypertension, State of epilepticus, Liver transplant.

Introduction

Les hépatites aiguës toxiques correspondent à une atteinte hépatique secondaire à une substance exogène, médicamenteuse ou non [1]. En France, son incidence est évaluée à 13,9 cas pour 100 000 habitants, soit environ 8000 cas par an et

approximativement 500 décès [2]. Toute la gravité des hépatites aiguës toxiques repose sur le degré d'insuffisance hépatique, qui dans sa forme extrême est représentée par l'hépatite fulminante laquelle est rare [1]. L'hépatite fulminante est définie par l'apparition d'une encéphalopathie dans les deux premières semaines ou subfulminante lorsqu'elle apparaît entre la deuxième et la 12^e semaine après le début de l'ictère [1]. L'hépatite fulminante est une urgence, son évolution spontanée est péjorative (50 à 80% de mortalité [3]). La principale cause de décès au cours des hépatites fulminantes est l'augmentation de pression intracrânienne, elle-même secondaire à l'œdème cérébral. La mort encéphalique survient du fait d'un engagement, d'une ischémie ou d'une hypoxie cérébrale [3]. La recherche étiologique est une étape capitale de la prise en charge, elle doit permettre en quelques heures de mettre en route un traitement adapté et d'évaluer de possibles contre-indications à la transplantation hépatique qui reste encore le seul traitement efficace. Le propylthiouracil est un dérivé de Thioamide largement utilisé pour le traitement d'hyperthyroïdie. Une hépatite aiguë associée à ce médicament a été rapporté chez 0,1 à 1,2% des patients [4]. Nous rapportons l'observation d'un cas d'encéphalopathie hépatique fulminante toxique au Propylthiouracil.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 45 ans admise pour prise en charge d'une encéphalopathie hépatique médicamenteuse aux antithyroïdiens de synthèse (ATS). Elle était suivie depuis 8 (huit) mois pour hyperthyroïdie initialement sous Neomercazole. A ce traitement anti thyroïdien a été associé 32 (Trente-deux) jours au paravent du Propylthiouracil pour échappement et non efficacité du Neomercazole. L'anamnèse ne retrouvait pas d'autres antécédents notables ou autres prise médicamenteuse. D'après la famille, la symptomatologie remontait à une semaine avant son admission, marquée par une asthénie importante, d'un ictère cutanéomuqueux et des

troubles du comportement sont apparus 72 heures après ; d'où son admission au service de médecine interne. Ce tableau clinique d'hépatite toxique a rapidement évolué vers une encéphalopathie hépatique avec trouble de la conscience d'où son transfert en réanimation. L'examen à son admission trouvait une patiente apyrétique, inconsciente score de Glasgow (GCS) à 7 ; les pupilles égales et réactives ; les paramètres hémodynamiques étaient normaux, la SPO2 était à 95% à l'air ambiant. On notait un ictère franc cutanéomuqueux. L'examen cardio-vasculaire, pleuro pulmonaire et le reste de l'examen somatique était sans particularité. Il n'y avait pas de méléna ou autres saignements extériorisés. On notait à la biologie : une anémie normochrome normocytaire à 9,4g/dl ; une thrombopénie à 62000 éléments/mm³ ; une hyperleucocytose à 12000 éléments/mm³ à prédominance neutrophile ; un Temps de prothrombine (TP) à 16% ; un Temps de céphaline activé (TCA) allongé à 87 secondes ; le taux de Fibrinogène très bas à 0,09g/l ; Une cholestase biologique avec : Bilirubine Totale à 11,4mg/dl, Bilirubine Direct à 7,80mg/dl, et Bilirubine indirecte à 3,6 mg/dl; Une cytolyse avec ASAT à 425U/l soit (12 fois la normale), ALAT à 220U/l (soit 6 fois la normale) ; les sérologies hépatitiques étaient négatives ; la fonction rénale était normale ; l'ionogramme révélait une hypokaliémie à 2,9 mmol/l.

L'échographie abdominale était normale, notamment pas de dysmorphie du parenchyme ou de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatique.

La conduite a été l'intubation Orotrachéale, mise sous ventilation mécanique et sédation au Propofol+Fentanyl. Un protocole de transfusion par CGR, PFC et Culot plaquettaire a été instauré. Le protocole de prise en charge symptomatique comportait entre autres : Gavage normo calorique, Lactulose sirop, N-Acétylcystéine (par la sonde Nasogastrique), Ceftriaxone, réhydratation par sérum salé à 0,9%, supplémentation et apport ionique de base.

A J+2, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une fièvre à 40°C en plateau et d'un état de mal convulsif ; d'où la mise sous Thiopental en sédation

et réalisation d'une TDM cérébrale, qui montrait un œdème cérébral diffus avec effet de masse sur le système ventriculaire (Figures 1, 2). Les hémocultures faites étaient négatives, et la fièvre était résistante au paracétamol, nécessitant des moyens physiques. La Biologie de contrôle trouvait un TP à 14% et persistance d'une thrombopénie à 66000 éléments/mm³, d'où la poursuite des transfusions de produits sanguins labiles (PSL) par non disponibilités de facteurs de coagulations.

A J+4 ; l'état de mal convulsif est devenu réfractaire au Coma Barbiturique, avec apparition d'instabilité hémodynamique, d'oligo-anurie et d'hypoxie sévère avec un rapport PAO₂/FiO₂ à 110. Elle est décédée dans un tableau de défaillance multi viscérale.

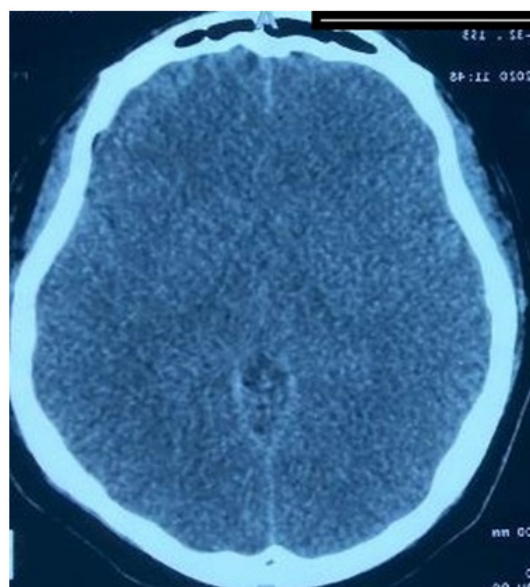


Figure 1 : Image scanographique montrant Œdème cérébral diffus.

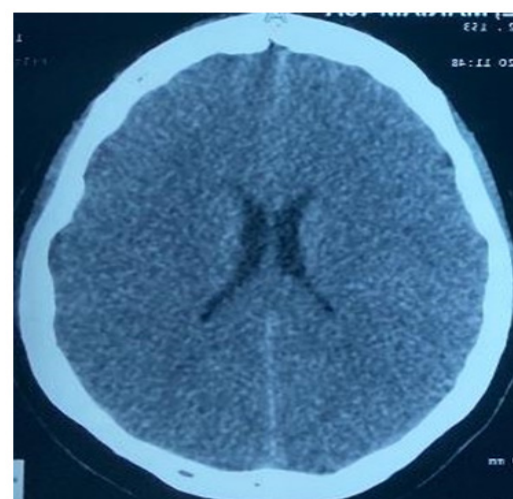


Figure 2 : Image scanographique montrant une compression sur le système ventriculaire.

Discussion

Les hépatites aiguës toxiques représentent la première cause de transplantation hépatique aux Etats Unis [5] .

De nombreuses substances, médicamenteuses ou non, peuvent être responsables d'hépatite aigue. Les causes les plus fréquentes, notamment virales, doivent être recherchées en premier. Les hépatites médicamenteuses les plus fréquentes sont dues au paracétamol, aux antibiotiques, aux antiépileptiques et aux antituberculeux [1] . L'incidence estimée de l'hépatotoxicité associée aux antithyroïdiens (Propylthiouracil ; Methimazole ou le Carbimazole) varie de 0,1% à 0,2% [5] . Le propylthiouracil est un dérivé de Thioamide largement utilisé pour le traitement d'hyperthyroïdie qui exerce ses effets pharmacologiques par deux mécanismes différents. Il inhibe les réactions catalysées par l'enzyme peroxydase thyroïdienne exprimée dans les follicules thyroïdiens et bloque l'organisation de l'iode, et il inhibe également l'enzyme 5-déiodinase responsable de la conversion périphérique de T4 en fragment T3 actif [6] , il est couramment utilisé au cours du premier trimestre de la grossesse. Une hépatite aiguë associée à ce médicament a été rapporté chez 0,1 à 1,2% des patients [4] . Les données suggèrent que le risque d'hépatotoxicité sévère est plus élevé chez les enfants et certains auteurs préconisent qu'il ne devrait jamais être utilisé comme traitement de première intention chez l'enfant [8,9] . La toxicité hépatique due au propylthiouracil est rare mais potentiellement mortelle avec un spectre de lésions hépatiques allant de l'élévation asymptomatique des transaminases à une insuffisance hépatique fulminante et au décès [6] . Les manifestations cliniques sont peu spécifiques. Elles peuvent inclure anorexie, asthénie, douleurs abdominales, diarrhée, ictère et fièvre avant l'apparition de signes neurologiques. La présentation de clinique de l'hépatotoxicité du propylthiouracil est non spécifique [10] .

La biopsie hépatique reste le Gold standard pour le diagnostic [6] ; différentes anomalies histologiques

peuvent coexister : une inflammation péri portal avec éosinophiles, amas de lymphocytes et infiltration plasmocytaire dans diverses combinaisons. Ces caractéristiques histologiques ressemblent à celles d'une hépatite auto immune type 1 (AIH-1).

Au cours des hépatites fulminantes, la défaillance hépatique peut entraîner rapidement la défaillance d'autres organes et être responsable d'une défaillance multiviscérale. À cela, se surajoutent les conséquences directes de la cause de l'hépatite sur les différents organes. L'objectif de la réanimation est de pallier à ces complications en attendant la transplantation hépatique [3] . Cette prise en charge comporte deux volets qui sont la prise en charge étiologique, spécifique du toxique, et la prise en charge symptomatique des conséquences de l'insuffisance hépatique aigue secondaire à l'hépatite [1] . L'arrêt de tout médicament hépatotoxique est la règle. L'utilisation de médicaments potentiellement néphrotoxique doit être de même proscrite. La place du N-acétylcystéine (NAC) dans les intoxications au paracétamol ne souffre d'aucun doute, elle fait encore l'objet d'un débat dans les autres hépatites graves non liées au paracétamol. Cependant, des arguments sont de plus en plus nombreux pour tendre vers une utilisation précoce du NAC dans le contexte d'hépatites non liées au paracétamol. Le principe est que l'utilisation précoce du NAC dans les hépatites graves non liées au paracétamol, chez des patients présentant une encéphalopathie de Grade I ou II, a montré une amélioration de la survie sans transplantation [11] . Devant l'innocuité relative du produit, son utilisation devant toute hépatite aigue d'origine toxique ou non doit être large aux mêmes doses que celles utilisées dans le cadre de l'hépatite aigue au paracétamol [12] .

Le risque d'hypoglycémie doit être prévenu par l'administration quotidienne d'au moins 200 g de glucose, réajustée en fonction de la glycémie. Les autres troubles métaboliques (hypophosphorémie, hypocalcémie, hypomagnésémie, hypokaliémie) nécessitent une suppléance stricte afin de ne pas aggraver l'état clinique des patients.

L'augmentation des besoins énergétiques au cours des hépatites fulminantes doit être compensée par un apport calorique de 35 à 50 kcal/kg par jour. La nutrition entérale est préférée lorsqu'elle est possible [3].

Les disaccharides non absorbables (lactulose) ont longtemps été utilisés dans le traitement de l'encéphalopathie hépatique. Le principe de leur utilisation repose sur leur capacité à inhiber la production bactérienne d'ammoniaque et à « trapper » l'ammoniaque dans la lumière digestive.

L'antibiothérapie permet, en théorie, de diminuer le nombre de bactéries digestives à l'origine de la production d'ammoniaque. L'efficacité de la néomycine sur l'amélioration de l'encéphalopathie n'a pas été démontrée. Ces substances diminuent significativement les taux sanguins d'ammoniaque, mais leur efficacité sur l'encéphalopathie hépatique n'a pas été clairement démontrée [13].

La survenue d'une insuffisance respiratoire est possible chez ces patients. Elle peut être soit directement secondaire à l'insuffisance hépatique aigüe ou à une infection pulmonaire secondaire ; la ventilation mécanique ne doit souffrir d'aucun retard si indication, l'hypoxémie et l'hypercapnie étant des facteurs pouvant aggraver l'hypertension intracrânienne (HTIC) ; ce qui aggraverait le pronostic. L'induction est faite en séquence rapide, il n'y a pas de consensus clair quant au choix de drogues pour la sédation continue, le propofol serait à privilégier [14].

Une stratégie agressive de prise en charge de l'HTIC dans ce contexte d'encéphalopathie hépatique a été proposé [15]. Elle comporte entre autres : Le positionnement de la tête du patient à 30° du plan du lit ; la prévention et le traitement de l'hypercapnie, la prévention et traitement agressive de la fièvre, l'administration de sérum salé hypertonique ; des bolus de Mannitol au besoin ; la prévention des crises d'épilepsie ou même le coma barbiturique si convulsion réfractaire. Le monitoring de la pression intracrânienne pourrait être nécessaire, il s'agit là d'une procédure pouvant s'accompagner

d'un taux assez élevé d'hémorragie intra crânienne (4-20%) il faut cependant noter qu'il n'y-a pas à ce jour de consensus quant aux indications de sa mise en route [16]. Un coma barbiturique avec du Thiopental a été largement utilisé chez des patients en hypertension artérielle réfractaire au Mannitol [17]; hypotension, hypothermie ou hypokaliémie pourraient accompagner cette attitude, nécessitant parfois l'utilisation de la noradrénaline pour maintenir une pression de perfusion cérébrale.

Par définition, les patients atteints d'insuffisance hépatocellulaire ont des coagulopathies, cependant le taux de saignements spontanés et cliniquement significatifs est <10% [18]. Le Thromboélastogramme (TEG) est recommandé pour caractériser au mieux la coagulopathie afin de cibler l'administration appropriée des facteurs de coagulation. Une transfusion prophylactique de Plasma frais Congelé (PFC) n'est pas recommandé, elle n'améliore pas le pronostic et exposerait à un risque de surcharge volémique [15].

Bien que l'insuffisance hépatique soit associée à des taux de morbidité et de mortalité élevés, les options de traitement sont limitées. La transplantation hépatique orthotopique est le seul traitement ultime pour les patients atteints d'insuffisance hépatique et de maladie hépatique terminale, améliorant leur taux de survie global [19]. La présence d'encéphalopathie, de taux de Prothrombine bas, ou de syndrome hépatorénal peut accélérer le besoin de transplantation [10]. La plasmaphérèse, l'hémodialyse ou encore l'hémodiafiltration peuvent être des alternatives en attente de la greffe hépatique [13].

La disponibilité limitée de la transplantation hépatique a conduit à l'évaluation d'autres thérapies chez les patients avec hépatopathie avancée ; il s'agit entre autres : De Greffe d'hépatocytes intra portal ou intrapéritonéal de perfusion d'hépatocytes humains isolés. La procédure a été utilisée avec succès chez des nouveau-nés et des enfants nés avec troubles sévères du métabolisme hépatique, ces techniques restent encore expérimentales ce jour [20].

Conclusion

La gravité de l'insuffisance hépatique aigüe sévère d'origine toxique réside dans l'apparition des défaillances d'organes notamment neurologique. La prise en charge symptomatique est guidée par une littérature assez abondante. La transplantation hépatique reste encore le seul traitement efficace. Devant toute hépatite toxique présentant une insuffisance hépatique aigüe, le centre de transplantation doit être contacté et les modalités de transferts discutées avant que les critères de transplantation n'apparaissent.

*Correspondance

Mahamadoun Coulibaly

mahacoulibaly@yahoo.fr

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Département Anesthésie-Réanimation-Urgences CHU Mère-Enfant « Luxembourg » Bamako
- 2 : Service D'anesthésie-Réanimation Institut Ophtalmologique Tropical Africain (IOTA) Bamako
- 3 : Service de Médecine Interne CHU Mère-Enfant « Luxembourg » Bamako
- 4 : Service d'endocrinologie CHU Mère-Enfant « Luxembourg » Bamako
- 5 : Département Anesthésie-Réanimation- Médecine d'Urgences CHU Gabriel Toure Bamako
- 6 : Département Anesthésie-Réanimation-Urgences CHU du Point G Bamako
- 7 : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie/ Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Amathieu R, Levesque E, Merle J-C, Chemit M, Costentin C, Compagnon P, et al. Insuffisances hépatiques aiguës sévères d'origine toxique : prise en charge étiologique

et symptomatique. *Ann Fr Anesth Réanimation*. juin 2013;32(6):416-21.

- [2] Sgro C, Clinard F, Ouazir K, Chanay H, Allard C, Guilleminet C, et al. Incidence of drug-induced hepatic injuries: a French population-based study. *Hepatology*. 2002;36(2):451-455.
- [3] Ichai P. Prise en charge des hépatites fulminantes. *Prat En Anesth Réanimation*. sept 2009;13(4):253-61.
- [4] Kim H-J, Kim B-H, Han Y-S, Yang I, Kim K-J, Dong S-H, et al. The incidence and clinical characteristics of symptomatic propylthiouracil-induced hepatic injury in patients with hyperthyroidism: a single-center retrospective study. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(1):165-169.
- [5] Navarro VJ, Senior JR. Drug-related hepatotoxicity. *N Engl J Med*. 2006;354(7):731-739.
- [6] Livadas S, Xyrafis X, Economou F, Boutzios G, Christou M, Zerva A, et al. Liver failure due to antithyroid drugs: report of a case and literature review. *Endocrine*. 2010;38(1):24-28.
- [7] Carrion AF, Czul F, Arosemena LR, Selvaggi G, Garcia MT, Tekin A, et al. Propylthiouracil-Induced Acute Liver Failure: Role of Liver Transplantation. *Int J Endocrinol*. 2010;2010:1-5.
- [8] Cooper DS, Rivkees SA. Putting propylthiouracil in perspective. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(6):1881-1882.
- [9] Rivkees SA, Mattison DR. Propylthiouracil (PTU) hepatotoxicity in children and recommendations for discontinuation of use. *Int J Pediatr Endocrinol*. 2009;2009(1):132041.
- [10] Williams KV, Nayak S, Becker D, Reyes J, Burmeister LA. Fifty Years of Experience with Propylthiouracil- Associated Hepatotoxicity: What Have We Learned? 1997;82(6):7.
- [11] Lee WM, Hynan LS, Rossaro L, Fontana RJ, Stravitz RT, Larson AM, et al. Intravenous N-acetylcysteine improves transplant-free survival in early stage non-acetaminophen acute liver failure. *Gastroenterology*. 2009;137(3):856-864.
- [12] Khandelwal N, James LP, Sanders C, Larson AM, Lee WM, Group ALFS. Unrecognized acetaminophen toxicity as a cause of indeterminate acute liver failure. *Hepatology*. 2011;53(2):567-576.
- [13] Francoz C, Durand F. Encéphalopathie hépatique : comment optimiser la prise en charge en réanimation ? *Réanimation*.

oct 2007;16(6):498-503.

- [14] WIJDICKS EM, Nyberg SL. Propofol to control intracranial pressure in fulminant hepatic failure. In: Transplantation proceedings. 2002. p. 1220–1222.
- [15] Patton H, Misel M, Gish RG. Acute Liver Failure in Adults: An Evidence- Based Management Protocol for Clinicians. :13.
- [16] Blei AT, Olafsson S, Webster S, Levy R. Complications of intracranial pressure monitoring in fulminant hepatic failure. *The Lancet*. 1993;341(8838):157–158.
- [17] Stravitz RT, Kramer AH, Davern T, Shaikh AOS, Caldwell SH, Mehta RL, et al. Intensive care of patients with acute liver failure: Recommendations of the U.S. Acute Liver Failure Study Group: *Crit Care Med*. nov 2007;35(11):2498-508.
- [18] Gazzard BG, Clark R, Borirakchanyavat V, Williams R. A controlled trial of heparin therapy in the coagulation defect of paracetamol-induced hepatic necrosis. *Gut*. 1974;15(2):89–93.
- [19] Wu D, Chen E, Bai L, Tang H. Propylthiouracil-induced liver failure and artificial liver support systems: a case report and review of the literature. *Ther Clin Risk Manag*. janv 2017;Volume 13:65-8.
- [20] Bernal W, Wendon J. Acute Liver Failure. *N Engl J Med*. 26 déc 2013;369(26):2525-34..

Pour citer cet article :

M Coulibaly, SA Koita, AS Dembélé, A Dabo, B Diallo, SI Traore et al. Encéphalopathie sur hépatite aigue toxique au Propylthiouracil : à propos d'une Observation rare et revue de la littérature. *Jaccr Africa 2021; 5(3): 173-179*



Article original

Fractures ouvertes de Jambe : aspects épidémiologiques et prise en charge dans le service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital National Donka (Guinée)

Open leg fractures: epidemiological aspects and management in the orthopedics-traumatology department of the Donka National Hospital (Guinea)

A Barry*¹, MM Diallo¹, L Lamah¹, IG Diallo¹, CO Sanogo², MH Bah¹

Résumé

Objectifs : Déterminer les aspects épidémiologiques et évaluer le traitement des fractures ouvertes de jambe dans le service d'Orthopédie-traumatologique de l'hôpital national de Donka.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective d'une durée de 4 ans allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2017. Nous avons inclus dans cette étude les patients ayant eu une fracture ouverte de jambe. Les patients ont été recrutés au service des urgences ou ils ont reçu les premiers soins à type d'antibiothérapie et une sérovaccination antitétanique. Le traitement consistait en un parage, une réduction, suivie d'une contention par plâtre Cruro-pédieux ou par fixateur externe.

Résultats : Au total, 172 fractures ouvertes de jambe ont été prises en charge. Il s'agissait de 130 hommes et 42 femmes âgés en moyenne de 43 ans avec des extrêmes de 6 et 80 ans. Le délai moyen de prise en charge des fractures a été de 41,28 heures. Les accidents de la circulation ont été la principale étiologie de la fracture impliquant les véhicules (58,72%) et les engins à deux roues dans 38,96%. La durée moyenne de séjour était de 22,69 jours. Les fractures ouvertes ont été classées

selon la classification de Gustilo : type I (n=8), type II (n=61), type IIIA (n=6), type III B (n=55) et type IIIC. Nous avons eu des fractures ouvertes infectées (11,04%) et des fractures ouvertes suturées (9, 30%). L'ostéosynthèse par enclouage centromédullaire a été réalisée dans 4,65%, par fixateur externe dans 40,12% et le traitement orthopédique dans 55,23%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 22,69 jours avec des extrêmes de 2 jours et 43 jours. Les complications rencontrées ont été principalement l'Ostéite (6,40%), et la pseudarthrose (2,32%).

Conclusion : Les fractures ouvertes de la jambe constituent un défi thérapeutique dans notre service. Le parage tardif explique les complications observées. Une dotation en kits d'urgence et en matériel d'ostéosynthèse pour les parages permettrait d'améliorer la prise en charge.

Mots-clés : jambe, fractures ouvertes, traitement.

Abstract

Objectives: To determine the epidemiological aspects and evaluate the treatment of open leg fractures in the Orthopedics-Trauma Department of the Donka National Hospital.

Patients and Methods: This was a prospective study lasting 4 years from January 1, 2014 to December 31, 2017. We included in this study patients who had an open leg fracture. The patients were recruited from the emergency department where they received first aid in the form of antibiotic therapy and an anti-tetanus vaccine. The treatment consisted of a trimming, a reduction, followed by a contention by cruro-pedial plaster or by external fixator.

Results: A total of 172 open leg fractures were treated. These were 130 men and 42 women with an average age of 43 with extremes of 6 and 80. The average time to management of fractures was 41.28 hours. Traffic accidents were the main etiology of the fracture involving vehicles (58.72%) and two-wheeled vehicles in 38.96%. The mean length of stay was 22.69 days. Open fractures were classified according to the Gustilo classification: type I (n = 8), type II (n = 61), type IIIA (n = 6), type III B (n = 55) and type IIIC. We had infected open fractures (11.04%) and open sutured fractures (9.30%). Internal fixation by intramedullary nailing was performed in 4.65%, by external fixator in 40.12% and orthopedic treatment in 55.23%. The mean hospital stay was 22.69 days with extremes of 2 days and 43 days. The complications encountered were mainly osteitis (6.40%), and pseudarthrosis (2.32%).

Conclusion: Open leg fractures are a therapeutic challenge in our department. The late trimming explains the complications observed. Provision of emergency kits and osteosynthesis material for the area would improve care.

Keywords: leg, open fractures, treatment.

Introduction

Les fractures ouvertes de jambe sont des lésions fréquentes et graves. Urgence bien connue des traumatologues, ces fractures restent des affections très redoutées en raison des complications évolutives qu'elles comportent et la durée des soins qu'elles nécessitent [1]. Le traitement vise un triple objectif

: la lutte contre l'infection, la stabilisation du foyer de fracture et la réparation des parties molles [2-3]. Leur fréquence ne cesse d'augmenter liée à la recrudescence des accidents de la circulation dans notre pays. L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence et évaluer le traitement des fractures ouvertes de jambe dans le service d'Orthopédie-traumatologique de l'hôpital national de Donka.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif réalisée, dans le service d'Orthopédie-traumatologique de l'hôpital national de Donka. Elle a porté sur les fractures ouvertes de la jambe, traitées dans la période du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2017. Les dossiers d'hospitalisation des patients et les registres du bloc opératoire ont été exploités. Une fiche d'enquête a servi à la collecte des données. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, la profession, l'étiologie, la provenance, le bilan clinique et para-clinique, le type de fracture selon la classification de Gustilo-Anderson [4], le délai d'admission et opératoire, le traitement hospitalier, la durée de consolidation, les complications. Étaient exclus de l'étude, les autres fractures ouvertes des membres.

Les patients ont été conduits la plupart du temps à l'hôpital par des moyens de fortune (taxis, voitures individuelles) et admis au service des urgences où ils ont reçu les premiers soins à type d'antibiothérapie et sérovaccination antitétanique.

Les patients ont été opérés en décubitus dorsal, sous anesthésie générale ou rachianesthésie et sans garrot pneumatique. La décontamination et le parage des plaies étaient systématiques et leur suture était faite sans tension. La contention de la fracture après réduction était orthopédique par immobilisation plâtrée ou chirurgicale par ostéosynthèse (enclouage centro-médullaire ou fixateur externe selon le type d'ouverture cutanée). Aucune couverture cutanée n'a été réalisée d'emblée. Une contention par botte plâtrée « type Sarmiento » était réalisée après ablation du fixateur externe. L'appui partiel a été autorisé en

moyenne à 4 mois et l'appui total à 6 mois. Les soins locaux ont consisté en la cicatrisation dirigée des plaies en cas de perte de substance, et sur les orifices d'entrée et sortie des fiches ; ils ont été pratiqués régulièrement jusqu'à cicatrisation complète. La rééducation est entamée dès ablation du plâtre et du fixateur externe et elle visait les articulations du genou et la cheville.

Nos données ont été recueillies à l'aide des fiches d'enquête individuelle. Le dépouillement a été manuel, la saisie et l'analyse à l'aide des logiciels Word et Excel de l'office 2007. Les résultats ont été présentés sous forme de tableau.

Méthodes d'évaluation

Les résultats anatomiques et fonctionnels ont été appréciés d'après les critères radio-cliniques et fonctionnels de Johnner et Wruh [5]. Ils ont été analysés en fonction de la qualité de la réaxation osseuse, de la qualité de la consolidation, des fonctions des articulations sus et sous-jacentes, de la qualité de la marche et de la trophicité du membre (Tableau I).

Résultats

Épidémiologie : Au total, 172 fractures ouvertes de jambe ont été prises en charge. Il s'agissait de 130 hommes et 42 femmes avec un sex ratio de 3,09. Les tranches d'âge de 16 à 30 ans (44,19%) et 31 à 45ans (27,90%) ont été les plus touchées. L'âge moyen des patients était de 43 ans (6-80). Les patients provenant du secteur informel, les ouvriers (33,73%), les chauffeurs (13,95%), les marchands (8,72%), les ménagères (8,72%), les cultivateurs (3,48%) ont constitué les couches socioprofessionnelles les plus touchées suivie par les élèves et étudiants (21,52%), les fonctionnaires (9,88%) (Tableau II).

Selon le délai d'admission, les patients étaient admis avant 6 heures (n=31), entre 6- 12 heures (n=53), entre 12- 24 heures (n=48), et après 24 heures (n=40). Le délai moyen de prise en charge des fractures a été de 41,28 heures. Les patients provenaient de la commune urbaine de Conakry dans 68,02% des cas contre 31,98% évacués de l'intérieur du pays.

Les causes des fractures étaient un accident de circulation routière impliquant les véhicules (58,72%), les engins à deux roues dans (38,96%) suivis par les accidents de travail (1,17%), les agressions par arme à feu (1,17 %).

Selon la classification de Gustilo-Anderson [4], Les fractures de type I représentaient 5,84% des cas, le type II : 44,53%, le type IIIA : 4,38%, type III B : 40,14% et le type III C : 5,11%. Les fractures siégeaient au 1/3 moyen de la diaphyse tibiale (n=96), le 1/3 inférieur (n=62) et le 1/3 supérieur (n=14). Le trait de fracture était le plus souvent comminutif (n=95) sur le tibia. Les lésions osseuses associées étaient dominées par les fractures du fémur (n=2). Le traumatisme crânio-encéphalique sans perte de connaissance était la lésion non fracturaire associée la plus rencontrée (n=40).

La radiographie standard de la jambe prenant les articulations sus et sous adjacentes (incidence de face et de profil), était réalisée chez tous les patients, ainsi que le groupe sanguin/facteur rhésus, le taux d'hématocrite et/ou d'hémoglobine à l'admission.

Le traitement consistait en une ostéosynthèse dans 77cas (44,77%), une immobilisation plâtrée dans 95 cas (55,23%) après le parage. L'ostéosynthèse faite avait consisté en une fixation externe des services de santé des armées (fessa) dans 38,37% des cas, l'enclouage centromédullaire dans 4,65% et le fixateur externe type Hoffman dans 1,75% des cas (Tableau III).

Une tri-antibiothérapie associant la ceftriazone, le métronidazole et la gentamycine était instituée à tous les patients en première intention. Le sérum antitétanique et le vaccin antitétaniques étaient administrés à tous les patients. La rééducation fonctionnelle était suivie par 67,3% des patients. La durée moyenne d'hospitalisation était de 22,69jours (extrêmes 2 et 43 jours). L'évolution était compliquée dans 15 cas (12,20%) dont 3 cas précoces (2,43%) et 12 cas tardifs (9,75%). La complication vasculaire (1,63%) et neurologique (0,82%) avait prédominé dans les complications précoces. Les complications tardives étaient dominées par les ostéites 8 cas (6,50%) suivies par les pseudarthroses 4 cas (3,25%).

Nous avons revus et évalués 123 patients selon les critères de Johnner et Wruh [5] après un recul moyen de 41,1 mois en excellents 34 cas (27,64%) bons 62 cas (50,40%), assez bons 10 cas (8,13%) et mauvais 17 cas (13,82%).

Tableau I : Les critères d'évaluation selon Johnner et Wruh [5]

Critères	Excellent	Bon	Assez Bon	Mauvais
Pseudarthrose/infection	Nulle	Nulle	Nulle	Oui
Lésion vasculo-nerveuse	Nulle	Minimale	Modéré	Sévère
Déformation				
Varus / valgus	Nulle	2 – 5°	6 – 10°	Sup.10°
Antécurvatum / recurvatum	0 – 5°	6 – 10°	11 – 20°	Sup.20°
Rotation	0 – 5°	6 – 10°	11 – 20°	Sup.20°
Raccourcissement	0 – 5mm	6 – 10mm	11 – 20mm	Sup.20mm
Mobilité				
Genou	Complète	Sup.80 %	Sup.75 %	Inf.75 %
Cheville	Complète	Sup.75 %	Sup.50 %	Inf.50 %
Sous astragalienn	Sup.75 %	Sup.50 %	Inf.50 %	Inf.50%
Douleur	Nulle	Occasionnelle	Modéré	Sévère
Marche	Normale	Normale	Boiterie moyenne	Significative
Activité énergétique	Possible	Limitée	Très limitée	Impossible

Tableau II : Caractéristiques des patients

	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Masculin	130	75,58
Féminin	42	24,42
Sex ratio 3,09		
Age (an)		
06-15	15	8,72
16-30	76	44,19
31-45	48	27,90
46-60	16	9,31
61-80	17	9,88
Catégorie socioprofessionnelle		
Ouvriers	58	33,73
Élèves et Etudiants	37	21,52
Chauffeurs	24	13,95
Fonctionnaires	17	9,88
Marchands	15	8,72
Ménagères	15	8,72
Cultivateurs	6	3,48
Total	172	100

Tableau III : Répartition des patients selon le type de traitement

Indication	Effectifs	Pourcentage
Plâtre cruro-pédieux	95	55,23
Fessa	66	38,37
Enclouage centromédullaire	8	4,65
Hoffman	3	1,75
Total	172	100

Discussion

Les fractures ouvertes de la jambe sont les plus fréquentes (55,2%) des urgences traumatologiques des membres dans notre service. L'âge moyen des patients était de 43 ans avec une prédominance masculine (75,58%). Ces données sont retrouvées dans les séries de la plupart des auteurs [6,7]. Ces patients provenaient de Conakry dans 68,02% des cas contre 31,98% évacués de l'intérieur du pays.

Les accidents de la circulation ont été la principale étiologie de la fracture impliquant les véhicules et les engins à deux roues soit 97,67%. Ce résultat est supérieur à celui de Najeb.Y et coll. [8] qui ont trouvé un taux de 54,16% des fractures ouvertes dues aux accidents de la voie publique. Cette fréquence élevée des fractures ouvertes s'expliquerait par l'augmentation du trafic routier, les surcharges des véhicules de transport en commun et de marchandises pour la plupart défectueux qui servent aussi de transport des passagers d'une part et l'avènement des taxis moto dans notre pays.

Les fractures type II (44,53%) et de type IIIB (40,14%) de la classification de Gustilo-Anderson [4] étaient les plus fréquents. Moyikoua et al. [8] au Congo avaient rapporté une fréquence similaire respectivement avec 48% et 43,3% des cas. La situation superficielle du tibia, la violence du traumatisme expliquent la vulnérabilité cutanée au cours des traumatismes de la jambe.

Dans notre étude, dans 18,02% le traitement avait été instauré avant 6 heures, 30,81% entre 6- 12 heures, 27,90% entre 12- 24 heures et 23,25% après 24 heures. Le délai moyen de prise en charge des fractures a été

de 41,28 heures.

La plupart de nos malades ont été victimes d'accidents de la circulation survenus dans la commune urbaine de Conakry 117 cas et 55 cas venus dans les hôpitaux de l'intérieur. Cependant 19 patients ont subi un traitement à l'indigénat avant d'être admis. Ribault L. et coll. [9] dans une étude de 47 cas de fractures ouvertes de jambe ont enregistré 60% de prise en charge avant 6 heures, 13% après 6 heures et 27% au-delà de 12 heures. Le délai de prise en charge a été long dans notre étude s'expliquerait de fait que ces malades consultent d'abord la médecine traditionnelle, l'absence de transport médicalisé, l'état précaire de nos routes, le manque de chirurgiens orthopédiques à l'intérieur du pays et surtout par l'absence de kits d'urgence et des difficultés financières qu'avaient éprouvées les patients ou leurs familles à fournir les consommables. Plus ce délai est long, plus il y a la probabilité de développer des complications, en particulier les infections.

Sur le plan thérapeutique, le traitement orthopédique par plâtre cruro-pédieux (55,23%) était l'acte le plus pratiqué et le fixateur externe des services de santé des armées (fessa) dans 38,37% des cas, l'enclouage centromédullaire dans 4,65% et le fixateur externe type Hoffman dans 1,75% des cas. Ce résultat se rapproche de la série de Moyikoua [10] qui avait utilisé le plâtre cruro-pédieux dans 80,3%. Alors que dans la série de Issa-Mapouka PAI et al [11], l'ostéosynthèse (59,8%) était l'acte chirurgical pratiqué dans la majorité des cas et le fixateur externe (90,6%) a été l'implant le plus utilisé ainsi que Cozma et al. [12] avaient réalisé l'enclouage centromédullaire dans 46,3% des cas. Si l'immobilisation plâtrée a perdu sa place dans les

pays développés, elle reste encore d'actualité dans nos pays où les matériels d'ostéosynthèses font souvent défaut à l'occurrence les fixateurs externes.

Dans notre série, la fréquence des complications était élevée (12,20%), dominée par les ostéites (6,50%) suivies par les pseudarthroses (3, 25%). Moyikoua [10] avait observé dans sa série des complications dont 9,5% de suppuration locale, 81,9% de nécrose cutanée et 90,4% de pseudarthrose. La fréquence élevée des complications se justifie dans notre série par le manque de fixateurs externes, le retard opératoire lié par le manque de kits d'urgence, et surtout la violence des traumatismes ayant entraîné les fractures de type II (44,53%) et de type IIIB (40,14%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 22,69 jours inférieur à la série de Lawson [13] (33,8 jours). Notre faible capacité d'accueil étant réduit à cause de la rénovation de l'hôpital national Donka entamé depuis le premier octobre 2015 nous obligeant dès que l'évolution clinique et radiographique sont favorables à faire des sorties précoces et un suivi ambulatoire.

Conclusion

Les fractures ouvertes de jambe posent un problème de prise en charge dans notre service. Les retards de parage, et l'absence de kit pour les urgences sont les raisons d'évolution vers les complications et les séquelles. L'amélioration du ramassage des blessés et les soins adaptés réduiraient la morbi-mortalité lourde et le long séjour hospitalier des patients.

- *Etat des connaissances actuelles sur le sujet*

Les accidents de la circulation surtout l'avènement des taxis moto dans notre pays prennent le caractère d'une nouvelle épidémie d'un danger qu'il faut combattre et prévenir à tout prix dans l'intérêt de la santé publique.

En Afrique ces accidents de la circulation posent un sérieux problème de prise en charge à cause du faible niveau financier des patients.

- *Contribution de notre étude à la connaissance*

Notre étude montre que les fractures ouvertes de jambe posent un problème de prise en charge dans

notre service.

Elle nous a permis de montrer que les retards de parage, l'absence de kit pour les urgences sont les raisons d'évolution vers les complications et les séquelles.

L'amélioration du ramassage des blessés et les soins adaptés réduiraient la morbi-mortalité lourde et le long séjour hospitalier des patients.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge des patients et à la rédaction du manuscrit.

*Correspondance

Barry Alhassane

barryalhasilindin67@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Service d'Orthopédie-traumatologie Hôpital National Donka Guinée
- 2 : Service d'Orthopédie-traumatologie Centre hospitalier universitaire Bocar Sidi Sall de Kati Bamako Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Meyrueis J.P -Historique du fixateur externe, Cahiers d'Enseignement de la SOFCOT ; 1996 : 1-12
- [2] Améziane L, Amhajji L, Raissouni Z, et al. Traitement des fractures ouvertes de jambe stade III en urgence : enclouage centromédullaire associé à un lambeau de couverture. Médecine du Maghreb 2001;88:13-6.
- [3] Le Nen D, Le Guillou E, Dubrana F, Poueyro C. Lambeau musculaire dans le traitement des fractures ouvertes des membres. Rev ChirOrthop 2000: 228 32.
- [4] Gustilo R.B. and Anderson J.T. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty five open fractures of

long bones. J. Bone Joint Surg.(Am.)1976,584A,453-458.

- [5] Paul Gregory, MD; Roy Sanders, MD. "The treatment of closed unstable tibial shaft fractures with undreamed interlocking nails" Clinical orthopedics and related research.1995; n° 315; p 48-55.
- [6] [6]- Kouamé J E, Kouassi J M, Loic F, et al. La prise en charge des fractures ouvertes de jambe dans une structure hospitalière en Côte d'Ivoire pose-t-elle problème et pourquoi ? RevChirOrthop. 105 (2019) 654–658
- [7] Souna BS, Ganda S, Abdoulaye A. Le fixateur externe de Hoffman dans la prise en charge des fractures ouvertes de la jambe à Niamey. A propos de 50 cas. Mali Médical 2008; 20(3):11-5.
- [8] Najeb.Y. Y, Abkari I, Massous A. Résultats du traitement de la jambe par un fixateur externe.Revue MAROC Chir. Orthop Traumatol. 2008, 36 :14-17
- [9] Ribault L., Vergos M., Konan P. Fractures ouvertes de jambe : Indications thérapeutiques à propos de 47 cas traités dans un centre hospitalier régional en zone sub-sahélienne de l'Afrique de l'ouest. Médecine d'Afrique Noire, 1990 ; 37(6) : 304 - 307.
- [10] Moyikoua A et al : Résultats du traitement initial des fractures ouvertes récentes des membres. A propos de 150 cas traités au CHU de Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire : 1992, 39 (11).
- [11] Issa-Mapouka PAI et al : Les fractures diaphysaires ouvertes de la jambe : Prise en charge à l'Hôpital Communautaire de Bangui(Centrafrrique). Annales de L'Université de Bangui. Série D, 2017;001(3) : 7.
- [12] Cozma T, Alexa O, Iancu C. Endernailing versus external fixation in the stabilization of type III open tibial shaft fracture. Rev Med Soc Nat Iasi 2000; 104: 77-81.
- [13] Lawson M, Padonou JL, Dalmitondé P, et al. L'antibiothérapie dans les fractures ouvertes de jambe. Le Bénin Médical 2000;14:153-8.

Pour citer cet article :

A Barry, MM Diallo, L Lamah, IG Diallo, CO Sanogo, MH Bah. Fractures ouvertes de Jambe : aspects épidémiologiques et prise en charge dans le service d'orthopédie-traumatologie de l'Hôpital National Donka (Guinée). Jaccr Africa 2021; 5(3): 180-186



Cas clinique

Hypercorticisme cortico induit compliqué d'insuffisance surrénalienne secondaire : observation clinique chez une fille de 17 ans

Corticosteroid-induced hypercorticism complicated by adrenal insufficiency: clinical observation in a 17-year-old girl

MB Coulibaly*¹, I Hassan¹, KB Coulibaly², M Kéïta³, I Goïta⁴, D Berthé¹, A Konaté⁵, IB Bengaly⁶, M Maïga⁷, F Dicko Traore^{3,8}

Résumé

Le syndrome de Cushing est une maladie rare mais sévère qui peut engager le pronostic vital. Sa rareté, sa symptomatologie polymorphe et le chevauchement clinique avec les caractéristiques du syndrome métabolique entraînent souvent un diagnostic tardif avec une morbidité et une mortalité élevée.

Nous rapportons le cas d'une adolescente de 17 ans qui a présenté une bouffissure du visage avec acné associée à la peau érythémateuse et luisante plus une hypertension artérielle, le tout apparu vers le 13ième jour d'une corticothérapie à base de Bétaméthasone. Une hyperglycémie a été notée plus une cortisolémie de base effondrée. Le diagnostic positif d'hypercorticisme cortico induit compliqué d'insuffisance surrénalienne a été posé après 13 jours d'arrêt de la corticothérapie. L'étiologie retenue était la corticothérapie. La prise en charge a consisté au traitement substitutif de l'hypocortisolémie par l'hydrocortisone, le traitement de l'HTA secondaire par l'aldactone et à un régime hygiéno-diététique bien surveillé.

Le diagnostic précoce de ce cas nous a permis une prise en charge efficace. Néanmoins une attention

particulière doit être accordée à la communication entre le soignant et les malades sur la prise des corticoïdes notamment les modalités d'arrêt d'une corticothérapie de longue durée (>3 semaines) pour prévenir leurs effets secondaires.

Mots-clés : Hypercorticisme cortico induit, insuffisance surrénalienne secondaire, adolescente

Abstract

Cushing's syndrome is a rare but severe disease that can be life-threatening. Its rarity, extensive symptomatology and clinical overlap with the features of the metabolic syndrome often lead to late diagnosis with high morbidity and mortality.

We report the case of a 17-year-old adolescent who presented with puffiness of the face with acne associated with erythematous and shiny skin plus high blood pressure, all of which appeared around the 13th day of corticosteroid therapy with betamethasone. Hyperglycemia was noted plus a collapsed baseline cortisolemia. The positive diagnosis of induced corticosteroid hypercorticism complicated by adrenal insufficiency was made after 13 days of stopping corticosteroid therapy. The etiology retained was

corticosteroid therapy. Management consisted of replacement therapy for hypocortisolemia with hydrocortisone, treatment of secondary hypertension with aldactone, and a well-supervised healthy diet.

The early diagnosis of this case allowed us to take effective care of it. However, special attention must be paid to communication between the caregiver and the patients on taking corticosteroids, in particular the modalities for stopping long-term corticosteroid therapy (> 3 weeks) to prevent their side effects.

Keywords: Corticosteroid induced hypercorticism, secondary adrenal insufficiency, adolescent.

Introduction

Le syndrome de Cushing est une maladie rare mais sévère, causée par une exposition pathologique et prolongée de l'organisme à des glucocorticoïdes qui peut engager le pronostic vital indépendamment de sa cause (1,2).

Environ 80 % sont dépendantes de l'ACTH, 20% des cas de Cushing sont d'origine surrénalienne primaire indépendante de l'ACTH (3). La grande majorité des syndromes de Cushing se rencontre à l'occasion de corticothérapies prolongées administrées à doses supra physiologiques (4).

En l'absence de traitement, la maladie est associée à une morbidité et une mortalité élevée, principalement provoquées par des pathologies cardiovasculaires (hypertension, diabète) et des infections (1,5). Un nombre important de patients décèdent avant ou dans les 90 jours suivant le début du traitement (3).

Sa rareté et sa symptomatologie polymorphe sans symptôme principal et le chevauchement clinique avec les caractéristiques du syndrome métabolique entraînent souvent un diagnostic tardif. Généralement, cela peut prendre jusqu'à 4 ans et plus depuis le début des symptômes de la maladie jusqu'au diagnostic proprement dit (3,6). Son diagnostic reste délicat malgré les progrès de l'imagerie médicale et des tests disponibles afin de mettre en évidence l'excès de production de cortisol (4).

Il est possible de traiter l'origine causale de la plupart des complications par un traitement chirurgical ou médicamenteux adapté, après la pose d'un diagnostic ciblé et l'établissement d'une localisation précise (1). Nous rapportons à travers cette observation le cas d'un hypercorticisme cortico induit compliqué d'insuffisance surrénalienne chez une adolescente de 17 ans dont le diagnostic a été posé précocement sur le plan clinique et biologique.

Cas clinique

Adolescente de 17 ans élève résidente en milieu rural a consulté au Centre de Santé Communautaire et Universitaire (CSCoM-U) de Konobougou pour bouffissure du visage évoluant depuis 13 jours. Elle avait un antécédent de sinusite prise en charge depuis cinq ans, pour laquelle elle voyait régulièrement son médecin traitant qui prescrivait parfois de corticoïde. A la dernière visite, parmi les médicaments prescrits figurait de la Bétaméthasone 2 mg en forme comprimée qu'elle prenait 4 mg par jour. Vers le 13^{ème} jour de sa corticothérapie, elle a constaté l'apparition d'œdème à son visage. Nous tenons à signaler que l'arrêt de la corticothérapie a été fait de façon brutale. La patiente et son entourage avaient pensé à un phénomène passager, mais face à la persistance de la symptomatologie, ils nous ont consulté pour une prise en charge.

Dans ce contexte, la patiente a été examinée par un médecin de famille en premier lieu puis par un médecin interniste. L'examen a permis de confirmer la bouffissure du visage et de trouver : une humeur dépressive, une acné associée à la peau érythémateuse et luisante avec une pression artérielle à 155/100 mm Hg (figure I). Son poids actuel était à 64 kg contre un poids antérieur à 65,9 kg et sa taille à 167 cm pour un IMC à 23,63 kg/m², le reste de l'examen physique était sans particularité.

La glycémie à jeun réalisée était à 1,15g/l pour la première fois et à 1,25g/l au deuxième contrôle, l'hémoglobine glyquée à 6,90%. Le cortisol plasmatique de base à 9,39 nmol/l. La créatinine

sanguine et la clairance de la créatinine à la recherche d'une souffrance rénale sont revenues normales, une anémie légère à 11 g/dl normochrome normocytaire, une hypocalcémie à 1,63mmol/L ont été retrouvées. Les autres analyses biologiques (biochimique, hormonale) étaient normales. Dans le but de toujours explorer le rein et la surrénale, une échographie abdominale effectuée était également normale.

Face à la situation financière de la famille nous n'avons pas pu effectuer une TDM abdominale et l'IRM hypophysaire à la recherche d'éventuelles anomalies décelables. Au regard de l'ensemble des données (clinique, biologique et le déroulement de son état), nous avons ainsi retenu le diagnostic d'hypercorticisme cortico induit compliqué d'insuffisance surrénalienne. Elle a été mise sous hydrocortisone 25 mg par jour, aldactone 75 mg par jour, du calcium 1000 mg par jour, de la vitamine D3 en raison de 880 UI par jour. Un régime hygiéno-dietétique hypoglycémique a été instauré. Après quatre mois de traitement, les valeurs de la pression artérielle et de la glycémie sont revenues dans les fourchettes normales, les signes cutanés et d'infiltration avaient disparu. L'évolution était favorable, nous avons obtenu une guérison au bout de sept mois avec une cortisolémie de base à 296 nmol/l (figure 2).



Figure 2 : Disparition des signes cutanés après traitement

Discussion

Le syndrome de Cushing a une incidence de 0,2 à 5/1 000000 et une prévalence de 39 à 79/1000000 (1). La principale étiologie des hypercorticismes était iatrogène (58,3 %), la dexaméthasone étant le médicament le plus incriminé (70 %) selon Ngambou SN et al (7). Ngambou SN et al avaient également eu un sexe ratio 3/1 en faveur des femmes, les patients de son étude étaient âgés de 24 à 65 ans pour une moyenne à 44 ans au Cameroun (7). Le sexe ratio de 3F/1H a été aussi trouvé par Belkacem S et al à Alger (8). Tandis que le cas que nous rapportons était un hypercorticisme cortico induit par la bétaméthasone fait rare chez une adolescente de 17 ans.

Selon Lahlou K et al, les cas de syndrome de Cushing clinique avaient une obésité faciotronculaire à 100 % et signes cutanés 87 % des patients et comme retentissement cardiovasculaire une HTA chez 24 % des cas à Fès au Maroc (9). Les formes compliquées d'HTA à 71 % a été constaté au cours de l'étude de Belkacem S et al (8). Dans notre observation, tous ces signes existaient.

Comme retentissement métabolique un diabète secondaire a été observé chez 42 % et 51,2% des cas respectivement dans les études de Lahlou K et al à Fès au Maroc et de Affes L et al à Tunisie (9,10), c'était le cas dans notre observation qui avait développé une hyperglycémie secondaire.

L'outil de diagnostic de première ligne doit être simple et très sensible dans le diagnostic biologique d'hypercorticisme selon Faure P, pour lui les premiers



Figure 1 : Bouffissure du visage associée à la peau érythémateuse et luisante plus acné avant le traitement

tests diagnostiques reposent sur l'augmentation de la sécrétion intégrée de cortisol (11). Alors que le bilan biologique a objectivé un hypercorticisme dans 65 % des cas dans l'étude de Lahlou K et al (9). Cependant, le cas de notre observation avait un taux très bas de cortisol dans le sang. L'arrêt brutal de la corticothérapie pourrait expliquer ce résultat bas de cortisolémie signifiant également une insuffisance surrénalienne qui est une complication liée à l'arrêt brutal de la corticothérapie.

Dans notre observation, le traitement a permis une régularisation franche de la production cortisolique par hydrocortisone 25 mg. Le traitement de son hypertension artérielle a été fait avec l'aldactone 75 mg plus le régime hyposodé. Pour son hyperglycémie, elle a été corrigée par le régime hygiéno-dietétique (sans sucre). Selon Tabarin A, le traitement étiologique n'est malheureusement pas toujours réalisable (12). Tandis que pour Beaudoin M A et al, les différents traitements du syndrome de Cushing pouvaient être la chirurgie, la radiothérapie ou les médicaments agissant sur la surrénale ou sur l'hypophyse pour limiter son retentissement, pour eux le choix de l'option thérapeutique dépendait du profil du patient (13).

Sur le plan évolutif à long terme, une guérison de l'hypercorticisme a été observée dans 81,5 % selon Affes L et al (10). C'était notre cas où nous avons obtenu la guérison au bout de sept mois de traitement.

Conclusion

Le syndrome de Cushing est une maladie rare, de diagnostic et de traitement difficile et surtout quand elle apparaît à un jeune âge et compliqué d'insuffisance surrénalienne. Le recours rapide de ce cas nous a permis une prise en charge efficace. Néanmoins une attention particulière doit être accordée à la communication entre le soignant et les malades et ou les accompagnateurs sur la prise des corticoïdes notamment les modalités d'arrêt d'une corticothérapie de longue durée (>3 semaines) pour prévenir leurs effets secondaires.

*Correspondance

Mamadou Bayo Coulibaly

bayo_coul@yahoo.fr / bayo_coul@hotmail.com

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Centre Santé Communautaire et Universitaire de Konobougou (Ségou-Mali)
- 2 : Centre Santé Communautaire et Universitaire de Sanoubougou 2 (Sikasso-Mali)
- 3 : Service de médecine interne au CHU du Point G (Bamako-Mali)
- 4 : Département de médecine de famille/médecine communautaire ; FMOS (Bamako-Mali)
- 5 : Centre Santé Communautaire et Universitaire de Ségou (Koulikoro-Mali)
- 6 : Centre Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary (Koulikoro-Mali)
- 7 : Projet CLEFS (Communauté Locales d'Enseignement pour des Femmes et des Filles en Santé) (Bamako-Mali)
- 8 : Service de pédiatrie au CHU de Gabriel Touré (Bamako-Mali).

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Gassera M, Meierb C A. Le syndrome de Cushing en 2016. *swiss medical forum – forum médical suisse* 2016 ; 16(24) : 515-519.
- [2] Amal Touiti, Ghizlane El Mghari, Nawal El Ansari. Syndrome de Cushing pendant la grossesse : à propos d'un cas d'adénome surrénalien. *Pan Afr Med J* 2015 ; 21 : 81.
- [3] Braun LT, Riester A, Oßwald-Kopp A, Fazel J, Rubinstein G, Bidlingmaier M et al. Toward a Diagnostic Score in Cushing's Syndrome. *Front. Endocrinol* 2019 ; 10 : 766.
- [4] Drouin K Nahoul. Actualité des investigations biologiques pour le diagnostic du syndrome de Cushing. *Immuno-analyse & Biologie spécialisée* 2005 ; 20 : 86-91.
- [5] Graversen D, Vestergaard P, Stochholm K, Gravholt C H, Jorgensen O L. Mortality in Cushing's syndrome : A

systematic review and meta-analysis. *European journal of Internal Medicine* 2012 ; 23 ; 278-282.

- [6] Bchir N, Grira W, El Felah E, Oueslati I, Yazidi M, Chaker F et al. Caractéristiques cliniques et paracliniques de la maladie de Cushing : à propos de 12 cas. *Annales d'Endocrinologie* 2018 ; 79(4) : 329-330.
- [7] Ngambou SN, Tiwa E, Nouedoui C, Toukam M, Kamgang A. Aspects clinique, biologique et étiologique des hypercorticismes à Yaoundé (Cameroun). *Annales d'Endocrinologie* 2017 ; 78(4) : 304.
- [8] Belkacem S, Semrouni M, Mimouni S. Le profil lipidique au cours de la maladie de Cushing à propos de 100 cas. *Annales d'Endocrinologie* 2016 ; 77(4) : 330.
- [9] Lahlou K, Lahlou A, Amrani Hannoudi Z, Ajdi F. Syndrome de cushing : à propos de 26 cas. *Annales d'Endocrinologie* 2014 ; 75(5-6) : 482.
- [10] Affes L, Mnif F, Bensalah D, Ammar M, Naifer M, Charfi N et al. Syndrome de Cushing à propos de 82 cas. *Annales d'Endocrinologie* 2016 ; 77(4) : 342.
- [11] Faure P, Monneret D, Martinie M, Chabre O. Le défi du diagnostic du syndrome de Cushing. *Immuno-analyse & Biologie spécialisée* 2008 ; 23 : 63-70.
- [12] Tabarin A. Traitements médicaux du syndrome de Cushing. *MCed* 2016 ; 80 : 6-12.
- [13] Beaudoin M A, Schillo F. Les traitements du syndrome de Cushing Cushing's syndrome treatments. *Actualités Pharmaceutiques* 2019 ; 58 : 33-37.

Pour citer cet article :

MB Coulibaly, I Hassan, KB Coulibaly, MKéïta, I Goïta, D Berthé et al. Hypercorticisme cortico induit compliqué d'insuffisance surrénalienne secondaire : observation clinique chez une fille de 17 ans. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 187-191



Article original

Profil nutritionnel des patients hémodialysés chroniques dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G, Bamako, Mali

Nutritional profile of chronic haemodialysis patients in the nephrology and haemodialysis department of UHC of Point G, Bamako, Mali

SB Coulibaly*¹, M Samaké², A Atabieme³, S Sy³, M Coulibaly⁴, AS Fofana², D Maiga⁵, AM Dolo⁵, K Coulibaly¹, S Fongoro³

Résumé

Introduction : La dénutrition calorico-protidique est fréquente chez le patient insuffisant rénal chronique. Elle s'installe relativement tôt dans la maladie rénale chronique et s'améliore peu en hémodialyse. Au Mali, les données sur l'état nutritionnel des patients hémodialysés chroniques ne sont pas disponibles d'où l'intérêt de cette étude.

Objectifs : Déterminer la prévalence de la dénutrition et les caractéristiques clinico-biologiques de l'état nutritionnel des patients hémodialysés chroniques dans le service de néphrologie et hémodialyse du CHU du point G.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, monocentrique, menée du 1er Mars au 30 Avril 2015 au sein des patients hémodialysés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU point G. Etaient inclus, tous les patients hémodialysés chroniques depuis au moins six (6) mois et ayant pu réaliser un bilan nutritionnel.

Résultats : Nous avons colligé 53 patients, parmi lesquels 25 présentaient une dénutrition soit une prévalence de 47,2%. Les hommes étaient majoritaires ; 28 cas, soit 52,8% avec un sex-ratio à 1,12. L'âge

moyen était de 41 ± 13 ans avec des extrêmes de 19 et 73 ans. Trente-trois (62,3%) patients avaient une durée de vie supérieure à 36 mois (3 ans) en hémodialyse. La durée moyenne en dialyse était de $50,74 \pm 36,04$ mois avec des extrêmes de 6 à 192 mois. Une dénutrition était observée chez 17 (51,5%) patients ayant une durée de dialyse supérieure à 36 mois ($P=0,41$).

L'IMC était normal chez 34 (64,2%) patients. sa moyenne a été de $21,66 \pm 4,45$ kg/m² avec des extrêmes de 11,29 et 38,88 kg/m². Les patients ayant une albuminémie ≥ 38 g/l représentaient 28 cas, soit (52,8%). Ceux ayant une protidémie comprise entre [61 et 80 g/l] représentaient 35 cas soit 66%. L'anorexie était retrouvée chez 35,3% de nos patients, elle n'était corrélée à la dénutrition ($p=0,23$). La dénutrition était observée chez 15 (65,2%) patients ayant une cholestérolémie normale ($P=0,023$).

Conclusion : La dénutrition est fréquente chez les hémodialysés chroniques au Mali. Son dépistage et sa prise en charge précoce doit être intégré dans le processus de surveillance de ces patients afin d'améliorer leur qualité de vie et favoriser une meilleure tolérance des séances de dialyse.

Mots-clés : Profil, nutritionnel, hémodialysés, CHU Point G, Mali.

Abstract

Introduction: Caloric-protein undernutrition is common in patients with chronic renal failure. It sets in relatively early in chronic kidney disease and improves little with hemodialysis. In Mali, data on the nutritional status of chronic hemodialysis patients are not available, hence the interest of this study.

Objectives: To determine the prevalence of undernutrition and the clinical and biological characteristics of the nutritional status of chronic hemodialysis patients in the nephrology and hemodialysis department of the UHC Point G.

Materials and methods: This was a retrospective descriptive, monocentric study, conducted from March 1 to April 30, 2015 among hemodialysis patients in the nephrology and hemodialysis department of the CHU point G. Included were all patients with chronic hemodialysis for at least six (6) months and who were able to perform a nutritional assessment.

Results: We collected 53 patients, among whom 25 were undernourished, i.e. a prevalence of 47.2%. Men were in the majority; 28 cases, or 52.8% with a sex ratio of 1.12. The mean age was 41 ± 13 years with extremes of 19 and 73 years. Thirty-three (62.3%) patients had a lifespan of more than 36 months (3 years) on hemodialysis. The mean duration in dialysis was 50.74 ± 36.04 months with extremes of 6 to 192 months. Undernutrition was observed in 17 (51.5%) patients with a dialysis duration of more than 36 months ($P=0.41$).

BMI was normal in 34 (64.2%) patients. The mean BMI was 21.66 ± 4.45 kg/m² with extremes of 11.29 and 38.88 kg/m². Patients with albuminemia ≥ 38 g/l represented 28 cases (52.8%). Those with a protidemia between [61 and 80 g/l] represented 35 cases or 66%. Anorexia was found in 35.3% of our patients and was not correlated with undernutrition ($p=0.23$). Undernutrition was observed in 15 (65.2%) patients with normal cholesterol levels ($P=0.023$).

Conclusion:

Undernutrition is common among chronic hemodialysis patients in Mali. Its early detection and management must be integrated into the monitoring process of these patients in order to improve their quality of life and promote better tolerance of dialysis sessions.

Keywords: Profile, nutrition, hemodialysis, UHC of Point G, Mali.

Introduction

Selon l'OMS, la nutrition se définit comme « la science qui traite de la composition des aliments et des phénomènes biologiques par lesquels l'organisme humain tire de ceux-ci les substances nutritives dont il a besoin pour son maintien en vie, sa croissance et son développement » [1].

La dénutrition calorico-protidique est fréquente chez le patient insuffisant rénal chronique. Elle s'installe relativement tôt dans la maladie rénale chronique et s'améliore peu en hémodialyse.

Selon les critères utilisés, la dénutrition protéino-énergétique, concerne 30 à 50 % des patients hémodialysés [2]. Elle reconnaît des causes multiples, certaines étant directement liées aux anomalies métaboliques de l'insuffisance rénale (accumulation de toxines urémiques, anémie, acidose, résistance à l'action hormonale...), d'autres étant le fruit du traitement de suppléance (pertes de nutriments, hémoincompatibilité, catabolisme induit par les séances...) [3].

Au Sénégal et en Guinée Conakry, cette prévalence de la dénutrition chez les hémodialysés chroniques variant entre 41 et 43,2% selon l'outil de mesure utilisé [4] et de 43% au CHU Donka [5].

Au Maroc une étude réalisée en 2012 trouvait une prévalence de dénutrition chez les hémodialysés à 24,1 % en se basant sur l'IMC (Index de Masse Corporelle), et 50,5 % selon le taux d'albumine [6].

Une étude réalisée en France en 2010 retrouvait une malnutrition chez 20 à 70 % des patients porteurs d'une maladie rénale, selon le degré d'évolution de la

maladie rénale [6].

Le maintien d'un état nutritionnel satisfaisant doit être considéré comme un objectif primordial témoignant de l'efficacité du traitement de suppléance extra-rénale.

Au Mali, les données sur l'état nutritionnel des patients hémodialysés chroniques ne sont pas disponibles d'où l'intérêt de cette étude qui avait comme objectifs, de déterminer la prévalence de la dénutrition et les caractéristiques clinico-biologiques de l'état nutritionnel des patients hémodialysés chroniques dans le service de néphrologie et hémodialyse du CHU du point G.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, monocentrique, menée du 1er Mars au 30 Avril 2015 chez les patients hémodialysés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU point G. Etaient inclus, tous les patients hémodialysés chroniques depuis au moins six (6) mois et ayant pu réaliser un bilan nutritionnel (albuminémie, protidémie, périmètre brachial, IMC).

N'étaient pas inclus, les patients hémodialysés de moins de six (6) mois et/ou les patients dont l'anonymat des dossiers n'étaient garantis et/ou ceux n'ayant pas réalisé un bilan d'évaluation de l'état nutritionnel. Les données ont été recueillies sur des questionnaires individuels qui portaient les paramètres : - socio-démographiques : âge, sexe, profession, -antécédents médicaux et pathologies associées, - anthropométriques standard : poids, taille, périmètre brachial, périmètre abdominal, - biologiques : NFS, albumine, protidémie, CRP, taux d'hémoglobine, ferritinémie, cholestérolémie, bilan phosphocalcique, parathormone, - de dialyse : début de la dialyse, voie d'abord vasculaire, nombre de séance par semaine, durée de la séance, - déroulement de la séance : hypotensions intra-dialytiques, crampes intra-dialytiques, asthénie post-dialyse. Trois profils nutritionnels ont été définis :

- Dénutrition sévère si albuminémie ≤ 35 g/l.

- Dénutrition modérée si albuminémie entre 35,1 et 37,9 g/l.

- Absence de dénutrition si albuminémie ≥ 38 g/l.

Le traitement des données a été réalisé sur un logiciel Microsoft office 2017, la saisie et l'analyse des données sur SPSS20. Le test statistique utilisé a été le Khi2 avec comme $P \leq 0,05$ valeur de signification.

Considérations éthiques :

Afin d'assurer la confidentialité des résultats, l'anonymat des dossiers médicaux a été strictement respecté.

Limite de l'étude : les patients dont les dossiers étaient incomplets voir inexploitable par manque de moyens financiers pour effectuer les différentes explorations biologiques, ont contribué à réduire de façon significative la taille de notre échantillon.

Résultats

Nous avons colligé 53 patients, parmi lesquels 25 présentaient une dénutrition soit une prévalence de 47,2%. Les hommes étaient majoritaires ; 28 cas, soit 52,8% avec un sex-ratio à 1,12. L'âge moyen était de 41 ± 13 ans avec des extrêmes de 19 et 73 ans. La tranche d'âge [36 à 45 ans] était la plus représentée avec 28,3% (Cf. tableau 1). Trente-trois (62,3%) de nos patients avaient une durée de vie supérieure à 36 mois (3 ans) en hémodialyse. La durée moyenne en dialyse était de $50,74 \pm 36,04$ mois avec des extrêmes de 6 à 192 mois. Une dénutrition était observée chez 17 (51,5%) patients ayant une durée de dialyse supérieure à 36 mois ($P = 0,41$).

Le niveau socio-économique était moyen chez 41 patients, soit 77,3% des cas (Cf. tableau 2). L'IMC était normal chez 34 (64,2%) patients. L'IMC moyen a été de $21,66 \pm 4,45$ kg/m² avec des extrêmes de 11,29 et 38,88 kg/m² (Cf. tableau 3). Le périmètre abdominal était normal chez 47 (88,7%) de nos patients. Le périmètre brachial était augmenté chez 17 (60,72%) hommes contre 13 cas (52%) chez les femmes. Tous les patients ayant un périmètre brachial diminué étaient dénutris, sans relation statistiquement significative ($p = 0,17$). Il n'y a pas de corrélations

entre l'état nutritionnel et le sexe (P=0,91) et le niveau socio-économique (P=0,17). Les valeurs moyennes et les extrêmes des paramètres biologiques sont résumés dans le tableau 4. Une ferritinémie supérieure à 800 ng/ml était retrouvée chez 32 (60,4%) patients. Les patients ayant une albuminémie \geq 38g/l représentaient 28 cas, soit 52,8%. Ceux ayant une protidémie comprise entre [61 et 80 g/l] représentaient 35 cas, soit 66%. L'anorexie était retrouvée chez 6 (35,3%) de nos patients dénutris (p=0,23). Une hyperphosphatémie était observée chez 31 (58,5%) de nos patients.

La CRP était positive chez 42 patients, soit 79,2%. La parathormone était supérieure à 585 pg/ml chez 33 (62,3%) de nos patients.

La cholestérolémie totale normale était observée chez 23 (43,4 %) patients.

La dénutrition était observée chez 15 (65,2%) patients ayant une cholestérolémie normale, P=0,023 (Cf. tableau 5).

L'IMC était normal chez 75% des patients ayant une cholestérolémie totale diminuée, p =0,035 (Cf. Tableau 6).

L'hypotension intradialytique était observée chez 05 (41,7%) patients dénutris (P=0,66). La crampe intradialytique était observée chez 28 (52,8%) patients dénutris (P= 0,51). L'asthénie post-dialyse était observée chez 16 (45,7%) des patients dénutris (P= 0,77).

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge (année)	Effectifs	Proportion en %
16-25	8	15,1
26-35	11	20,8
36-45	15	28,3
46-55	10	18,9
56-65	8	15,1
Plus de 65	1	1,9
Total	53	100,00

Tableau II : Répartition des patients selon le niveau socio-économique.

Niveau socio-économique	Effectifs	Proportion en %
Faible	3	5,7
Moyen	41	77,3
Elevé	9	17
Total	53	100,00

Tableau III : Répartition des patients selon l'index de masse corporel (IMC).

IMC en Kg/m ²	Effectifs	Proportion en %
< 18,5	7	13,2
18,5-24,9	34	64,2
\geq 25	12	22,6
Total	53	100,00

Tableau IV : valeurs moyennes et extrêmes des paramètres biologiques.

Paramètres biologiques	Valeurs moyennes	Extrêmes	
		Inférieures	Supérieures
Taux d'hémoglobine (g/dl)	9,02 ± 1,49	6	12,8
Férritinémie (ng/ml)	1236,91 ± 1053	123,22 et	5320
Albuminémie (g/l)	37,75 ± 4,15	29	50,89
Protidémie (g/l)	67,32 ± 9,69	41	84
Hyperphosphatémie (mmol/l)	1,77 ± 0,52	0,80	2,90
CRP (mg/l)	16,78 ± 11,92	2	67
Parathormone (Pg/ml)	940,27 ± 575,95	170,20	2644
Cholestérolémie totale (mmol/l)	5,05 ± 2,17	0,80	8,50

Tableau V : Répartition en fonction du statut nutritionnel et la cholestérolémie.

Cholestérolémie	Statut nutritionnel		Total
	Dénutrition	Absence de dénutrition	
	n %	n %	n %
Diminuée	6 50	6 50	12 100
Normale	15 65,2	8 34,8	23 100
Elevée	4 22,3	14 77,8	18 100
Total	25 47,2	28 52,8	53 100

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la cholestérolémie totale et l'Index de Masse Corporelle(IMC).

Cholestérolémie totale	IMC diminué	IMC normal	IMC augmenté	Total
	n %	n %	n %	
Diminuée	1 8,3	9 75	2 16,7	12 100
Normale	7 30,4	13 56,5	3 13	23 100
Elevée	0 00	11 61,1	7 38,9	18 100
Total	8 15,1	33 62,3	12 22,6	53 100

Khi-deux : 10,33 p : 0,035 ddl = 4

Discussion

Sur un effectif de 53 patients hémodialysés chroniques depuis au moins six(6) mois, 25 présentaient une dénutrition soit une prévalence de 47,2%. Elle était sévère et modérée dans respectivement 17% et 30,2% des cas.

En 2013 à Dakar et en 2012 à Conakry, la prévalence de la dénutrition chez les dialysés chroniques était respectivement de 41% et 54,76% [4, 5].

Au CHU Hassan II de Fès au Maroc, N. Anouar

et al ont rapporté 34,7% de dénutrition chez les hémodialysés [7], ce taux était de 40,7% en Iran [8] et de 20 à 36% selon le groupe de recherche de nutrition en hémodialyse en France [3].

M.Belarbi et al retrouvaient en 2012 une prévalence de la dénutrition à 54% en se basant sur l'indice de masse corporelle (IMC) et de 30% selon le taux d'albumine [9].

La dénutrition en hémodialyse touche particulièrement les patients âgés [10]. Dans notre étude l'âge moyen était de 41 ± 13 ans avec des extrêmes de 19 et 73 ans.

L'âge moyen varie d'un pays à un autre. Ainsi, il était de $47,84 \pm 14,7$ à Dakar, 44,2 ans en Iran, 44 ans en Arabie Saoudite et de 54,1 ans au Brésil [4, 8, 11, 12]. Dans notre série, la dénutrition était plus fréquente chez les femmes (48%) que les hommes (46,5%), mais la différence n'est pas significative.

Camara M et al, retrouvaient en Guinée Conakry, une fréquence de dénutrition de 60% chez les femmes contre 52% chez les hommes [5].

Le niveau socio-économique était faible (5,7%), moyen (77,3%) et élevé (17%). Tous les patients ayant un niveau socio-économique faible, étaient dénutris, mais cette relation n'était pas statistiquement significative.

A.-P.Ondele et al ont rapporté dans leur étude une association significative entre le niveau professionnel et l'état de nutrition [4].

Chez les patients hémodialysés, un IMC < 20 kg/m² est constamment associé avec le risque de mortalité le plus élevé [10].

L'IMC était normal chez 64,2% de nos patients avec un IMC moyen à $21,66 \pm 4,45$ kg/m² et des extrêmes allant 11,29 à 38,88 kg/m². A.-P.Ondele et al ont rapporté un IMC moyen à $24,11 \pm 3,85$ kg/m² avec des extrêmes de 13,75 et 34,47 kg/m² [4] et N. Anouar et al ont rapporté un IMC moyen à 23,13 kg/m² avec des extrêmes allant de 15 à 35 kg/m² [7].

La dénutrition était observée chez 87,5% de nos patients ayant un IMC diminué ($p < 0,05$).

Plusieurs études ont rapporté une association significative entre un IMC bas et la dénutrition [4, 7, 12].

Le périmètre brachial était augmenté chez 60,72 % des hommes contre 52% des femmes.

Dans notre série, chez les deux sexes, tous les patients ayant un périmètre brachial diminué étaient dénutris. En revanche, la dénutrition était aussi observée chez 55,6% des hommes ayant un périmètre brachial normal contre 60% des femmes.

Le périmètre brachial était diminué (inférieur à 22cm) chez 7,55% des patients. Ce taux se rapproche un peu de ce rapporté par A.-P.Ondele (2,12%) mais loin de ce rapporté par ESabanni M (50%) [4, 7].

Certains auteurs ont retrouvé une corrélation entre un périmètre brachial inférieur à 22 cm et la dénutrition [7].

La dénutrition était observée chez 35,3 % des patients anorexiques. En se basant sur l'IMC, la maigreur légère a été retrouvée chez 5,7% des patients et la maigreur modérée à grave chez 7,6% des patients.

L'anorexie et la baisse des apports en calories est la première cause de dénutrition dans l'IRC [10].

M. Belarbi et al avaient rapporté 16% d'anorexie et A.-P. Ondele 24,8% [4, 9]. Ces auteurs, avaient tous rapporté une corrélation significative entre l'état de l'appétit et les paramètres de dénutrition [4, 9].

Les patients ayant un taux d'hémoglobine compris entre [7 – 10 g/dl] étaient majoritaires soit 79,2% avec un taux moyen d'hémoglobine à $9,02 \pm 1,49$ et des extrêmes de 6 et 12,8 g/dl.

Dans le service, la prise en charge de l'anémie se fait dans la plupart des cas par la transfusion, car peu de patients bénéficient d'un traitement par érythropoïétine et par fer à cause de leur coût relativement élevé. L'anémie non contrôlée est une cause de dénutrition au cours de la maladie rénale chronique surtout au stade d'hémodialyse [3]. A.-P. Ondele rapportait un taux d'hémoglobine normal chez seulement 36,87% des patients dialysés et H. Elouazzani et al ont rapporté un taux d'hémoglobine moyen à $11,2 \pm 1,2$ g/dl [4, 13].

Une ferritinémie supérieure à 800 ng/ml était observée chez 60,4% des patients avec un taux moyen de ferritinémie à $1236,91 \pm 1053$ ng/ml et des extrêmes de 123,22 et 5320 ng/ml. Cette hyperferritinémie est surtout liée à la polytransfusion que subit la majorité de ces patients pour la correction de leur anémie.

Le statut nutritionnel des patients hémodialysés est un facteur prédictif de mortalité quel que soit le degré d'inflammation [10].

La CRP était positive chez 79,2% des patients avec un taux moyen de CRP à $16,78 \pm 11,92$ mg/l et des extrêmes de 2 et 67 mg/l tandis que H. Elouazzani et al trouvaient $12,3 \pm 17,1$ mg/l comme valeur moyenne de la CRP [13].

ESabanni M et al ont trouvé une CRP positive ($>$

6mg/l) chez 97% des patients dialysés contrairement à A.-P. Ondele et al qui ne rapportaient que 17,73% [4, 7].

Le taux moyen d'albuminémie est $37,75 \pm 4,15$ g/l dans notre étude. H. Elouazzani et A.-P. Ondele rapportaient un taux moyen d'albuminémie respectivement à $38,4 \pm 4,3$ g/l et $41,7 \pm 4,82$ g/l [4, 13].

En Arabie Saoudite et au Brésil les patients dialysés chroniques ayant un taux d'albuminémie inférieur à 35g/l représentaient respectivement 66,1% et 37,4% [11, 12]. Ce taux est de 17% dans notre étude.

La cholestérolémie totale normale était observée chez 43,4 % de nos patients avec taux de cholestérolémie moyen à $5,05 \pm 2,17$ mmol/l et des extrêmes de 0,80 et 8,50mmol/l.

Camara M. et al et H. Elouazzani et al ont retrouvé des taux respectifs de $1,95 \pm 0,46$ g/L et de $1,6 \pm 0,39$ g/l [4, 13].

La cholestérolémie était diminuée chez 22,6% des patients, ce taux était de 53% et 15,60% respectivement au Maroc et au Sénégal [4, 7].

La moitié des patients dénutris avait une cholestérolémie diminuée ($p < 0,05$). A.-P. Ondele et al n'avaient pas eu de corrélation entre la cholestérolémie et l'état de dénutrition tandis qu'Azar R. et Coimbra et al avaient eu le contraire [4, 12].

La phosphatémie était normale et augmentée dans respectivement 41,5% et 58,5%. A.-P. Ondele trouvait une phosphatémie normale dans 40,84% des cas [4].

Le taux moyen de phosphatémie était de $1,77 \pm 0,52$ mmol/l avec des extrêmes de 0,80 et 2,90 mmol/l.

H. Elouazzani et al ont rapporté un taux moyen de phosphatémie à $1,5 \pm 0,53$ mmol/l [13].

L'hypophosphatémie constitue selon certains auteurs un paramètre lié significativement à la dénutrition [9, 13].

La parathormone était supérieure à 585 pg/ml chez 62,3% de nos patients avec un taux moyen de parathormone à $940,27 \pm 575,95$ pg/ml et des extrêmes de 170,20 et 2644 pg/ml.

H. Elouazzani et al ont rapporté un taux moyen de parathormone à $288,3 \pm 206,9$ pg/ml [13].

Chez les patients hémodialysés dénutris, le risque de

morbi-mortalité est plus élevé la première année de dialyse et augmente avec la durée de la dialyse [10].

Dans notre étude, la majorité des patients avaient une durée de vie supérieure à 36 mois (3 ans) en hémodialyse soit 62,3 % avec une durée moyenne en dialyse de $50,74 \pm 36,04$ mois et des extrêmes allant de 6 à 192 mois.

Cette durée moyenne en hémodialyse varie d'un pays à un autre : $86,57 \pm 31,10$ mois au Sénégal, 76,12 mois au Maroc et 132,7 mois en Arabie Saoudite [4, 7, 11, 12].

La dénutrition était observée chez 51,5% des patients ayant une durée de dialyse supérieure à 36 mois. Plusieurs études n'ont pas eu de corrélation entre l'ancienneté en dialyse et la dénutrition [4, 7], par contre Kalantar et al avaient trouvé le contraire [14].

Conclusion

La dénutrition est fréquente chez les hémodialysés chroniques du Mali, sa prévalence en 2015 sur un effectif de 53 patients hémodialysés chroniques était de 47,2%, elle était sévère et modérée dans respectivement 17% et 30,2% des cas.

Tous les patients ayant un niveau socio-économique faible étaient dénutris et la dénutrition était observée chez 87,5% des patients ayant un IMC bas. Une dénutrition était observée chez 51,5% des patients ayant une durée de vie en hémodialyse supérieure à 36 mois.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et ont lu et approuvé la version finale.

Remerciement : Nous remercions tout le personnel de l'hôpital de Mopti, de Kayes, de Sébénicoro, de Sikasso et du CHU Point G.

*Correspondance

Sah dit Baba Coulibaly
sahc@rocketmail.com

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Unité de néphrologie de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, Mali.
- 2 : Unité de néphrologie de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, Mali.
- 3 : Service de néphrologie et d'hémodialyse de Centre hospitalier universitaire du Point G. Bamako/Mali.
- 4 : Unité de néphrologie de l'hôpital Mali GAVARDO de Sébénicoro, Bamako/Mali.
- 5 : Unité de néphrologie de l'hôpital de Sikasso, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Koité N, Sankaré O, Traoré M, Bamba M. Formation à la nutrition humaine, 91 pages, page 10.
- [2] AG IKNANE A, RAKI BAH, OUATTARA F, CISSE A. et al. Eléments de base en nutrition humaine, Volume1, Edition l'harmattan, la Sahélienne, décembre 2011, 78p.
- [3] APARICIO M, CANO N, CHAUVEAU P et al. Nutritional status of hemodialysis patients: a French national cooperative study. *French Study Group for Nutrition in Dialysis. Nephrol Dial Transplant*, 1999; 14: 1679-1686.
- [4] A.-P. ONDELE, E.H.F. KA, S.-M. SECK et al. L'évaluation de l'état nutritionnel des hémodialysés de Dakar (À propos de 141 cas). *Néphrologie & Thérapeutique* 10 (2014) 291–330.
- [5] CAMARA M, KABA M, CAMARA Mo et al. L'état nutritionnel des patients hémodialysés du centre national d'hémodialyse de Donka. *Mem med ; Dakar*; 2012.
- [6] S. EN-NASRIA, Z. FOUADA, O. ABOULRHITA et al. Apport des paramètres cliniques anthropométriques et l'enquête diététique dans l'évaluation de l'état nutritionnel des hémodialysés chroniques : étude multicentrique.2012.
- [7] N. ANOUAR, M ESSABANI, A. ARIB et al. Evaluation de l'état nutritionnel de l'hémodialysé chronique. Thèse med ;FES ;N° 043 ;2011
- [8] REZA AFSHAR, SUZAN SANAVI, IZADI- KHAH A. Assessment of nutritional status in patients undergoing maintenance hemodialysis: a single center study from Iran.

Saudi J Kidney dis transplant 2007; 18(3): 397-404

- [9] M BELARBI, I. BOUAITI, R. EL FAROUKI et al. Appétit et état nutritionnel des hémodialysés chroniques (expérience d'un centre). *Néphrologie & Thérapeutique* 8 (2012) 296–337
- [10] P. DELEVAL. Nutrition artificielle et insuffisance rénale .DIU de nutrition clinique et métabolisme 2011.
- [11] ABU AL MAKAREM ZS. Nutritional status assessment of the hemodialysis in Riyadh AL Kharj Hospital. Thesis for master's degree in clinical nutrition in the department of community health science at the college of applied Medical sciences king Saud University May 2004 p134
- [12] COIMBRA DE OLIVEIRA GT, GURGEL ANDRADE EL, ACURCIO DE ASSIS et coll. Nutritional assessment of patients undergoing hemodialysis at dialysis center in Belo Horizonte, MG Brésil. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 58(2) : 240-247.
- [13] H. ELOUAZZANI, K. SIRAJEDI, M. ALADIB. Le type d'abord vasculaire influence les états inflammatoire et nutritionnel chez les hémodialysés chroniques. *Néphrologie & Thérapeutique* 8 (2012) 296–337.
- [14] KALANTAR ZADEH K., KUWAE N, WU DY, et al. Associations of body fat and its changes over time with quality of life and prospective mortality in hemodialysis patients. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 202-10.

Pour citer cet article :

SB Coulibaly, M Samaké, A Atabieme, S Sy, M Coulibaly, AS Fofana et al. Profil nutritionnel des patients hémodialysés chroniques dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G, Bamako, Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 192-199



Cas clinique

Poliomyélite paralytique associé au vaccin : à propos d'un cas

Vaccine-Associated Paralytic Poliomyelitis: case report

JBN Diouf^{*1}, M Fall², NM Sougou³, B Diop⁴

Résumé

La poliomyélite paralytique associée à la vaccination est un événement indésirable très rare associé au vaccin antipoliomyélitique oral. Nous rapportons un cas de poliomyélite paralytique associée à la vaccination chez un nourrisson de 3 mois.

Mots-clés : Poliomyélite paralytique associée à la vaccination, Dakar, Sénégal.

Abstract

Vaccine-associated paralytic poliomyelitis is a very rare adverse event associated with oral polio vaccine. We report a case of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in a 3-month-old infant.

Keywords: Vaccine-associated paralytic poliomyelitis, Dakar, Senegal.

Introduction

La poliomyélite est une maladie transmissible aiguë causée par les poliovirus sauvages appartenant au genre enterovirus. Il existe 3 sérotypes 1, 2 et 3 et la cible principale est constituée des enfants de moins de 5 ans. Dans de rares cas (environ 0,5 % des cas), les virus peuvent atteindre le système nerveux central (corne antérieure de la moelle épinière) et provoquer

des lésions irréversibles qui se traduisent sur le plan clinique par des paralysies flasques aiguës (PFA) [1]. Grâce à la vaccination, la poliomyélite devrait être la deuxième maladie éradiquée à l'échelle mondiale mais quelques rares foyers endémiques avec circulation du poliovirus sauvage persistent au Pakistan et en Afghanistan [2]. Il existe deux types de vaccins antipoliomyélitiques au niveau mondial : le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) atténué et le vaccin antipoliomyélitique injectable (VPI) inactivé. Cependant, les virus vaccinaux peuvent être à l'origine de poliomyélite paralytique associée à la vaccination (PPAV) en cas de réversion ou chez le nouveau-né et l'immunodéprimé [3]. L'incidence des PPAV a été estimée à 2 à 4 cas par million d'individus d'une cohorte de naissances et par an dans les pays utilisant le VPO [4]. La surveillance par un réseau de laboratoires capables de déterminer l'origine virale des cas de paralysie flasque aiguë est l'une des 4 stratégies recommandées par l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite [5].

Nous rapportons ici le cas d'une poliomyélite paralytique associée à la vaccination chez un nourrisson de 3 mois.

Cas clinique

Il s'agit d'un nourrisson de 7 mois de sexe féminin reçu en consultation pour inertie du membre inférieur droit. Le tableau clinique s'est installé brutalement une semaine auparavant sans contexte particulier. Ses antécédents anté et perinataux étaient sans particularité. Il était sous allaitement maternel exclusif et avait un bon développement psychomoteur. Son dernier contact avec les services de vaccination remontait à trente-huit jours avant sa consultation où il avait reçu la deuxième dose du pentavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B et infection à Haemophilus influenzae B), la deuxième dose du vaccin anti poliomyélite oral, deuxième dose du vaccin contre les diarrhées à rotavirus et deuxième dose du vaccin contre les infections à pneumocoque (PCV_13). Il n'y avait pas de notion d'infection répétées ou sévères retrouvée. Il présentait à l'examen : une paralysie flasque du membre inférieur droit avec abolition des réflexes ostéotendineux sans signe de Babinski. Il

n'y avait pas de trouble sensitif associé. Par ailleurs, l'examen des autres membres était normal. Devant ce tableau, deux échantillons de selles étaient prélevés en quarante-huit heures d'intervalle et directement acheminés au laboratoire de référence. Des examens complémentaires étaient aussi demandés.

Le bilan sanguin (NFS, sérologie rétrovirale, Electrophorèse des protides sériques, numération des lymphocytes CD4 et CD8) était normal.

L'électroneuromyogramme a mis en évidence à la neurographie un effondrement des potentiels moteurs sur les sciatiques poplitées interne et externe droits sans atteinte sensitive et à la détection des patterns neurogènes sur les muscles testés au membre inférieur droit sans potentiels de repos. (Figure 1)

L'examen virologique des selles au niveau du laboratoire de référence avait conclu à la suspicion de poliovirus et le test complémentaire en biologie moléculaire (rRT-PCR) avait révélé la présence d'un poliovirus de type 1 d'origine vaccinale.

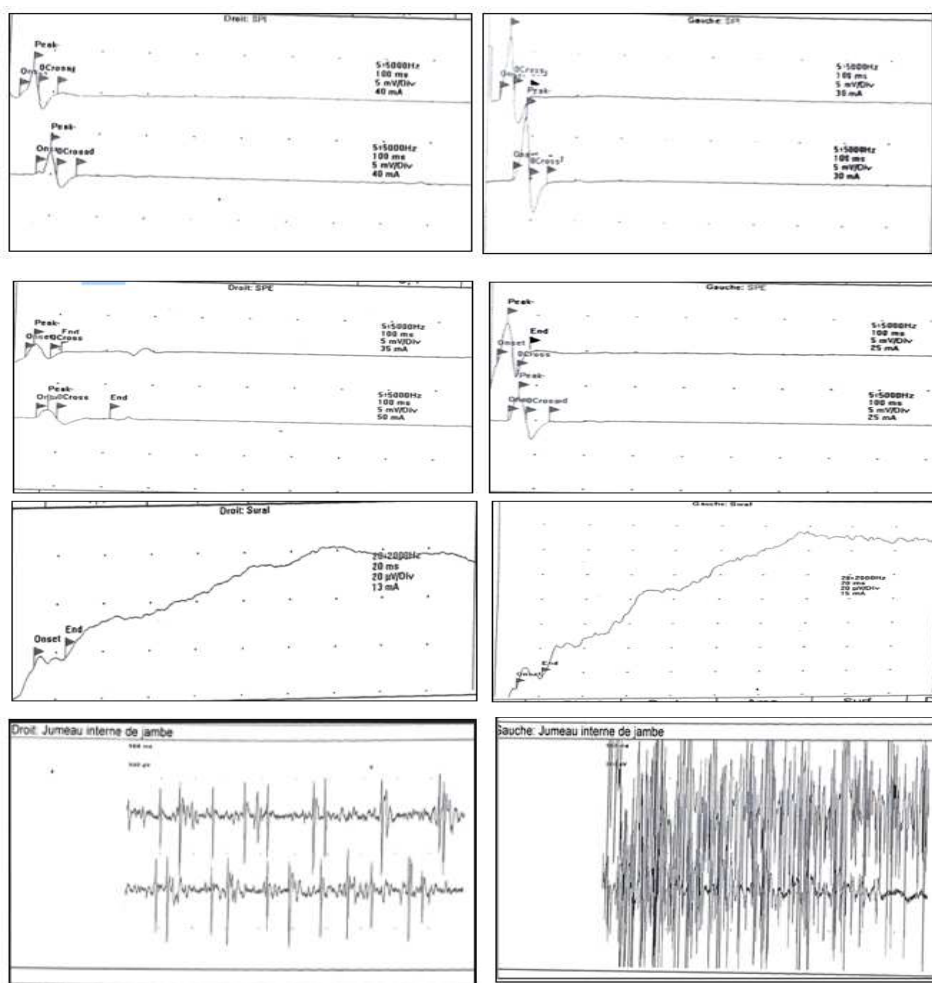


Figure 1 : Electroneuromyogramme

Discussion

La poliomyélite paralytique associée à la vaccination est un événement indésirable très rare associé au vaccin antipoliomyélitique oral. Elle peut survenir en raison d'un virus vaccinal qui a reversé vers la virulence ou du fait des caractéristiques de l'hôte (nouveau-né, immunodéprimé) [3]. Ce cas clinique est particulier par sa survenue chez un nourrisson immunocompétent. En effet l'absence des dix signaux d'alerte d'une immunodéficience primaire chez l'enfant [6] nous a orientés vers l'inexistence d'un déficit immunitaire chez notre patiente. L'apparition de la symptomatologie après la réception de la seconde dose de poliomyélite orale corrobore ce qui est décrit dans la littérature. Dans les pays en voie de développement, le risque de PPAV est plus élevé aux doses suivantes qu'à la première. Il n'y a pas de flambées épidémiques associées à la PPAV, le risque très faible de PPAV pèse sur le sujet vacciné sensible ou ses proches contacts. Le virus atténué peut paralyser l'enfant ou ses proches contacts sans se propager en causant d'autres cas de paralysie [7]. Malgré tous les acquis obtenus dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, l'objectif de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) est de garantir qu'aucun enfant ne soit plus paralysé par un poliovirus, quel qu'il soit, qu'il s'agisse d'un virus sauvage ou d'un virus dérivé d'une souche vaccinale. En 2019, la réalisation de cet objectif a fait face à un nouveau défi : une urgence croissante de santé publique due au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2). En août 2020, 323 cas d'infection par le PVDVc2 et 84 échantillons prélevés dans l'environnement et positifs à ce virus avaient été signalés par 20 pays dans le monde, principalement en Afrique, mais aussi au Pakistan, en Afghanistan et aux Philippines [2]. Chez notre patiente, le PVDVc1 a été isolé. Ceci devrait nous faire redoubler de vigilance surtout dans ce contexte de pandémie de Covid 19. La nécessité de prendre des précautions supplémentaires pour éviter la transmission de la COVID-19 a eu

des répercussions sur la couverture vaccinale et les activités de surveillance. A l'échelle mondiale, les données de surveillance de la poliomyélite indiquent une baisse de 33% de la notification des cas de PFA au cours des 9 premiers mois de 2020 par rapport à la même période en 2019 [8]. Le même constat est fait au niveau national. Selon Ndiaye toutes les prestations de service destinées aux enfants dans les pays en développement en général, au Sénégal en particulier y compris celles liées à la couverture vaccinale et à la surveillance épidémiologique ont connu un impact négatif avec la pandémie à covid 19 [9]

Conclusion

Les épisodes de poliovirus dérivé du vaccin en circulation sont rares. La constatation de ce cas suggère que des efforts supplémentaires doivent être faits par les prestataires de soins dans la surveillance et particulièrement la notification des cas de PFA.

*Correspondance

Jean Baptiste Niokhor Diouf

jeanniokhor@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Service de pédiatrie, Hôpital Roi Baudouin de Guédiawaye
- 2 : Service de Neurologie, Centre hospitalier national de Pikine, Dakar
- 3 : Département de santé publique, Institut de Santé et Développement (ISED). Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
- 4 : Ministère de la santé et de l'action sociale Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

Pour citer cet article :

JBN Diouf, M Fall, NM Sougou, B Diop. Poliomyélite paralytique associé au vaccin : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 200-203

- [1] Okwo-Bele JM, Lobanov A, Biellik RJ, Birmingham ME, et al. Overview of Poliomyelitis in the African Region and Current Regional Plan of Action. *JID*. 1997;175(Suppl 1):S10–5.
- [2] Organisation mondiale de la santé, Global Polio Eradication Initiative, Rotary International, Centers for Disease Control and Prevention, United Nations Children's Fund, Bill & Melinda Gates foundation. Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023. Éradication, intégration, certification et confinement. Genève: OMS; 2019. <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/03/French-Polio-Endgame-Strategy-Executive-Summary.pdf>
- [3] Organisation mondiale de la santé. Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipoliomyélitiques – Mars 2016. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2016;91(12):145-68.
- [4] Platt LR, Estivariz CF, Sutter RW. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis: a review of the epidemiology and estimation of the global burden. *J Infect Dis* 2014;210 Suppl 1:S380-9. <http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiu184>
- [5] Marx A, Glass JD, Sutter RW, et al. Differential Diagnosis of Acute Flaccid Paralysis and its Role in Poliomyelitis Surveillance. *Epidemiol Rev*. 2000;22(2):298–316. [PubMed] [Google Scholar]
- [6] Le Deist F. Comment explorer un déficit immunitaire ? *Arch Pediatr* 2003;10:510s-512s.
- [7] Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aide-mémoire février 2015
- [8] Zomahoun DJ, Burman AL, Snider CJ, et al. Impact of COVID-19 Pandemic on Global Poliovirus Surveillance. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021;69:1648–1652. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm695152a4external> icon
- [9] Ousmane Ndiaye et al. Impact de la pandémie à COVID-19 sur les activités du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer: étude préliminaire comparant les premiers trimestres des années 2019 et 2020. *PAMJ* - 36(162);08 Jul 2020.



Cas clinique

Rupture du Douglas post-coïtale avec éviscération vaginale à propos d'un cas à l'Hôpital de Sikasso

Ruptured post-coital Douglas-fir with vaginal evisceration in a case at Sikasso Hospital

SA Traoré*¹, M Sylla⁸, MB Coulibaly⁷, M Coulibaly¹, A Cissouma⁴, O Touré¹, A Cissé¹, E Diarra¹, M Kanté², S Traoré³, M Diassana⁷, B Traoré⁷, A Diallo⁷, M Diassana⁶, Y Traoré⁵

Résumé

Les cas de rupture du Douglas post-coïtale avec éviscérations vaginales sont rarement rapportés dans la littérature et sont une cause rare de laparotomie. Nous rapportons le cas d'une femme nullipare de 17 ans admise en urgence au service de Gynécologie pour saignement vaginal et éviscération suite à un rapport sexuel pénien-vaginal. L'éviscération vaginale est une situation d'urgence qui nécessite une intervention rapide et méticuleuse. La rupture du Douglas bien qu'elle soit rare doit être pensée chez les femmes sexuellement actives. Car un retard de diagnostic et de prise en charge peuvent entraîner des complications telles qu'une perte de sang potentiellement importante, une péritonite et une occlusion intestinale pouvant engager le pronostic vital de la femme.

Mots-clés : Post coïtal, Rupture du Douglas, Éviscération vaginale.

Abstract

Cases of postcoital Douglas-fir with vaginal evisceration are rarely reported in the literature and are a rare cause of laparotomy. We report the case of a 17-year-old nulliparous woman admitted urgently to the gynecology department for vaginal bleeding and evisceration following penile-vaginal

intercourse. Vaginal evisceration is an emergency that requires prompt and careful intervention. Rupture of the Douglas, although rare, should be considered in sexually active women. Because a delay in diagnosis and treatment can lead to complications such as: potentially significant blood loss, peritonitis and intestinal obstruction that can be life threatening to the woman.

Keywords: Post coital, Douglas-fir rupture, Vaginal evisceration.

Introduction

Des cas de rupture du Douglas post-coïtale avec éviscération vaginale ont été rapportés dans la littérature. Cependant peu de cas, lors de la prise en charge, nécessitent une laparotomie. Nous rapportons un cas de rupture de Douglas post-coïtale avec éviscération d'organe creux nécessitant une laparotomie.

Cas clinique

Une jeune adolescente nullipare de 17 ans, nouvellement mariée sans antécédents se présente au

service de Gynécologie obstétrique pour des douleurs abdomino-pelvienne et de saignement génital fait de sang rouge vif survenus après le rapport sexuel. A l'interrogatoire, on retrouve une notion de rapport sexuel pénien-vaginal, sans instrumentation à corps étranger. Devant l'apparition d'une douleur pelvienne d'emblée généralisée et l'adjonction d'un saignement vaginal franc associée à une protrusion de masse vaginale à l'effort (défécation et la miction.). Une notion de fièvre associée à des nausées importantes, des vomissements bilieux, une pré-syncope et des palpitations accompagnaient le tableau clinique. A l'examen physique, elle était stable sur le plan hémodynamique avec des muqueuses colorées, une fréquence cardiaque à 82 battements par minute et une tension artérielle de 100/60 mm/Hg. L'abdomen était souple, l'examen du périnée objective une vulve souillée de sang rouge vif et le toucher rectal a été réalisé, sans particularité, avec un tonus sphinctérien normal et sans lésion apparente. La mise en place des valves sous anesthésie générale a permis de mettre en évidence dans le vagin la présence du contenu intra-abdominal non réductible (Figure1). La patiente a été admise en urgence au bloc d'urgence du service pour laparotomie. En peropératoire, nous avons trouvé une perforation de 4 cm sur toute l'épaisseur du fornix vaginal postérieur (Figure 2). L'utérus et les annexes étaient d'apparence normale et aucune autre blessure n'a été identifiée. Les viscères extériorisés ont été réduit et nous n'avons pas objectivé des lésions anatomiques à l'inspection des intestins. Les bords de la perforation vaginale ont été débridés et le défaut a été fermé avec du vicryl 2-0.

En post-opératoire, la patiente a été mis sous antibiothérapie par voie parentérale. Les suites ont été favorables. Elle a bénéficié d'une assistance psychologique au sein de la structure par le psychologue et elle a été libérée quatre jours après l'intervention.



Figure 1 : A l'admission : a) Eviscération vaginale avec suintement sanguin ; b) saignement vulvaire persistant post-coïtal

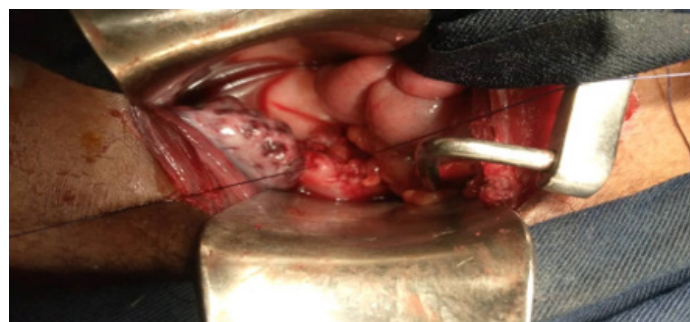


Figure 2 : Constats peropératoires : une déchirure sur toute la longueur du fornix postérieur avec un utérus intact.

Discussion

Des cas de lacération du fornix postérieur à la suite d'un rapport sexuel ont été rapportés par Fletcher H et al. [1] ; Jeng CJ, Wang LR [2] ; Sau AK et al. [3]. La majorité de ces cas n'étaient pas de pleine épaisseur et n'ont pas nécessité de laparotomie [4]. Cependant, même sans hernie franche du contenu intra-abdominal, des saignements massifs, un choc, un hémopéritoine et une péritonite sont rapportés [1-3]. Hall et al. [5] ; Tabriskey et al. [6] ; Alex Ernest et al. [7] ont rapporté des cas de perforation postérieure du fornix avec éviscération intestinale. Notre patiente a présenté une rupture du Douglas post-coïtale avec éviscération du contenu en intra-vaginal. Un traumatisme du fornix postérieur peut survenir à la suite d'une blessure directe pendant les rapports sexuels [8]. Le fornix postérieur est plus vulnérable aux blessures en raison d'une couche plus faible du fascia endopelvien [4,9-12]. Au cours du coït, le tiers inférieur de la paroi

vaginale se contracte tandis que la partie supérieure se dilate et s'allonge [13]. Cela met le fascia pelvien du fornix postérieur sous tension, ce qui prédispose aux blessures. Lors d'un rapport pénien-vaginal énergique, il y a une augmentation de la pression dans le vagin [4,9-12]. Si la blessure résultante déchire le péritoine, le contenu intra-abdominal peut hernier dans le canal vaginal. L'éviscération vaginale est une situation d'urgence qui nécessite une intervention rapide et méticuleuse. Un retard de prise en charge peut entraîner des complications telles qu'un choc, une péritonite, des obstructions intestinales et une perforation d'organe creux [14]. Les médecins doivent être vigilants surtout s'il s'agit des premiers rapports sexuels des jeunes adolescentes. Ils doivent être aussi conscients des antécédents trompeurs lorsqu'ils sont pris en présence de la famille ou des partenaires. Un retard dans la recherche de soins médicaux est courant, car les patients essaient d'éviter la stigmatisation perçue de la blessure. Le spéculum stérile et l'examen rectal sont très importants pour établir le diagnostic. La laparotomie médiane est la meilleure approche pour réparer les perforations vaginales importantes lorsqu'il y a une éviscération intestinale associée, bien que la transvaginale et la laparoscopie puissent être effectuées dans certains cas sélectionnés.

Conclusion

La rupture du Douglas doit être fortement suspectée chez les femmes ayant des antécédents de rapports sexuels récents présentant des douleurs abdominales basses et des saignements vaginaux. Un retard dans sa prise en charge pourrait entraîner des complications graves engageant le pronostic vital de la patiente.

*Correspondance

Soumaila Alama Traoré

bacoalama@yahoo.fr

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 2 : Service d'Anesthésie et de réanimation de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 3 : Service d'Urologie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 4 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 5 : Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Gabriel Touré, Mali
- 6 : Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital Fousseyeni Daou de Kayes, Mali
- 7 : Service de Chirurgie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 8 : Centre de Santé de Référence de Bougouni, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Fletcher H, Bambury I, Williams M: Post coital posterior fornix perforation with peritonitis and haemoperitoneum. *Int J Surg Case Rep* 2013, 4:153–155.
- [2] Jeng CJ, Wang LR: Vaginal laceration and haemorrhagic shock during consensual sexual intercourse. *J Sex Marital Therapy* 2007, 33:249–253.
- [3] Sau AK, Dhar KK, Dhall GI: Non obstetric lower genital tract trauma. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1993, 33:433–435.
- [4] Narkunam R, Raman S, Kulenthiran A, Sinnathuray TA: Coital injuries: A study of three cases. *Med J Malaysia* 1984, 39:78–81.
- [5] Hall DB, Phelan JP, Pruyne SC, Gallup DE: Vaginal evisceration during coitus. *A J Obstet Gynaecol* 1978, 131:115–116.
- [6] Tabriskey J, Mallin LP, Smith JA: Pneumoperitoneum after coitus. *A J Obstet Gynaecol* 1972, 40:218–220.
- [7] Alex Ernest, Mtui Emmanuel, Knapp Gregory: Post-coital posterior fornix perforation with vaginal evisceration, *BMC Women's Health* 2014, 14:141
- [8] Fallat ME, Weaver JM, Hertweck SP, Miller FB: Late follow-up and functional outcome after traumatic reproductive tract injuries in women. *Am Surg* 1998, 64:858–861.
- [9] Dickinson RL: *Atlas of Human Sex Anatomy*. Baltimore, Md: Williams & Wilkins Co; 1949:100.

- [10] Sloin MM: Treating coital injury. *Osteopath Physician* 1976, 46:75–82.
- [11] Ikedife D: Fatal coital rupture of pouch of Douglas. *Niger Med J* 1976, 6:210–211.
- [12] Diddle AW: Rupture of vaginal vault during coitus. *West J Surg* 1948, 56:414–416.
- [13] Masters WH, Johnson VF: The anatomy of vagina. In *Human Sexual Response*. 1st edition. London: J & A Churchill Ltd; 1966:68–80.
- [14] Lask S: Perforation of the posterior fornix and pouch of Douglas during coitus. *Br Med J* 1948, 1:786.

Pour citer cet article :

SA Traoré, M Sylla, MB Coulibaly, M Coulibaly, A Cissouma, O Touré et al. Rupture du Douglas post-coïtale avec éviscération vaginale à propos d'un cas à l'Hôpital de Sikasso. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 204-207



Article original

Manifestations oculaires liées à l'infection au VIH au centre de traitement ambulatoire et de prise en charge du CHU de Donka à Conakry en Guinée du 1er mars au 31 aout 2020

Eye events related to HIV infection at the outpatient treatment and care center of the Donka University Hospital in Conakry, Guinea from March 1 to August 31, 2020

MD Sovogui*^{1,2}, AK Balde^{1,3}, C Zoumanigui², JG Bilivogui², K Vonor⁴

Résumé

Introduction :

But : identifier les lésions ophtalmologiques observées au cours de l'infection à VIH/SIDA à Conakry en Guinée.

En Guinée Conakry, l'absence de données sur la question des manifestations ophtalmologiques liées au Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquis (VIH/SIDA) en vue de connaître la fréquence et la nature des complications oculaires, a motivé le choix de ce travail.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale prospective de type descriptif et analytique menée sur une période de six mois à Conakry. Elle a concerné 175 personnes vivant avec le VIH (PVVIH), suivis au Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) et de Prise en Charge de Donka, du 1er Mars - au 31 Aout 2020. L'échantillonnage était exhaustif et les considérations éthiques étaient respectées. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré préétabli en français. La première partie du questionnaire comprenait des données démographiques et était administrée lors d'un entretien avec le participant. La deuxième section a concerné les résultats de l'examen ophtalmologique

et du bilan biologique. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les lésions ophtalmologiques et le taux de CD4 ; $p < 0,05$.

Résultats : Nous avons rapporté une fréquence de 73,14% soit 128 patients. Au total, 365 lésions ophtalmologiques ont été recensées, dont 85 soit 23,29% au niveau des annexes, 146 soit 40% au niveau du segment antérieur et 134 soit 36,71% au niveau du segment postérieur. Les lésions les plus fréquentes étaient les conjonctivites infectieuses 53 cas soit 14,52%, l'uvéite antérieure 67 cas soit 18,36%, les kératites 59 cas soit 16,16%, la hyalite 36 cas soit 9,86%, les hémorragies rétiniennees 32 cas soit 8,78%, les nodules cotonneux 14 cas soit 3,84%, les vascularites/périvasculaires 12 cas soit 3,29%, la chorioretinite et l'ischémie rétinienne 11 cas chacun soit 3,01%. Le taux moyen de CD4 dans la population d'étude était de $208 \pm 143,3/\text{mm}^3$, dont 52,57% soit 92 patients avaient un taux $< 200/\text{mm}^3$ et 47,43% soit 83 patients avaient un taux $\geq 200/\text{mm}^3$. Il existait une relation entre la survenue des lésions rétiniennees à savoir les nodules cotonneux, l'hémorragie, les vascularites / périvasculaires, l'ischémie, l'œdème papillaire avec la sévérité de l'immunodépression, $\text{CD4} < 200/\text{mm}^3$ soit $p < 0,05$.

Conclusion : La prévalence des atteintes ophtalmologiques est élevée chez les PVVIH à Conakry. Elles sont d'autant plus fréquentes que le taux de CD4 est bas. Les lésions du segment antérieur sont les plus fréquentes. Toutefois, la fréquence élevée des atteintes rétinienne nous interpelle.

Mots-clés. VIH/SIDA, Manifestations oculaires, Guinée.

Abstract

Introduction:

Purpose: to identify the ophthalmological lesions observed during HIV/AIDS infection in Conakry, Guinea.

In Guinea Conakry, the lack of data on the issue of ophthalmological manifestations related to human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) in order to know the frequency and nature of ocular complications, motivated the choice of this work.

Patients and methods: This is a prospective cross-sectional study of a descriptive and analytical nature conducted over a period of six months in Conakry. It involved 175 people living with HIV (PLHIV), followed at the Ambulatory Treatment Centre (CTA) and Care center in Donka, from March 1st - to August 31st, 2020. The sampling was comprehensive and ethical considerations were respected.

The data were collected using a pre-established structured questionnaire in French. The first part of the questionnaire included demographic data and was administered during an interview with the participant. The second section concerned the results of the ophthalmological examination and the biological assessment. The parameters studied were age, sex, ophthalmologic lesions and CD4 levels; $p < 0.05$.

Conclusion: The prevalence of ophthalmological damage is high among PHA in Conakry. They are all the more frequent the lower the CD4 level. Lesions of the anterior segment are the most frequent. However, the high frequency of retinal damage challenges us.

Keywords. HIV/AIDS, Eye manifestations, Guinea.

Introduction

Avec plus de 36,7 millions de PVVIH en 2016, le VIH, responsable du SIDA est devenu un problème mondial majeur de santé publique. L'Afrique Subsaharienne demeure de loin, la région du monde la plus durement touchée avec plus de 25,6 millions de PVVIH. Elle concentre à elle seule près des deux-tiers des nouvelles infections dans le monde selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1]. Le VIH a la capacité d'affecter n'importe quel tissu de l'organisme humain. Dans l'œil et ses annexes, les lésions sont variées entraînant au cours de leur évolution un large éventail de manifestations ophtalmologiques. Dans la littérature, les plus fréquentes sont les microvasculopathies liées au VIH lui-même [2], les rétinites à cytomégalovirus, le zona ophtalmique, la toxoplasmose chorioretinienne et les localisations palpébrales de la maladie de Kaposi [2-4]. La prévalence des atteintes ophtalmiques associées au VIH dans le monde varie selon le milieu [5-10]. Toutefois, de nombreuses études soulignent une étroite relation entre la sévérité de l'immunodépression et la survenue de certaines complications oculaires [11-13]. L'un des meilleurs témoins de cette baisse de l'immunité est la chute du taux des lymphocytes T CD4 qui aurait ainsi une valeur pronostique et prédictive au cours de la maladie. En effet, 70 à 75% des lésions ophtalmiques ont été trouvées chez les patients dont le nombre de lymphocytes T CD4 était inférieur à 200/mm³ [11-13]. Cependant, l'allongement de l'espérance de vie des PVVIH grâce à la trithérapie a donné lieu à la survenue de lésions qui ne sont pas directement liées à des infections opportunistes ou au VIH lui-même [14]. En République Démocratique du Congo, Mpungu S et coll. ont rapporté une fréquence de 12.6% des manifestations oculaires au cours de l'infection à VIH avec une moyenne d'âge de 50±12ans et une prédominance masculine [15]. Au Gabon, selon Mba Aki T et coll. [16] en 2017, la prévalence des atteintes ophtalmologiques était de 15,3%. En Guinée, l'infection du VIH est de 1,7% au sein de la population générale avec des variations

par région, par sexe, par âge et par groupe cible. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes avec un sex-ratio de 0,57. De même, elle est plus élevée en milieu urbain soit 2.7% qu'en milieu rural soit 1.2% [17]. A notre connaissance, aucune étude sur les manifestations oculaires liées au VIH n'a été réalisée en Guinée, ce qui justifie cette étude dont le but était de déterminer les lésions ophtalmologiques observées au cours de l'infection à VIH/SIDA à Conakry.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale prospective de type descriptive et analytique. Cette étude a porté sur une période de 6 mois allant du 1er Mars au 31 Aout 2020. Elle a concerné les PVVIH suivis dans le CTA de Donka, disposant d'un dossier médical contenant les paramètres d'intérêts et dont le consentement éclairé a été obtenu. Etaient exclus de cette étude, tous les patients dont les dossiers médicaux étaient incomplets, les patients n'ayant pas réalisé le bilan biologique notamment le taux de CD4 et ceux dont le consentement libre et éclairé n'a pas été obtenu. Les variables étudiées étaient épidémiologiques: fréquence, âge, sexe ; cliniques lésions ophtalmologiques et bilan biologique, taux de CD4 $< 200/\text{mm}^3$ et $\geq 200/\text{mm}^3$ et $p < 0,05$. La collecte des données a été faite à partir d'un questionnaire sur une fiche d'enquête individuelle en français. Nous ont servi de sources de données le registre d'hospitalisation et les dossiers médicaux des patients. Les données ont été traitées et analysées par le logiciel Epi-info version 7.4.0 saisi à l'aide des logiciels Word et Excel du pack office 2013. Le logiciel Zotero dans sa version 5.0.96.2 a été utilisé pour les références bibliographiques. Le test de Khi-deux a été utilisé pour comparer les proportions. Le seuil de significativité α retenu était de 0,05 et il fallait que p soit inférieur à α pour qu'il y ait une relation statistiquement significative entre les variables étudiées.

Résultats

Les atteintes ophtalmologiques concernaient 73,14% soit 128 des 175 PVVIH examinées. L'âge moyen de la population d'étude était de $32,3 \pm 11,37$ ans avec les extrêmes de 7 et 52ans. L'effectif comptait 107 soit 61,14% de femmes, avec un sex-ratio de 0,64. Il y avait une relation significative entre les tranches d'âge avec $p = 0,005$ et la survenue des lésions ophtalmologiques chez les PVVIH ; par contre nous n'avions pas trouver de lien statistiquement significatif avec le sexe, $p = 0,075$. (Tableau répartition des patients selon les tranches d'âge et le sexe en fonction de la survenue des lésions ophtalmologiques). Au total, 365 lésions ophtalmologiques ont été recensées, dont 85 soit 23,29% au niveau des annexes, 146 soit 40% au niveau du segment antérieur, 134 soit 36,71% au niveau du segment postérieur. Le Tableau Lésions oculaires rencontrées, résume les différentes lésions oculaires identifiées chez nos patients. Les lésions les plus fréquentes étaient les conjonctivites infectieuses 53 cas soit 14,52%, les kératites 59 cas soit 16,16%, l'uvéite antérieure 67 cas soit 18,36% suivies de la hyalite 36 cas soit 9,86%, de l'hémorragie rétinienne 32 cas soit 8,78%, de nodules cotonneux 14 cas soit 3,84%, de vascularites/périvasculites 12 cas soit 3,29%, de la chorioretinite et de l'ischémie rétinienne 11 cas chacun soit 3,01%. Le taux moyen de CD4 était de $208 \pm 143,29/\text{mm}^3$. Dans cette population, 52,57% des patients avaient un taux inférieur à $200/\text{mm}^3$, stade SIDA. Il existait une relation entre la survenue de certaines lésions rétinienne à savoir : l'hémorragie, les nodules cotonneux, les vascularites/périvasculites, l'ischémie, l'œdème papillaire avec la baisse du taux de CD4 soit $\text{CD4} < 200/\text{mm}^3$ et $p < 0,05$.

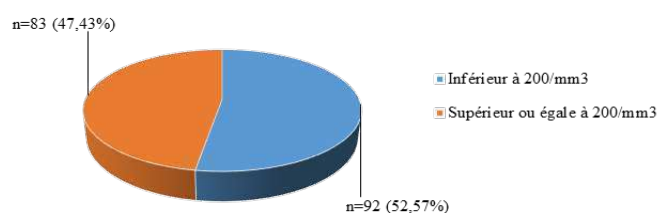


Figure 1 : Répartition des patients selon le taux de CD4

Tableau I : Tranches d'âge et sexe en fonction de la survenue des lésions ophtalmologiques.

	Lésions		Pas de lésions		P
	n	%	N	%	
Tranches d'âge(année)					0,005
7 - 20	12	6,86	8	4,57	
21 - 34	57	32,57	18	10,29	
35 - 48	49	28,00	15	8,57	
49 - 52	10	5,71	6	3,43	
Sexe					0,075
Homme	45	31,43	23	7,43	
Femme	83	52,57	24	8,57	

Tableau II : Lésions oculaires rencontrées (n=365).

Lésions ophtalmologiques	Effectif	Pourcentage
Paupières et Conjonctive		
Conjonctivite infectieuse	53	14,52
Blépharite	32	8,77
Segment antérieur		
Uvéite antérieure	67	18,36
Kératite	59	16,16
Cataracte	20	5,48
Segment postérieur		
Hyalite	36	9,86
Hémorragie rétinienne	32	8,77
Nodules cotonneux	14	3,84
Vascularites/Périvasculaires	12	3,29
Choriorétinite	11	3,01
Ischémie rétinienne	11	3,01
Œdème papillaire	10	2,74
Atrophie optique	5	1,37
Décollement de rétine	3	0,82

Tableau III : lésions rétiniennes (n=98) en fonction du taux de CD4

Anomalies rétiniennes	≥ 200/mm ³		< 200/mm ³		P
	n	%	n	%	
Hémorragie rétinienne	8	8,16	24	24,49	0,00
Nodules cotonneux	2	2,04	12	12,25	0,02
Vascularites/Périvasculaires	2	2,04	10	10,21	0,00
Ischémie rétinienne	1	1,02	10	10,21	0,03
Choriorétinite	2	2,04	9	9,18	0,08
Œdème papillaire	2	2,04	8	8,16	0,04
Atrophie optique	2	2,04	3	3,06	0,7
Décollement de rétine	1	1,02	2	2,04	0,64

Discussion

Notre étude a porté sur 350 yeux de 175 personnes infectées par le VIH/SIDA suivi dans le CTA de Donka. Nos résultats ont une représentativité remarquable par rapport aux PVVIH sur le plan national, puisque ce centre est l'un des plus grands CTA du pays. Cependant un échantillon plus grand pourrait nous permettre d'avoir une représentation plus remarquable de la population générale. La prévalence des lésions ophtalmologiques chez les PVVIH a été de 75,14% dans notre travail. Notre résultat avoisine celui d'Ayena [8] au Togo qui trouve une prévalence de 60,20% ; supérieur à ceux d'Azonobi [18] au Nigeria qui avait noté une prévalence de 14,1%, d'Amsalu [19] en Ethiopie 14,2% et d'Assavedo [20] au Benin 17,7%. Il en est de même que pour Lakhtakia [21] en Inde, Lamichhane [22] au Népal, Martin Odoom [7] au Ghana et Yusufali [3] en Tanzanie qui trouvent respectivement 32,5%, 47%, 48% et 41,9%. Les différences dans les méthodes de recrutement des participants et les inégalités à l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) dans les différentes régions du monde, pourraient expliquer l'hétérogénéité considérable de ces résultats. Dans notre série, les lésions des paupières et conjonctives étaient dominées par les conjonctivites infectieuses avec 53 cas soit 14,52%. Notre résultat corrobore avec celui de Mpungu S et coll. [15] qui rapportent une forte représentativité des conjonctivites bactériennes, 26 cas soit 28,8%. Mba Aki T et coll. [16] trouvent des résultats similaires mais à des proportions plus faibles. Kone DA [23] au Mali et Sharma M [24] en Inde, retrouvent le zona ophtalmique comme la plus fréquente des lésions annexielles dans leurs populations respectives. Les blépharites étaient notées dans 8,77%. Mba Aki T [16] au Gabon et Panda [25] en Inde trouvent la blépharite dans respectivement 5,6% et 3,28% des cas, il en est de même pour Purushottam [26] au Népal 1,2% et Bekele [12] en Ethiopie 3,2%. Cette prévalence faible des atteintes palpébrales et conjonctivales dans notre étude pourrait s'expliquer par l'introduction

de la trithérapie qui pourrait retarder l'apparition de certaines lésions comme le zona ophtalmique, la maladie de Kaposi. L'uvéite antérieure était la plus fréquente des manifestations ophtalmologiques du segment antérieur dans notre série avec 67 cas soit 18,36%. Soumendra S [27] en Tanzanie et Mwanza JC [28] au CHU de Kinshasa rapportaient des prévalences similaires, soit respectivement 12,5% et 14,3%. D'autres par contre comme Usayakhun S [29] en Chiang Mai en Thailand et Listo BN [30] au Kenya avaient observé des prévalences plus faibles. L'uvéite antérieure est l'un des premiers signes de certaines infections chroniques observées chez les PVVIH [31]. Les formes chroniques d'uvéites antérieures et récidivantes représentent les kérato-uvéites associant d'autres infections virales comme l'Herpès simplex virus (HSV) et représentent environ un tiers des uvéites antérieures chroniques/récidivantes [32,33]. La forme grave est observée dans la toxoplasmose oculaire, la tuberculose, la syphilis ou dans de rares cas de rétinites bactérienne ou fongique. Certains ARV, tels que la rifabutine et le cidofovir peuvent aussi en être responsables [4,31]. Dans notre cas, les kératites représentaient 16,16% des lésions rencontrées. Ebana Mvogo C et coll. [11] rapportaient 10,5% de kératite herpétique. Ces infections sont particulièrement graves en terrain immunodéprimé et peuvent entraîner la cécité [34]. Les uvéites étaient pourvoyeuses de cataractes chez vingt des PVVIH dans notre étude soit 5,48% de l'ensemble des lésions rencontrées. Ce type de cataracte était présent chez des PVVIH en Tanzanie [3] soit 4,2%, au Gabon [16] soit 8% et en Inde [35] soit 1,9%. La prise en charge chirurgicale de cette cataracte est complexe et émaillée de complications compromettant souvent la récupération visuelle [36]. La hyalite est en tête des affections oculaires du segment postérieur de notre série, 36 cas soit 9,86 de l'ensemble des lésions en général. Mba Aki T [16] au Gabon retrouve une proportion inférieure à la nôtre soit 0,5%. Ce résultat s'expliquerait par le retard de l'instauration du traitement spécifique de la maladie. Les atteintes rétinienues représentaient 98 cas des lésions soit

26, 85% ; Makita C [37] à Brazzaville confirme cela en rapportant 21,95% d'atteinte rétinienne. Les hémorragies rétiniennes occupaient le premier rang des atteintes rétiniennes 8,72%, ce qui est contraire chez Makita C [37] et Mba Aki T [16]. Les nodules cotonneux représentaient 3,84% des lésions alors que Makita C [37] a trouvé 9,76%; Mpungu S [15] de son côté retrouve 3,3%. Les Vasculaires/Périvasculaires venaient en troisième rang des atteintes rétiniennes dans notre étude avec 3,29% ; comparable à celui de Mpungu S [15] qui retrouvait 3,3%. La Chorioretinite et l'ischémie rétinienne suivaient avec 3,01% chacun. Mba Aki T [16] rapporte 30 cas soit 14,1% de Chorioretinite contrairement, Makita C [37] retrouve 4 cas soit 4,88%. Quant à l'ischémie rétinienne, elle est de fréquence relativement faible dans le cadre de l'infection à VIH. Elle est secondaire à l'occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) dont l'une des étiologies rares est le SIDA [38]. L'œdème papillaire était retrouvé dans 2,74% des cas inférieur à celui de Mpungu S [15] qui retrouve 7,7% des cas. L'atrophie optique et le décollement de rétine sont les lésions les moins fréquentes des lésions rétiniennes de notre série avec respectivement 1,37% et 0,82%. Ces résultats sont comparables à ceux de Mba Aki T [16] au Gabon qui a rapporté 1,3% de cas d'atrophie optique et 0,5% de décollement de rétine. Cette hétérogénéité de ces résultats pourrait s'expliquer par les inégalités à l'accès aux ARV des différentes régions du monde. Le taux moyen de CD4 dans la population d'étude était de $208 \pm 143,29/\text{mm}^3$. Il existait un lien statistiquement significatif entre la survenue de certaines lésions rétiniennes à savoir : l'hémorragie, les nodules cotonneux, les vasculaires/périvasculaires, l'ischémie, l'œdème papillaire avec la baisse du taux de CD4 définissant la sévérité de l'immunodépression soit taux de CD4 $< 200/\text{mm}^3$ et $p < 0,05$ (Tableau lésions rétiniennes en fonction du taux de CD4). Nos résultats corroborent avec ceux d'Ebana Mvogo C et coll.[11] au Cameroun . Cela s'explique par le fait que plus le taux de CD4 est bas plus la maladie progresse vers le stade SIDA [39] qui est l'ensemble de symptômes consécutifs

à la destruction du système immunitaire [40] en occurrence les infections opportunistes et l'atteinte multiviscérale.

Conclusion

La prévalence des atteintes ophtalmologiques est élevée chez les PVVIH à Conakry. Elles sont d'autant plus fréquentes que le taux de CD4 est bas. Les lésions du segment antérieur sont les plus fréquentes. Plusieurs lésions ophtalmologiques ont été identifiées comme traditionnellement décrites dans la littérature, représentées en majorité par les affections opportunistes intéressant toutes les structures de l'œil. Toutefois, la fréquence élevée des atteintes rétiniennes nous interpelle et il serait très bénéfique d'entreprendre d'autres études avec un échantillon plus élevé pouvant nous permettre de décrire plus de lésions oculaires liées au VIH/SIDA.

*Correspondance

Maxime Dantouma Sovogui

maximesovo79@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de l'université Gamal Abdel Nasser de Conakry ;
- 2 : Clinique Ophtalmologique Bartimée de Conakry, Guinée.
- 3 : Centre Hospitalo-Universitaire Donka à Conakry en Guinée.
- 4 : Centre Hospitalier régional de KARA au Togo

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] ONUSIDA. Fiche d'information. Journée mondiale de lutte contre le sida 2017. 2030 Mettre fin à l'épidémie de SIDA.
- [2] Govender P, Hansraj R, Naidoo KS, Visser L. Ocular

- manifestations of HIV/AIDS : literature review (Part 1). The South African optometrist 2010; 69 (4): 193-9.
- [3] Yusufali ME, Mafwiri MM, Sanyiwa N, Kisimbi SS, Muhina C, Sirili N. Ocular manifestations among HIV/AIDS patients; a case of Muhimbili National Hospital, Tanzania. Journal of Ophthalmology of Eastern Central and Southern Africa 2015; 82-7.
- [4] Govender P, Hansraj R, Naidoo KS and Visser L. Ocular manifestations for HIV/AIDS: literature review (Part 2). The South African optometrist 2011; 70(2): 81-8.
- [5] Pathai S, Gilbert C, Weiss HA, McNally M, Lawn SD. Differing spectrum of HIV-associated ophthalmic disease among patients starting antiretroviral therapy in India and South Africa. Tropical Medicine and international Health 2011; 16 (3): 356-9.
- [6] Azonobi R, Udoye E, Tebepah T, Opubiri Ibeinm R. Ocular manifestation of HIV/AIDS infection among patients receiving highly active Antiretroviral therapy (HAART) in a tertiary eye care center. Journal of AIDS and HIV Research 2013; 5(9): 322-7.
- [7] Martin-Odoom A, Bonney EY, Opoku KD. Ocular complications in HIV positive patients on antiretroviral therapy in Ghana. BMC Ophthalmology 2016; 16:134.
- [8] Ayena KD, Amedome KM, Agbo ARD, Kpetessou_Ayivon AL, Dzidzinyo BK, Djagnikpo PA, Banla M, Balo KP. Atteintes oculaires chez les personnes vivant avec le VIH/sida sous trithérapie au Togo. Med Trop 2010; 70: 137- 40.
- [9] Lakhtakia S, Tiwari A, Patil G, Jain S. Ocular Manifestations in HIV Patients on HAART. National Journal of Medical and Dental Research 2015; 3(3): 143-8.
- [10] Ghule P, Gokhale S. Study of Ophthalmic manifestations of HIV and Review of literature. International Journal of scientific research 2016; 5(3): 96-7.
- [11] Ebana Mvogo C, Ellong A, Bella AL, Luma H, Achu Joko H. Ocular complications of HIV/AIDS in Cameroon: Is there is any correlation with the level of CD4 lymphocyte. Bull Soc Belge Ophthalmol 2007; 305: 7-12.
- [12] Bekele S, Gelaw Y, Tessema F. Ocular manifestation of HIV/AIDS and correlation CD4+ cell count among adult VIH/AIDS patients in Jimma town Ethiopia: a cross sectional study. BMC Ophthalmology 2013; 13:20.
- [13] Sarvepalli AK, Dharana PK. Spectrum of opportunistic infections with correlation to CD4 counts in newly diagnosed HIV seropositive cases International Journal of Advances in Medicine. Int J Adv Med 2017; 4(1):252-8.
- [14] Louie AK, Jones HN. Case report: retinal toxicity secondary to retonavir. Optom Vis Sci 2019; 96(5):376-81.
- [15] Mpungu S, Kasamba E, Kabuyaya J, Bapu R, Mwilambwe P, Ilunga Met coll. Sujet: les manifestations oculaires au cours de l'infection VIH/ SIDA au centre d'excellence de Lubumbashi Etude épidémiologique et clinique. IOSR-JDMS. November. 2020. 19(11), 47-53.
- [16] Mba Aki T, Assoumou PA, Anyunzoghe E2, Mistoul I3, Vouma M1, Mekyna S. Profil des lésions ophtalmologiques au cours de l'infection à VIH/SIDA à Libreville. Health Sci. Dis. November 2019 ; 20 (6) : 1.
- [17] Secrétariat Exécutif du Comité Nationale de lutte contre le Sida, Rapport final « Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2013-2017 », P23, Novembre 2013.
- [18] Azonobi IR, Tebepah T. Visual Status and Causes of Low Vision and Blindness among HIV/AIDS Patients in Yenagoa, Bayelsa State, Nigeria. J AIDS Clin Res 2013; 4:4.
- [19] Amsalu A, Desta K, Nigussie D, Delelegne D. Ocular manifestation and their associated factors among HIV/AIDS patients receiving highly active antiretroviral therapy in Southern Ethiopia. Int J Ophthalmol 2017; 10 (5):776-781.
- [20] Assavedo R, Tchabi S, Boni S, Gonnou N, Doutetien C. Rev Med et de Pharm 2012; 2(1):121-127.
- [21] Manifestations in HIV Patients on HAART. National Journal of Medical and Dental Research 2015; 3(3): 143-8.
- [22] Lamichhane G. Ocular manifestations in HIV/AIDS. Nep J Oph 2010; 2(3):45-50. n.d.
- [23] Kone DA, Dembele A, Coulibaly M Ophthalmologic manifestations of human immunodeficiency virus /aids in Mali: is there an interrelation with the CD4 count? JPCS 2011; 2:9-12.
- [24] Sharma M, Chauhan A, Sharma G, Chauhan V. Ocular manifestations in patients attending antiretroviral therapy centre at a tertiary care hospital in Himachal Pradesh, India. Indian J Med Res 2018; 147:496.
- [25] Panda P, Kumar S, Kumar S, Sadangi BK, Dash S, Panda S et al. Study of the Incidence and Various Ocular Manifestations in HIV Positive Cases. Sch. J. App. Med. Sci 2017; 5(8D):3297-3303.

- [26] Purushottam J, Thakur AK., Choudhary M, Sharma S et al. Ocular Manifestations in HIV Positive and AIDS Patients in Nepal. *International Journal of Clinical Medicine* 2012; 3(1): 14-21.
- [27] Soumendra S. HIV and AIDS-related Ocular Manifestations in Tanzanian Patients *Malaysian. J Med Sci* 2010; 17(1): 12-16.
- [28] Mwanza JC, Kayembe DL. Uveitis in HIV-infected patients. *European Journal of Ophthalmology* 2001; 11 (1): 53-6.
- [29] Usayakhun S, Watananikorn S, Ittipunkul N, Chaidaroon W. Epidemiology of the Ocular Complications of HIV Infection in Chiang Mai. *J Med Assoc Thai* 2003; 86 (5): 399- 406.
- [30] Listo BN, Kollmann KHM, Kimani K, Owino C. Ocular manifestations of HIV/AIDS at Moi Teaching and Referral Hospital. *East African Journal of Ophthalmology* 2009; 15(1): 27-34.
- [31] Charu J, Malik VK, Malik KPS, Kirti J, Sanjeev K, Sandeep K. Review article ocular manifestations of aids. *Journal of Advance Researches in Biological Sciences* 2013; 5 (4): 429-435.
- [32] Devilliers M-J, Ben Hadj Salah W, Barreau E, Da Cunha E, M'Garrech M, Bénichou J, et al. Atteintes ophtalmologiques des infections virales. *Rev Med Interne* 2020.
- [33] Bodaghi B, Cassoux N, Wechsler B, Hannouche D, Fardeau C, Papo T, et al. Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. *Medicine (Baltimore)* 2001; 80:263–70.
- [34] LEWALLEN S. Herpes Zoster ophthalmicus in Malawi. *Ophthalmology* 1994; 101: 1801-4.
- [35] Ushalatha B, Bhavani MV. Ocular Manifestations in HIV/AIDS. *IOSR - Journal of Dental and Medical Sciences* 2016; 15 (4): 27-35.
- [36] Llop SM, Papaliodis GN. Cataract Surgery Complications in Uveitis Patients: A Review Article. *Semin Ophthalmol.* 2018 ; 33 (1) :64-69.
- [37] Makita C. Les complications oculaires au cours de l'infection par le VIH/SIDA à Brazzaville. *Ann Sci Santé* 2016 ;15.
- [38] Glacet-BERNARD A, Soubrane G, Coscas G. Bilan et traitement de l'occlusion de la veine centrale de la rétine. *M ISE AU POINT* 2001 :5.
- [39] N'guessan K, Koné YB, Yéboah OR, Goran-Kouacou AP, Dassé SR. Evaluation externe de la qualité de la numération des lymphocytes T-CD4 au laboratoire d'immunologie et hématologie du CHU de Cocody. *Pan Afr Med J* 2018 ;30.
- [40] Nsiangani N L, Kaimbo Wa Kaimbo D, Kapepela M K. Les manifestations oculaires chez l'enfant vivant avec le VIH/SIDA à Kinshasa. *Bull. Soc. Belge Ophtalmol* 2013, 322 : 117-124..

Pour citer cet article :

MD Sovogui, AK Balde, C Zoumanigui, JG Bilivogui, K Vonor. Manifestations oculaires liées à l'infection au VIH au centre de traitement ambulatoire et de prise en charge du CHU de Donka à Conakry en Guinée du 1er mars au 31 aout 2020. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 208-215



Article original

Apport du scanner cérébral dans le diagnostic étiologique du syndrome d'hypertension intracrânienne au Centre de Diagnostic de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de Conakry

Brain CT contribution in the etiological diagnosis of intracranial hypertension syndrom at the radiology unit of the diagnosis center of the national social security fund in Conakry

AA Baldé*^{1,2,3}, OA Bah^{2,3,4}, IS Souaré⁵, TS Diallo³, M Diallo¹, H Challoub³, MO Bah¹

Résumé

Objectif : étudier l'apport du scanner cérébral dans le diagnostic étiologique du syndrome d'hypertension intracrânienne.

Méthodologie : L'étude s'est déroulée au service d'imagerie médicale du centre de diagnostic de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) de Conakry. Il s'agissait d'une étude prospective transversale d'une durée de six (06) mois allant du 11 décembre 2017 au 11 juin 2018. Etaient concernés par l'étude, tous les patients admis dans le centre pour un scanner cérébral et présentant au moins deux (2) signes cliniques et/ou scanographiques du syndrome d'hypertension intracrânienne. Le scanner utilisé était de marque Toshiba Alexion 16 barrettes Advanced version 2016.

Résultats : 440 cas ont répondu à nos critères d'inclusion. Nous avons noté une prédominance masculine (51,36%) avec un sex ratio de 1,05. L'âge moyen était de $39,99 \pm 21,50$ ans avec des extrêmes de 03 jours et 97 ans. Les céphalées ont constitué le principal signe clinique avec 79,55%. Le scanner cérébral a déterminé 6 entités pathologiques : les AVC (27,95%), les lésions traumatiques (17,95%), les hydrocéphalies (8,18%), les tumeurs cérébrales

(6,14%), les lésions infectieuses (2,95%) et les lésions malformatives (0,68%). Le scanner était normal chez 27,05% de nos patients. Le syndrome de masse (48,86%) était le signe scanographique le plus observé suivi du syndrome de dilatation ventriculaire (8,18%).

Conclusion : la TDM permet de confirmer l'HTIC et d'en déterminer la cause. Néanmoins, la clinique doit guider ses indications pour une bonne justification d'examen.

Mots-clés : HTIC, scanner cérébral, lésions cérébrales.

Abstract

Objective: To study the contribution of the brain scan in the etiological diagnosis of intracranial hypertension syndrome.

Methodology: The study took place at the radiology unit of the diagnostic center of the national social security fund (CNSS) in Conakry. This was a prospective cross-sectional study lasting six (06) months from December 11, 2017 to June 11, 2018. Were concerned by the study, all patients admitted to the center for a brain scan and presenting at least two (2) clinical and / or CT signs of intracranial hypertension syndrome. The scanner used was brand:

Toshiba alexion 16 strips Advanced version 2016. Results: 440 cases met our inclusion criteria. We noted a male predominance (51.36%) with a sex ratio of 1.05. The mean age was 39.99 ± 21.50 years with extremes of 03 days and 97 years. Headache with 79.55% was the main clinical sign. The brain scan determined 6 pathological entities: stroke (27.95%), traumatic lesions (17.95%), hydrocephalus (8.18%), brain tumors (6.14%), infectious lesions (2.95%) and malformative lesions (0.68%). The CT scan was normal in 27.05% of our patients. Mass syndrome (48.86%) was the most observed CT sign followed by ventricular dilation syndrome (8.18%).

Conclusion: CT can confirm HTIC and determine the cause. Nevertheless, the clinic must guide its indications for a good examination justification.

Keywords: HTIC, brain scan, brain damage.

Introduction

L'hypertension intracrânienne (HTIC) est définie par l'existence d'une pression intracrânienne (PIC) supérieure à 15 mmHg de façon durable [1]. Son apparition résulte de l'inflation d'au moins un des trois secteurs intracrâniens (parenchyme cérébral, volume sanguin cérébral, liquide cébrospinal) non ou mal compensée par les mécanismes tampons [1,2]. Les étiologies des HTIC sont multiples et variées [1]. Son tableau clinique est dominé essentiellement par des céphalées rebelles aux antalgiques, des vomissements en jet et des troubles visuels (œdème papillaire, diplopie) [1,3]. La pression intracrânienne de référence est mesurée dans le LCS. Toutefois, elle n'est plus nécessaire au diagnostic lorsqu'il existe des signes cliniques ou scanographiques évidents [4,5]. En effet, l'introduction des techniques d'imagerie médicale et surtout de la tomodensitométrie cérébrale a facilité la démarche étiologique [6]. Cependant, de nombreuses publications soulignent les limites de la TDM cérébrale pour le dépistage d'une HTIC du fait qu'elle peut exister même en cas de scanner jugé normal [3,4].

En Guinée, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature médicale ressentie, un sujet traitant sur les étiologies d'un syndrome d'hypertension intracrânienne.

Ainsi, ce travail a été entrepris avec pour objectif général d'étudier l'apport du scanner cérébral dans le diagnostic étiologique du syndrome d'hypertension intracrânienne. Et de façon spécifique, de décrire le profil épidémiologique des patients présentant ce syndrome.

Méthodologie

L'étude s'est déroulée au service d'imagerie médicale de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) doté d'équipements d'imagerie modernes. Il s'est agi d'une étude prospective, descriptive d'une durée de six (06) mois allant du 11 décembre 2017 au 11 juin 2018. Elle a concerné tous les patients admis dans le service pour un scanner cérébral et qui présentait au moins deux (2) signes cliniques du syndrome d'hypertension intracrânienne.

Tous les examens ont été interprétés par un médecin radiologue. Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les manifestations cliniques, et les résultats de l'examen scanographique.

Pour la réalisation des examens scanographiques, nous avons utilisé un scanner de marque Toshiba Alexion 16 barrettes Advanced de l'année 2016.

Les examens ont été réalisés sans ou avec injection de contraste selon les cas. Les examens qui ont nécessité d'une injection de produit de contraste ont été réalisés après une évaluation de la clairance de la créatinine et un interrogatoire du patient et/ou de son entourage sur une notion d'allergie à l'iode. L'iomeron 400 a été le produit de contraste utilisé. Tous les examens injectés ont été précédés par une acquisition sans injection de produit de contraste.

Pour ce qui concerne les traumatismes, un délai minimal de 4 h a été respecté entre la survenue du traumatisme et la réalisation du scanner.

La technique a comporté des acquisitions spiralées selon un plan orbito-méatal avec un volume

d'exploration allant du vertex aux quatre (4) premières vertèbres cervicales puis des reconstructions multi planaires : coronale, sagittale et du rendu volumique pour les traumatismes. L'analyse a été faite en fenêtre parenchymateuse pour l'étude du contenu de la boîte crânienne et en fenêtre osseuse pour l'étude des structures osseuses.

Résultats

Fréquence : Durant la période d'étude, 2209 scanners cérébraux ont été réalisés, parmi lesquels, 440 répondaient à nos critères d'inclusion soit une fréquence de 19,92 %.

Sexe : Le sexe masculin prédominait 226 patients hommes (51,36%) pour 214 femmes (48,64%) soit un sexe ration de homme /femme de 1.05.

Répartition en fonction de l'âge :

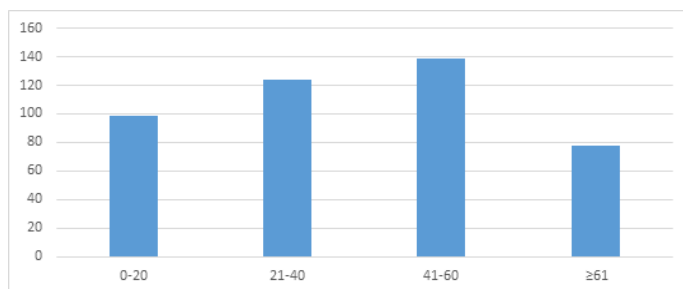


Figure 1 : nombre de cas par tranches d'âge

Signes cliniques de l'hypertension intra crânienne

Le signe clinique le plus fréquent était la céphalée chez 350 patients (79,55%) suivi des troubles visuels chez 143 patients (32,50%) et les vomissements en jet chez 106 (24,06%). D'autres signes ont également été retrouvés comme la convulsion chez 48 patients (10,91%), l'augmentation du périmètre crânien chez 17 patients (3,86%) et le bombement des fontanelles chez 15 patients (3,41%).

Résultats des examens scanographiques

Dans cette série chez 321 patients 72,95%, le scanner cérébral a permis de retrouver une lésion étiologique de l'hypertension intra crânienne contre chez 119 patients soit 27,05% qui présentaient des examens normaux.

Tableau I : répartition en fonction des Signes scanographiques du syndrome d'hypertension intra crânienne (HTIC)

Signes scanographiques HTIC	Fréquence	%
Syndrome de masse	215	48,86
Dilatation ventriculaire	36	08,18
Aplatissement du système ventriculaire	31	7,04
Dilatation des gaines des nerfs optiques	7	01,59
Dilatation des citernes	4	0,91
Aplatissement des citernes	3	0,68

Tableau II : répartition selon la nature des lésions étiologiques de l'hypertension intracrânienne (HTIC).

Nature des lésions	Pourcentage (%)
Lésions vasculaires non traumatiques (Total=123)	
AVC ischémique	56 (45,53)
AVC hémorragique	44 (35,77)
Hémorragie sous arachnoïdienne	23 (18,70)
Traumatismes cranio-encéphaliques (Total=79)	
Contusions œdémato-hémorragiques	39(41,05)
Hématome sous dural	20(21,05)
Hémorragie sous arachnoïdienne	17(17,89)
Hématome extra dural	11(11,57)
Hématome intra parenchymateux	8(08,42)
Hydrocéphalie (Total=36)	
Hydrocéphalie tétra-ventriculaire	21(58,33)
Hydrocéphalie tri-ventriculaire	15(41,67)
Lésions tumorales (Total=27)	
Méningiome	14(51,86)
Tumeur gliale	5(18,52)
Médulloblastome	3(11,11)
Adénome hypophysaire	2(07,41)
Epandimome	1(03,70)
Craniopharyngiome	1(03,70)
Kyste arachnoïdien	1(03,70)
Lésions infectieuses (Total=13)	
Abcès cérébraux	7(53,85)
Encéphalite	3(23,08)
Méningo-encéphalite	2(15,38)
Empyème	1(07,69)
Lésions malformatives (Total=3)	
Dandy Walker vrai	2(66,67)
Dandy Walker variant	1(33,33)
Lésions indéterminées (Total=40)	

Tableau III : répartition des patients selon l'âge et la nature des lésions

	Hydrocéphalie	Infectieuse	Traumatique	Tumorale	Vasculaire
0 – 20 ans	26 (72,22%)	8 (61,54%)	31 (39,24%)	7 (25,93%)	1 (0,81%)
21 – 40 ans	02 (5,56%)	2 (15,38%)	25 (31,65%)	10 (37,04%)	14 (11,38%)
41 – 60 ans	05 (13,89%)	2 (15,38%)	14 (17,72%)	4 (14,81%)	66 (53,66%)
≥ 61 ans	03 (8,33%)	1 (7,69%)	9 (11,39%)	6 (22,22%)	42 (34,15%)
Total	36 (100%)	13 (100%)	79 (100%)	27(100%)	123(100%)

Tableau IV : répartition des patients selon le sexe et la nature des lésions

	Hydrocéphalie	Infectieuse	Traumatique	Tumorale	Vasculaire
M	15 (41,67%)	8 (61,54%)	61 (77,22%)	12 (44,44%)	68 (55,28%)
F	21 (58,33)	5 (38,46%)	18 (22,78%)	15 (55,56%)	55 (44,72%)
Total	36 (100%)	13 (100%)	79 (100%)	27 (100%)	123 (100%)

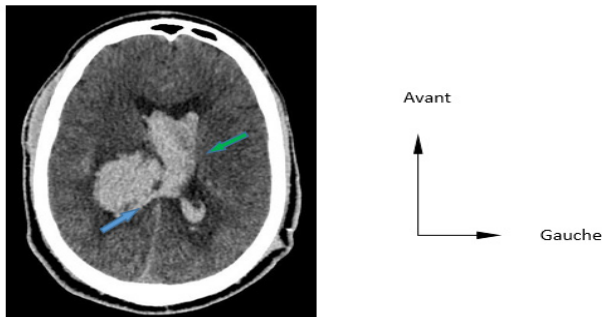


Figure 2 : Coupe axiale d'une TDM cérébrale en contraste spontané, montrant un hématorne (hyperdensité) intra parenchymateux capsulo-thalamo-lenticulaire droit (flèche bleue) responsable d'une inondation ventriculaire (flèche verte).

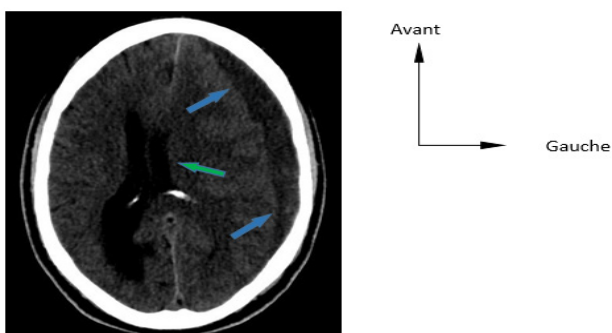


Figure 3 : Coupe axiale d'une TDM cérébrale en contraste spontané montrant une collection liquidienne hypodense extra-cérébrale fronto-pariéto-temporale gauche en forme de croissant (flèches bleues) compatible à un hématorne sous-durale chronique exerçant un effet de masse sur le ventricule homolatéral (flèche verte) avec dilatation compensatrice du ventricule controlatéral et déviation de la structure falciforme à droite.

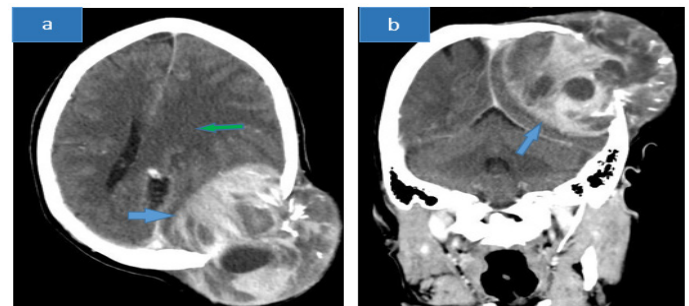


Figure 4 : Coupe axiale (a) d'une TDM cérébrale après injection de PDC, avec reconstruction coronale (b) montrant une volumineuse formation tumorale extra-axiale pariéto-occipitale gauche rehaussée (flèche bleue) ; responsable d'une lyse osseuse pariétale et occipitale gauche, d'un effet de masse sur le ventricule latéral gauche (flèche verte) et d'un engagement sous-falciforme ; → Méningiome agressif probable.

Discussion

Durant une période de 6 mois, nous avons enregistré 440 patients pour lesquels un diagnostic de syndrome d'hypertension intra-crânienne a été retenu sur la base des arguments cliniques et scannographiques pour un total de 2209 scanners cérébraux réalisés, soit une fréquence de 19,92 %. C'est un syndrome fréquent dans nos milieux. Cette fréquence augmente avec l'âge des patients pour atteindre un pic entre 41 et 60 ans (31,59%). Dans notre série, l'âge moyen des patients était de 39,99 ans avec des extrêmes de 3 jours et 97 ans. L'augmentation de la fréquence avec l'âge

s'expliquerait par le risque élevé des pathologies en cause en fonction de l'âge. Par contre nous avons noté une tendance à la baisse chez les patients du 3e âge ceci est du fait que les étiologies traumatiques ont été incluses dans l'étude pendant que nous enregistrons de moins en moins de traumatisme crânien grave à cette période de la vie due à la réduction des activités. Les patients de sexe masculin ont légèrement dominé dans cette étude 51% contre 49 % soit un sexe ratio de 1,05. Cette dominance masculine s'expliquerait par le fait que toutes les causes d'hypertension intracrânienne ont été incluses dans l'étude notamment les traumatismes. Par contre, il est décrit dans la littérature que l'hypertension intracrânienne idiopathique, affecte surtout les jeunes femmes obèses [7]. Et le ratio femme/homme est de 8/1 avec un âge moyen de diagnostic de 30 ans [8].

Les céphalées ont dominé les manifestations cliniques chez 79,55% des patients. Les déficits moteurs, les troubles visuels et les vomissements en jet n'étaient pas en reste avec 38,41% ; 33,86% et 32,50%. Dans la littérature, le tableau clinique du syndrome d'HTIC est défini comme étant l'association de céphalées, vomissements en jet et troubles visuels ; se manifeste souvent de façon atypique, soit par des signes propres à l'étiologie ou des signes peu sensibles [1,3]. Dans une moindre mesure, nous avons noté la fièvre chez 13 de nos patients soit 2,95%, qui présentaient tous un syndrome infectieux à la biologique. Ceci nous a permis d'ailleurs d'évoquer la nature infectieuse des lésions que présentaient ces patients.

Le scanner a permis, dans 72,95% des cas, de retrouver la cause de l'HTIC, tout en précisant le siège, la taille, la nature de la lésion tissulaire ou liquidienne ainsi que les complications associées. Dans les autres cas (27,05%) aucune lésion n'a été retrouvée à l'examen scanographique. Nous comprenons ainsi que la réalisation d'une TDM cérébrale, dans le cadre d'un syndrome d'hypertension intracrânienne, n'a pas pour but de retrouver à tout prix une étiologie, plutôt d'en exclure les causes curables. De nombreuses publications comme Oriot D. et Nassimi A. puis Geeraerts T. et Vigué B [3,4] soulignent les limites de

la TDM cérébrale pour le dépistage d'une HTIC du fait qu'elle peut exister même en cas de scanner jugé normal. Depuis le début du 20e siècle, la céphalée en lien avec une hypertension intracrânienne sans cause évidente est décrite [7].

Les lésions vasculaires non traumatiques ont dominé les étiologies des hypertensions intracrâniennes dans notre étude : 123 cas dont 56 cas (45,53%) d'AVC ischémiques, 44 cas (35,77%) d'AVC hémorragique et 23 cas (18,70%) d'hémorragie sous arachnoïdienne. Cette dominance des AVC ischémiques dans les étiologies vasculaires de l'hypertension intracrânienne a été déjà trouvée par Daumas-Duport B et al. [9], par contre, pour Irthum B et Lemaire JJ [1], les causes vasculaires sont représentées, au premier chef par les hématomas intra parenchymateux.

L'hémorragie sous arachnoïdienne s'accompagne fréquemment d'une hypertension intracrânienne à sa phase aigüe à cause du trouble de la circulation du liquide cébrospinal avec comme signe à la TDM, l'apparition très précoce d'une dilatation ventriculaire. Quant aux hématomas intra parenchymateux, leur volume et leur localisation se combinent pour créer une hypertension intracrânienne plus ou moins bien tolérée. Et les infarctus artériels peuvent, lorsqu'ils sont étendus, se comporter comme des lésions expansives en raison de l'œdème vasogénique qui les infiltre [1].

Les causes traumatiques venaient au second rang dans les étiologies retrouvées au cours de cette étude 79 cas (17,95 %). La fréquence élevée des causes traumatiques s'expliquerait par l'augmentation du nombre d'engins roulant, surtout ceux à deux roues, le non-respect des codes de la route et le non port de casque. Toutefois ces causes traumatiques sont reconnues très fréquentes (plus de 50% des cas selon Miller) même lorsque l'aspect initial de la TDM est peu inquiétant, voire normal, l'hypertension intra crânien est le principal facteur de mortalité [1]. Parmi les lésions traumatiques, les contusions oedemato-hémorragiques venaient au premier plan avec 39 cas soit 41,05%. Les traumatismes crâniens sont survenus à tout âge avec un pic intéressant la

tranche des 0-20ans ; constituée surtout d'enfants qui par imprudence (chute de balcon, d'arbres), ou méconnaissance du code de la route (piétons renversés) sont victimes de traumatismes. La seconde tranche d'âge la plus touchée était celle des 21-40ans ; c'est une tranche de la population active. Le sexe masculin était le plus représenté avec 61 cas (77,22%) contre 18 cas (22,78%) de sexe féminin.

Chez 42 patients soit 9,54%, les lésions observées étaient classées comme lésions indéterminées parce que les arguments scanographiques n'étaient pas suffisants pour discerner entre une lésion tumorale et une lésion infectieuse. Selon Fichten A. et al. [10] une tumeur cérébrale est évoquée à tort dans un abcès sur cinq.

Les lésions tumorales représentaient 27 cas 6,14% parmi lesquelles les tumeurs extra axiales compatibles à des méningiomes étaient les plus fréquentes. Nos résultats sont conformes à ceux de Victor C et al ; Chanalet S et al. [11, 12].

L'hydrocéphalie a été retrouvée chez 36 patients (8,18%). La prédominance des dilatations tétra-ventriculaires était conforme à celle trouvée par Tapsoba TL et al. [13]. Les hydrocéphalies post-infectieuses restent au premier plan dans les études de Tapsoba TL et al ; Diallo O et al [13,14]. Les hydrocéphalies ont été plus fréquentes chez les patients d'âge compris entre 0-20 ans 26 patients soit 72,22%. Le sexe féminin était le plus représenté 21 femmes (58,33%) pour 15 hommes (41,67%).

Pour les lésions de nature infectieuses, les abcès cérébraux (53,84%) étaient le plus fréquents. En effet le scanner cérébral sans et avec injection de PDC, reste l'examen de référence pour le diagnostic des abcès cérébraux [15]. Il permet de localiser l'abcès et de déterminer sa phase d'évolution [16]. Par ailleurs, le scanner cérébral ne permet pas de différencier une lésion tumorale nécrotique, d'un abcès intracérébral [17]. Dans ce cas l'imagerie par résonance magnétique est d'un apport important.

Conclusion

Le syndrome d'hypertension intra crânienne est de plus en plus fréquent. Les étiologies sont dominées par les lésions vasculaires cérébrales suivies des lésions traumatiques. Les lésions infectieuses et malformatives sont les moins représentées dans notre étude. La TDM cérébrale permet de retrouver une lésion causale dans la majeure partie des cas, cependant, la TDM peut rester normale même en cas de persistance des signes cliniques en faveur d'une HTIC. Le diagnostic repose, dans nos milieux, sur un faisceau d'arguments cliniques, et radiologiques dont le principal moyen est la TDM. Néanmoins, la clinique doit guider les indications du scanner pour une bonne justification des examens.

*Correspondance

Alpha Abdoulaye Balde

aabalde90@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Service de radiologie Hôpital National Ignace Deen CHU Conakry-Guinée.
- 2 : Faculté des Sciences et Technique de la Santé Université-GAN de Conakry-Guinée.
- 3 : Centre de Diagnostic de la CNSS de Conakry –Guinée.
- 4 : Centre d'Imagerie de Référence des Armées (CIRA) BQG-Conakry –Guinée.
- 5 : Service de neurochirurgie Hôpital de l'Amitié Sino-Guinéenne (HASIGUI)-Conakry.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Irthum B, Lemaire JJ. Hypertension intracrânienne. *Encycl Med Chir Neurol* 1999;1-8.
- [2] Moeschler O, Ravussin P. traitement de l'hypertension

- intracrânienne en cas de traumatisme craniocérébral grave. *Ann Fr Anesth Rea* 1997;16:453-8.
- [3] Oriot D, Nassimi A. Hypertension intracrânienne de l'enfant : de la physiopathologie à la prise en charge thérapeutique. *Arch Pediatr* 1998;5:773-82.
- [4] Geeraerts T, Vigué B. Traumatismes crâniens : Hypertension intracrânienne en milieu non spécialisé. Communications scientifiques MAPAR, Paris France, 6 et 7 juin 2008. *Rev Anesth Rea* 2012;151-62.
- [5] Steiner LA, Andrews PJ. Monitoring the injured brain: ICP and CBF. *Br J Anesth* 2006;97:26-38.
- [6] Amadou A, Wattara G, Tchaou M, Agbangba K, Kombate D, Sonhaye I et al. Profil scanographique des lésions cérébrales non traumatiques du sujet âgé à Lomé. *rev comes santé* 2016;4:33-7.
- [7] Caroline Roos. L'hypertension intra crânienne de moins en moins idiopathique ? *Neurologies*. Mai 2016, Vol 19, Numéro 188, 151-155.
- [8] Binder DK, Horton JC, Lozton MT, et ql. Idiopathic intracranial hypertension. *Neurosurgery*, 2004,54, 538-552.
- [9] Dumas-Duport B, Auffrey-Calvier E, Guillon B, De Kersaint-Gilly A, Desal HA. accidents vasculaires cérébraux ischémiques. *J Radiol Neurol Med* 2008 : 20.
- [10] Fichten A, Toussaint P, Bourgeois P, Gosset JF, Lejeune JP. L'abcès cérébral reste un problème diagnostique (à propos de 45 cas). *Neurochirurgie* 2001;47:413-22.
- [11] Victor C, Joseph E, René A, Empime E, Marcellin N, Yves B, et al. Les tumeurs du système nerveux central au Cameroun: histopathologie, démographique. *Cahier Santé*. 2008;18;1.
- [12] Chanalet S, Lebrun-Frenay C, Frenay M, Lonjon M, Chatel M. Symptomatologie clinique et diagnostic neuroradiologique des tumeurs intracrâniennes. *Encycl Med Chir Neurol* 2004;17:1-22.
- [13] Tapsoba TL, Sanon H, Soubeiga KJ, Ouattara TF, Kabré A, Cissé R. Aspects épidémiologiques, cliniques et tomodensitométriques des hydrocéphalies chez les enfants de zéro à 15 ans (à propos de 53 patients colligés au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : CHU YO). *Med Nucléaire* 2010;34:3-7.
- [14] Diallo O, Ouattara B, Zanga M, Tiemtore-Kambou B, Cissé R, DAO BA, et al. Diagnostic étiologique des macrocrâniées explorées par TDM au Burkina Faso (70 cas). *J Afr Imag Méd* 2016;8(4) :159-163.
- [15] Tattevin G. Abscès cérébraux : bactériologie, clinique et traitement antibiotique. *Neurosurg* 2003;5:191-7.
- [16] Juneau P, Blackp M. Intra-axial cerebral infection process, in apuzzo ML. *Brain surgery: complication avoidance and management*. *Neurosurg* 2004:1411-7.
- [17] Ben Salem D. Urgences neuroradiologiques en pathologie infectieuse. *J neuroradiol* 2004;31:301-12.

Pour citer cet article :

AA Baldé, OA Bah, IS Souaré, TS Diallo, M Diallo, H Challoub et al. Apport du scanner cérébral dans le diagnostic étiologique du syndrome d'hypertension intracrânienne au Centre de Diagnostic de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de Conakry. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 216-222



Article original

Pratique de l'Allaitement Maternel à l'hôpital de Sikasso, Mali

Breastfeeding practice at Sikasso hospital, Mali

A Cissouma*¹, SA Traoré², G Dembélé³, A Kissima-Traoré⁴, D Kassogue⁵, D Haidara¹, M Sylla⁶, AB Sidibé⁷

Résumé

Objectif : Décrire les pratiques et les facteurs influençant l'allaitement maternel (AM) des nourrissons de 0 à 6 mois à l'hôpital de Sikasso.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée sur une période de 3 mois. Elle concernait les nourrissons de 0 à 6 mois vus en consultation et leurs mères. Le test de khi2 a été utilisé pour la recherche de lien entre les variables et le seuil de signification p a été fixé à 0,05.

Résultats : La tranche d'âge des mères de 21 – 30 ans était la plus représentée (60%). La raison la plus fréquemment évoquée par les mères pour la pratique l'allaitement maternel était la protection contre les maladies (40%). Elles étaient informées par les sages-femmes dans 45, 21%. Soixante-six (28,70 %) ont affirmé avoir mis leur nourrisson au sein aussitôt après l'accouchement. L'allaitement à la demande a été pratiqué par 46 % des mères. Le choix personnel constituait la première source de motivation de l'AM (50%). Dans 10,43 % des cas les nourrissons ont reçu l'allaitement maternel exclusif (AME). Le niveau d'instruction n'a pas eu d'influence sur l'AM. D'autre part, ce sont plutôt mères d'âge compris entre 21 et 30 ans qui ont le plus pratiqué l'AME (différence statistiquement significative).

Conclusion. La pratique de l'AME est faible dans nos

structures. Elle est influencée par plusieurs facteurs tels le niveau d'instruction, l'âge des mères et le lieu d'accouchement.

Mots-clés : Allaitement maternel, Nourrisson, Hôpital de Sikasso.

Abstract

Objective: Describe the practices and factors influencing breastfeeding of infants 0-6 months of age at Sikasso Hospital.

Methodology: This is a descriptive cross-sectional study conducted over a period of 3 months. It concerned infants 0 to 6 months of age seen in consultation and their mothers. The khi2 test was used to find a link between the variables and the significance level p was set at 0.05.

Results. The age group of mothers aged 21–30 was the most represented (60%). The most frequently cited reason by mothers for breastfeeding was protection against diseases (40%). They were informed by midwives in 45, 21%. Sixty-six (28.70%) reported breastfeeding their infant immediately after delivery. Breastfeeding on demand was practiced by 46 per cent of mothers. Personal choice was the primary source of motivation for breastfeeding (50%). In 10.43% of cases the infants received exclusive breastfeeding. Educational attainment has not influenced

breastfeeding. On the other hand, it is rather mothers between the ages of 21 and 30 who practiced the most exclusive breastfeeding (statistically significant difference).

Conclusion. The practice of exclusive breastfeeding is low in our structures. It is influenced by several factors such as the level of education, the age of the mothers and the place of delivery.

Keywords: Breastfeeding, Infant, Sikasso Hospital.

Introduction

L'allaitement maternel exclusif satisfait les besoins nutritionnels du nouveau-né pendant les premiers mois de vie et diminue le risque d'infection [1]. L'allaitement maternel aurait aussi des effets bénéfiques à plus long terme dans la prévention des maladies chroniques, comme l'obésité et certaines maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, l'allaitement maternel favoriserait l'établissement de la relation mère-enfant [2]. Actuellement, il est recommandé de nourrir les enfants seulement au lait maternel (allaitement exclusif) dès la naissance et pendant les 6 premiers mois de vie [3]. Le Mali, dans sa stratégie Nationale pour L'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), a adopté L'Initiative Hôpitaux Amis de Bébé (IHAB) comme composante essentielle de la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Elle s'inscrit dans le programme de développement socio-sanitaire (PRODESS) qui, en matière d'allaitement maternel exclusif, s'est fixé un objectif de 80% de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois conformément à la recommandation de L'OMS [3]. Selon l'Enquête démographique et de Santé V - Mali (EDS V - Mali), dans le groupe d'âges 0-5 mois ou seulement un enfant sur trois a été exclusivement allaité au sein [4]. Les pratiques de l'allaitement maternel constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des nourrissons qui à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants [5]. Plusieurs études [6, 7,8] ont montré un lien entre des facteurs liés à la mère, à l'enfant, au

système de santé et à l'environnement. L'objectif de notre étude est d'étudier les pratiques et les facteurs influençant l'allaitement maternel des nourrissons de 0 à 6 mois.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée sur une période de 3 mois allant du 1er janvier au 1 Avril 2021 au sein du l'hôpital de Sikasso. Seul établissement hospitalier de deuxième référence de la région de Sikasso qui prend en charge les enfants. Nous avons inclus 230 couples mères et nourrissons âgés de 0 à 6 mois venus en consultation au service de pédiatrie et ou au service de gynécologie obstétrique pendant la période de l'étude. Les variables étudiées étaient les conditions socio démographiques, les antécédents de la mère et du nourrisson, les pratiques d'allaitement, les facteurs ayant influencé le choix de l'alimentation. Pour réaliser l'enquête, nous avons établi un questionnaire. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi info version 7.2. Le test de khi2 a été utilisé pour la recherche de lien entre les variables et le seuil de signification p a été fixé à 0,05. Le consentement éclairé des parents était demandé avant toute inclusion dans l'étude. La confidentialité était garantie.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et les antécédents

Les mères de la tranche d'âge de 21-30 ans étaient les plus représentées avec 60%, les moins de 21 ans représentaient 21,74% et l'âge moyen des mères était de 25 ans. Dans notre échantillon, 91% des mères enquêtées étaient mariées et 38,26% avaient un niveau d'instruction secondaire ou plus et 30% étaient non scolarisées. Les femmes au foyer étaient les plus représentées (60% des cas) ; par ailleurs, 13% étaient des étudiantes et 6% étaient fonctionnaires. Les nourrissons inclus avaient un âge compris entre 1 et 3 mois dans 55,65% des cas et 30% avaient plus

de 3 mois. La moyenne d'âge était de 2 mois et demi. Les multipares étaient majoritaires (60%) suivies des primipares (30,43%). La grossesse avait été suivie dans 94% des cas. L'accouchement a été fait dans un centre de santé de référence dans 72,17% des cas. Environ 88% des nourrissons n'avaient aucune pathologie à la naissance et 12% avaient un antécédent pathologique dont 8 % une anoxie périnatale.

Pratiques de l'allaitement et facteurs influençant

La période anténatale a été indiquée par 60 % des mères comme la période durant laquelle elles ont reçu des informations sur l'AM. La décision du mode d'alimentation des nourrissons par les mères était prise dans 62,60% des cas pendant la grossesse et toutes les mères avaient opté pour l'AME. La majorité des nouveau-nés (71,3 %) a été mise au sein après les premières heures de vie et 28,69% aussitôt après l'accouchement. Les nourrissons ont bénéficié plus de tétée à la demande avec 46,08%. Seulement 10,43% ont reçu un allaitement maternel exclusif. Par ailleurs, 206 (89%) ont reçu un aliment autre que le lait maternel. L'eau (12,17%), les décoctions de plante (32%) et le lait artificiel (46%) étaient les autres aliments utilisés (Tableau I). Chez 50% des mères le choix de l'alimentation du nourrisson était personnel, 27 % ont suivi le conseil de leurs conjoints et 22 % ont écouté le conseil d'un agent de santé. Environ 21% avait pour raison une insuffisance de sécrétion lactée et 7 % une maladie chez le nourrisson. Plus de 26 % des mères n'avait aucune connaissance sur les avantages de l'AM. Il a été retrouvé que 73% des mères avaient reçu une communication pour le changement de comportement (CCC) sur l'allaitement dont 58 % auprès des agents de santé (les sages-femmes constituaient la source d'information avec 45%) et 13,91% à travers les medias. Les facteurs ayant influencé la pratique de l'allaitement maternel exclusif ont été le lieu de l'accouchement ($p=0,0085$, $\chi^2=13,63$), l'âge des mères ($p=0,0093$ et $\chi^2=9,3332$) et le niveau d'instruction des mères ($p = 0,01$, $\text{Khi-deux} = 37,484$) (Tableau II).

Tableau 1 : Répartition selon les pratiques de l'allaitement maternel

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentages
Moment de décision		
Avant la grossesse	62	26,95%
Pendant la grossesse	144	62,60%
Après avoir essayer la 1 ^{ère} tétée	24	10,40%
Moment de la 1^{ère} tétée		
Aussitôt après accouchement	66	28,69%
Entre la 1 ^{ère} et la 8 ^{ème} heure	122	53,04%
Plus de 8 heures	42	18,26%
Nombre de tétée par jour		
Moins de 10 fois	82	35,65%
Plus de 10 fois	42	18,26%
A la demande	106	46,08%
Administration d'autres aliments		
Pas autres aliments	24	10,43%
Eau	28	12,17%
Décoction de plantes	8	3,47%
Eau et décoction	68	29,56%
Eau et lait artificiel	96	41,73%
Autres	6	2,60%
Connaissances sur les avantages de L'AME		
Meilleure aliment	56	24,34%
Evite les maladies	92	40%
Economique	22	9,56%
Aucune idée	60	26,08%
Source d'information sur l'AME		
Pas d'information	62	26,95%
Médecin	30	13,04%
Sage-femme	104	45,21%
Infirmière	2	0,86%
Message radiophonique	28	12,17%
Spot télévisuel	4	1,73%

AME : Allaitement Maternel Exclusif

AM : Allaitement Maternel

Tableau II : les facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentages	Valeur P
Tranches d'âge			
Moins 21 ans	50	21,73%	0,0093
21 – 30 ans	138	60%	
31 – 45 ans	42	18,26%	
Niveau d'instruction			
Non scolarisée	68	29,56%	0,0100
Alphabétisée	14	0,49%	
Primaire	60	26,08%	
Secondaire	70	30,43%	
Supérieure	18	7,82%	
Profession des mères			
Femmes au foyer	138	60%	0,1831
Étudiantes	30	13,04%	
Commerçantes	22	9,56%	
Fonctionnaires	14	6,08%	
Autres	26	11,30%	
Parité			
Primipare	70	30,43	0,1453
Multipare	138	60%	
Grande multipare	22	9,56	
Lieu d'accouchement			
Hôpital	62	26,95%	0,0085
Centre de santé	150	65,21%	
Clinique privée	18	7,82%	
Influence du choix par l'entourage			
Conjoint	62	26,95%	0,356
Grands parents	4	1,73%	
Personnel de santé	50	21,73	
Choix personnel	114	49,56	

Discussion

L'objectif de ce travail était d'étudier les pratiques et les facteurs qui influencent l'allaitement maternel. Pendant la durée de notre étude nous avons colligé 115 mères et leurs nourrissons de 0 à 6 mois.

Caractéristiques socio démographiques et les antécédents

La majorité des mères enquêtées soit 60% avait l'âge compris entre 21-30 ans avec des extrêmes allant de 15 ans à 41 ans, une moyenne d'âge de 25 ans et les mariées étaient majoritaires avec 91%. Nos résultats étaient différents de celui de l'étude réalisée à Constantine en Algérie [6] où la moitié des mères avait un âge inférieur à 30 ans et l'âge moyen était de 29,8 ± 4,9 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par des facteurs culturels et religieux tels que la précocité de l'âge du mariage des filles au Mali. Dans notre étude

la majorité (60%) était des femmes aux foyers suivies des étudiantes avec 13% et les fonctionnaires avec 6%. Le taux de scolarisation était de 64,35% avec 30,43% de niveau secondaire ou plus. Des résultats similaires par rapport à la profession ont été obtenus par l'étude Moyen E. et al à Brazzaville [7] où elles étaient ménagères avec 36%, étudiantes avec 21,5% et fonctionnaire avec 14% mais une différence sur taux de scolarisation qui était de 98% avec 72% de niveau secondaire. Les multipares étaient majoritaires (60%) suivies des primipares (30,43%) et des grandes multipares (9,57%). Un résultat comparable était obtenu dans l'étude réalisée à Constantine [6] avec 60% de multipares et 40% de primipare et proche de celui de la Tunisie (Monastir) qui a trouvé 24,6% de primipares [9]. Le suivi de la grossesse a été réalisé dans les centres de santé (Centre de Santé de Référence et Centre de Santé Communautaire) avec 72,17%, les

cliniques privées 15,65% et l'hôpital avec 12,17% des cas. Selon l'organisation du système de santé au Mali les recours aux soins se fait à la base constituée par les centres de santé communautaire pu les centres de santé de référence vers les derniers recours constitués par les hôpitaux à coté se trouvent les cabinets et les cliniques privés. Ce résultat était différent de celui de Constantine [6] où le suivi de la grossesse n'était effectué que par 43% des mères et 78% d'entre elles ont accouché par voie basse. Pratique de l'allaitement La période anténatale a été indiquée dans 60 % des cas par les mères comme période d'information, la décision sur le mode d'alimentation des nourrissons a été prise pendant la même période avec 62,61%. Environ 73% des mères avaient reçu l'IEC et les sages-femmes constituaient la source d'information avec 45%. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une implication plus active des agents de santé dans la promotion de l'allaitement maternel et le fait que les sages-femmes étaient plus impliquées dans les consultations prénatales, les accouchements et les consultations postnatales. Selon une étude réalisée de manière conjointe par le service de protection de la santé de l'enfant et l'IFCS de Rabat, la source d'information concernant l'allaitement maternel était représentée essentiellement par l'entourage immédiat [10]. Dans notre étude la totalité des nourrissons a reçu l'allaitement maternel à la naissance mais seulement 28,70% des mères ont donné le sein avant la première heure suivant l'accouchement. Ce résultat est semblable à une étude au Maroc [11] qui avait aussi trouvé que seulement 20% des femmes donnaient le sein dès la 1ère heure après l'accouchement. Selon l'EDS-V Mali les mères débutent l'allaitement à la minute qui suit la naissance avec respectivement 30% et 31% dans la région de Kayes et de Sikasso, mais différent de ceux obtenus dans la région de Gao et de Bamako avec une proportion respective de 84,2% et 59% des cas [4]. Dans notre étude, la fréquence de l'AME des nourrissons de 0 à 6 mois était de 10,43%. Ce résultat est inférieur à celui de l'EDS- V Mali qui est de 33% au niveau national [4]. Dans l'étude réalisée en Algérie la prévalence de

l'allaitement maternel était de 93,5% à la naissance et cela a diminué progressivement pour se trouver à 6 mois à 28% pour l'allaitement maternel exclusif [6]. L'étude d'Aké-Tano S.O.P. et al à Abidjan apporte que l'allaitement maternel exclusif a été pratiqué chez 39,6% et il a été initié moins d'une heure après la naissance chez 3,6% seulement des nourrissons [12]. Notre faible taux d'AME pourrait s'expliquer par l'ignorance, une insuffisance de sensibilisation sur les avantages de l'allaitement et les pesanteurs socio culturelles et religieuses. Parmi les mères enquêtées 46 % ont affirmé qu'elles ont allaité leur nourrisson à la demande. Cela pourrait être expliqué par le fait que dans notre contexte le sein en plus de nourrir les enfants est un moyen aussi pour les calmer et il est utilisé à chaque pleur du nourrisson. Dans notre étude environ 89% des nourrissons a reçu une alimentation inappropriée majoritairement à base d'eau et du lait artificiel représentant 46% des cas, de plante médicinale chez 32% et de l'eau seule chez 12%. Concernant les raisons de la pratique de l'AM et leurs avantages, dans notre étude 40% ont cité comme avantage la protection contre les maladies et 24,35% ont cité comme raison de cette pratique la bonne santé de l'enfant, Nos résultats sont comparables à ceux de l'étude de Mecheri- Touati Dou à peine un tiers des mères questionnées reconnaissait les bienfaits de l'allaitement [6].

Facteurs influençant l'allaitement maternel

Concernant les personnes ayant influencé le choix de l'allaitement, il était personnel avec 50% suivi de l'influence du conjoint avec 26,62% et le personnel de santé avec 21,64%. Ce résultat est différent de celui de Bouanene I. en Tunisie (Monastir) le choix était majoritairement influencé par le conjoint avec 96,5% des cas [9]. Dans notre étude les facteurs qui empêchaient la pratique de l'allaitement maternel exclusif étaient l'insuffisance de sécrétion lactée avec 20,87% des cas, suivi de la profession des mères avec 7,83%. Dans une étude réalisée sur la revue de la littérature des facteurs liés à la mère pour un allaitement prolongé il ressort que la présence de difficultés liées à l'allaitement tel que les douleurs

mammaires, de mastite de crevasses et retard de montée de lait ou de fatigue influencent négativement la poursuite de l'AM [13]. Au Maroc selon les enquêtes nationales sur la population et la santé ENPS 1997 [10], l'activité professionnelle constitue la première influence négative à la bonne conduite de l'allaitement maternel. Nous avons trouvé un lien significatif entre le choix de l'allaitement maternel exclusif et le lieu de l'accouchement ($p=0,0085$), $\chi^2=13,63$. Dans l'étude réalisée sur la revue de la littérature le manque de temps durant les consultations préventives pour aborder les problèmes liés à l'allaitement est selon les soignants, un frein très important à la promotion de l'allaitement maternel [13]. Il avait une relation significative entre la pratique de l'allaitement maternel exclusif et l'âge des mères ($p=0,0093$). La tranche d'âge de 21-30 ans pratiquait plus l'allaitement maternel exclusif dans notre échantillon. Dans notre étude cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes mères étaient majoritaires et plus accessible par les IEC surtout à travers les medias. Il avait une relation significative entre l'utilisation de substituts inappropriés au lait de mère et l'âge des mères ($p = 0,056$) et aussi une relation significative entre le niveau d'instruction des mères et l'utilisation d'autres aliments que l'allaitement maternel ($p = 0,01$) par contre nous n'avons pas trouvé de relation significative avec la profession des mères. Dans l'étude réalisée sur la revue de la littérature il a été retrouvé que les mères plus âgées, d'un niveau de scolarité supérieure pratiquaient l'allaitement plus et plus longtemps [13].

Conclusion

Le taux de l'AME reste faible dans nos structures et était influencé par plusieurs facteurs tels le niveau d'instruction, l'âge des mères, le lieu d'accouchement. La pratique de l'allaitement doit être évoquée pendant les consultations prénatales. La décision de l'alimentation du futur bébé doit être prise le plus rapidement possible avec l'implication de l'entourage (le conjoint) et des agents de santé. Un accent doit être

mis sur les bienfaits de l'allaitement maternel et les facteurs qui l'influencent en renforçant information et l'éducation des mères en matière de promotion de l'allaitement maternel.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit et n'ont pas de conflit d'intérêt.

Remerciements

Nos remerciements à toute l'équipe du service de pédiatrie ; service de Gynécologie obstétrique et l'administration de l'hôpital de Sikasso.

*Correspondance

Assetou Cissouma

cis_astou@yahoo.fr

Disponible en ligne : 09 Août 2021

- 1 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 2 : Service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 3 : Service de Pédiatrie de l'hôpital du Mali, Mali
- 4 : Service de Cardiologie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 5 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Tombouctou, Mali
- 6 : Service du centre de santé de référence de Bougouni, Mali
- 7 : Direction régionale de sante de Sikasso, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Irthum B, Lemaire JJ. Hypertension intracrânienne. *Encycl Med Chir Neurol* 1999;1-8.
- [2] Moeschler O, Ravussin P. traitement de l'hypertension intracrânienne en cas de traumatisme craniocérébral grave. *Ann Fr Anesth Rea* 1997;16:453-8.

- [3] Oriot D, Nassimi A. Hypertension intracrânienne de l'enfant : de la physiopathologie à la prise en charge thérapeutique. *Arch Pediatr* 1998;5:773-82.
- [4] Geeraerts T, Vigué B. Traumatismes crâniens : Hypertension intracrânienne en milieu non spécialisé. Communications scientifiques MAPAR, Paris France, 6 et 7 juin 2008. *Rev Anesth Rea* 2012;151-62.
- [5] Steiner LA, Andrews PJ. Monitoring the injured brain: ICP and CBF. *Br J Anesth* 2006;97:26-38.
- [6] Amadou A, Wattara G, Tchaou M, Agbangba K, Kombate D, Sonhaye I et al. Profil scanographique des lésions cérébrales non traumatiques du sujet âgé à Lomé. *rev comes santé* 2016;4:33-7.
- [7] Caroline Roos. L'hypertension intra crânienne de moins en moins idiopathique ? *Neurologies*. Mai 2016, Vol 19, Numéro 188, 151-155.
- [8] Binder DK, Horton JC, Lozton MT, et ql. Idiopathic intracranial hypertension. *Neurosurgery*, 2004,54, 538-552.
- [9] Dumas-Duport B, Auffrey-Calvier E, Guillon B, De Kersaint-Gilly A, Desal HA. accidents vasculaires cérébraux ischémiques. *J Radiol Neurol Med* 2008 : 20.
- [10] Fichten A, Toussaint P, Bourgeois P, Gosset JF, Lejeune JP. L'abcès cérébral reste un problème diagnostique (à propos de 45 cas). *Neurochirurgie* 2001;47:413-22.
- [11] Victor C, Joseph E, René A, Empime E, Marcellin N, Yves B, et al. Les tumeurs du système nerveux central au Cameroun: histopathologie, démographique. *Cahier Santé*. 2008;18;1.
- [12] Chanalet S, Lebrun-Frenay C, Frenay M, Lonjon M, Chatel M. Symptomatologie clinique et diagnostic neuroradiologique des tumeurs intracrâniennes. *Encycl Med Chir Neurol* 2004;17:1-22.
- [13] Tapsoba TL, Sanon H, Soubeiga KJ, Ouattara TF, Kabré A, Cissé R. Aspects épidémiologiques, cliniques et tomodensitométriques des hydrocéphalies chez les enfants de zéro à 15 ans (à propos de 53 patients colligés au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou : CHU YO). *Med Nucléaire* 2010;34:3-7.
- [14] Diallo O, Ouattara B, Zanga M, Tiemtore-Kambou B, Cissé R, DAO BA, et al. Diagnostic étiologique des macrocrâniés explorées par TDM au Burkina Faso (70 cas). *J Afr Imag Méd* 2016;8(4) :159-163.
- [15] Tattevin G. Abcès cérébraux : bactériologie, clinique et traitement antibiotique. *Neurosurg* 2003;5:191-7.
- [16] Juneau P, Blackp M. Intra-axial cerebral infection process, in apuzzo ML. *Brain surgery: complication avoidance and management*. *Neurosurg* 2004:1411-7.
- [17] Ben Salem D. Urgences neuroradiologiques en pathologie infectieuse. *J neuroradiol* 2004;31:301-12.

Pour citer cet article :

A Cissouma, SA Traoré, G Dembélé, A Kissima-Traoré, D Kassogue, D Haidara et al. Pratique de l'Allaitement Maternel à l'hôpital de Sikasso, Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 223-229



Article original

Accident vasculaires cérébraux hémorragiques en soins intensif à l'hôpital du Mali : Aspects épidémio cliniques thérapeutiques et évolutifs

Hemorrhagic stroke in intensive care at the hospital in Mali:
Epidemiological clinical therapeutic and evolutionary aspects

K Tembiné*¹, MAC Cissé¹, N Diani¹, A Sidibé¹, A Dramé¹, THM Coulibaly¹, K Sangho¹, B Diallo⁵, O Diallo³,
M Sacko¹, M Dama³, O Coulibaly³, D Sissoko³, M Konaté⁴, N Ouologuem⁴, M Ouologuem⁴,
C Sogodogo⁷, MI Mangané⁶, THM Diop⁶, H Dicko⁵, SA Beye⁵, AH Almeimoune⁶,
M Keita⁵, B Samaké⁶, AS Dembelé⁷, MD Diango⁶, Y Coulibaly⁵

Résumé

L'accident vasculaire cérébral hémorragique est une hémorragie spontanée par une rupture d'un vaisseau dans le tissu cérébral, l'espace sous-arachnoïdienne ou l'espace intraventriculaire, dont la mortalité reste élevée si la prise en charge n'est pas adéquate.

But : Evaluer la prise en charge des patients admis pour AVC hémorragique au service d'accueil des urgences de l'Hôpital du Mali et d'identifier les facteurs pronostics.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective menée dans le service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital du Mali, du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 portant sur 69 patients admis pour accident hémorragique (AVCH) confirmé par une tomodensitométrie encéphalique. Ont été exclus de cette étude, les patients présentant des hématomes cérébraux d'origine traumatique, les transformations hémorragiques des AVC ischémiques. Les variables de l'étude étaient : l'âge, le sexe, les antécédents cardiovasculaires, la présentation clinique à l'admission en réanimation,

les traitements administrés, les complications, la durée d'hospitalisation et la mortalité. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel version 2013, puis analysées par SPSS version 20. Les tests du Chi carré et celui de Fisher exact ont été utilisés pour la comparaison des moyennes et de pourcentages. La méthode de la régression linéaire a permis d'identifier les facteurs de mauvais pronostic. Le seuil de signification statistique était fixé à 5%.

Résultats : Au total, 676 patients ont été hospitalisés dans le service, 215 patients admis pour accident vasculaire cérébral dont 69 étaient des accidents hémorragiques (de 32%). La fréquence hospitalière des AVCH était de 10,2 % (69/676). La moyenne d'âge était de 55.69 ans. La tranche d'âge de 50-59 ans était la plus représentée avec 37.7% des cas. Le sexe féminin était plus fréquent soit 55,1% de cas avec un sex- ratio de 0,8. Trente-deux patients (43,6%) ont bénéficié d'une assistance respiratoire. La chirurgie a été réalisée chez 6 patients. Les complications étaient dominées par les pneumopathies d'inhalation et les troubles hydro électrolytiques à type d'hyponatrémie

dans 46,3% (32 cas) chacun, suivi par le sepsis 7,2% (5cas). La mortalité globale était de 30,4 % (21 décès). Les facteurs de mauvais pronostic étaient : l'âge \geq 60 ans ($p < 0,05$), le Score de Glasgow \leq 8 (OR : 0,3 $p=0,00004$) soit 13 cas, la pneumopathie d'inhalation (66,7%, OR=0,02, $p=0,00006$) soit 14 cas du décès. L'évolution a été favorable dans 69.6% (48 cas).

Conclusion : Les accidents vasculaires cérébraux restent une pathologie grave de par sa forte létalité, le traitement des facteurs de risque reste la seule mesure efficace.

Mots-clés: Accident vasculaire cérébral hémorragique, hématome hyperdense, chirurgie.

Abstract

Hemorrhagic stroke is spontaneous bleeding from a ruptured vessel in the brain tissue, the subarachnoid space, or the intraventricular space, the mortality of which remains high if management is not adequate.

Objective: To evaluate the management of patients admitted for hemorrhagic stroke in the emergency department of the Mali Hospital in order to identify prognostic factors.

Methodology: This was a prospective study conducted in the emergency department (UAA) of the Mali Hospital, from January 1, 2017 to December 31, 2017, involving 69 patients admitted for hemorrhagic accident (AVCH) confirmed by a computed tomography (CT scan). Were excluded from this study, patients with cerebral hematomas of traumatic origin, hemorrhagic transformations of ischemic strokes. The study variables were: age, sex, cardiovascular history, clinical presentation at admission to resuscitation, treatments administered, complications, length of hospital stay and mortality. The data was entered and analyzed using Excel version 2013 software, then analyzed by SPSS version 20. . The chi-square and fisher exact tests were used for the comparison of means and percentages. The linear regression method identified factors with poor prognosis. The statistical significance threshold was set at 5%.

Results: Total, 676 patients were hospitalized in the ward, 215 patients admitted for stroke of which 69

were hemorrhagic accidents (of 32%). The hospital frequency of AVCH was 10.2% (69/676). The average age was 55.69 years. The 50-59 age group was the most represented with 37.7% of cases.

The female sex was more frequent or 55.1% of cases with a sex ratio of 0.8. Thirty-two patients (43.6%) received respiratory assistance. The surgery was performed in 6 patients. Complications were dominated by inhalation lung diseases and hydrolytic disorders with hyponatremia type in 46.3% (32 cases) each, followed by sepsis 7.2% (5 cases). The overall mortality rate was 30.4% (21 deaths). The factors of poor prognosis were: age \geq 60 years ($p < 0.05$), Glasgow Score \leq 8 (OR: 0.3 $p = 0.00004$) or 13 cases, inhalation lung disease (66.7%, OR = 0.02, $p = 0.00006$) or 14 cases of death. The evolution was favorable in 69.6% (48 cases).

Conclusion: Hemorrhagic strokes remain a serious pathology due to its high lethality, the treatment of risk factors remains the only effective measure.

Keywords : Hemorrhagic stroke, hyperdense hematoma, surgery,

Introduction

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), seconde cause de mortalité dans le monde et principale cause de handicap chez l'adulte, représentent un problème de santé publique [1]. Dans les pays développés, ils constituent la troisième cause de mortalité et la première cause de morbidité [2]. En ce qui concerne les pays en développement, la morbidité cardiovasculaire se caractérise par une augmentation de plus en plus marquée des cas d'AVC et les 2/3 des décès liés à l'AVC se retrouvent en Afrique [2]. Les AVC hémorragiques représentent 20% des AVC ; cependant, ils sont responsables de 30 à 50% de décès [3]. De plus, seuls 20% des patients sont indépendants à 6 mois [3,4]. Pour un grand nombre de pays en développement les possibilités diagnostiques (tomodensitométrie cérébrale, artériographie) et la prise en charge spécialisée restent limitées, voire

inexistantes [5].

Le Mali ne reste pas en marge de ces observations. Ce fait justifie ce travail qui a pour but d'évaluer la prise en charge des patients admis pour AVC hémorragique au service d'accueil des urgences de l'Hôpital du Mali afin d'identifier les facteurs pronostics.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective menée dans le service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital du Mali, du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017 portant sur 69 patients admis pour accident hémorragique (AVCH). L'étude concernait les patients admis pour un AVC hémorragique, confirmé par une tomodensitométrie cérébrale. Les examens suivants ont été réalisés pour la prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémiques (ACSOS): glycémie, créatininémie, hémogramme, bilan de coagulation et groupe sanguin/rhésus et l'ionogramme sanguin. Ont été exclus de cette étude, les patients présentant des hématomes cérébraux d'origine traumatique, les transformations hémorragiques des AVC ischémiques. Après la confirmation du diagnostic, les patients étaient conditionnés. Les autres aspects de la prise en charge étaient fonction du tableau clinique : oxygénothérapie pouvant aller jusqu'à l'intubation trachéale selon l'état neurologique (score de Glasgow), administration d'anti hypertenseur et du mannitol en présence d'un effet de masse ou en cas de suspicion d'un engagement cérébral. La prise en charge se faisait en concertation avec le neurologue, le cardiologue, le réanimateur, le neurochirurgien, le kinésithérapeute. Les variables de l'étude étaient : l'âge, le sexe, les antécédents cardiovasculaires, la présentation clinique à l'admission en réanimation, les traitements administrés, les complications, la durée d'hospitalisation et la mortalité.

Les données ont été recueillies à travers : la fiche d'accueil Tri, le registre de consultation, le dossier du malade et une fiche d'enquête individuelle. Elles ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel

version 2013, puis analysées par SPSS version 20. Les tests du Chi carré et celui de Fisher exact ont été utilisés pour la comparaison des moyennes et de pourcentages. La méthode de la régression linéaire a permis d'identifier les facteurs de mauvais pronostic. Le seuil de signification statistique était fixé à 5%.

Résultats

Durant la période d'étude, 676 patients ont été hospitalisés dans le service des urgences de l'hôpital du Mali. Nous avons colligé 215 patients admis pour accident vasculaire cérébral dont 69 étaient des accidents vasculaires hémorragiques avec une fréquence de 32% des cas (69 /215). La fréquence hospitalière des AVCH était de 10,2 % (69/676). La moyenne d'âge était de 55,69 ans avec des extrêmes allant de 20 ans à 97ans. La tranche d'âge de 50-59 ans était la plus représentée (37.7%). Le sexe féminin était plus représenté avec 55,1% de cas avec un sex-ratio de 0,8 (F: 38, M : 31) (tableau I).

Les ménagères étaient les plus représentées avec un taux de 40.6%(28 cas). Les Polygames représentaient 75,4% (52 cas). La majorité de nos patients avait un antécédent d'hypertension artérielle soit 82,6 % (57 cas). Le CHU était le premier niveau de recours de la famille dans 31.9% des cas. Les patients arrivaient dans la majorité des cas par voiture personnelle ou en transport en commun soit 78,2% des cas. Dans notre étude 31.9% des cas ont été prise en charge 48 heures après les premiers signes d'AVC. Le déficit hémicorporel était le motif de consultation le plus fréquent avec 46,4% des cas. Le scanner a été réalisé chez tous nos patients. La majorité des cas était un AVCH parenchymateux soit 85,5% et l'hémorragie méningée représentait 5% des cas. L'hypertension artérielle était le facteur de risque le plus fréquent avec 82,6% des cas (57 patients), suivie de malformation artério-veineuse (MAV) avec 7,2% des cas (Tableau I). La prise en charge médicale était axée sur l'apport hydro électrolytique, l'oxygénothérapie et l'analgésie multimodale. Les antihypertenseurs associés aux antalgiques et à la réhydratation étaient le traitement

le plus prescrit avec 94.2% des cas. Trente-deux patients soit 43,6% étaient sous assistance respiratoire (intubation orotrachéale avec ventilation contrôlée ou assistée avec sédation). La chirurgie a été réalisée chez 6 patients (8.7%) et a consisté à l'évacuation des hématomes. En postopératoire tous les patients ont été admis en réanimation polyvalente. La durée moyenne de séjour était de 11 jours avec des extrêmes de 2 à 22 jours (tableau I). Les complications étaient dominées par les pneumopathies d'inhalation et les

troubles hydro électrolytiques à type d'hyponatémie dans 46,3% (32 cas) chacun, suivi par le sepsis 7,2% (5cas). La mortalité globale était de 30,4 % (21 cas). Les facteurs de mauvais pronostic étaient : l'âge \geq 60 ans ($p < 0,05$), le Score de Glasgow \leq 8 (OR : 0,3 $p=0,00004$) soit 13 cas, la pneumopathie d'inhalation (66,7%, OR=0,02, $p=0,00006$) soit 14 cas du décès (tableau VI). L'évolution a été favorable dans 69.6% (48 cas).

Tableau I: Caractéristiques de la population

Variables	Fréquence	%
AGE		
Moyenne: 55,69 ans		
Minimum: 20 ans		
Maximum: 97 ans		
Tranche d'âge		
20 -29 ans	2	2,9
20 -39 ans	5	7,2
40 -49 ans	11	15,9
50 -59 ans	26	37,7
60-69	16	23,2
\geq 70 ans	9	13,1
Total	69	100
Sexe		
Masculin	31	44,9
Féminin	38	55,1
Sex- ratio	0,8	
Profession		
Cultivateur	14	20,3
Ménagère	28	40,6
Fonctionnaire	7	10,1
Ouvrier	8	11,7
Commerçant	5	7,2
Chauffeur	2	2,9
Retraité	5	7,2
Total	69	100
Situation matrimoniale		
Polygamie	52	75,4
Célibataire	4	5,7
Monogamie	6	8,8
Veuf /veuve	7	10,1
Divorcé(e)	0	0,0
Total	69	100
Antécédents		
HTA	57	82,6
Diabète	2	2,9
Tabac+ Alcool	3	4,3
Sans ATCD	7	10,1
Total	69	100
Type AVCH		

AVCH parenchymateux	6	8,7
+Hémorragie méningée		
Hémorragie méningée	4	5,8
Hémorragie parenchymateux	59	85,5
Total	69	100
Prise en charge		
Chirurgicale	6	8,7
Médicale	63	91,3
Evolution		
Favorable	48	69,6
Défavorable (décès)	21	30,4

Tableau II : Répartition des patients selon le délai de prise en charge entre l'apparition du symptôme et la prise en charge

Délai	Fréquence	Pourcentage
<3 heures	22	31,9
3-6 heures	21	30,4
7 heures-24 heures	11	15,9
25 heures- 48 heures	10	14,5
> 48 heures	5	7,2
Total	69	100

Dans notre étude, 31.9% des patients ont été prise en charge au CHU 48 heures après les premiers signes d'AVC

Tableau III: Traitement médical

Traitement médical	Nombre (n=69)
Antihypertenseur + Antalgique + Réhydratation	21 (30,4)
Antihypertenseur + Antalgique + ATB + Réhydratation	42 (60,8)
Antihypertenseur + Antalgique + ATB + Antiparasitaire + Réhydratation	2 (2,8)
Antihypertenseur + Antalgique + ATB + Statines+ Réhydratation	1 (1,4)
Antihypertenseur + Antalgique +ATB+ Antiagrégant + Antipaludique + VITB Complexe + Corticoïde+ Réhydratation	1 (1,4)
Antalgique + ATB + IPP + Réhydratation	2 (2,8)
Total	69(100)

Tableau IV: Evolution et complications

Evolution	Complications				TOTAL
	Pneumopathie d'inhalation	Sepsis	Troubles hydro électrolytiques seuls (Hyponatrémie)	Diabète insipide (polyurie) +Hyponatrémie	
Favorable	18 (26,1%)	1 (1,5%)	17 (24,6%)	12 (17,4%)	48 (69,6%)
Défavorable	14 (20,4%)	4 (5,6%)	1 (1,5%)	2 (2,9%)	21 (30,4%)
Total	32 (46,3%)	5 (7,2%)	18 (26,0%)	14 (20,3%)	69 (100%)

Tableau V : Evolution selon le type de prise en charge (médicale et chirurgicale).

Evolution	Prise en charge		TOTAL
	Chirurgicale associée à la prise en charge médicale	Médicale seule	
Favorable	4(5,8%)	44(63,8%)	48(69,6%)
Défavorable	2(2,9%)	19(27,5%)	21(30,4%)
Total	6(8,7%)	63(91,3%)	69(100%)

Tableau VI : résultats de l'analyse des facteurs associés à la mortalité

Variabes	Survie (n=48)	Décès n=21	Ord Ratio	IC à 95%	P
âge>60 ans	7	28	0,02	0,00-0,19	0,00006
Sexe M	31	14	1,4	0,02-0,89	0,41
GCS ≤ 8	35	13	0,03	0,00-0,22	0,00004
PAS ≥ 200 mm Hg	32	7	0,05	0,17-2,27	0,06
PAD ≥ 100 mm Hg	13	5	0,32	0,24-37,9	0,12
Inondation ventriculaire	6	2	0,07	0,15-8,17	0,32
Effet de masse	16	2	0,66	0,48-5,34	0,08
Ventilation mécanique	32	9	1,17	0,32-15,87	0,21
Traitement chirurgical	6	2	1,27	0,21-17,7	0,27
Traitement médical	63	19	1,42	0,10-16,5	0,14
Pneumopathie d'inhalation	32	14	0,01	0,00-21	0,00007
Sepsis	5	4	0,12	0,06-0,29	0,06
Diabète insipide	14	2	0,57	0,12-15,9	0,28
Trouble hydro électrolytiques (Hyponatrémie)	18	1	0,89	0,11-13,3	0,14

Discussion

Les accidents vasculaires cérébraux sont devenus un problème de santé publique dans les pays en développement car ils sont non seulement fréquents et sont cause d'une mortalité importante. Ils induisent également un coût élevé de prise en charge pour les familles et des séquelles invalidantes. Cette étude

a été réalisée à l'hôpital du Mali où aucune donnée antérieure n'existait sur la prise en charge des accidents hémorragiques cérébraux.

Notre série, comme certaines déjà publiées concernant l'épidémiologie des AVC dans les pays Africains retrouve un âge moyen de survenue de 55,69 ans. Le même constat a été retrouvé au Sénégal avec un âge moyen de 61,9 ± 14,2 ans [10]. Dans les pays

industrialisés la moyenne d'âge se situe dans la tranche de 65 -75 ans. Cela s'expliquerait par le fait que la population des pays industrialisés, plus instruite, ont mis l'accent sur la prévention des AVCH par un suivi régulier des hypertendus. La prévalence des AVCH était de 32.09% dans notre série. En Asie aussi cette prévalence a atteint 30% [8]. Au Cameroun, Chiasseu Mbeumi MT a trouvé une fréquence hospitalière de 40%, [11]. La disparité des résultats est due au fait que notre étude a été menée dans un service d'accueil des urgences qui reçoit généralement des patients en détresse vitale. La prédominance était féminine dans notre étude avec un se- ratio de 0,8. A Djibouti Benois A et al trouvaient une prédominance masculine [15]. En effet même dans la littérature africaine, il existe une variabilité de la prévalence selon le sexe, elle est soit féminine ou masculine: la majorité des études était en faveur d'une prépondérance masculine avec un ratio compris entre 1,3 et 1,5 [5, 6]. Les polygames sont représentés à hauteur de 75.7%. Les polygames sont soumis à des pressions sociales qui sont sources de poussée hypertensive pouvant entraîner un AVCH. Sur les 69 patients admis pour AVCH, vingt-deux patients soit (39%) ont été amenés par les membres de la famille dès le début des signes et 61% (57 patients) ont été évacués par les structures sanitaires. La fréquence élevée des évacuations des malades vers notre structure s'explique par la disponibilité permanente du scanner 24/24 heures. La majorité des patients soit 44.9 % ont été amenés par des moyens de transport personnels car la médecine extrahospitalière d'urgence ne fonctionne pas encore au Mali. Les facteurs de risque majeurs étaient dominés par l'hypertension artérielle avec 82,6% des cas dans notre étude. L'hypertension artérielle comme principal facteur de risque est décrite partout, que ce soit en Afrique [3] comme dans les pays développés [1]. De nombreuses études montrent une relation entre la sévérité de l'hypertension artérielle et un mauvais pronostic neurologique [1,10]. Il est logique de penser qu'une hypertension artérielle sévère favorise la poursuite du processus hémorragique et qu'il faudrait donc la traiter. Le scanner cérébral

était l'examen le plus demandé par les prescripteurs soit 100%. Cela s'explique par la disponibilité permanente du Scanner à l'hôpital du Mali. L'AVCH parenchymateux était le plus représenté avec 85.5% suivis de l'hémorragie méningée avec 5.7%. Dans la littérature les AVCH parenchymateux sont les plus fréquents [6], ce qui corrobore avec nos résultats. La pneumopathie d'inhalation était survenue chez 46,3% de nos patients. Au cours du transport non médicalisé les patients risquent l'inhalation du contenu gastrique avant leur admission dans le service. La mortalité était de 30.4 % dans notre étude. Au Mali A.D. Keita a trouvé une mortalité de 51,06% [3] ; au Sénégal, Sène Diouf F en a trouvé 82,9 % [10]. Cette mortalité paraît moins élevée en comparaison avec d'autres séries africaines où elle varie entre 30 et 56% indépendamment du type d'AVC (ischémique ou hémorragique) [2]. Ceci est lié à la possibilité de mettre en œuvre des moyens médicaux de neuro réanimation, notamment l'intubation trachéale et la ventilation artificielle associée à la sédation chez 43 ,6% de nos patients. En outre 8.7% de nos patients ont bénéficié d'une chirurgie pour évacuation des gros hématomes. Dans notre série, les facteurs associés à la mortalité étaient : l'âge ≥ 60 ans (le score de Glasgow ≤ 8 et la pneumopathie d'inhalation. Dans la série Djiboutienne, Benois A et al le score ≤ 8 était aussi un facteur associé à la mortalité [15].

Conclusion

Au Mali les accidents vasculaires cérébraux de façon générale, comme dans de nombreux de pays africains, constituent une préoccupation de santé publique.

Leur prise en charge nécessite des moyens lourds à la fois diagnostiques (scanner) et thérapeutiques (réanimation) dont la disponibilité et le coût restent des obstacles majeurs à l'accès aux soins pour la plus grande partie de la population.

La prise en charge de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des AVCH est un moyen efficace de la prévention. L'évacuation des gros hématomes associée au traitement médical pourrait

améliorer le pronostic.

Pour établir le bénéfice réel de la chirurgie dans la prise en charge des AVCH, il serait nécessaire de faire une étude multicentrique portant sur une population plus importante avec un protocole d'indication chirurgicale bien élaboré.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Tembiné Kalba

kalbatembine2014@gmail.com

Disponible en ligne : 17 Août 2021

- 1 : Service d'Anesthésie-Réanimation / Urgences, Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 2 : Service d'Imagerie Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 3 : Service de Neurochirurgie, Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 4 : Service de Médecine, Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 5 : Service d'Anesthésie-Réanimation / Urgences, CHU du Point G, Bamako, Mali
- 6 : Service d'Anesthésie-Réanimation / Urgences, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali
- 7 : Service d'Anesthésie-Réanimation /CHU Institut Ophtalmologique Tropical Africain (Bamako)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] P. Grillo, L. Velly, N. Bruder. Accident vasculaire cérébral hémorragique : nouveautés sur la prise en charge, Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2006 ; 25 : 868–873
- [2] Sagui E. Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne. *Med trop* 2007; 67: 596-600.
- [3] A.D. Keita, M. Touré, A. diawara, Y. Coulibaly, S. Doumbia,

M. Kane, D. Doumbia,

- [4] S. Sidibe, I. Traore. Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux dans le service de tomodensitométrie à l'hôpital du point G à Bamako. *Med Trop* 2005; 65: 453-7
- [5] Thiam A, Sene-Diouf F, Diallo AK. Aspects étiologiques des maladies neurologiques à Dakar (1986-1995). *Dakar Med* 2000; 45:167-72.
- [6] Talabi OA-A. Review of neurologic admissions in University College Hospital Ibadan, Nigeria. *West Afr J Med* 2003; 22: 150-1.
- [7] Diagana M, Traore H, Bassima A. Apport de la tomodensitométrie dans le diagnostic des accidents vasculaires cérébraux à Nouakchott, Mauritanie. *Med Trop* 2002; 62: 145-9.
- [8] Connor M D, Walker R, Modi G, Warlow CP-Burden of stroke in black population in Sub-Saharan Africa. *Lancet Neurol* 2007; 6: 269-78.
- [9] Wasserman S, de Villiers L, Bryer A. Community-based care of stroke patients in a rural African setting. *S Afr Med J* 2009; 99: 579-83.
- [10] Maïga Y, Albakaye M, Hassane S, Diallo M, Baby M, Traore H, Guillon B. Etude des filières de prise en charge des AVC au Mali. *Rev Neurol* 2010 ; 166:50-92.
- [11] Sène Diouf F, Mapoure NY, Ndiaye M, Mbatchou Ngahane HB, Touré K, Thiam A, Mboup B, Diop AG, Ndiaye MM, Ndiaye IP .Survie des accidents vasculaires cérébraux comateux à Dakar (Sénégal) *Revue neurologique* 2008 Mai; 164 5 452-458
- [12] Chiasseu Mbeumi MT, Mbahe S. Etude descriptive des accidents vasculaires cérébraux à Douala, Cameroun *Med Trop* 2011 ; 71 : 492-494
- [13] KounaNdouongo P, Milogo A, SimefoKamgang FP, Assengone ZehY. Aspects épidémiologiques et évolutif des accidents vasculaires au centre hospitalier de Libreville (Gabon). *AJNS* 2007 ; 26 : 12-17p.
- [14] Balogou AAK, Grunitzky EG, Assogba K, Aptse K, Kombate D, Amouzouvi D. Accident vasculaire cérébral chez le sujet jeune (15 à 45 ans) dans le service de neurologie campus de Lomé. *AJNS* 2008; 27: 44-51.
- [15] Cowppli-Bony P, Yapi-Yapo P, Douayoua-Sonan T, Kouamé B, Yapo FB, Kouassi EB. Mortalité par accident vasculaire cérébral. *Médecine d'Afrique Noire*. 2006;53(5):299–305
- [16] Benois A, Raynaud L, Coton T, Petitjeans F, Hassan A, Ilah

A, Sergent H, Grassin F, Leberre J . Morbi-mortalité des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques après prise en charge en réanimation à Djibouti. *Med Trop* 2009 ; 69 : 41-44

Pour citer cet article :

K Tembiné, MAC Cissé, N Diani, A Sidibé, A Dramé, THM Coulibaly et al. Accident vasculaires cérébraux hémorragiques en soins intensif à l'hôpital du Mali : Aspects épidémio cliniques thérapeutiques et évolutifs. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 230-237



Article original

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical du centre hospitalier régional Heinrich Lubke de Diourbel au Sénégal (CHRHL) face aux accidents d'exposition au sang (AES)

Blood exposure accidents among medical personnel at the Heinrich Lubke Regional Hospital of Diourbel in Senegal

AER Diatta*¹, BB Diedhiou¹, H Toure², NS Ba¹, M Ndiaye¹

Résumé

Objectifs : Déterminer la prévalence des AES chez le personnel soignant du CHRHL, les connaissances, pratiques et attitudes des soignants en présence de ces AES.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive menée de Décembre 2017 à Mai 2018 au CHRHL et qui a concerné l'ensemble du personnel soignant. L'instrument d'étude était un questionnaire anonyme auto-administré comprenant les caractéristiques socioprofessionnelles, les données sur les AES et celles relatives à la prise en charge. L'enquête a obtenu l'accord préalable du chef d'établissement et de chaque participant. Le traitement des données a été effectué à l'aide du logiciel Epi Info version 7.0.

Résultats : Notre échantillon était égal à 142 participants avec une prédominance masculine de 51%. L'âge moyen était égal à $36 \pm 6,454$ ans. La prévalence globale des AES était égale à 19,72%. Les victimes étaient majoritairement les hommes soit 68% et l'âge moyen était égal à 38 ans. Parmi les victimes, 64,28% étaient vaccinées contre l'hépatite B et 59,15% connaissaient leur statut sérologique. Les techniciens supérieurs 25%, les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens avec respectivement 21,

42% étaient les plus touchés. Seule une victime avait été déclarée et mise sous traitement antirétroviral. Parmi les travailleurs, 64% n'avaient pas su donner une définition correcte de l'AES et 13% ignoraient la possibilité d'une éventuelle contamination à l'hépatite C lors d'un AES.

Conclusion : Dans notre étude, un travailleur sur 4 est victime d'AES. La lutte contre le risque de contamination nécessite une formation initiale solide mais surtout une formation continue sur les risques biologiques encourus notamment lors des activités de soins.

Mots-clés : accident d'exposition au sang - centre hospitalier - personnel soignant - Sénégal.

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of BEA (Blood Exposure Accidents) among CHRHL healthcare personnel, the knowledge, practices and attitudes of caregivers and the management of these BEAs.

Methodology: This was a descriptive study conducted from December 2017 to May 2018 at the CHRHL and involved all nursing staff. The study instrument was an anonymous self-administered questionnaire

including socio-professional characteristics, data on BEAs and data on care. The survey obtained prior consent from the head of the institution and from each participant. Data processing was carried out using Epi Info version 7.0 software.

Results: Our sample was equal to 142 participants with a male predominance of 51%. The average age was 36 ± 6.454 years. The overall prevalence of BEAs was equal to 19.72%. The victims were predominantly male (68%) and the average age was 38 years. Among the victims, 64.28% were vaccinated against hepatitis B and 59.15% knew their serological status. Senior technicians 25%, surgeons and obstetricians with 21, 42% respectively were the most affected. Only one victim had been declared and put on antiretroviral treatment. Among the workers, 64% were unable to give a correct definition of a BEA and 13% were unaware of the possibility of a hepatitis C contamination from BEA exposure.

Conclusion: In our study, one out of four workers is a victim of a BEA. The fight against the risk of contamination requires solid initial training, but above all, continuous training on the biological risks incurred, particularly during care activities.

Keywords: blood exposure accident - hospital center - nursing staff - Senegal.

Introduction

Un accident d'exposition au sang (A.E.S.) est défini comme tout contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang et comportant une effraction cutanée (piqûre ou coupure) ou une projection sur muqueuse ou peau lésée [1]. On distingue les AES professionnels survenant principalement en milieu de soins et ceux concernant la population générale notamment lors de comportements sexuels à risque et d'usage de drogue intraveineuse.

A ce jour, une quarantaine de pathogènes ont donné lieu à des cas documentés de transmission suite à un AES mais en pratique, ce sont les virus de l'hépatite

B, de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui présentent le risque le plus élevé de contamination [2]. Les facteurs de risque de transmission les plus incriminés sont la blessure profonde, le geste intraveineux ou intraartériel direct et le sexe masculin chez le soignant [3]

En France, le groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux a recensé jusqu'en 2018, 36 infections présumées et 14 séroconversions documentées [4].

En Afrique, les statistiques globales à ce sujet sont rares. Une étude togolaise a enregistré une prévalence de 62,3% parmi le personnel soignant de l'ensemble des formations sanitaires du pays [5]. Au Sénégal, nous ne disposons pas d'étude globale, mais les AES demeurent une préoccupation des soignants notamment en milieu hospitalier compte tenu de la persistance des maladies transmissibles soit 25,7 millions de personnes vivant avec le VIH en Afrique [6].

L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence des AES chez le personnel soignant du Centre Hospitalier Régional Heinrich Lübke (CHRHL) de Diourbel et d'identifier les connaissances, les attitudes et les pratiques des travailleurs face aux AES.

Méthodologie

Cadre de l'étude

Le Centre Hospitalier Régional de Diourbel est le fruit de la coopération sénégallo-allemande. Il porte le nom d'Heinrich Lübke, deuxième Président de la République Fédérale d'Allemagne et a été inauguré le 26 Mai 1966 par Feu le Président Léopold Sédar Senghor. Il a été érigé en établissement public de santé de niveau 2 par le décret n°2000-1166 du 29 décembre 2000.

Malgré l'absence d'un service de médecine du travail et la non homologation de la structure comme point de prestation à l'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV), la déclaration des cas d'AES se fait auprès du point focal du VIH de l'hôpital au sein du service de médecine interne, tous

les jours du lundi au vendredi et auprès du service des urgences de l'hôpital.

Type, période et population d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée de décembre 2017 à Mai 2018. Elle a concerné l'ensemble du personnel soignant du CHRHL D à savoir les médecins (généralistes et spécialistes), les chirurgiens dentaires, les pharmaciens, les sages-femmes et les maïeuticiens, les techniciens supérieurs (laboratoire, biologie, odontologie, néphrologie, ophtalmologie, kinésithérapie), les infirmiers, les assistants infirmiers et les brancardiers.

Les critères d'inclusion sont l'appartenance à l'une des professions suscitées et la disponibilité au moment de l'étude. Les critères de non-inclusion étaient l'affiliation au personnel administratif ou technique et l'absence du travailleur au moment de l'étude.

Collecte des données

L'instrument d'étude était un questionnaire élaboré pour les besoins de ce travail et composé :
des caractéristiques socioprofessionnelles : âge, sexe, qualification, service, ancienneté ;
des circonstances de survenue de l'AES : date, lieu, type, acte médical en cause, port d'équipements de protection individuelle;
des connaissances sur la conduite à tenir immédiate et ultérieure ;
et du statut sérologique du patient source et de la victime (VIH, VHB, VHC et vaccination VHB).

Considérations éthiques

Les fiches de collecte de données étaient anonymes. Le traitement des données a été fait dans le respect du secret médical. Les consentements préalables du chef d'établissement et de l'enquête étaient obtenus. Il n'existait pas de conflit d'intérêt dans la réalisation de ce travail.

Traitement des données

La saisie et le traitement des données ont été réalisés avec le logiciel Epi Info version 7.0. L'analyse des

données a essentiellement porté sur l'étude descriptive des différentes variables et le calcul de la prévalence des AES.

Résultats

Caractéristiques socioprofessionnelles de l'échantillon

Notre population d'étude était de 142 travailleurs avec une prédominance masculine soit 51% et un sex ratio égal à 1,04. L'âge moyen du personnel soignant était égal à $36 \pm 6,454$ années avec des extrêmes de 26 et 57 ans. Parmi le personnel de notre échantillon, les assistants infirmiers étaient majoritaires 48,06% (n=69) suivis des infirmiers 11,97% (n=17) et des médecins spécialistes 9,86% (n=14) (Figure 1). Parmi les médecins spécialistes, on comptait un anesthésiste-réanimateur, un chirurgien orthopédiste, un chirurgien urologue, un cardiologue, trois gynécobstétriciens, deux pédiatres, un ophtalmologue, un médecin ORL, un biologiste, un urgentiste et un radiologue. L'ancienneté était inférieure à un an pour 21% des travailleurs, comprise entre 1 et 2 ans dans 35% et supérieure à 2 ans pour 44% d'entre eux. Les travailleurs provenaient principalement des services de chirurgie (n=16), de la maternité (n=18), de la réanimation (n=14), des urgences (n=12).

Connaissances, attitudes et pratiques du personnel

La définition des AES donnée par les travailleurs était incomplète dans 53% (n=75) et incorrecte voire inconnue dans 11% (n=16). La connaissance des agents pathogènes transmissibles lors d'un AES était variable : 93% pour le VIH, 78% et 13% respectivement pour les hépatites B et C (VHB et VHC). Parmi les travailleurs, 89 sur 142 soit 62,67% du personnel ont déclaré être à jour de leur vaccination contre l'hépatite B et 59,15% connaissaient leur statut sérologique pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les prévalences en fonction du service de provenance, des statuts vaccinal et sérologique sont décrites dans le tableau I.

Sur l'ensemble du personnel interrogé 59,8% (n=85),

ont déclaré porter des gants systématiquement avant tout acte ou soin, 27,46% (n=39) respectaient le port de masque et 85,21% (n=123) mettaient les aiguilles, lames de bistouri et autres objets tranchants dans un conteneur immédiatement après le geste.

Concernant les mesures de prévention universelles, le port de gants était évoqué dans 97%, de masques et blouses 50,70%, l'interdiction de recapuchonner 16,90%, et l'utilisation immédiate du conteneur après le soin 71,12%. La connaissance de la conduite à tenir après un AES concernait le lavage l'eau et au savon 68,31%, la désinfection 80,98%, le bilan sérologique du patient source 55,63%, l'interruption de l'acte de soin 50,70%, la déclaration au médecin référent et à la Caisse de sécurité respectivement 61,97% et 29%.

Données sur les AES

Caractéristiques socioprofessionnelles des victimes

Dans notre étude la prévalence des AES est de 19,72 % soit 28 personnes sur les 142 interrogées. L'âge moyen des victimes était de $38 \pm 10,9$ années (extrêmes 26 et 57 ans) et les hommes étaient plus nombreux soit 68%. Les victimes avaient une ancienneté de plus de deux ans dans 48%, comprise entre 1 et 2 ans dans 36% et inférieure à un an pour 16%. Les techniciens supérieurs et les médecins spécialistes étaient les plus impactés avec une prévalence respective de 25% (n=7) suivis des assistants infirmiers 17,86% (n=5), des sages-femmes 10,71% (n=3), des brancardiers et des infirmiers avec respectivement 7,14% (n=2), et en dernier des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes avec respectivement 3,57% (n=1).

Caractéristiques des AES

Les AES avaient pour la plupart eu lieu au lit du malade 36% (n=10), au bloc opératoire 21% (n=6) et en salle d'accouchement 11% (n=3). Le service de la maternité a enregistré le pourcentage le plus élevé d'AES (28,57%), suivi des services de chirurgie (17,85%) et du bloc opératoire (10,71%) (Figure 2). Les mécanismes de l'accident étaient la piqûre superficielle 57,14% (n=16), les projections au visage 21,4%(n=6) et aux yeux 17,85% (n=5) et le

contact avec une peau lésée 3,57% (n=1). Les actes de soins les plus incriminés étaient les interventions chirurgicales 32,14% (n=9), les prélèvements sanguins 17,85% (n=5), les soins dentaires 10,71% (n=3) et le recapuchonnage 7,14% (n=2) (Tableau II).

Connaissances, attitudes et pratiques des victimes

Immédiatement après l'AES, 18% ont lavé la plaie avec l'eau et du savon, 71% ont eu recours à des antiseptiques locaux et 11% n'ont effectué aucun soin. Parmi les victimes d'AES, 64,28% (n=18) étaient à jour de leur vaccination contre l'hépatite B et 53,57 % (n=15) connaissaient leur statut sérologique HIV. Deux victimes avaient bénéficié d'un bilan sérologique initial (Hépatites B et C, VIH). Le statut sérologique du patient source était inconnu dans 85,71% pour le VIH, 89,29% pour le VHB et 96,43% pour le VHC. On dénombrait un cas positif pour chacune de ces maladies, 2 patients séronégatifs au VHB et 3 patients séronégatifs au VIH.

Seule une victime a bénéficié d'une déclaration et d'un traitement prophylactique antirétroviral. Le suivi sérologique aux 3ème et 6ème mois n'a pas été effectif et il ne nous a été rapporté aucun cas de séroconversion dans notre cohorte. (Tableau II).

Tableau I : Répartition des travailleurs du CHRHL D selon le service d'appartenance, les statuts vaccinal et sérologique (Hépatite B et VIH)

Service	Effectifs	Pourcentage
Brancardage	10	7,04
Bloc opératoire	11	7,74
Chirurgie	16	11,26
Consultations externes	06	4,22
Kinésithérapie	03	2,11
Laboratoire et banque de sang	13	9,15
Médecine interne	15	10,56
Maternité	18	12,67
Ophthalmologie	02	1,40
Pédiatrie	11	7,74
Radiologie	06	4,22
Réanimation	14	9,85
Urgences	12	8,4
Odontostomatologie	05	3,5
Vaccination Hépatite B à jour		
Oui	89	62,67
Non	53	37,33

Statut sérologique VIH		
Connu	84	59,15
Inconnu	58	40,85
Total	142	100

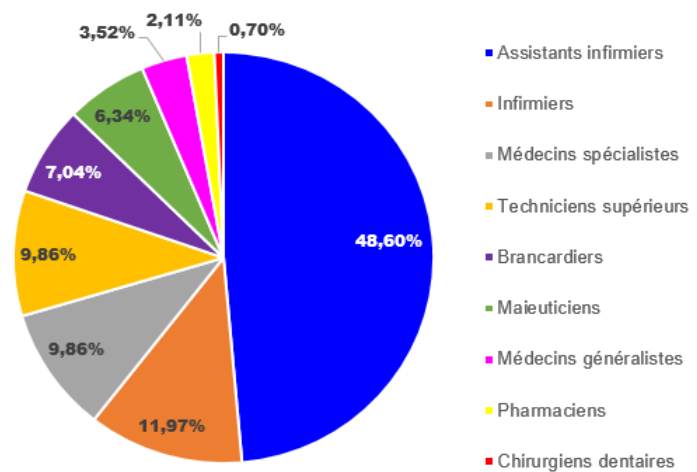


Figure 1 : Répartition des travailleurs du CHRHL D selon la profession en 2018

Tableau II : Caractéristiques des AES du personnel du CHRHL D en 2018

Données sur les AES	Effectifs	Pourcentages
<u>Lieu de survenue</u>		
Lit du malade	10	36%
Bloc opératoire	6	21%
Salle d'accouchement	3	11%
Cabinet dentaire	2	7%
Salle de prélèvement	2	7%
Salle de soins	2	7%
Salle de scanner	2	7%
Stérilisation	1	4%
<u>Acte de soin en cause</u>		
Intervention chirurgicale	9	32,14%
Prélèvements sanguins	5	17,85%
Soins dentaires	3	10,71%
Recapuchonnage	2	7,14%
Accouchement	2	7,14%
Brancardage	2	7,14%
Injection	1	3,57%
Retrait cathéter	1	3,57%
Pansement	1	3,57%
Suture	1	3,57%
Ponction pleurale	1	3,57%
<u>Soins immédiats</u>		
Lavage eau et savon	5	17,85%
Lavage eau et antiseptique	20	71,42%
Aucun soin	3	10,71%
<u>Déclaration</u>		
OUI	1	3,57%
NON	27	96,43%
<u>Bilan initial</u>		
OUI	2	7,14%
NON	26	92,86%
<u>Phophylaxie ARV</u>		
OUI	1	3,57%
NON	27	96,43%
<u>Statut patient source</u>		
VIH		
Positif	1	3,57%
Négatif	3	10,71%
Inconnu	24	85,72%
VHB		
Positif	1	3,57%
Négatif	2	7,14%
Inconnu	25	89,29%
VHC		
Positif	1	3,57%
Négatif	0	0%
Inconnu	27	96,43%
<u>MOYENS DE PREVENTION</u>		
Port de gants	22	78,57%
Port de masque	9	32,14%
Conteneur à proximité	11	39,28%

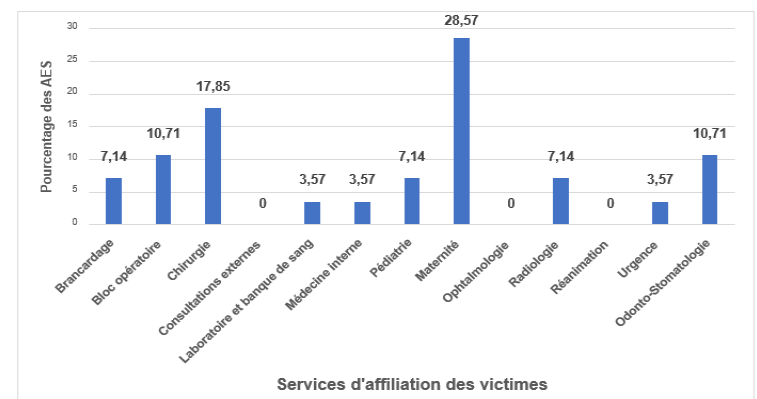


Figure 2 : Répartition des victimes d'AES du CHRHL D en 2018 selon le service d'affiliation

Discussion

Caractéristiques socioprofessionnelles

Notre étude chez le personnel soignant du CHRHL D a mis en évidence une prévalence des AES égale à 19,72%. Cette prévalence est inférieure à celle retrouvée par Diedhiou [7] au centre hospitalier de Kolda en 2019 soit 49,3% et à celle enregistrée en France (Thèse de doctorat Thibault BATAIL, Claude Bernard Lyon) soit 23,7%. Toutefois, ces chiffres restent préoccupants car dans notre échantillon 1 travailleur sur 5 a déjà été victime d'un AES.

Les hommes et les jeunes sont majoritairement impactés avec une prévalence masculine de 68% et un âge moyen de 38 ans. Gounongbé [8] a enregistré une moyenne d'âge similaire soit $35,7 \pm 8,8$ ans mais les femmes étaient largement plus impactées dans sa population avec un sex ratio de 2,6. Cette

différence selon le sexe pourrait s'expliquer par la prépondérance globale des femmes dans la structure béninoise contrairement à la nôtre ou la répartition était sensiblement égale soit 51%.

Dans notre échantillon, la prévalence des AES baisse avec l'ancienneté. Une étude au Centre hospitalier régional de Touba Ndamatou au Sénégal (Néné Bousso THIAM, mémoire santé au travail) avait conclu au même résultat soit une fréquence des AES plus élevée parmi les travailleurs de moins de 10 ans d'ancienneté. Cette réduction du taux d'AES avec l'ancienneté s'explique par l'expérience capitalisée au fil des années de travail notamment la maîtrise des actes de soins.

Parmi les victimes, les techniciens supérieurs et les médecins spécialistes notamment les chirurgiens étaient les plus nombreux avec respectivement 7 accidentés soit 50% de l'effectif de chacune de ces catégories professionnelles. En République Démocratique du Congo, une étude a retrouvé une majorité d'infirmiers suivis des médecins et des techniciens supérieurs [9]. Ces résultats montrent que parmi le personnel soignant, les travailleurs préposés aux soins sont plus exposés aux AES, quelle que soit la nature de ces soins : infirmiers, médicaux ou chirurgicaux.

Circonstances et mécanismes de survenue

Dans notre enquête, la majorité des AES ont lieu à la maternité soit 28,57%. Ceci a été également retrouvé au CHU de Yopougon à Abidjan en 2000 [10], à Cotonou [11] et dans huit structures hospitalières au Maroc [12]. Cette représentation massive des maternités est liée à la forte présence de gestes invasifs lors de la réalisation des soins obstétricaux.

Le mécanisme de survenue le plus fréquent est la piqûre avec 57,14% et les actes de soins les plus incriminés sont les opérations chirurgicales, les prélèvements sanguins et les soins dentaires. Le constat est similaire dans la majorité des études notamment en France 66,5% (Thibault BATTAIL), au Congo 85,8% [13] et 61% en République Démocratique du Congo [9]. Cette prépondérance de la piqûre dans la survenue

des AES est le reflet de l'incidence de ce geste de soins dans les activités médicales et chirurgicales, mais également du risque élevé de blessures inhérent à la réalisation de cette tâche.

Connaissances, attitudes et pratiques

Dans notre échantillon, la définition des AES donnée par les travailleurs était correcte pour 36% (n=51) du personnel et la connaissance des agents pathogènes transmissibles lors d'un AES était 93% pour le VIH, 78% et 13 % respectivement pour les hépatites B et C (VHB et VHC). Ebabetou [13] a fait le même constat au CHU de Brazzaville avec respectivement 98,1%, 73,3% et 58,5%. On remarque que l'infection au virus de l'immunodéficience humaine est la mieux connue et la plus redoutée parmi le personnel soignant au détriment des hépatites C et B alors que le risque de transmission est plus important pour ces deux affections avec respectivement 1,8% et jusqu'à 30% pour le VHB contre 0,32% pour le VIH [4].

Parmi les travailleurs, 62,67% du personnel ont déclaré être à jour de leur vaccination contre l'hépatite B et 59,15% connaissaient leur statut sérologique HIV. Ces chiffres sont superposables à ceux des victimes avec respectivement 64,28% (n=18) et 53,57% (n=15). Dans son étude au CHU de Fann, Ndiaye [14] a retrouvé une couverture vaccinale moindre soit 12,5%. Ces chiffres révèlent le manque de prise conscience parmi le personnel soignant qui, malgré la connaissance des risques encourus et leur forte probabilité en milieu de soins, fait preuve de négligence en matière de prévention.

Au moment de l'accident, les victimes portaient des gants dans 78,57% (n=22), un masque dans 32,14% (n= 9) et avaient un conteneur à portée de main dans 39,28% (n=11). On retrouve des résultats différents dans une étude marocaine où le port des gants a été respecté par 34% des victimes et le matériel de sécurité n'a pas été utilisé ; les causes de non utilisation des équipements de protection étaient dominées par la négligence 48%, le manque de matériel 12,7%, le contexte d'urgence 6,7% et l'ignorance 1,3% [15]. Cette différence des résultats obtenus pourrait

s'expliquer par la qualité de la formation initiale et la prise de conscience des risques encourus par les personnels soignants.

La connaissance de la conduite à tenir après un AES concernait le lavage l'eau et au savon 68,31%, la désinfection 80,98%, le bilan sérologique du patient source 55,63%, la déclaration au médecin référent et à la Caisse de sécurité respectivement 61,97% et 29%. L'étude au CHU de Loandjili a rapporté des résultats différents des nôtres avec 27,38% pour le lavage, 90% pour la désinfection, 86,3% pour le bilan du patient source et 89,2% pour la nécessité de déclaration de l'AES [13].

Immédiatement après l'AES, 71% ont eu recours à des antiseptiques locaux et 11% n'ont effectué aucun soin. Une étude française a rapporté des résultats similaires avec des taux respectifs de 83,3% et 9,5% (Lisa MARCOT, thèse de médecine).

Dans notre étude, seule une victime a bénéficié d'une déclaration soit 3,57%. Notre résultat est largement inférieur à celui retrouvé au CHU Gabriel Toure du Mali (Adama SOGODOGO mémoire de fin d'études en santé au travail) soit 35,90%. Ce faible taux de déclaration découle de plusieurs facteurs à savoir l'ignorance des modalités de déclaration, la sous-estimation du risque encouru, les contraintes liées au suivi et la crainte de stigmatisation.

Le statut sérologique du patient source était inconnu dans 85,71%. Dans une étude sénégalaise menée sur 10 ans à l'hôpital principal de Dakar, le statut sérologique du patient source était inconnu dans 34,59% (Sountou DIABOULA mémoire de fin d'études en santé au travail).

Conclusion

Les AES constituent une réalité chez le personnel soignant du CHRHL de Diourbel en raison de leur prévalence, de l'ignorance des agents pathogènes en cause et des mauvaises attitudes des agents de santé face à ce risque. Par conséquent, il est primordial de mettre en œuvre une prévention efficace et durable de ce risque biologique majeur en milieu hospitalier.

Cette prévention sera portée collectivement par la tutelle et les travailleurs et articulée par le service de santé au travail. La stratégie préventive devra être basée sur l'information et l'éducation aux mesures de prévention universelles, la vaccination et la mise sur pied d'un parcours de prise en charge efficient pour les victimes.

*Correspondance

Armandine Eusebia Roseline DIATTA

arma16@hotmail.fr

Disponible en ligne : 17 Août 2021

- 1 : Service de Médecine du Travail et Médecine Légale, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
- 2 : Service de médecine du travail, Université de Conakry

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Cantineau A, Brauer G, Deiss V, Guillet N, Hecht MT. Stratégie soignante. Prévention des AES et formation-action. *Soins* 2002;671:42-4
- [2] Bouvet E, Casalino E. Anti hiv chemoprophylaxis for blood exposure accidents. *Ann Med Interne*, 2000;151:283-90
- [3] Yazdanpanah Y et al. Risk factors for hepatitis C virus transmission to health care workers after occupational exposure: a European case-control study *Clin Infec Dis* 2005;41(10):1423-30
- [4] Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants (GERES). Epidémiologie du risque infectieux lié aux Accidents Exposant au Sang (AES). Actualisation 2019 [en ligne]. Disponible sur https://www.geres.org/wp-content/uploads/2019/11/EpidemioRisquesli%C3%A9sAES2019_VF.pdf
- [5] K. Kara-Peketi, H Magnang, J-S Bony, H Robin, P Frimat.

Prévalence des accidents professionnels d'exposition au sang chez le personnel soignant au Togo (Afrique). Arch Mal Prof 2011;1830(4):307-417

- [6] Organisation mondiale de la santé (OMS). Fardeau de la maladie. Disponible à <https://www.afro.who.int/health-topics/hiv/aids>
- [7] B B Diedhiou, E H M Ba, M C Seck, J A D Tine. Caractérisation des accidents d'exposition au sang (AES) et leurs déterminants psycho-environnementaux et professionnels au Centre Hospitalier Régional de Kolda (Sud du Sénégal). Int J of Inn App St Janvier 2019;25(2):586-93
- [8] Gounongbé F C A, Ayélo A P, Aguemon B, Chouti F L, Zannou M D, Fayomi B. Facteurs de risques des accidents d'exposition au sang chez les professionnels de la santé de la zone sanitaire Parakou-n'dali (Nord Bénin). Rev. CAMES SANTE 2013;1(1):11-5
- [9] Mputu P, Mupepe D, Kayembe J M. Accidents d'exposition au sang chez les professionnels de santé à l'Hôpital Biamba Marie Mutombo. Ann Afr Med Mars 2011;4(2):690-6
- [10] Eholie SP, Ehui E, Yekouet-Kouané BY. Assessment of practice and knowledge of health care workers on occupational exposure to blood (Abidjan-Ivory Coast) Med Mal Infect 2002;7(32): 359-68
- [11] Zannou DM, Adè G, Houngbè F, Fanou S P, Fayomi B. Facteurs épidémiologiques liés aux accidents d'exposition au sang en milieu hospitalier à Cotonou, Bénin. Med Afr Noire 2006;53(7):413-18
- [12] Laraqui O, Laraqui S, Tripodi D, Zahraoui M, Caubet A, Verger C, Laraqui CH. Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques sur les AES en milieu de soins au Maroc. Med Mal Infect 2008;38:658-66
- [13] Ebatetou-Ataboho, C Makele, SFC Ngatali, ALM Boumba, D Moukassa. Accidents d'Exposition au Sang dans un Hôpital du Congo Brazzaville : une étude CAP. Health Sc and Dis 2018;19(4):10-5
- [14] Ndiaye M, Cissokho Bèye D, Sow ML. 2011. Les accidents avec exposition au sang (AES) au CHNU de Fann de Dakar (Sénégal). Camip.Info, Camip 2011-1
- [15] L Bouzgarrou, I Kacem, MA Henchi, A Kraini, S Kammoun, A Omrane, C Amri, F Chabbi, T Khalfallah. Les accidents d'exposition au sang dans le centre hospitalo-universitaire de Mahdia : Etude sur sept ans. Rev Tun Path Prof et Env 2018;3:44-8

Pour citer cet article :

AER Diatta, BB Diedhiou, H Toure, NS Ba, M Ndiaye. Connaissances, attitudes et pratiques du personnel médical du centre hospitalier régional Heinrich Lubke de Diourbel au Sénégal (CHRHL) face aux accidents d'exposition au sang (AES). Jaccr Africa 2021; 5(3): 238-245



Article original

La problématique de la dénutrition de l'adulte en chirurgie digestive d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya au Burkina Faso

The problem of adult undernutrition in emergency digestive surgery at the Regional University Hospital of Ouahigouya in Burkina Faso

JL Kambire*¹, SL Zoungrana², S Ouedraogo¹, S Ouedraogo¹, M Zida³

Résumé

But : Etudier la dénutrition de l'adulte au cours des urgences chirurgicales digestives au CHURO.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive dont la collecte de données a été réalisée de manière prospective du 1er mars 2021 au 31 mai 2021.

Résultats : Les urgences chirurgicales de l'adulte ont représenté 27,46% des urgences chirurgicales digestives. Les patients étaient majoritairement des hommes agriculteurs, mariés et vivant en milieu rural. Leur moyenne d'âge était de 35,9 contre 33,6 chez les patients dénutris. La douleur abdominale a été le maître symptôme ayant motivé la consultation et la péritonite aiguë généralisée a été la pathologie la plus fréquente dans 37,7% des cas. Suivant l'indice de Quételet, la prévalence de la dénutrition à l'admission a été de 20,7%. Cette dénutrition était de sévérité légère chez 47,2% des cas.

Le traitement chirurgical a été fonction de la pathologie chirurgicale et l'appendicectomie associée parfois au drainage a été prédominant dans 50,9% des cas. Aucune prise en charge nutritionnelle n'a été associée chez nos patients dénutris.

Les suites opératoires ont été simples chez 75,5%

des cas. Les complications ont été dominées par l'infection du site opératoire et la dénutrition.

La prévalence de la dénutrition des patients à leur sortie a été de 28,3%. Un déficit pondéral a été observé chez 34% des patients avec un déficit pondéral moyen de 5,33kg.

La mortalité a été de 1,9 % avec une durée moyenne d'hospitalisation de 6,9 jours contre 8,8 jours chez les patients dénutris.

Conclusion : La dénutrition est une situation fréquemment observée au cours des urgences chirurgicales digestives de l'adulte. Cependant, cette dénutrition reste souvent méconnue et sa prise en charge occultée alors que cette dénutrition a un énorme poids clinique et pronostic sur l'évolution des pathologies causales.

Aussi, une évaluation systématique de l'état nutritionnel des patients en préopératoire et la mise en œuvre des recommandations sur les bonnes pratiques en matière de nutrition péri-opératoire peuvent contribuer à réduire de façon significative la prévalence et les effets délétères de « cette urgence silencieuse » qu'est la dénutrition.

Mots-clés : dénutrition, chirurgie digestive d'urgence, CHURO, BF.

Abstract

Purpose: Study adult undernutrition during digestive surgical emergencies at CHURO.

Methodology: It was a cross-sectional and descriptive study whose data collection was carried out prospectively from March 1, 2021 to May 31, 2021.

Results: Adult surgical emergencies accounted for 27.46% of digestive surgical emergencies. The majority of the patients were male farmers, married and living in rural areas. Their average age was 35.9 compared to 33.6 in malnourished patients. Abdominal pain was the main symptom that motivated the consultation and generalized acute peritonitis was the most frequent pathology in 37.7% of cases. According to the Quetelet index, the prevalence of undernutrition at admission was 20.7%. This undernutrition was mild in 47.2% of cases. Surgical treatment was a function of surgical pathology and appendectomy sometimes associated with drainage was predominant in 50.9% of cases. No nutritional management has been associated in our malnourished patients. The surgical follow-ups were simple in 75.5% of the cases. Complications were dominated by surgical site infection and undernutrition. The prevalence of undernutrition of patients on discharge was 28.3%. A deweight was observed in 34% of patients with an average underweight of 5.33kg. Mortality was 1.9 per cent with an average length of hospitalization of 6.9 days compared to 8.8 days for malnourished patients.

Conclusion: Undernutrition is a situation frequently observed during adult digestive surgical emergencies. However, this undernutrition often remains unknown and its management is hidden while this undernutrition has a huge clinical weight and prognosis on the evolution of causal pathologies. Also, a systematic assessment of the nutritional status of patients in preoperative and the implementation of recommendations on good practices in perioperative nutrition can contribute to significantly reduce the prevalence and the deleterious effects of this «silent emergency» that is undernutrition.

Keywords: undernutrition, emergency digestive

Introduction

Selon la Haute Autorité de Santé et la Fédération Française de Nutrition, la dénutrition désigne « l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel ; le déséquilibre étant caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif [1]. La dénutrition est aussi bien communautaire qu'hospitalière et pose un problème majeur de santé publique. La prévalence hospitalière de cette dénutrition varie de 15 à 60% suivant les établissements de soins et les outils diagnostics utilisés [2]. Traoré à Bobo-Dioulasso révélait une prévalence hospitalière de 32,4% dans son étude [3] et Ngoy Elumba à Lubumbashi [4], retrouvait une prévalence de 33%. Chez les patients en péri-opératoire, cette dénutrition est élevée. Shpata et collaborateurs estimaient entre 40 et 50% les patients en chirurgie qui présentaient une dénutrition à leur admission aggravée au cours de leur séjour [5]. Plusieurs facteurs peuvent être incriminés ; sont de ceux-là le jeûne préopératoire et les troubles digestifs [6]. Cependant, cette dénutrition est insuffisamment diagnostiquée. En effet, Ngoy Elumba [4] a révélé dans son étude, un diagnostic dans 10,1% des cas. Même quand le diagnostic est porté, sa prise en charge reste insuffisante voire occultée. Dans la série de Ngoy Elumba [4], cette prise en charge a été absente dans 92,8%.

Quelle est la situation de la dénutrition dans le service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya ?

C'est pour répondre à cette question que nous nous sommes intéressés à la problématique de la dénutrition de l'adulte au cours des urgences chirurgicales digestives au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude observationnelle, transversale

et descriptive réalisée du 1er mars 2021 au 31 mai 2021, soit une durée de trois mois.

La population d'étude était constituée de patients admis et pris en charge dans le service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya durant la période d'étude.

Ont été inclus dans l'étude, les malades adultes âgés entre 16 ans et 60 ans admis et opérés dans le service de chirurgie pour une affection chirurgicale digestive urgente au cours de la période d'étude.

N'ont pas été inclus dans cette étude, les patients admis en chirurgie au cours de la période d'étude pour une affection chirurgicale digestive programmée ou pour une chirurgie autre que digestive.

Les paramètres étudiés ont porté sur les données sociodémographiques à savoir l'âge du patient, son sexe, sa provenance, sa profession.

Les données cliniques ont porté sur la pathologie chirurgicale diagnostiquée. Les paramètres anthropométriques que sont la mesure de l'indice de Quetelet et l'appréciation du degré de perte pondérale associées ou non à des signes objectifs de dénutrition à type d'œdèmes, de fonte musculaire ou de signes cutanéophanériens ont complété les données cliniques. Les données thérapeutiques et évolutives ont pris en compte la pathologie chirurgicale diagnostiquée, le geste chirurgical réalisé, l'existence ou non d'un jeûne postopératoire, l'existence d'une prise en charge nutritionnelle, l'évolution postopératoire, la durée d'hospitalisation et la mesure de l'indice de Quetelet de même que l'évolution pondérale du patient au terme de son hospitalisation. Ces données, recueillies à travers une fiche d'enquête individuelle élaborée à cet effet ont été saisies sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi-DATA version 7.2 et analysées à l'aide du logiciel Epi-info. Les résultats de ces analyses ont été présentés sous forme de moyenne ou de pourcentage.

Résultats

Profil épidémiologique des patients

Au cours de notre période d'étude 193 cas d'urgences chirurgicales digestives ont été admis dans le service de chirurgie dont 53 cas d'adultes, ce qui représente 27,46% des urgences chirurgicales digestives. La moyenne d'âge des patients a été de 35,94 ans. Sur les 53 patients, 40 étaient de sexe masculin (75,5%) et 13 étaient de sexe féminin (24,5%), soit un sex-ratio de 3,07 et les agriculteurs ont été les plus représentés dans 52,8% des cas.

Etat nutritionnel des patients à leur admission en chirurgie

L'état nutritionnel des patients a été évalué à leur admission dans le service de chirurgie à travers l'indice de Quetelet et la perte de poids. Les tableaux I et II présentent la répartition des patients en fonction de leur IMC et de leur perte de poids.

Grade nutritionnel des patients selon la pathologie chirurgicale

En fonction de la pathologie chirurgicale diagnostiquée, le grade nutritionnel des patients a été défini. Le tableau III présente le grade nutritionnel des patients en fonction de la pathologie chirurgicale.

Signes cliniques de dénutrition

Aucun signe clinique spécifique de dénutrition n'a été relevé dans notre série.

• Prise en charge

La prise en charge chirurgicale

Le geste chirurgical réalisé a été fonction de l'étiologie de la pathologie en peropératoire. Le tableau IV représente la répartition des patients suivant le geste chirurgical.

Durée du jeûne post opératoire

La durée du jeûne post opératoire de nos patients est représentée sur le tableau V.

La prise en charge nutritionnelle

Aucune prise en charge nutritionnelle n'a été indiquée chez nos patients quel que soit son état nutritionnel et

la durée de son jeûne post opératoire.

• Aspects évolutifs

Les suites opératoires ont été simples chez 40 patients, soit 75,5% des cas et compliquées chez 13 patients, soit 24,5% des cas.

Etat nutritionnel des patients au terme de l'hospitalisation

Au terme de leur séjour hospitalier, l'état nutritionnel des patients a été évalué à travers l'indice de Quételet. Le tableau VI représente la répartition des patients suivant leur IMC à leur sortie de l'hôpital.

Evaluation de l'état pondéral de nos patients à la sortie de l'hôpital

L'état nutritionnel de nos patients à la sortie de l'hôpital est présenté sur le tableau VII.

Le déficit pondéral moyen

Le déficit pondéral moyen a été de 5,33 kg avec des extrêmes de 0,2 kg et de 22 kg.

Morbidité

Des complications sont survenues chez 13 patients, soit 24,5% des cas. Les différentes complications survenues ont été représentées sur le tableau VIII.

Mortalité

Au cours de notre étude, nous avons enregistré un décès, soit un taux de mortalité de 1,9%. Le décès était en rapport avec un sepsis.

Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation de nos patients a été de 6,9 jours avec des extrêmes de 2 jours et de 26 jours.

Tableau I : Répartition des patients suivant leur IMC

IMC	Nombre	Proportion (%)
Inf. à 18,5	11	20,7
18,5-24,9	38	71,7
25-29,9	02	03,8
30-34,9	01	01,9
35-39,9	01	01,9
TOTAL	53	100

La dénutrition a été enregistrée chez 20,7% des

patients à leur admission.

Tableau II : Répartition des patients suivant leur perte de poids

Patients	Nombre	Pourcentage (%)
Dénutris	25	47,2
Non dénutris	28	52,8
TOTAL	53	100

La dénutrition a été estimée à 47,2% suivant la notion de perte pondérale.

Tableau III : Grade nutritionnel des patients selon la pathologie chirurgicale

Grade Nutritionnel (GN)	PAG	OIA	AA	HE
GN1	-	-	15	07
GN2	13	05	-	-
GN3	-	-	02	02
GN4	07	-	-	-
TOTAL	20	05	17	07

La péritonite aiguë généralisée a été la pathologie incriminée dans le grade nutritionnel 4.

Tableau IV : Répartition des patients suivant le geste chirurgical

Geste chirurgical	Nombre	Pourcentage (%)
Appendicectomie/drainage	27	50,9
Cure herniaire	09	17
Excision suture duodénale/gastrique	05	9,4
Excision-suture intestinale	02	3,8
Résection intestinale + stomie	02	3,8
Résection intestinale +anastomose	01	1,9
Section de brides +adhésiolyse	03	5,6
Drainage	02	3,8
Cholécystectomie	01	1,9
Splénectomie	01	1,9
TOTAL	53	100

L'appendicectomie associée ou non à un drainage péritonéal a été le geste le plus fréquemment réalisé dans 50,9%.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la durée du jeûne post opératoire

Durée du jeûne post opératoire	Nombre	Pourcentage (%)
Inférieure à 24 heures	13	24,5
24- 48 heures	23	43,4
Supérieure ou égale à 72 heures	17	32,1
TOTAL	53	100

Un jeûne post opératoire de trois jours et plus a été observé chez 32,1% de nos patients.

Tableau VI : Répartition des patients à leur sortie de l'hôpital selon leur IMC

IMC	Nombre	Pourcentage (%)
Inférieur à 18,5	15	28,3
18,5-24,9	34	64,1
25-29,9	02	03,8
30-34,9	01	01,9
35-39,9	01	01,9
TOTAL	53	100

La proportion des patients dénutris à leur sortie de l'hôpital a été de 28,3%.

Tableau VII : Répartition des patients suivant leur état pondéral à la sortie de l'hôpital

Etat pondéral	Nombre	Pourcentage (%)
Gain pondéral	00	0
Poids stationnaire	35	66
Déficit pondéral	18	34
TOTAL	53	100

Un déficit pondéral a été noté chez 34% des patients.

Tableau VIII : Répartition des patients suivant les complications

Type de complications	Nombre
Infection du site opératoire	07
Péritonite post opératoire	03
Dénutrition	02
Sepsis	01
TOTAL	13

Discussion

A leur admission, l'état nutritionnel des patients a été évalué à travers l'indice de Quételet et aussi à travers l'évaluation de leur perte pondérale.

La prévalence hospitalière de cette dénutrition a été de 20,7% selon l'IMC et de 47,2% selon la

perte pondérale. En fonction de l'outil diagnostic utilisé, la proportion de dénutris est variable. Tan et collaborateurs ont retrouvé 49% versus 62% de patients dénutris selon que la dénutrition était définie à partir de l'IMC ou de la circonférence brachiale [7]. La présence de troubles digestifs dans l'ensemble des cas de notre série pourrait expliquer la dénutrition de nos patients dès leur admission. Pour Berthod et collaborateurs [8], le jeûne préopératoire peut être aussi incriminé.

Nos résultats sont comparables à ceux de Ngoy Elumba à Lubumbashi [4] qui révélait une prévalence de la dénutrition de 21,6% en chirurgie. Il en a été de même dans la série de Berthod et collaborateurs [8] qui estimaient à un patient sur cinq la dénutrition dans les hôpitaux suisses.

Le risque nutritionnel encouru par le patient au regard de la chirurgie et de son état nutritionnel à son admission a permis d'établir quatre grades nutritionnels. Le grade nutritionnel 1 a prédominé dans notre série dans 47,2% des cas à la différence de la série de Rakotondrainibe et collaborateurs [9] où le grade nutritionnel 4 a été prépondérant dans 73,3% des cas. Cette différence pourrait être liée à la proportion élevée de chirurgie carcinologique dans la série de Rakotondrainibe et les siens.

Cependant, aucun signe clinique spécifique de dénutrition n'a été relevé dans les cas de notre série. En effet, la dénutrition peut se traduire par une symptomatologie fonctionnelle faite d'altération des capacités de mémorisation et de concentration, d'asthénie, de désintérêt pour les activités courantes, de la perte des fonctions sexuelles, d'aménorrhée chez une femme habituellement réglée [10]. Dans notre étude, ces signes fonctionnels ont pu être mis sous le compte de la pathologie chirurgicale causale. L'examen clinique peut mettre en évidence des signes cutanéomuqueux et phanériens voire des œdèmes. Mais l'absence de signes objectifs ne traduit aucunement l'absence d'un état de dénutrition. La dénutrition peut être silencieuse d'où l'intérêt du recours aux marqueurs anthropométriques et/ou biologiques dans l'évaluation de l'état nutritionnel

des patients. Le dosage des marqueurs biologiques a été prescrit chez nos patients, mais aucun résultat n'a été obtenu. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ce bilan n'est pas pris en compte dans le bilan préopératoire des urgences chirurgicales digestives dans nos conditions de travail.

A l'opposé, dans l'étude de Sullivan et collaborateurs [11] portant sur 250 patients, 39% présentaient des signes évidents de malnutrition protéino-énergétique. Au regard de la fréquence élevée de la dénutrition dans les structures de soins, sa recherche doit être systématique afin d'optimiser la prise en charge de nos patients.

Le traitement de nos patients s'est focalisé sur la pathologie chirurgicale diagnostiquée.

Le geste chirurgical le plus souvent pratiqué a été l'appendicectomie associée ou non à un drainage de la cavité péritonéale. Ceci pourrait s'expliquer par la prédominance des appendicites et de leurs complications dans notre série (50,9%).

Un jeûne postopératoire d'une durée supérieure ou égale à 72 heures a été observé chez 32,1% de nos patients. Cependant, aucun patient de notre série n'a bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle.

Au regard des recommandations 16 et 17 des bonnes pratiques nutritionnelles, tout patient de grade nutritionnel 2 doit bénéficier de conseils diététiques ; celui de grade nutritionnel 3 doit bénéficier d'apports de compléments nutritionnels par voie entérale ou parentérale et celui de grade nutritionnel 4 doit bénéficier d'une assistance nutritionnelle préopératoire par voie entérale ou parentérale d'au moins sept à dix jours [12].

Cette absence de prise en charge nutritionnelle de nos patients pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs dont :

- l'insuffisance d'informations sur la problématique de la dénutrition dans les structures de soins ;
- le non dépistage systématique de la dénutrition de l'adulte dans le service de chirurgie ;
- la méconnaissance des recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire.

- l'inexistence d'un comité interne de prise en charge de la dénutrition hospitalière.

Cette insuffisance dans la prise en charge nutritionnelle semble être partagée par d'autres auteurs en Afrique au sud du Sahara. En effet, pour Coumé et collaborateurs [13] au Sénégal, le dépistage de la dénutrition et sa prise en charge ne sont pas toujours effectifs.

Bagnaka et collaborateurs [14] au Cameroun ne disent pas le contraire quand ils affirment que la particularité des régions sub-sahariennes réside dans le fait qu'il n'existe presque pas d'évaluation nutritionnelle des patients.

A l'opposé, dans la série de Ngoy Elumba [4], la prise en charge nutritionnelle a été effective chez 7,2% des patients.

L'insuffisance dans le diagnostic et la prise en charge de la dénutrition dans le service de chirurgie pose le problème plus général de la qualité des soins. En effet, la qualité des soins repose sur le trépied : globalité, continuité et intégration si l'on se réfère à la conférence de Alma Ata [15]. Roemer et Aguilar [16] ne disent pas le contraire quand ils affirment que la qualité en santé « c'est l'exécution correcte (conforme aux normes) d'interventions que l'on sait sûres et qui sont abordables pour la société en question et qui ont aussi le pouvoir d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition, en fonction des besoins du client ».

Les suites opératoires ont été simples chez trois quart de nos patients. Ce résultat quoiqu'appréciable aurait pu être amélioré si la prise en charge de nos patients intégrait également une prise en charge nutritionnelle. L'absence de la prise en charge nutritionnelle complémentaire chez nos patients dénutris, associée au jeûne post opératoire pourraient être à l'origine de l'accroissement du nombre de patients dénutris à leur sortie du service de chirurgie. En effet, un jeûne postopératoire de trois jours et plus a été observé chez 32,1% de nos patients sans aucun apport nutritionnel complémentaire.

Ainsi, la proportion des patients dénutris est passée de 20,7% à 28,3% selon l'indice de Quételet.

D'autres causes peuvent être aussi évoquées ; aussi,

nous convenons avec Chambrier et collaborateurs qui affirmaient que la période post opératoire est une période critique du fait que le patient est soumis à une réponse inflammatoire et endocrinienne secondaire à la chirurgie, à une majoration du catabolisme et à une anorexie dont l'intensité et la durée sont proportionnelles à la sévérité de l'acte chirurgical [12].

Ceci pourrait justifier l'absence de gain pondéral dans notre série ; par contre, un déficit pondéral a été noté chez 34% de nos patients avec un déficit pondéral moyen de 5,3 kg.

Si un gain pondéral a été enregistré chez 5,8% de la série de Ngoy Elumba [4], le déficit pondéral avoisine le nôtre (31,9%).

Zazzo et collaborateurs [17] ne disent pas le contraire quand ils affirment que lors d'un séjour hospitalier, un patient ne consommerait au mieux que 70% de sa ration protéino-énergétique, l'exposant à une véritable « dénutrition nosocomiale ».

Des complications sont survenues chez 24,5% des patients de notre série. Bozzeti et collaborateurs [18] dans leur étude portant sur 1400 patients chirurgicaux associent trois paramètres à la survenue fréquente de complications. Il s'agit de la présence d'une dénutrition, d'un acte chirurgical majeur et d'un âge avancé. Ces complications ont été dominées par l'infection du site opératoire. La revue de la littérature africaine confirme sa prépondérance [19,20,21]. Plusieurs raisons pourraient expliquer cette infection ; sont de celles-là :

- Les facteurs liés au patient parmi lesquels on peut citer son statut immunitaire, son état nutritionnel, les tares sous-jacentes, une antibiothérapie intempestive et les troubles hydro-électrolytiques.
- Les facteurs d'environnement : le risque infectieux est d'autant plus élevé que la durée préopératoire est longue. Selon Kitzis [22], le risque infectieux est de 1% pour un séjour hospitalier supérieur à un jour et de 4% pour un séjour hospitalier de 14 jours en chirurgie propre.
- Le type de chirurgie est incriminé dans la survenue de l'infection du site opératoire.

- La durée d'intervention est prise en compte dans la survenue des complications post opératoires. Selon Esperance [23], au-delà de deux heures, le risque infectieux augmente.

Le dosage des marqueurs biologiques n'a pas été possible dans nos conditions de travail. Ce dosage nous aurait permis de calculer l'indice de risque nutritionnel encore appelé indice de Buzby, qui est un indicateur du risque de complications. L'estimation de l'index pronostic inflammatoire qui est un index à visée pronostique nous aurait permis d'apprécier la mortalité hospitalière à court terme.

Dans notre étude, la mortalité a été de 1,9% ; le sepsis a été incriminé dans ce décès. Le sepsis constitue l'une des complications majeures au cours des urgences chirurgicales digestives après l'infection du site opératoire dans la revue de la littérature africaine [19,20,21] à la différence de notre étude où la dénutrition a occupé la deuxième place.

Conclusion

La dénutrition est une situation fréquemment observée au cours des urgences chirurgicales digestives de l'adulte. Cependant, cette dénutrition reste souvent méconnue et sa prise en charge occultée alors que cette dénutrition a un énorme poids clinique et pronostic sur l'évolution des pathologies causales.

Aussi, une évaluation systématique de l'état nutritionnel des patients en préopératoire et la mise en œuvre des recommandations sur les bonnes pratiques en matière de nutrition péri-opératoire peuvent contribuer à réduire de façon significative la prévalence et les effets délétères de « cette urgence silencieuse » qu'est la dénutrition.

*Correspondance

Jean Luc KAMBIRE

jeanluckambire@yahoo.fr

Disponible en ligne : 17 Août 2021

- 1 : Service de chirurgie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- 2 : Service d'hépatogastroentérologie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- 3 : Service de chirurgie générale et digestive du centre hospitalier universitaire Yalgado-Ouédraogo

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Haute Autorité de Santé et Fédération Française de Nutrition : Recommandation de bonne pratique : diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte ; novembre 2019, 25p.
- [2] Schneider MS. Nutrition préopératoire en chirurgie digestive réglée. Post'U, 2011 :9-16
- [3] Traoré S. Dénutrition de l'adulte au centre hospitalier universitaire Souro Sanou. Thèse de doctorat d'état en médecine, Université de Bobo-Dioulasso, 2016, N°85, 108p.
- [4] Ngoy Elumba C. Problématique de la dénutrition dans les hôpitaux de Lubumbashi. Mémoire de Licence en nutrition humaine. Université de Lubumbashi, 2010.
- [5] Shpata V, Prendushi X, Kreba M et al. Malnutrition at the time of surgery affects negatively the clinical outcome of critically ill patients with gastrointestinal cancer. *Med Arch*, 2014; 68 (4):263-267
- [6] Correia MI, Fonseca P, Cruz GA. Perioperative nutritional management of patients undergoing laparotomy. *Nutr Hosp*, 2009; 24(4):479-484
- [7] Tan YS et al. Prevalence of protein calorie malnutrition in general surgical patients. *Ann Acad Med Singapore*, 1992: 334
- [8] Berthod G, Roduit J, Roulet M, Coti PB. Dénutrition : quelles stratégies pour une pathologie que l'on ne peut plus négliger à l'hôpital. *Rev Med Suisse*, 2007, vol.3: 32650
- [9] Rakotondrainibe A, Randriamizao Richard MH, Rasoaherinomenjanahary F et al. Evaluation nutritionnelle péri-opératoire en chirurgie digestive majeure. *Pan African Medical Journal*, 2013 ; 15 :39. Doi : 10.11604/pamj.2013.15.139.244
- [10] Melchior JC. Diagnosis and screening for malnutrition. *Rev Prat*, 2003; 53:254-8
- [11] Sullivan DH, Path GA, Walls RC, Lipschitz. Impact of nutrition status on morbidity and mortality in a select population of geriatric rehabilitation patients. *Am J Clin Nutr* 1990; 51:749-58
- [12] Chambrier C, Czark F. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition périopératoire. Actualisation 2010 de la conférence de consensus de 1994 sur « la nutrition artificielle en chirurgie programmée de l'adulte ». *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2010, vol.24:145-56
- [13] Coumé M, Touré F, Faye A et al. Facteurs de risque de malnutrition dans une population de patients âgés sénégalais. Doi: 10.1016/j.npj.2014. 02.003
- [14] Bagnaka SE, Namme HL, Ngaba et al. Les facteurs de risque de dénutrition en milieu hospitalier. *Revue de Médecine et de Pharmacie*, 2012 ; vol.2 (2) :231-237
- [15] OMS. Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires, 90p.
- [16] Roemer MI et Aguilar MC. Quality assessment and assurance in primary health care. OMS Offset Publication, n°105
- [17] Zazzo JF, Antoun S, Basdevant A et al. Dénutrition. Une pathologie méconnue en société d'abondance, 2010, Programme National Nutrition et Santé, Paris, 94p.
- [18] Bozzetti F, Gianotti I, Braga M et al. Postoperative complications in gastrointestinal cancer patients: the joint role of the nutritional status and the nutritional support. *Clin Nutr*, 2007; 26:698-709
- [19] Magagi IA, Adamou H, Habou O et al. Urgences chirurgicales digestives en Afrique sub-saharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'hôpital de Zinder, Niger. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 2017, 110 :191-197
- [20] Berthe ID. Prise en charge des urgences chirurgicales dans le service de chirurgie du CHU du Point G. Thèse de méd. Bamako, 2008, 103 p.
- [21] Kambiré JL, Zida M, Ouédraogo S et al. Les urgences en chirurgie digestive au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso). *Science et technique, Sciences de la santé*, 2018, vol.41, 1 : 53-60

- [22] Kitzis M. Risque infectieux en chirurgie. Antibio prophylaxie; nouvelles stratégies, 9ème congrès français de chirurgie, Paris, 1991 : 9 :15-21
- [23] Esperance P. Les infections post-opératoires en pathologie chirurgicale sous la direction du Pr. Sicard. Edit. Masson, Paris, 1978

Pour citer cet article :

JL Kambire, SL Zoungrana, S Ouedraogo, S Ouedraogo, M Zida. La problématique de la dénutrition de l'adulte en chirurgie digestive d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya au Burkina Faso. *Jaccr Africa 2021; 5(3): 246-254*



Article original

Pratique de l'électroencéphalogramme au centre hospitalier périphérique de Pikine à Dakar

Practice of the electroencephalogram in the peripheral hospital center of in Dakar

ML Mansare*^{1,2}, M Fall¹, M Haba², M Ndiaye¹, AG Diop¹

Résumé

Introduction : L'électroencéphalogramme (EEG) est un outil diagnostique utile en clinique si l'indication est bien posée par le prescripteur qui intègre l'histoire clinique du patient. Le but de l'étude était d'analyser les données de rapports d'EEG en tenant compte d'indications formulées par les cliniciens de différents services requérants.

Méthodologie : L'étude réalisée était observationnelle de type descriptif pendant la période du 1er janvier au 30 juin 2018 inclusivement. Parmi les dossiers du laboratoire de neurophysiologie au Centre Hospitalier de Pikine à Dakar, 292 tracés d'EEG de malades ont été sélectionnés et analysés prenant en compte toutes les indications cliniques formulées par les prescripteurs. L'étude avait pris en compte les techniques d'activation utilisées pour la détection des anomalies EEG ainsi la durée des enregistrements qui était supérieure à 30 minutes.

Résultats : L'âge moyen des patients enregistrés était de 24 ans avec les extrêmes de 1 à 75 ans. L'écart-type était de 5 ± 6 . La tranche la plus représentative était celle de 16 à 25 (31%) suivie de celle de 1 à 5 ans (25%). Le sexe ratio était de 0.89. La majorité des patients provenait de la consultation externe (97%) du dit centre. Trois types de tracés ont été réalisés systématiquement, ceux de veille (190cas),

ceux de sommeil (71cas) et ceux de veille et sommeil (29cas). Les indications cliniques qui ont motivé la réalisation de tracés EEG étaient respectivement : les crises généralisées tonico-cloniques (48 tracés de veille, 14 tracés de sommeil, 5 tracés de veille avec sommeil) ; les convulsions non fébriles 38 tracés de veille, 31 tracés de sommeil, 10 tracés de veille avec sommeil). Les 21 indications cliniques sur 60 demandes formulées par les neurologues ont été confirmées par les résultats EEG obtenus ainsi que les 47 indications cliniques sur 99 demandes formulées par les pédiatres. Les 38 tracés EEG de sommeil sur 71 réalisés ont confirmé les événements cérébraux irritatifs. Parmi ces derniers, l'épilepsie généralisée (29 cas) et la souffrance cérébrale (27 cas) étaient plus rapportées dans cette série particulièrement chez les enfants.

Conclusion : Il a été observé dans cette étude que les tracés EEG de sommeil avaient mieux fourni les résultats escomptés quel que soit l'indication clinique formulée par le prescripteur. La corrélation était significative et optimale lorsque la demande était formulée par le neurologue ou le pédiatre.

Mots-clés : EEG - Indications - Prescripteurs – Dakar.

Abstract

Introduction: The electroencephalogram (EEG) is a

useful diagnostic tool in the clinic if the indication is correctly stated by the prescriber who integrates the clinical history of the patient. The aim of the study was to analyze data from EEG reports taking into account indications made by clinicians from different requesting departments.

Methodology: The study carried out was observational of a descriptive type covering the period from January 1 to June 30, 2018 inclusive. Among the files of the neurophysiology laboratory at the Pikine Hospital Center in Dakar, 292 EEG tracings of patients were selected and analyzed taking into account all the clinical indications formulated by the prescribers. The study took into account the activation techniques used for the detection of EEG abnormalities as well as the duration of the recordings, which was greater than 30 minutes.

Results: The average age of the registered patients was 24 years with the extremes of 1 to 75 years. The standard deviation was 5 ± 6 . The most representative bracket was that of 16 to 25 (31%) followed by that of 1 to 5 years (25%). The sex ratio was 0.89. The majority of patients came from the outpatient clinic (97%) of the said center. Three types of tracings were systematically carried out, those of wakefulness (190 cases), those of sleep (71 cases) and those of wake and sleep (29 cases). The clinical indications which motivated the realization of EEG tracings were respectively: generalized tonic-clonic seizures (48 waking tracings, 14 sleep tracings, 5 waking tracings with sleep); non-febrile convulsions (38 traces of wakefulness, 31 traces of sleep, 10 traces of wakefulness with sleep). The 21 clinical indications out of 60 requests made by neurologists were confirmed by the EEG results obtained as well as the 47 clinical indications out of 99 requests made by pediatricians. The 38 out of 71 sleep EEG tracings performed confirmed the irritative brain events. Among the latter, generalized epilepsy (29 cases) and cerebral distress (27 cases) were more reported in this series, particularly in children.

Conclusion: It was observed in this study that sleep EEG tracings provided better expected results

regardless of the clinical indication made by the prescriber. The correlation was significant and optimal when the request was made by the neurologist or the pediatrician.

Keywords: EEG - Indications - Prescribers - Dakar.

Introduction

L'électroencéphalogramme (EEG) de surface est un outil diagnostique fiable lorsqu'il est réalisé dans les conditions optimales requises au laboratoire de neurophysiologie nécessaire pour la détection des événements cérébraux irritatifs. Il est simple à réaliser, reproductible et facilement accessible en pratique médicale courante [1-2]. Il est cependant récurrent d'observer le problème de corrélation entre l'indication formulée par le clinicien et le résultat obtenu au laboratoire. Son utilité diagnostique est majorée lorsque l'indication est bien posée et clairement formulée par le prescripteur qui intègre l'histoire clinique du patient pour guider l'opérateur [3]. L'enregistrement simultané de la vidéo et l'EEG est souvent indispensable à la corrélation électro-clinique. Il est parfois nécessaire de prolonger la durée (EEG-Holter) pour enregistrer les manifestations cérébrales critiques suspectées [2-3-4].

Contexte de l'étude

Au Sénégal, la clinique de Neurosciences de l'Hôpital Fann à Dakar est le principal centre de référence en matière de prise en charge des maladies neurologiques. Elle ne peut à elle seule, couvrir tous les besoins de demandes d'explorations neurophysiologiques de la population sénégalaise estimée à 15 millions d'habitants. Le Centre Hospitalier de Pikine, situé à la périphérie de Dakar, est classé au niveau 3 dans la pyramide sanitaire du Sénégal. La clinique de Neurologie de ce centre supplée celle de Fann. Elle dispose d'un laboratoire de neurophysiologie clinique fonctionnel avec un appareil d'EEG à 21 électrodes utilisant les positions du système international 10-20. Le but de l'étude était d'analyser les données

recueillies dans les rapports d'EEG en tenant compte des indications formulées par les cliniciens de différents services requérants.

Méthodologie

Le laboratoire de neurophysiologie clinique de Pikine avait servi de cadre à l'étude. L'étude réalisée était observationnelle de type descriptif pendant la période du 1er janvier au 30 juin 2018 inclusivement. Pour cette époque, 292 tracés d'EEG de malades ont été colligés et analysés en tenant compte de toutes les indications cliniques formulées par les prescripteurs. L'étude avait pris en compte les techniques d'activation utilisées hyperpnée de 3 à 5 minutes, stimulation lumineuse intermittente) pour la détection des anomalies EEG ainsi la durée des enregistrements qui était supérieure à 30 minutes. Les montages bipolaires et référentiels ont été utilisés par les opérateurs. Tous les tracés de veille et/ou de sommeil qui disposaient une indication et une interprétation étaient inclus. Les variables à l'étude avaient concerné l'âge ; le sexe ; la provenance des patients ; les cliniciens prescripteurs et les indications formulées ; les types d'enregistrements d'EEG réalisés et les résultats consignés dans les rapports. La limite de cette étude était l'absence de certaines informations concernant principalement : la profession ; l'antécédent, le traitement en cours ; le type de sommeil obtenu (spontané, pharmaco induit, après privation). La Table Excel et l'Epi- info 7.2 ont été utilisés pour compiler les données et faire l'analyse statistique des données obtenues. La fréquence, la moyenne d'âge, l'écart-type et le pourcentage de répartition des variables ont été calculés. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de figures.

Résultats

• *Caractéristiques des patients*

Les participants étaient constitués de 154 (53%) d'hommes et 138 (47%) de femmes. L'âge moyen des patients enregistrés était de 24 ans avec les extrêmes de 1 à 75 ans. L'écart-type était de 5 ± 6 . La tranche

d'âge majoritaire était celle de 16 à 25 (31%) suivie de celle de 1 à 5 ans (25%). Le sexe ratio était de 0.89. Les 284 (97%) patients provenaient de la consultation externe [tab1].

• *Prescripteurs d'EEG et indications cliniques*

Le tableau 2 suggère que les prescriptions d'EEG avec indication clinique étaient formulées en majorité par les médecins : généralistes (109 cas) soit 27 cas de céphalées et de convulsion non fébrile ; de pédiatres (99 cas) soit 45 cas de convulsion non fébrile et 13 cas de crise généralisée tonico-clonique ainsi que de neurologues (60 cas) soit 31 cas de crise généralisée tonico-clonique et 10 cas de suivi d'épilepsie. La Psychiatrie, la Neuropédiatrie et autres spécialités avaient un taux faible de prescription d'EEG (24 cas en valeur cumulée) dans cette série.

• *Indications cliniques et type de tracés EEG réalisés*

Trois types de tracés ont été réalisés systématiquement, celui de veille (190 cas), de sommeil (71 cas) et de veille et sommeil (31 cas). Les indications cliniques qui ont motivé la réalisation de tracés EEG étaient respectivement : la crise généralisée tonico-clonique (48 tracés de veille, 14 tracés de sommeil, 5 tracés de veille avec sommeil) ; la convulsion non fébrile (38 tracés de veille, 31 tracés de sommeil, 10 tracés de veille avec sommeil). Pour le suivi de l'épilepsie, 8 tracés de veille, 4 tracés de sommeil et 3 tracés ont été réalisés. Les autres indications d'EEG étaient diverses.

• *Prescripteurs et type de tracés EEG réalisés*

Selon les indications formulées par les prescripteurs, les tracés EEG de veille ont été réalisés en majorité à la demande des médecins généralistes (101 cas), ceux de sommeil par les pédiatres (58 cas) ainsi que le couple tracés de veille et sommeil (16 cas). Les enregistrements vidéo-EEG n'ont pas été réalisés pendant cette période.

• *Prescripteurs et résultats de tracés EEG obtenus*

Il ressort du tableau 3 que les 21(35%) indications sur 60 demandes formulées par les neurologues ont été confirmées par les résultats EEG obtenus, les 47(47%) indications sur 99 demandes formulées par les pédiatres ont été également confirmées et ceux des

médecins généralistes 13(12%) sur 109. Les 38(54%) tracés EEG de sommeil sur 71 réalisés ont confirmé les évènements irritatifs cérébraux. Les 31(16%) tracés de veilles sur 190 réalisés étaient également anormaux.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge, le sexe et leurs provenances (N=292)

Variables	Effectif	%
Groupes d'âge (ans)		
[1-5]	73	25
[6-15]	52	18
[16-25]	89	31
[26-35]	42	14
[36-plus]	36	12
Sexe		
Masculin	154	53
Féminin	138	47
Provenance		
Interne (hospitalisés)	8	3
Externe (consultations)	284	97

Tableau II : Répartition des cliniciens prescripteurs selon les indications cliniques formulées

Indications	Prescripteurs					
	Neurologue	Pédiatre	Psychiatre	Généraliste	Neuropédiatre	Autres spécialités
CGTC	31	13	1	20	ND	2
Crise partielle	4	3	ND	4	ND	ND
Absence	8	2	ND	1	ND	2
Epilepsie (suivi)	10	5	ND	ND	ND	ND
Céphalées	ND	ND	ND	27	ND	2
Insomnie	1	ND	ND	5	ND	1
PdC	ND	2	ND	10	ND	ND
TdC	ND	3	ND	1	ND	ND
RPM	1	7	ND	ND	ND	ND
CNE	1	1	ND	8	ND	ND
CNF	1	45	ND	27	1	5
Trauma crânien	ND	1	ND	ND	ND	4
Crise atonique	3	ND	ND	2	ND	1
Bilan de santé	ND	6	ND	2	ND	ND
Autres indications*	ND	11	3	2	1	1
Total	60	99	4	109	2	18

Tableau III : Répartition des résultats de tracés EEG obtenus selon les prescripteurs et le type de tracés examinés (n=292)

Prescripteurs	Résultats EEG						
	Normal 209(72%)	EFP 12(4%)	ETP 3(1%)	EG 29(10%)	EE 6(2%)	EPCT 6(2%)	SCD 27(9%)
Neurologue	39	2	1	9	2	3	4
Pédiatre	52	7	2	12	4	1	21
Psychiatre	3	ND	ND	ND	ND	1	ND
Généraliste	96	3	ND	8	ND	ND	2
Neuropédiatre	2	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Autres spécialités**	17	ND	ND	ND	ND	1	ND
Tracé EEG							
Veille	159	4	1	13	ND	3	10
Sommeil	33	4	2	12	5	2	13
Veille et sommeil	17	4	ND	4	1	1	4

Abréviations :

CGTC= crise généralisée tonic clonique, PdC= perte de connaissance, TdC= trouble du comportement, RPM= retard psychomoteur, CNE= crise non épileptique (épileptiforme), CNF= convulsion non fébrile, ND= non disponible, EFP= épilepsie frontale partielle, ETP= épilepsie temporale partielle, EG= épilepsie généralisée, EE= encéphalopathie épileptogène, EPCT= épilepsie à pointe centro-temporale, SCD= souffrance cérébrale diffuse.

Autres indications* : convulsion fébrile, migraine, retard moteur, paralysie cérébrale, vertige, hallucination, mouvements anormaux, agitation psychomotrice, asphyxie néonatale, encéphalopathie, somnolence, difficulté d'apprentissage, état de mal épileptique.

Autres spécialités** : ORL, Traumatologie, Cabinets privés.

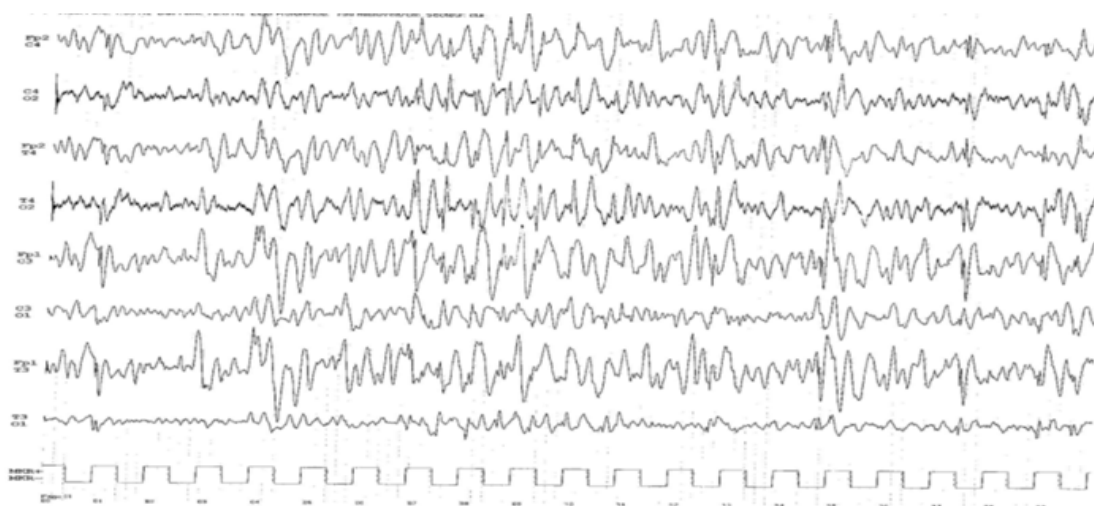


Figure 1 : GM 10 ans, Indication : convulsion non fébrile ; EEG Sommeil : pointes, poly pointes diffuse, mal modulées, absence de figures du sommeil ; Résultats : souffrance cérébrale diffuse.

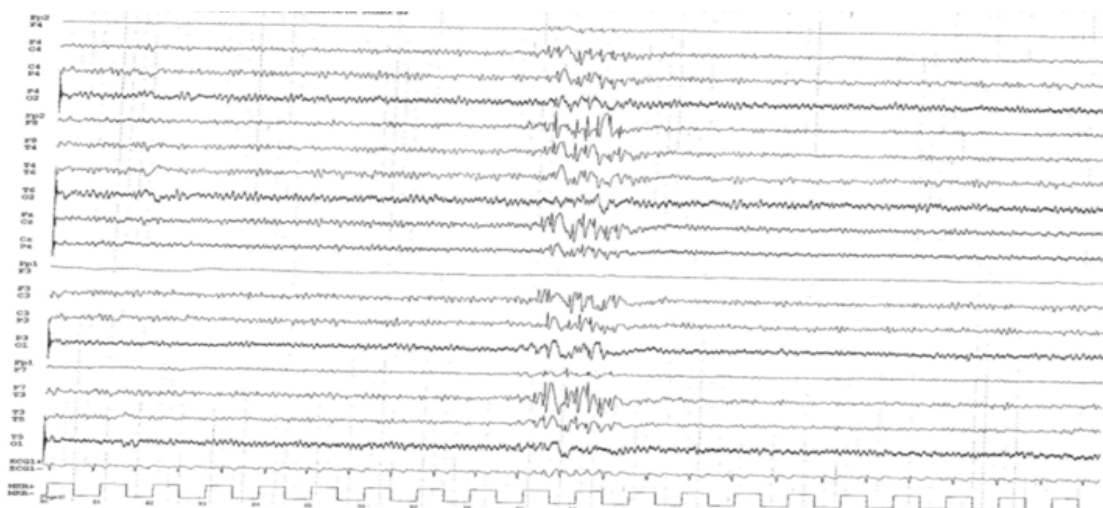


Figure 2 : DA 29 ans, Indication : crises généralisées tonico-cloniques ; EEG Sommeil : pointes et poly pointes ondes diffuse, synchrone ; Résultats : épilepsie généralisée.

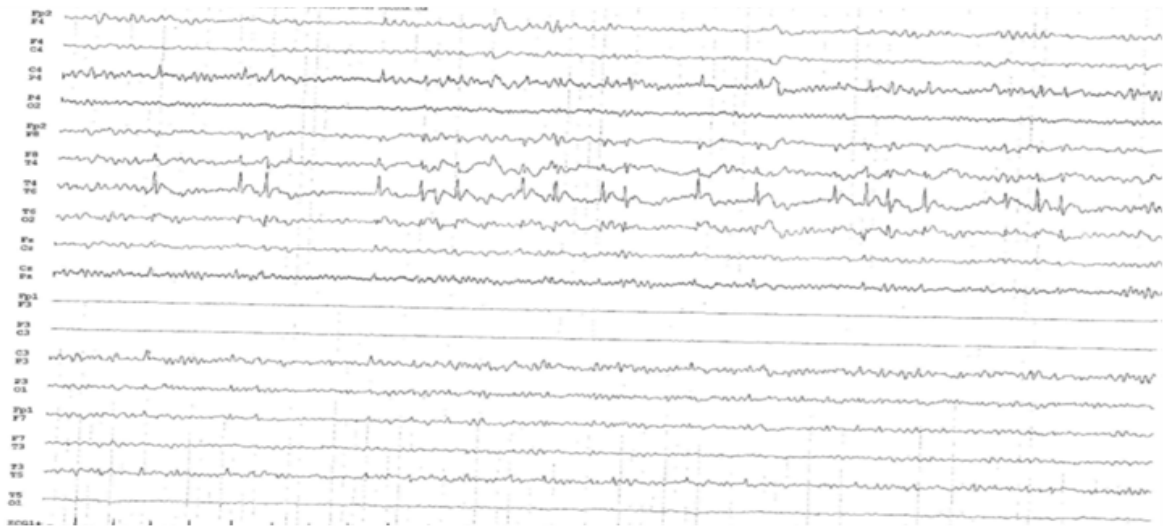


Figure 3 : FBM 8ans, Indication : convulsion non fébrile ; EEG Veille + Sommeil : pointes, poly pointes centro-temporales droite persistantes ; Résultat : EPCT droite.

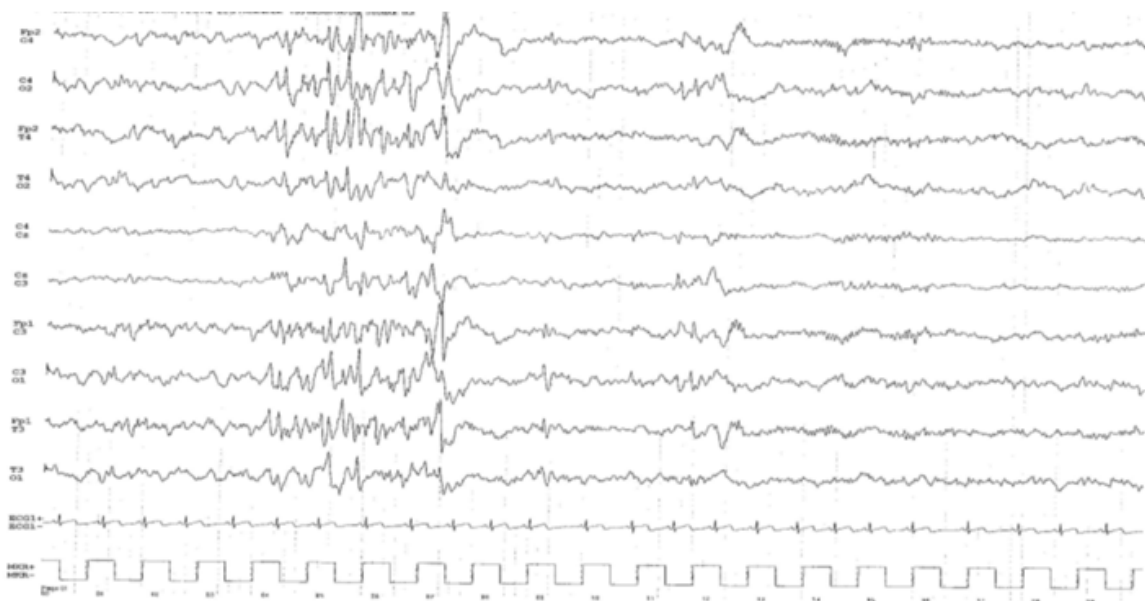


Figure 4 : NB 13 ans, Indication : crises partielles secondairement généralisées ; EEG veille et Sommeil : bouffées de poly pointes diffuses sur rythme de base normal; Résultats : épilepsie généralisée.

Discussion

Caractéristiques des patients

L'objectif de ce travail était d'évaluer une époque de l'activité de ce laboratoire en étudiant les tracés archivés. Sur les 292 dossiers d'EEG examinés dans cette série, l'âge moyen des patients était de 24 ans avec des extrêmes de 1 à 75 ans. L'écart type était de 5,6. Les 154(53%) patients étaient des hommes. La majorité des patients 284(97%) provenait de consultations externes du dit centre. Tékin et al [3] examinant 2045 dossiers d'EEG pédiatriques avaient

rapporté que 1604 patients avaient un âge moyen de 8,7 ans avec les extrêmes compris entre 2 mois à 20 ans. L'écart type était 5,7. Les 862(53,7%) patients étaient des hommes. Tsila [5] examinant 1327 dossiers d'EEG pédiatriques et adultes avait rapporté que l'âge moyen des patients était de 22 ans avec les extrêmes de 2 mois à 81 ans. L'écart type était de 16. Les 702(52,9%) patients étaient des femmes. Les 1271 (95,78%) patients provenaient de consultations externes. Dans la série de Séraphin et al [6] examinant 500 dossiers d'EEG pédiatriques avaient rapporté que l'âge moyen de leurs patients était de 70 mois avec les

extrêmes de 1 mois à 15 ans. L'écart type était de 5,5. L'analyse des résultats fournis par ces études montre que la majorité des demandes d'EEG formulées a concerné les patients qui avaient un âge inférieur à 25 ans. Cette époque correspond à la période dynamique de maturation cérébrale avec possibilité de perturbations fonctionnelles ou pathologiques de l'activité cérébrale.

Prescripteurs d'EEG et indications

Dans cette étude, la majorité des demandes d'EEG étaient motivées par la survenue des convulsions non fébriles formulées par les pédiatres (45/99) cas et par les médecins généralistes (27/109) cas. Pour les crises généralisées tonico-cloniques, les demandes étaient formulées par les neurologues (31/60) cas, les médecins généralistes (20/109) cas et les pédiatres (13/99) cas. La demande pour le suivi de l'épilepsie était faite par les neurologues (10/60) cas et les pédiatres (5/99) cas. Tsila [3] avait rapporté dans sa série que sur 1271 demandes d'EEG, les 515 prescriptions étaient formulées par les neurologues et les 255 par les pédiatres. Les principales indications dans cette série étaient motivées par la survenue des convulsions non fébriles (429 cas), le suivi de l'épilepsie (137 cas) ainsi que les céphalées (263 cas). Dans une enquête nationale effectuée aux Pays Bas par Danny et al [7] portant sur l'utilisation d'EEG pour la gestion des patients aux unités de soins intensifs dans 28 hôpitaux (13 généraux, 10 d'enseignements et 5 universitaires) avaient rapporté que les répondants ont précisé que la prise de décision pour réaliser cet examen par le neurologue seul était dans les hôpitaux: généraux de 8/36 cas, d'enseignements de 5/20 cas, universitaires de 5/8 cas et en collaboration avec d'autres prescripteurs était de 13/36 cas, de 10/20 cas et de 3/8 cas respectivement. Les principales demandes étaient motivées par la suspicion de crises non convulsives, des convulsions non fébriles ou un statut d'épilepsie connue. Les répondants ont indiqué que les résultats d'EEG obtenus avaient contribué à la prise de décision clinique.

L'intérêt de recourir à cet examen spécialisé réside dans le fait que les cliniciens qui formule cette demande

attendent une aide diagnostique ou pronostique à la question soulevée par l'histoire clinique des patients.

Indications et type de tracés EEG

Dans cette série, les crises généralisées tonico-cloniques avaient motivé la réalisation de 48 enregistrements EEG de veille, 14 de sommeil et 5 de veille/sommeil. Les enregistrements de veille (38 cas) étaient réalisés pour les convulsions non fébriles ainsi que 31 enregistrements de sommeil et 10 de veille/sommeil. Pour le suivi de l'épilepsie, ils étaient 8 de veille, 4 de sommeil et 3 de veille/sommeil. L'étude de Tékin et al en Turquie [3] analysant 2045 EEG de routine avaient rapporté que 1451 étaient des enregistrements de sommeil dans 52,2% pour l'épilepsie établie, 29,4% pour suspicion d'épilepsie et 9,3% pour des épisodes paroxystiques non épileptiques. Sur les 776 EEG répétés réalisés, 23 enregistrements éveillés étaient normaux. Séraphin et al [6] au Cameroun ont rapporté dans leur étude que 134 enregistrements étaient motivés par les crises généralisées tonico-cloniques et 56 enregistrements par le suivi d'une épilepsie établie. Les 500 tracés étaient de veille et 114 de sommeil.

L'analyse des résultats de ces études suggèrent une disparité d'approche entre les indications cliniques formulées par les cliniciens et les types de tracés réalisés au laboratoire. L'essentiel des demandes visaient à retrouver les stigmates d'une irritation corticale en rapport avec les manifestations observées dans l'histoire clinique des patients par les cliniciens.

Prescripteurs et type de tracés EEG

Les prescripteurs d'EEG dans cette série n'avaient pas indiqué le type d'enregistrement à réaliser. Cependant, les tracés EEG de veille ont été réalisés en majorité à la demande des médecins généralistes (101 cas), ceux de sommeil par les pédiatres (58 cas) ainsi que le couple tracés de veille et sommeil (16 cas). Les recommandations françaises [2] dressées en 2014 sur EEG indiquent que la réalisation d'un enregistrement EEG doit être sous la responsabilité de l'agent médicotechnique qui prendra en compte les indications formulées par les prescripteurs.

Prescripteurs et résultats de tracés EEG

L'analyse des résultats de cette série montre que les indications formulées par les neurologues dans 35% (21/60) de cas et les pédiatres dans 47% (47/99) de cas ont été confirmées. Dans 54% (38/71) de cas, les enregistrements de sommeil étaient contributifs dans la détection des anomalies dans la souffrance cérébrale [fig.1] ainsi que dans l'épilepsie généralisée 32% de cas (12/38) [fig.2]. L'épilepsie à pointe centro-temporale (EPCT) était retrouvée dans 5% (2/38) cas [fig.3]. Les enregistrements de veille étaient contributifs dans 16% de cas (31/190) notamment lors de l'épilepsie généralisée 42% (13/31) [fig.4]. Tekin et al [3] ont rapporté dans leur série que sur les 781 enregistrements anormaux réécusés, les anomalies étaient focales dans 67,9% (531 cas), généralisées dans 20,6% (157 cas) et multifocales dans 11,9% (93 cas). Les formes focales étaient constituées pour l'essentiel par l'épilepsie à paroxysme rolandique dans 40% (214 cas), de l'épilepsie temporale dans 24% (127 cas) et de celle frontale 16,5% (88 cas). L'étude de Séraphin et al [6] avait observée 50 enregistrements anormaux. Les anomalies focales étaient de 54% (81 cas), généralisées dans 22,7% (34 cas) et multifocales dans 23,3% (35 cas). L'épilepsie à paroxysme rolandique était observée dans 20% (27 cas), l'épilepsie temporale dans 20% (27 cas) et celle frontale dans 12% (16 cas). Il n'est pas rare cependant d'observer le problème de corrélation entre l'indication formulée par le clinicien et le résultat obtenu dans les laboratoires. L'utilité diagnostique de l'EEG est majorée lorsque l'indication est bien posée et clairement formulée par le prescripteur qui intègre l'histoire clinique du patient pour guider l'opérateur [3].

Conclusion

Il a été observé dans cette étude que les tracés EEG de sommeil avaient mieux fourni les résultats escomptés quel que soit l'indication clinique formulée par le prescripteur. La corrélation était significative et optimale pour les demandes formulées

par les neurologues et les pédiatres. L'option utile et contributive à l'utilisation efficiente des équipements dans les centres sanitaires péri-urbains, sera d'organiser périodiquement les séances spécifiques de formations à l'attention des services requérants.

*Correspondance

Mohamed Lelouma Mansare

mlelouma@gmail.com

Disponible en ligne : 17 Août 2021

- 1 : Clinique de Neurosciences I. P. NDIAYE, CHNU-Fann, Dakar, Sénégal.
- 2 : Hôpital National de Donka, CHU de Conakry, Guinée.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Lopez Hernandez E, Delanoë C. Electroencéphalogramme: quelles sont les bonnes indications ? Le dossier Epilepsie. (2016) 203: 8-12.
- [2] André Obadia N, Sauleau P, Cheliout Héraut et al. Recommandations françaises sur l'électroencéphalogramme. Neurophysiologie clinique (2014) 44 : 515-612.
- [3] Tekin Orgun L, Arham E, Aydin K et al. what has changed in the utility of pediatric EEG over the last decade? Turk J Med Sci (2018) 48: 786-793.
- [4] Tatum, W.O., Rubboli, G., Kaplan, P.W., et al. Clinical Utility of EEG in Diagnosing and Monitoring Epilepsy in Adults, Clinical Neurophysiology (2018): 3-30.
- [5] Tsila Uamba Elke Tholly. EEG au CHNU de Fann: quelles indications et quel apport. Mémoire DES de Neurologie (2011) N°475.
- [6] Séraphin N, Dominique E, Andreas C, et al. Anomalies de l'électro-encéphalogramme en neurologie pédiatrique: à propos de 500 enregistrements à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (Cameroun). Pan

African Medical Journal. 2013; 15: 63.

- [7] Danny M. W. Hilkmann, Walther N. K. A. van Mook, Werner H. Mess, Vivianne H. J. M. van Kranen-Mastenbroek. The Use of Continuous EEG Monitoring in Intensive Care Units in the Netherlands: A National Survey. Neurocritical Care Society (2018): 1-8.

Pour citer cet article :

ML Mansare, M Fall, M Haba, M Ndiaye, AG Diop. Pratique de l'électroencéphalogramme au centre hospitalier périphérique de Pikine à Dakar. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 255-263



Article original

Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans dans le Centre Hospitalier-Universitaire Gabriel TOURE

Evaluation of the management of severe acute malnutrition in children under 5 years of age in the Centre Hospitalier-Universitaire Gabriel TOURE

M Traore*¹, C Coulibaly¹, D Cisse¹, Y Sangare¹, M Kone², H Maiga¹, H Sangho³

Résumé

La malnutrition aiguë sévère touche près de 20 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde dont la plupart vivent en Afrique et Asie du Sud-est.

L'objet de cette étude était d'évaluer la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU-GT.

Il s'agissait d'une étude transversale qu'on a porté sur les enfants malnutris aigus sévères âgés de 6 à 59 mois hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU-GT de janvier 2018 au 30 juin 2019. Les données (socio démographiques, prise en charge médicale, nutritionnelle) ont été collectées ; saisies et analysées sur le logiciel Epi info version 7.2.2.6. Certains résultats ont été comparés aux directives du protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition. Parmi les enquêtés 73,20% étaient âgés de 6 à 23 mois ; 57,18% étaient masculins. L'indice P/T < -3 Z-score a servi pour dépister 87,57% des malnutris. Près de 98,07% des enquêtés % avaient fait un séjour < 4 semaines ; 71,82% étaient traités avec succès ; 15,75% étaient décédés et 10,22% avaient abandonnés le traitement nutritionnel.

La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au

CHU-GT doit être améliorée.

Mots-clés : évaluation ; malnutrition aiguë sévère ; enfant de moins de 0 à 5 ans ; CHU-GT.

Abstract

Severe acute malnutrition affects nearly 20 million children aged less than 5 years worldwide, most of whom live in Africa and South-East Asia. The purpose of this study was to assess the management of severe acute malnourished children in the paediatric ward of the CHU-GT. This was a cross-sectional study that examined severe acute malnourished children aged 6 to 59 months hospitalized in the CHU-GT paediatric ward from January 2018 to June 30, 2019 on. Data (socio-demographic, medical and nutritional support) were collected; entered and analysed on the software Epi info version 7.2.2.6. Some results were compared to the guidelines of the National Integrated Malnutrition Management Protocol. Of the respondents 73.20% were aged 6 to 23 months; 57.18% were male. The P/T -3 Z-score was used to detect 87.57% of malnourished individuals. Almost 98.07% of respondents had a 4-week stay; 71.82% were

successfully treated; 15.75% had died and 10.22% had abandoned nutritional treatment.

Management of severe acute malnutrition at CHU-GT needs to be improved.

Keywords: assessment; severe acute malnutrition; child under 0-5 years; CHU-GT.

Introduction

La malnutrition est un ensemble de manifestations dues à un apport inadéquat en quantité et/ou en qualité dans l'alimentation de substances nutritives nécessaires à la croissance et au bon fonctionnement de l'organisme, que cet ensemble se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques, ou physiologique [1].

La malnutrition aiguë sévère est la forme la plus visible et la plus extrême de la dénutrition. Elle touche près de 20 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde dont la plupart vivent en Afrique et en Asie du Sud-Est. La malnutrition est impliquée dans un tiers des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde qui atteint presque huit millions chaque année [2].

L'Afrique reste le continent le plus touché par la dénutrition. En effet, l'émaciation touche 7,1% des enfants de moins de 5ans (13,8 millions d'enfants) dont 2,1% sous la forme sévère. La situation est plus inquiétante dans la région de l'Afrique subsaharienne où selon les estimations 6,9% d'enfants âgés de moins de 5ans souffrent de malnutrition aiguë [3].

En Afrique de l'ouest, selon le rapport FAO2018, environ 5,1 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë [3]. En 2018, dans la région du Sahel, plus de 1,3 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition aiguë sévère. Selon UNICEF, ce nombre représente une augmentation de plus de 50% par rapport à 2017 et constitue un record pour ces dix dernières années [4]. Il serait lié à la pauvreté, à l'insécurité, à l'accès limité aux denrées de base et aux services essentiels à la croissance démographique. [4].

En Afrique de l'Ouest, les prévalences de la malnutrition aiguë sévère varient de 2 à 6%. En effet, au Burkina Faso 1,8% des enfants de moins de 5ans sont atteints de malnutrition aiguë sévère [5] ; au Niger 6% [6] ; en Mauritanie 3% [7] ; en Côte d'Ivoire 2% [8] et au Sénégal 2% [9].

Au Mali, la malnutrition aiguë demeure un problème de santé publique. Selon EDSM VI, 9% des enfants de moins de 5 ans sont émaciés : dont 2,5% sous la forme sévère. [10]. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication doit se faire suivant les directives du protocole nationale de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë(PCIMA) qui subit régulièrement des mises à jour dont les dernières ont eu lieu en 2016.Ces directives ne sont pas souvent appliquées par le personnel dans son entièreté. D'où la nécessité de cette étude qui a pour objet d'évaluer la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères de 6 à 59 mois hospitalisés au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré selon les directives du protocole nationale de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë actualisée.

Méthodologie

Le Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE (CHU-GT) a servi de cadre pour cette étude. Le CHU-GT est un établissement hospitalier de 3èmeniveau de référence au Mali.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale et descriptive à visée évaluative basée sur la revue documentaire des fiches de suivi thérapeutique et des dossiers d'hospitalisation des enfants malnutris aigus sévères de janvier 2018 à juin 2019.Ont été inclus dans cette étude les enfants malnutris aigus sévères de 6 à 59 mois hospitalisés au service de pédiatrie pendant la période de l'étude.Nous avons élaboré un questionnaire qui a été renseigné à partir des dossiers d'hospitalisation et les fiches de suivi individuel. Les variables collectées étaient les caractéristiques socio démographiques des enfants; le poids ; la taille ; le périmètre brachial ; l'œdème des membres inférieurs ;les critères d'admission ; le

traitement médical et nutritionnel et les critères de performances de la prise en charge.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info 7. Nous avons calculé des proportions pour les variables qualitatives et moyennes des variables quantitatives. La prise en charge faite au service de pédiatrie du CHU-GT a été comparée aux directives du protocole PCIMA. Pour cela nous avons utilisé les éléments suivants du protocole PCIMA pour juger la qualité de la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères : indices anthropométriques ($P/T < -3$ Z-score ou $PB < 115$ mm avec un appétit faible ou présence de complication et/ou Présence d'œdèmes bilatéraux + ; ++ ; +++) pour diagnostiquer la malnutrition aiguë sévère ; le test de l'appétit (+ ou -) réalisé systématiquement ; les examens para cliniques systématiques (test de diagnostic rapide du paludisme ; goutte épaisse ; sérologie au VIH) ; traitement médical systématique (antibiothérapie ; traitement antipaludique ; vaccination anti rougeole à partir de 9 mois si absence de carnet de vaccination) ; traitement nutritionnel dans la phase 1 avec le lait F75 et le F100 et ou le plumpynut dans la phase 2 ; la réhydratation selon la PCIMA et les critères de performance (taux de guérison $> 75\%$; Taux de létalité $< 10\%$; Taux d'abandons $< 15\%$; durée de séjour < 4 semaines).

Résultats

Dans cette étude ont été inclus 362 enfants malnutris aigus sévères hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU-GT, soit 3,14% de tous les enfants hospitalisés durant la période de collecte des données (362/11515).

Parmi les enfants malnutris aigus sévères enquêtés 57,18% étaient masculins ; 73,20% étaient de la tranche d'âge de 6 à 23 mois et 57,18% venaient de Bamako (tableau I).

Tous les enfants ont été admis sur la base des directives du protocole PCIMA dont 87,57% à partir de l'indice poids/taille < -3 Z-score. Parmi les malnutris enquêtés, tous avaient subi un test de l'appétit et 47,43% un Test de Diagnostic Rapide du

paludisme (TDR). Environ 98,07% des malnutris ont séjourné dans le service de pédiatrie pendant moins de 4 semaines. Près de 71,82% des enquêtés ont été traités avec succès et 15,75% étaient décédés (tableau II).

En comparant les résultats obtenus aux directives du protocole PCIMA, nous constatons que l'admission de tous les enfants malnutris ; l'antibiothérapie dans le cadre du traitement médical systématique et le traitement nutritionnel ont été faits suivant les directives du protocole PCIMA. Tandis que les examens para cliniques tels que le TDR et la réhydratation des malnutris n'ont pas été faites selon ces directives (tableau III).

Les critères de performance selon le protocole PCIMA étaient acceptables pour la durée de l'hospitalisation et le taux d'abandon du traitement (10,22%). Alors que les traiter avec succès (71,82%) et le taux de décès (15,75%) n'avaient pas atteint les valeurs acceptables (tableau III).

Tableau I : caractéristiques socio démographiques des enfants malnutris aigus hospitalisés au CHU-Gabriel TOURE de janvier 2018 au 30 juin 2019.

Caractéristiques socio démographiques	Fréquence (n=362)	Pourcentage (%)
Enfants malnutris aigus sévères		
Tranche d'âge		
6 – 23 mois	265	73,20
24 – 59 mois	97	26,80
Sexe		
masculin	207	57,18
féminin	155	42,82
Provenance		
Bamako	207	57,18
Kayes	33	21,29
Koulikoro	102	65,81
Sikasso	10	6,45
Ségou	5	3,23
Mopti	5	3,23

Moyenne d'âge des enfants malnutris = $18,47 \pm 10,91$ mois

Tableau II : les éléments de prise en charge des enfants malnutris aigus hospitalisés au CHU-Gabriel TOURE de janvier 2018 au 30 juin 2019.

Eléments de prise charge de la malnutrition aiguë	Fréquence (n=362)	Pourcentage (%)
Critères d'admission		
Rapport P/T < -3 Z-score	317	87,57
PB < 115mm	283	78,18
Œdèmes	62	17,13
Test de l'appétit	362	100
Examens para cliniques		
TDR Palu	172	47,51
Goutte-épaisse	135	37,29
Sérologie VIH	157	43,37
Antibiothérapie systématique		
Réalisée	359	99,17
Non réalisée	3	0,83
Traitement nutritionnel		
Réalisé	362	100
Non réalisé	0	0
Durée du séjour		
<4 Semaines	355	98,07
De 4 à 6 semaines	6	1,66
Critères de performance		
Traiter avec succès	260	71,82
Décédé(e)	57	15,75
Abandon	37	10,22
Non répondant	7	1,93
Transfert médical	1	0,28

Tableau III : Comparaison de la prise en charge faite dans le service de pédiatrie du CHU-GT avec celle indiquée par le protocole PCIMA

Variabiles	Fréquence (n=362)	Pourcentage %	Directives du protocole PCIMA
Critères d'admission			
Rapport P/T < -3 Z-score	317	87,57	P/T < -3 Z-score ou
PB < 115mm	283	78,18	PB < 115mm avec appétit faible et/ou
Œdèmes	62	17,13	Présence d'œdèmes bilatéraux (+ ; ++ ; +++)
Test de l'appétit	362	100	Systématique
Examens para cliniques			
TDR Palu	172	47,51	Systématiques
Goutte-épaisse	135	37,29	
Sérologie VIH	157	43,37	
Durée du séjour			
<4 Semaines	355	98,07	
De 4 et plus	7	1,93	Inférieur à 4 semaines
Critères de performance			
Traiter avec succès	260	71,82	>75%
Décédé(e)	57	15,75	<10%
Abandon	37	10,22	<15%
Non répondant	7	1,93	
Transfert médical	1	0,28	

Discussion

Dans cette étude les enfants de la tranche d'âge de 6 à 23 mois étaient les plus touchés (73,20%). Environ 87,57% des enfants ont été admis à l'aide de l'indice P/T < -3 Z-score. Les examens para cliniques n'ont pas été systématiques chez tous les enfants malnutris enquêtés. La durée de séjour de moins de 4 semaines était la plus représentée (98,07%). Parmi les enquêtés 71,82% ont été traités avec succès, 15,75% étaient décédés et 10,22% avaient abandonné le traitement nutritionnel.

Le sexe masculin était prédominant dans cette étude (57,18%) avec un sexe ratio à 1,33 en faveur des garçons. Ce même constat a été rapporté par Traoré

F [11] au CHU GT en 2014 et Nguefack F [12] à Yaoundé en 2015 qui ont observé respectivement un sexe ratio de 1,26 et 1,41 en faveur des garçons. De même l'enquête SMART 2018 [13] a trouvé un sexe ratio égal à 1,4 indiquant que le nombre de garçon était supérieur à celui des filles.

La tranche d'âge de 6 à 23 mois était la plus touchée par la malnutrition aiguë sévère. La vulnérabilité de cette tranche d'âge a été constatée aussi par Zoungrana B et All [14], Diop M [15] et Koné K [16] qui ont obtenu respectivement 51,8%, 69% et 85,1%.

Cela pourrait s'expliquer par une diversification alimentaire inadéquate, débutée précocement ou tardivement ou avec des aliments de complément non adaptés, ou une ablactation précoce. Elle pourrait

également être la résultante de la consommation insuffisante des aliments, de mauvaise pratique d'hygiène alimentaires et/ou une mauvaise fréquentation des services de santé [17].

Cette étude montre que les principaux critères d'admission recommandés par le protocole PCIMA (P/T < -3 Z-score ; Pb < 115 mm ; la présence d'œdèmes bilatéraux) ont été respectés. Le P/T indices permet d'apprécier le degré d'émaciation et est utile lorsque l'âge de l'enfant n'est pas connu avec précision [18]. Le périmètre brachial est un bon indice prédictif du risque immédiat de décès [18]. La présence d'œdème nutritionnel indique que l'enfant est à haut risque de mortalité et doit être rapidement traité dans un programme de prise en charge de la malnutrition aiguë [19].

Nous avons observé que les examens para cliniques (TDR Palu ; goutte épaisse ; sérologie HIV) n'ont pas été systématiquement réalisés chez les enfants malnutris sévères hospitalisés. Ce résultat pourrait s'expliquer par la rupture en intrants, le refus des parents de faire le test du VIH et ou leur non prescription systématique par les prestataires de santé. Dans cette étude, presque tous les enfants malnutris enquêtés avaient reçu l'antibiothérapie systématique. Cette antibiothérapie est systématique selon le protocole même si les signes cliniques d'infection sont absents sachant que la malnutrition pourrait être responsable d'une défaillance du système immunitaire du sujet ; ce qui le rend vulnérable à toutes les infections. Le traitement nutritionnel des enfants malnutris aigus sévères enquêtés a été fait selon les recommandations du protocole PCIMA (le lait F75, le lait F100 et le Plunpy-Nut). Le lait F75 était le produit utilisé durant la phase aiguë car il a été conçu pour les patients souffrant de malnutrition aiguë sévère compliquée, ayant souvent des infections et des fonctions hépatique et rénale endommagées. Ces enfants ne doivent pas prendre de poids avec le F75. Ce produit permet aux fonctions biochimiques, physiologiques et immunologiques de commencer à se rétablir avant d'être exposés au stress additionnel de la reconstruction des nouveaux tissus. Le lait F100

et le Plunpy-Nut ont été utilisés pendant la phase de transition qui prépare le patient à la Phase de Réhabilitation. [19]

La presque totalité des enfants malnutris aigus sévères avaient fait un séjour dans le service de pédiatrie pendant moins de 4 semaines. Cette valeur est acceptable selon le protocole PCIMA qui demande une durée de séjour moins de 4 semaines. Cela dénote une réponse satisfaisante aux traitements administrés aux malnutris.

Dans cette étude les proportions des enfants malnutris aigus sévères enquêtés traités avec succès était inférieur aux valeurs acceptables du protocole PCIMA soit moins de 75%. Il est cependant supérieur à celui de Traoré F [11] au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré en 2014 qui a trouvé 45,68%. Cette amélioration pourrait s'expliquer par une bonne collaboration entre les parents d'enfants malnutris aigus sévères et le personnel soignant. Elle s'expliquerait aussi par la formation de la majorité des personnels soignants intervenant dans la prise en charge des enfants malnutris sévères sur le protocole PCIMA ainsi que par une bonne prise en charge des pathologies associées à la malnutrition aiguë sévère. Le taux d'abandon au traitement nutritionnel trouvé au cours de cette étude était acceptable selon le protocole PCIMA (moins de 15%) et est meilleure par rapport à celui de Traoré F [11] en 2014 qui a trouvé 34,2%. Cela pourrait s'expliquer par l'accompagnement supplémentaire à l'endroit des accompagnants des malnutris.

Le taux de décès dans cette étude avait atteint les valeurs d'alarme de PCIMA soit (>15%).

Par contre, Il est nettement inférieur à celui de Toure YI [20] qui avait trouvé 23,55%.

Ces décès pourraient s'expliquer d'une part par l'altération marquée du système immunitaire qu'entraîne la malnutrition d'où une grande vulnérabilité aux infections et d'autre part par un recours tardif aux soins ou un retard dans la référence.

Limite de l'étude

Au cours de ce travail des incohérences ont été

constatées entre certains dossiers d'hospitalisation et de fiches de suivi nutritionnel des malnutris (allaitement, diversification, sevrage). Cela n'enlève rien de la qualité de ce travail.

Conclusion

À l'issue de cette étude, nous avons constaté que 3,14% des hospitalisations pendant la période de collecte étaient des malnutris aigus sévères. L'admission, l'antibiothérapie systématique, les traitements médical et nutritionnel étaient faits selon les directives du protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition. Les examens complémentaires/para cliniques recommandés par lesdites directives n'étaient pas faits systématiquement. Les critères de performance étaient acceptables pour la durée d'hospitalisation et non acceptables pour les taux de guérison et de décès.

Des évaluations semestrielles internes pourront contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la malnutrition aiguë dans le service de pédiatrie du CHU-GT.

Nous envisageons d'évaluer la mise en œuvre du protocole de PCIMA à différents niveaux de prise en charge de la malnutrition aiguë.

*Correspondance

Mahamadou Traore

mbtsofia@yahoo.fr

Disponible en ligne : 17 Août 2021

- 1 : Institut National de Santé Publique (INSP)
- 2 : Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGHP), BP : 233, N'tomikorobougou, Bamako, Mali.
- 3 : Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique et Spécialités (DERSP), Faculté de Médecine et d'Oncologie (FMOS), BP 1805, Bamako, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] OMS. La prise en charge de la malnutrition sévère : Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement ; 2000. 72p.
- [2] OMS. Lignes directrices : Mise à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant. Genève ; 2015. 128p.
- [3] FAO. L'Etat de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde. Rome ; 2018. 218 p.
- [4] UNICEF. Sahel : le nombre d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère atteint son plus haut niveau en 10 ans. ONU Info. 16 novembre 2018.
- [5] Ministère de la santé du Burkina Faso. Enquête nutritionnelle 2012. Décembre 2012 ; 64 p.
- [6] Institut National de la Statistique, Ministère des Finances, ICF International. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs multiples du Niger (EDSN-MICS IV) 2012. Niamey ; 2013. 486 p.
- [7] Office national de la Statistique, ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé de la Mauritanie 2000-2001. Nouakchott ; 2001. 374 p.
- [8] Institut National de la Statistique, Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement, ICF. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de la Côte d'Ivoire (EDS-MICS) 2011-2012. Abidjan ; 2013. 591 p.
- [9] Agence National de la Statistique et de la Démographie, ICF. Enquête Démographique et de Santé Continue du Sénégal (EDS-Continue) 2017. Dakar ; 2018. 644 p.
- [10] Institut National de la Statistique, Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la famille, ICF. Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM VI) 2018. Bamako. Août 2019 ; 577p.
- [11] TRAORE F. Aspects épidémioclinique de la malnutrition aiguë sévère des enfants de moins de 5 ans au CHU-GT. Thèse Med Bamako. 2014, 85p
- [12] Nguefack F, Adjahoung C, Keugoung B et al. Prise en charge hospitalière de la malnutrition aigue sévère chez l'enfant avec des préparations locales alternatives aux F-75

et F-100: résultats et défis. PAMJ. 2015; 21 (329) : 9-1.

- [13] UNICEF, PAM, OMS, FAO. Enquête National Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective suivant la Méthodologie SMART, Mali 2018 ; 120p
- [14] Zoungrana B, Sawadogo P, Somda N et al. Performance et coût de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication à Kaya, Burkina Faso. PAMJ. 14/11/2019 ; 34 (145) :8-1
- [15] Diop M. Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans l'URENI du CS Réf de Markala en 2014. Thèse Med Bamako. 2014 ; 82p
- [16] Koné K. Etude de la malnutrition chez les enfants de 06 à 59 mois dans la commune du district de Bamako. Thèse Med Bamako. 2015 ; 102p
- [17] OMS, PAM, Comité Permanent de la Nutrition du Système des Nations Unies et UNICEF. Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère. Genève. 2007 :8-1
- [18] TCHUENTE D. Données anthropométriques des enfants d'âge préscolaire à Garoua, Cameroun. Thèse du Diplôme de spécialiste en pédiatrie. Université de Yaoundé. 2009.
- [19] Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali, UNICEF, PAM, OMS. Protocole de prise en charge intégrée de la Malnutrition Aiguë au Mali. Version révisée 2017 ; 237p.
- [20] TOURE YI. Analyse des facteurs influençant les indicateurs de performance à l'URENI dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Thèse Med. Bamako. 2016 ; 73p.

Pour citer cet article :

M Traore, C Coulibaly, D Cisse, Y Sangare, M Kone, H Maiga et al. Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans dans le Centre Hospitalier-Universitaire Gabriel TOURE. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 264-271



Cas clinique

Prise en charge d'une plaie rénale à présentation atypique, en contexte de polytraumatisme, au centre des urgences de Yaoundé : à propos d'un cas

Management of a renal wound with atypical presentation, in a context of polytraumatism, at the Yaoundé emergency center : about one case

AM Dongmo*^{1,2}, D Banga Nkomo^{1,2}, JB Mekeme^{3,4}, S. Eya², J. Kamga⁵, L J Bitang, A Mafok²

Résumé

Le but de cette présentation était de décrire les circonstances et les modalités de diagnostic positif d'une lésion rénale de haut grade et de relever les problèmes thérapeutiques conséquents. Il s'agit du cas d'un patient de 36 ans reçu au Centre des Urgences de Yaoundé pour plaie du flanc gauche secondaire à une agression par arme blanche et qui présentait d'emblée un choc hémodynamique réfractaire à toute réanimation et des signes d'irritation péritonéale. Un bilan biologique pré-opératoire standard et une échographie ont été les seuls examens réalisés avant décision d'une chirurgie de sauvetage. Les découvertes opératoires étaient celles de perforations iléales et d'un saignement actif d'une plaie rénale de grade IV épanché dans la cavité abdominale au travers d'une brèche péritonéale. Le plateau technique limité a dicté une attitude opératoire conservatrice qui s'est soldée par un échec, d'où la réalisation d'une néphrectomie d'hémostase. Les suites opératoires reposèrent entièrement sur la famille. Ainsi, à l'issue d'une réanimation post-opératoire laborieuse, le patient décède à J1 post-opératoire dans un tableau d'oligurie, d'hypothermie, d'instabilité

hémodynamique et d'acidose métabolique. Ce décès sans doute évitable remet en question la politique de prise en charge des patients polytraumatisés dans notre structure, qui jusqu'ici se limite au préfinancement des kits opératoires.

Mots-clés : plaie rénale- instabilité hémodynamique- néphrectomie d'hémostase

Abstract

The aim of this presentation was to describe the circumstances and modalities of positive diagnosis of a high-grade renal lesion and to identify the therapeutic problems encountered. This is the case of a 36-year-old patient received at the Yaoundé Emergency Center for a left flank wound secondary to stabbing attack and who immediately presented a hemodynamic shock refractory to resuscitation, and signs of peritonitis. A standard preoperative laboratory workup and an ultrasound were the only examinations performed before surgery. The operative findings were ileal perforations and active bleeding from a grade IV renal wound which had effused into the abdominal cavity through a peritoneal breach. The limited technical platform dictated a conservative

operative attitude which ended in failure, hence the performance of a hemostatic nephrectomy. The post-operative care relied entirely on the family. Thus, at the end of a laborious post-operative resuscitation, the patient dies on D1 post-operative in a picture of oliguria, hypothermia, hemodynamic instability and metabolic acidosis. This probably avoidable death calls into question the policy for the care of polytrauma patients in our structure, which until now has been limited to pre-financing the operating kits.

Keywords : renal wound - hemodynamic instability - hemostatic nephrectomy

Introduction

Les plaies rénales sont une entité clinique relativement rare. En effet, les traumatismes du rein ne représentent que 1-5% de l'ensemble des lésions traumatiques; avec comme mécanisme celui de contusion dans 97% des cas, et celui de traumatisme pénétrant (par arme blanche, par balle) dans la minorité restante [1,2]. Les progrès en imagerie, en réanimation, ainsi que le développement d'une échelle validée de classification des lésions rénales ont révolutionné la prise en charge des traumatismes rénaux en la rendant de plus en plus conservatrice [1,3]. Malgré des recommandations en faveur d'une prise en charge non-opératoire des traumatismes rénaux de haut grade (AAST grades III-V), une proportion considérable de patients porteurs de lésions rénales de haut grade continue d'être opérée, ceci notamment en raison de la rareté de ces lésions, maintenant ainsi la controverse dans la prise en charge optimale de celles-ci [4]. La présente étude a pour but de décrire les circonstances et les modalités de diagnostic positif d'une lésion rénale de haut grade et de relever les problèmes thérapeutiques conséquents.

Cas clinique

Monsieur D.E; âgé de 36 ans a été reçu en consultation au Centre des Urgences de Yaoundé (CURY) pour

plaie du flanc gauche de l'abdomen par arme blanche, survenue 2h environ avant son admission. Au bilan primaire, ses voies aériennes étaient libres, le patient présentait une hypoxie à 79% à l'air ambiant corrigée par l'administration d'oxygène à 10 litres/minute, une tachycardie à 132 battements/minute avec froideur des extrémités puis chute progressive de la tension artérielle (74/46 mmHg); réfractaire au remplissage et aux drogues vasoactives. Par ailleurs, le patient était obnubilé (GCS : 14/15); agité, avec une glycémie à 2,5 g/L et une hypothermie à 35,5°C; d'où la mise en place de couverture chauffante. Au bilan secondaire, il a été retrouvé une plaie linéaire oblique de 5cm à bord irréguliers du flanc gauche, sans éviscération ni hématurie, mais présence de signes d'irritation péritonéale (cri de l'ombilic, défense diffuse) et un épanchement péritonéal de grande abondance à l'écho-FAST. Le diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen par arme blanche est posé et l'indication d'une laparotomie urgente est faite devant l'instabilité du patient et les signes de péritonite. Le bilan initial réalisé à l'admission retrouvait :

-TP = 49,1%, TCK = 45,9, ratio témoin : 1,67

-NFS : Hb à 7,8g/dL; Plaquettes à 99.000/mm³; GB à 9870/mm³

-Groupe sanguin : A rhésus positif.

Une laparotomie médiane xypho-pubienne est réalisée, permettant d'objectiver :

-Hémopéritoine de 4500 cc ;

-3 Plaies du méso colon transverse ;

-1 brèche postérieure gauche mettant en communication l'espace rétropéritonéal et la cavité péritonéale ;

-Issue d'un saignement actif en provenance du rétropéritoine, en rapport avec une hémisection du pôle inférieur du rein gauche avec ouverture du pyélon et saignement actif intraparenchymateux (Figure 1) classé grade IV de l'AAST ;

-2 Plaies jéjunales : à 70 cm et à 125cm en aval de l'angle de Treitz (Figure 2) ;

-Absence de lésions splénique et hépatique.

Devant l'impossibilité d'évaluer la fonctionnalité du rein controlatéral à l'aide d'une UIV per-opératoire,

nous décidons d'abord de tenter un sauvetage du rein lésé, chez ce patient jeune et ne présentant aucune comorbidité. Ainsi, après clampage du pédicule rénal gauche, une suture par un surjet en U du parenchyme rénal est réalisée au vicryl 0. Un saignement actif persistant au déclampage du pédicule indique la néphrectomie gauche par ligature monobloc du pédicule rénal ; laquelle a permis un contrôle satisfaisant de l'hémostase. Ce geste est complété par des résections cunéiformes puis suture des plaies jéjunales ; une cystostomie (car sondage urétral impossible depuis l'admission) et fermeture pariétale sur drain tubulaire. Une transfusion de 1500 cc de culot globulaire est faite en per et post-op. Les suites opératoires sont marquées par l'hypothermie ; une oligurie ; une anémie clinique ; une acidose métabolique aux gaz du sang et un état de choc hémodynamique persistant sous drogue vasoactive (adrénaline) ; et ce en l'absence de saignement abdominal actif (drain ramenant moins de 50cc/24h) à J0 post-opératoire. Le décès du patient est constaté à J1.

Discussion

Dans le cas présenté, la lésion rénale est secondaire à une agression par arme blanche chez un adulte jeune de sexe masculin. L'âge de notre patient est plus élevé que la moyenne retrouvée dans les séries de Ndiaye et al, ainsi que Bemba et al [5,6]; cependant le genre de notre patient est en conformité avec les données de la littérature [5,6].

Du point de vue clinique, l'hématurie macroscopique est le maître symptôme dans les plaies rénales. Sa détection doit se faire le plus souvent lors de la première miction, car elle peut disparaître au cours de la seconde ou troisième miction. Elle est associée ou non à des signes de choc qui sont présents dans 30,7 % des cas de plaies rénales [5,7]. Dans notre étude l'instabilité hémodynamique était au premier plan et l'hématurie macroscopique non objectivée, probablement du fait de l'oligurie d'une part et de l'impossibilité de sondage urinaire d'autre part. Ainsi

la suspicion d'une lésion hémorragique splénique était la principale étiologie de saignement évoquée en pré opératoire, chez notre patient.

En plus de l'instabilité hémodynamique, notre patient présentait des signes d'irritation péritonéale faisant suspecter une perforation d'organe creux associée. Keihani et al rapportent l'existence de lésions concomitantes dans 72% des traumatismes rénaux sévères dont 37% de lésions hépatiques et 29% de lésions spléniques [4].

Notre patient présentait une plaie du flanc gauche, cette topographie lésionnelle nous a fait suspecter premièrement une atteinte grêlique ou colique associée. Bien qu'une atteinte rénale gauche ait été possible; elle n'a pas d'emblée été évoquée. Dans le même sens, Dahami et al dans leur étude sur les plaies rénales, rapportent que les plaies rénales antérieures sont les plus dangereuses (car elles touchent le bassin, le hile et son pédicule vasculaire tandis que l'important plan musculo-aponévrotique et osseux, au niveau du flanc (derrière la ligne axillaire) et en postérieur, permet une certaine protection sauf quand la plaie est très pénétrante [7].

Le bilan biologique de base réalisé chez notre patient a permis de retrouver une coagulopathie et une acidose métabolique qui, en s'additionnant à l'hypothermie du patient, constituaient la triade létale du traumatisé. Au vu des connaissances actuelles sur le Damage Control Surgery, ces éléments plaident en faveur d'une laparotomie écourtée chez notre patient. Ainsi Keihani et al, ont retrouvé que le choc, la tachycardie, la transfusion massive, et l'acidose métabolique étaient significativement associés au risque de néphrectomie [4].

L'échographie abdominale au lit du patient a été l'examen d'imagerie de première intention chez notre patient, comme dans les séries de Saidi et al [5]. De même, Chouhan et al la préconise en première ligne lorsque l'uroscanner est impossible en raison d'une instabilité hémodynamique. En plus, ils recommandent la réalisation d'une urographie intraveineuse en salle opératoire en cas de laparotomie exploratrice [3].

La découverte d'une lésion rénale gauche de grade

IV était inattendue chez notre patient, aussi l'absence de données sur l'état et la fonctionnalité du rein controlatéral nous ont fait privilégier, dans un premier temps, une attitude conservatrice, au mépris de la triade fatale du traumatisé présentée par le patient ainsi que des tendances de la littérature [4,7], largement en faveur pour la néphrectomie d'emblée.

Du point de vue évolutif, la littérature [4] suggère une mortalité faible (8%) en cas de lésion rénale pénétrante de haut grade traitée par néphrectomie. La comparaison de ces données aux nôtres nous semble difficile en raison de l'effectif de notre série ; mais encore et surtout à cause d'un biais important que nous reconnaissons dans la prise en charge de notre patient. En effet ; si la prise en charge chirurgicale a été possible grâce à l'usage de kits d'urgence dédiés aux urgences vitales, les suites opératoires ont entièrement reposé sur les moyens de la famille du patient. Ainsi, des difficultés d'accessibilité (matérielle et financière) des produits sanguins, une réanimation loin d'être optimale, expliquent entre autres, le devenir de notre patient.

Conclusion

Une plaie rénale doit pouvoir être évoquée devant toute plaie du flanc. Si elle se présente volontiers par une hématurie macroscopique, le choc hémodynamique en est également une expression possible. En cas d'instabilité hémodynamique, l'échographie au lit du patient est l'examen d'imagerie de première intention ; même si en des mains inexpertes, elle peut méconnaître certaines lésions. Le choc hémodynamique réfractaire à la réanimation est une indication formelle de laparotomie exploratrice et le geste recommandé pour les lésions rénales de grade IV-V est une néphrectomie d'hémostase. Cependant une UIV sur table opératoire est souhaitable avant toute néphrectomie. Si la durée de l'acte chirurgical semble être importante, la réanimation péri-opératoire du patient l'est encore plus dans la détermination du pronostic de celui-ci.

*Correspondance

Arlette Michelle Dongmo

arlettedongmo@yahoo.fr

Disponible en ligne : 17 Août 2021

- 1 : Département de Chirurgie et Spécialités –Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques –Université de Dschang.
- 2 : Service de Chirurgie –CURY
- 3 : Service d'Urologie –HCY
- 4 : Département de Chirurgie et Spécialités –Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales –Université de Yaoundé I.
- 5 : Service de Chirurgie –HGY de Yaoundé.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Freton L, Pradere B, Fiard G, Chebbi A, Caes T, Hutin M, et al. Traumatismes du rein. Progrès en Urologie. nov 2019;29(15):936-42.
- [2] Professionals S-O. EAU Guidelines: Urological Trauma [Internet]. Uroweb. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://uroweb.org/guideline/urological-trauma/>
- [3] Chouhan JD, Winer AG, Johnson C, Weiss JP, Hyacinthe LM. Contemporary evaluation and management of renal trauma. The Canadian Journal of Urology. 2016;7.
- [4] Keihani S, Xu Y, Presson AP, Hotaling JM, Nirula R, Piotrowski J, et al. Contemporary management of high-grade renal trauma: Results from the American Association for the Surgery of Trauma Genitourinary Trauma study. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. mars 2018;84(3):418-25.
- [5] Modou, N., Alioune sarr Alioune, S. Babacar, T. Amath, A. G. Nanebo, Seck Ndour Ndiaga, C. Ondo, El Hadj Malick Diaw, Gaye Oumar, M. T. Ngor, S. Yaya, F. Boubacar, D. Babacar, A. Ndoeye and B. Mamadou. "Traumatisme du rein : rôle de l'imagerie dans la prise en charge." (2019).
- [6] Bemba E-L-P, Koumeka P-P, Ebenga-Somboko N-B,

Mboussa J. Profil des affections respiratoires du sujet âgé au service de pneumologie du CHU de Brazzaville. *Revue des Maladies Respiratoires*. janv 2017;34:A93.

- [7] Dahami Z, Saghir O, Cherif Idrissi Elganouni N, Dakir M, Moudouni MS, Sarf I, et al. Plaies rénales par arme blanche : à propos de 20cas. *Progrès en Urologie*. janv 2009;19(1):15-20.

Pour citer cet article :

AM Dongmo, D Banga Nkomo, JB Mekeme, S. Eya, J. Kamga, L J Bitang et al. Prise en charge d'une plaie rénale à présentation atypique, en contexte de polytraumatisme, au centre des urgences de Yaoundé : à propos d'un cas. *Jaccr Africa 2021; 5(3): 272-276*



Article original

Le rhumatisme psoriasique au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar

Psoriatic arthritis in Senegal : epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects at the Aristide LeDantec University Hospital in Dakar

A Abba*¹, M Niassé¹, LM Diaby¹, H Ali¹

Résumé

Introduction : Le rhumatisme psoriasique (RP) est une maladie grave qui peut entraîner des déformations et une perte de la fonction articulaire. Le but de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs du rhumatisme psoriasique dans le service de rhumatologie du CHU Aristide LeDantec à Dakar au Sénégal. **Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique, avec un recueil de données à la fois prospectif et rétrospectif sur une période de 8 ans, entre janvier 2012 et décembre 2020, sur des patients atteints de rhumatisme psoriasique diagnostiqués selon les critères CASPAR. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire structuré, elles ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS25 (Statistical Package for the Social Sciences). **Résultats :** Au total 36 patients répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen de nos patients était de $45,29 \pm 12,75$ ans au moment du diagnostic avec des extrêmes de 26 et 72 ans. La prédominance des femmes a été notée avec 22 femmes (61%) et 14 hommes (39%), soit un sex-ratio de 1,57F/1H. Au moment du diagnostic, le psoriasis était

retrouvé chez 100% de nos patients, principalement dans les grands plis et sur le tronc. Les articulations les plus touchées étaient les mains (61%) et les pieds (42%). En termes de traitement, 83% de nos patients ont reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 66% des corticostéroïdes (oraux et injectables). 22% étaient sous méthotrexate associé à de l'acide folique et des dermocorticoïdes. Les indices d'activité de la maladie, les indices fonctionnels et la qualité de vie des patients étaient significatifs à l'initiation du traitement et ont relativement diminué au troisième et sixième mois de traitement. **Conclusion :** Le RPso est probablement l'un des rhumatismes inflammatoires les plus polymorphes dans sa présentation clinique et sa prise en charge.

Mots-clés : Rhumatisme psoriasique ; Sénégal.

Abstract

Introduction: Psoriatic arthritis (PA) is a serious disease that can lead to deformity and loss of joint function. The aim of our study is to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of psoriatic arthritis in the rheumatology department of the CHU Aristide LeDantec in Dakar, Senegal.

Methodology: This was a descriptive and analytical cross-sectional study, with both prospective and retrospective data collection over an 8-year period, between January 2012 and December 2020, on patients with psoriatic arthritis diagnosed according to CASPAR criteria. Data were collected using a structured questionnaire and analysed using SPSS25 (Statistical Package for the Social Sciences) software.

Results: A total of 36 patients met the inclusion criteria. The mean age of our patients was 45.29 ± 12.75 years at diagnosis with extremes of 26 and 72 years. The predominance of women was noted with 22 women (61%) and 14 men (39%), i.e. a sex ratio of 1.57F/1H. At the time of diagnosis, psoriasis was found in 100% of our patients, mainly in the large folds and on the trunk. The joints most affected were the hands (61%) and feet (42%). In terms of treatment, 83% of our patients received non-steroidal anti-inflammatory drugs, 66% received corticosteroids (oral and injectable). 22% were on methotrexate combined with folic acid and dermocorticoids. Patients' indices of disease activity, functional indices and quality of life were significant at treatment initiation and decreased relatively at the third and sixth month of treatment.

Conclusion: Psoriasis is probably one of the most polymorphic inflammatory rheumatic diseases in its clinical presentation and management.

Keywords: Psoriatic arthritis; Senegal.

Introduction

Le rhumatisme psoriasique (RP) fait partie du groupe de rhumatismes inflammatoires communément appelés spondylarthropathies, comprenant la spondylarthrite ankylosante (chef de file), l'arthrite réactionnelle, la spondylarthrite indifférenciée, les rhumatismes associés aux entérocolopathies (rectocolite hémorragique ou colite ulcéreuse, maladie de Crohn, etc.), ainsi que certaines spondylarthrites juvéniles [1]. La prévalence du rhumatisme psoriasique chez les patients atteints de cette affection varie considérablement d'une étude à l'autre et la

multitude de critères de classification utilisés peut contribuer à cette hétérogénéité clinique [2, 3]. L'un des problèmes majeurs du rhumatisme psoriasique est qu'il n'existe actuellement aucun critère de diagnostic ni de consensus sur les critères de classification de cette affection rhumatologique. La présentation clinique est extrêmement variable, car les atteintes articulaires axiales, périphériques et enthésitiques peuvent survenir de manière isolée, séquentielle ou combinée chez un même patient. L'atteinte périphérique peut être monoarticulaire ou plus souvent oligoarticulaire ou polyarticulaire. L'atteinte unguéale et la dactylite sont fréquemment associées à l'atteinte rhumatologique. La fréquence de l'antigène HLA B27 est de 50 à 70% dans les formes centrales, alors qu'elle n'est que de 10 à 20% dans les formes périphériques. Comme dans toutes les grandes villes de l'Afrique subsaharienne, la plupart des spécialistes est concentrée dans les centres urbains et Dakar ne fait pas exception, à ce titre le diagnostic et la prise en charge de ces affections est rendu difficile. Une meilleure connaissance des aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs du RP permettra de prévenir et d'améliorer la prise en charge de la maladie. Le but de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs du rhumatisme psoriasique au CHU Aristide LeDantec à Dakar au Sénégal.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, avec un recueil de données à la fois prospectif et rétrospectif sur une période de 8 ans, entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2020, chez des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire dans le service de Rhumatologie du CHU Aristide LeDantec à Dakar, pour rhumatisme psoriasique de diagnostic établi selon les critères CASPAR. Cette étude a concerné tous les patients dont les dossiers médicaux étaient complets, s'agissant des données cliniques, les examens complémentaires et les données sur l'indice de la qualité de vie. Les variables suivantes ont été

étudiées :

Les données sociodémographiques (âge, sexe, état civil, éducation, profession, origine géographique, ethnie, antécédents familiaux de SpA, mode de vie (alcool, tabac))

Les données cliniques : psoriasis ou antécédents familiaux de psoriasis, enthésopathie inflammatoire clinique, atteinte des interphalangiennes distales, dactylite, monoarthrite, oligoarthrite ou polyarthrite, uvéite ;

Les données biologiques : le bilan inflammatoire (vitesse de sédimentation (VS), protéine C-réactive (CRP), électrophorèse des protéines sériques (EPS), fibrinémie), HLA B27, acide urique, facteurs rhumatoïdes ;

Les données radiologiques : colonne cervicale, dorsale et lombaire, bassin et articulations périphériques touchées, surtout les articulations distales ;

Les données thérapeutiques : analgésiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticostéroïdes, médicaments modificateurs de la maladie (sulfasalazine, méthotrexate, azathioprine, ciclosporine, leflunomide) et anti-TNF-alpha ;

Les données sur l'indice de la qualité de vie : questionnaires Short Form 36 (SF-36), Nottingham Health Profile (NHP) et Ankylosing Spondylitis Quality of life (ASQoL).

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires sur la base des dossiers médicaux, puis des examens de suivi-contrôle. Elles ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Microsoft Office Word 2007, Access 2007 et SPSS version 25. Le test de khi-deux de Pearson a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives et le test de Yates s'il y'a lieu. Pour les effectifs inférieurs à 5, nous avons utilisé le test de Fisher. Les différences constatées ont été considérées comme significatives pour un $p < 0,05$ avec un intervalle de confiance à 95%. Comme il s'agissait d'une étude en bonne partie rétrospective, il y avait des données manquantes. Ces patients étaient exclus des analyses pour les variables dont les données manquaient.

Résultats

Caractéristiques de la population d'étude

Le service de Rhumatologie a enregistré, 9262 observations de patients durant la période d'étude du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2020, 770 avaient une spondylarthropathie, pour notre collecte des données nous avons recueilli 36 cas de rhumatismes psoriasiques, soit une prévalence hospitalière de 0,048% et une incidence annuelle de 0,06 pour 100 000 personnes-années. L'âge moyen de nos patients était de $45,29 \pm 12,75$ ans au moment du diagnostic, avec des extrêmes de 26 et 72 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des [31 - 40] ans avec un pourcentage de 31% ; une prédominance féminine a été notée avec 22 femmes (61%) et 14 hommes (39%), soit un sex-ratio de 1,57F/1H. Dans notre série d'étude, 22% étaient polygames et 15% étaient célibataires. Le délai moyen de diagnostic était de 5,22 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 36 ans.

Diagnostic clinique

Le motif de consultation le plus fréquent dans notre série était l'atteinte des articulations périphériques (42%), principalement dans les extrémités distales. Des antécédents familiaux de psoriasis ont été notés chez 22 % de nos patients. L'apparition de la douleur était progressive chez 28 % de nos patients. 64% de nos patients avaient une oligoarthrite asymétrique et 12% une polyarthrite asymétrique, prédominant dans les extrémités distales. L'atteinte axiale était représentée dans 19% des cas. Au moment du diagnostic, des lésions psoriasiques étaient retrouvées chez 100% de nos patients, principalement dans les grands plis et sur le tronc. 36% présentaient à l'examen clinique une dystrophie psoriasique des ongles. La synovite était fortement représentée par la dactylite chez 58% de nos patients. Les articulations les plus touchées étaient les mains (61%), les pieds (42%), les genoux (36%) et les chevilles (28%). Une enthésopathie a été retrouvée dans 39% des cas et une uvéite dans 31%. Le diagnostic de rhumatisme psoriasique a été

obtenu en utilisant le critère CASPAR (tableau I). Les pathologies associées et les comorbidités les plus fréquentes étaient la goutte (22%), les MICI (6%), l'obésité (8%), la dyslipidémie (11%), le diabète de type 2 (17%) et l'HTA (25%).

Diagnostic paraclinique

Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 34 patients au moment du diagnostic. La VS était élevée chez les 34 patients, avec une moyenne de 53,22 mm (entre 20 et 120). La CRP était élevée chez 19 patients avec une moyenne de 19,86 mg/l (entre 6 et 36). Le HLA-B27 a été testé chez les 36 patients de notre série et était positif chez 12 d'entre eux (33% des cas). Les facteurs rhumatoïdes étaient absents chez 16 patients testés (44%). Radiologiquement : Une sacroiliite a été retrouvée dans 7 cas (19%), évaluée selon la classification de FORESTIER, avec une atteinte dépassant le stade 2 de FORESTIER dans 14% des cas.

Aspects thérapeutiques

Les antalgiques (Paracétamol et/ou Tramadol) étaient utilisés dans 97%, 83% recevaient des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 66% des corticoïdes (oraux et injectables). 22% étaient sous méthotrexate associé à de l'acide folique et des dermocorticoïdes, tandis que 8% étaient sous sulfasalazine. La physiothérapie a été utilisée dans 6 % des cas.

Aspects évolutifs

La qualité de vie de nos patients a été analysée par le SF36 qui au début du traitement a montré que les items les plus représentés étaient l'activité physique à 66,25%, la douleur physique à 64,35%, la santé perçue à 60,75% et le fonctionnement social à 57,20%. En ce qui concerne le NHP au début du traitement : la douleur (66,50%), l'énergie (55,35%) et la mobilité (32,10%) étaient les plus représentés. Les scores NHP, SF36 et ASQOL ont montré une perte de productivité liée à la maladie au début du traitement et une amélioration relative de la qualité de vie au troisième et sixième mois de traitement (Tableau II, III et IV).

Tableau I. Répartition des patients selon l'utilisation du Critère CASPAR

Critères Caspar	Effectifs	Pourcentage
	36	100%
1. Atteinte rhumatologique inflammatoire (périphérique, axiale ou enthésitique)	23	64%
2. Présence explicite de psoriasis à l'examen ou dans les antécédents :		
Lésion psoriasique cutanée ou du scalp diagnostiquée par un médecin à l'examen physique	36	100%
Notion de psoriasis selon le patient ou un médecin	0	0%
Antécédent familial de psoriasis au 1 ^{er} ou 2 nd degré	8	22%
3. Atteinte unguéale		
Dystrophie unguéale psoriasique à l'examen clinique : onycholyse, ongles ponctués ou hyperkératose	13	36%
4. Négativité du facteur rhumatoïde		
Absence de FR sérique (ELISA ou néphélobimétrie)	16	44%
5. Présence ou antécédent de dactylite		
Dactylite actuelle diagnostiquée par un médecin	21	58%
Antécédent de dactylite constatée par un médecin	0	0%
6. Aspect radiologique de construction osseuse		
Présence de signes radiographiques de construction osseuse juxta-articulaire (radiographies des mains et des pieds)	7	19%

Tableau II. Répartition des patients selon le SF36

SF36	M3	M6
Activité physique	35,86%	34,12%
Limitations dues à l'état physique	24,97%	21,91%
Douleurs physiques	36,91%	35,56%
Santé perçue	35,89%	34,52%
Vitalité	26,39%	25,00%
Fonctionnement social	33,34%	31,61%
Santé psychique	32,83%	31,85%
Limitations dues à l'état psychique	23,70%	21,0%
PCS	33,29%	32,37%
MCS	28,0%	26,36%

Tableau III. Résumé des valeurs du NHP

NHP	M3	M6
Mobilité	16,91%	15,22%
Douleur	16,28%	15,67%
Isolation sociale	7,15%	1,55%
Reaction émotionnelle	2,19%	1,68%
Energie	33,0%	19,53%
Sommeil	21,85%	19,0%

Tableau IV. Résumé des valeurs de l'ASQoL

ASQoL	M3	M6
Limitation des déplacements	36,65%	35,18%
Envie de pleurer à cause de la maladie	24,16%	23,85%
Difficulté à s'habiller	23,19%	22,15%
Fatigue au cours des activités de la vie quotidiennes	23,73%	22,23%
Problèmes de sommeil	15,13%	14,22%
Vie sociale	17,42%	16,17%
Fatigue continue	30,2%	29,4%
Se reposer au cours du travail	31,5%	30,1%
Douleur insupportable	32,2%	31,5%
Raideur matinale	24,0%	23,6%
Limitation des activités de la vie quotidiennes	21,5%	21,2%
Se fatiguer rapidement	30,5%	29,8%
Frustration	22,8%	21,7%
Douleur continue	30,5%	28,8%

Discussion

Aspects épidémiologiques

Dans notre étude, nous avons obtenu une prévalence hospitalière de 0,048 % et une incidence annuelle de 0,06 pour 100 000 personnes-années. En Afrique sub-saharienne, les études sont hospitalières et peu d'études sont rapportées dans la littérature concernant le rhumatisme psoriasique. On note que de 1983 à 1988 en Côte d'Ivoire Gabla et al ont rapporté une

prévalence hospitalière de 0,13% dans le service de rhumatologie-dermatologie [4] et en Zambie de 1994 à 1997 dans le service de rhumatologie Njobvu P et McGill P ont rapporté une prévalence hospitalière de 4% [5]. Les études les plus récentes dans la littérature subsaharienne ont estimé la prévalence hospitalière du RP entre 0,36 et 3% [6, 7]. Dans notre série, l'âge moyen de nos patients était de $45,29 \pm 12,75$ ans au moment du diagnostic avec des extrêmes de 26 et 72 ans. La prédominance féminine a été notée avec 22

femmes (61%) et 14 hommes (39%), soit un sex-ratio de 1,57F/1H. Dans la littérature occidentale, l'âge moyen de découverte se situe entre 30 et 55 ans, et le sex-ratio est de 1 [8].

Aspects diagnostiques

Dans notre étude, le diagnostic de rhumatisme psoriasique a été posé selon le critère CASPAR. Une comparaison des différents critères, entreprise en 2004 sous la direction de Taylor et Helliwell, a conclu que la majorité des systèmes de classification précédents étaient relativement similaires en termes de sensibilité ($\geq 95\%$), à l'exception du Bennett (72%) et de l'ESSG (55%), qui étaient nettement moins sensibles. Les critères les plus performants, notamment pour la discrimination rhumatisme psoriasique/polyarthrite rhumatoïde, seraient ceux de Vasey et Espinoza, Gladman et McGonagle [9]. De même, une vaste étude internationale a repris la comparaison des critères existants et a conduit à l'établissement d'un nouveau système de critères pour la classification du rhumatisme psoriasique : ils ont été nommés d'après ce grand groupe, CASPAR (ClAsSification criteria for Psoriatic ARthritis) [10], et cette collaboration a jeté les bases de la formation du GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) [11]. La classification CASPAR a été élaborée à partir d'une vaste base de données comprenant 588 cas de rhumatisme psoriasique et 536 témoins (384 cas de polyarthrite rhumatoïde, 72 cas de spondylarthrite ankylosante, 38 cas d'arthrite indifférenciée) [12]. Sa mise en œuvre s'est appuyée sur une analyse statistique élaborée, notamment basée sur un système d'arbre de décision modélisant la régression (CART). La performance de ces critères a été jugée optimale, avec une spécificité de 98,7% malgré une sensibilité de 91,4%, légèrement inférieure aux critères de Vasey et Espinoza [10, 11]. Il faut noter que la classification CASPAR n'est pas pertinente en l'absence d'arthropathie inflammatoire : son utilisation présuppose l'existence d'une atteinte inflammatoire enthésitique, axiale ou périphérique. Par ailleurs, 5 critères sont notés 0 ou 1, à l'exception du psoriasis qui reçoit 2 points en

cas d'atteinte personnelle concomitante et 1 point en cas d'antécédents personnels (résolus) ou familiaux [10]. Un score de 3 points en plus de l'atteinte rhumatologique inflammatoire (obligatoire) est nécessaire pour considérer qu'un patient répond aux critères du CASPAR. L'équipe de Gladman, dans une mise à jour sur le rhumatisme psoriasique publiée en septembre 2019, positionne clairement ce système de critères au sein des critères de classification et souligne la difficulté à poser le diagnostic de rhumatisme psoriasique. En effet, bien que facilité par les critères de classification et par une multitude de questionnaires de « dépistage », le diagnostic du rhumatisme psoriasique n'en demeure pas moins complexe, voire laborieux [13].

Aspects thérapeutiques

Dans notre étude, 83% des patients ont reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 66% des corticostéroïdes (oraux et injectables). 22% étaient sous méthotrexate associé à de l'acide folique et des dermocorticoïdes. EULAR recommande toujours l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en premier lieu, qui peuvent être suffisants pour le contrôle des symptômes à eux seuls, souvent en combinaison avec une infiltration de glucocorticoïdes. Les AINS se sont avérés efficaces dans les atteintes articulaires, notamment chez les patients présentant une atteinte articulaire peu active [14]. Cependant, les AINS n'ont pas démontré leur efficacité dans les lésions cutanées et il existe peu de preuves de leur efficacité dans les atteintes enthésitiques. Si l'atteinte articulaire périphérique reste active pendant plus d'un mois sous AINS, un antirhumatisme modificateur de la maladie (DMARD) doit être rapidement introduit en association. Lorsque l'atteinte prédominante est axiale ou enthésitique, la durée du traitement AINS peut être portée à 12 semaines, à condition qu'il ait déjà permis un soulagement de 4 semaines [15]. L'infiltration de glucocorticoïdes réduit la douleur et l'inflammation des articulations, des gaines tendineuses et des enthèses [16]. La corticothérapie systémique est parfois utilisée mais doit être à faible dose.

Aspects évolutifs

Progression sous traitement : Les scores NHP, SF36 et ASQOL ont montré une perte de productivité liée à la maladie au début du traitement et une amélioration relative de la qualité de vie à trois et six mois de traitement. Ce domaine est actuellement en pleine évolution, en grande partie en raison du besoin de critères rigoureux pour évaluer l'activité du rhumatisme psoriasique et la réponse au traitement depuis l'avènement des biothérapies. On peut s'attendre à ce que, comme dans la polyarthrite rhumatoïde, cette révolution thérapeutique améliore considérablement la qualité de la prise en charge du rhumatisme psoriasique. Les différents indices utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite ankylosante ne peuvent être utilisés dans le rhumatisme psoriasique sans validation préalable, comme le soulignent Gladman et al. dans des revues récentes [17, 18].

Mesure de l'activité clinique : l'atteinte des articulations périphériques, comme dans la polyarthrite rhumatoïde, peut être évaluée avec les critères ACR de 68 articulations pour la douleur et 68 pour le gonflement ; en revanche, le DAS28 ne semble pas adapté car il n'évalue pas l'atteinte des articulations interphalangiennes distales et des pieds, sites importants dans le rhumatisme psoriasique. Bien qu'il n'existe pas de critère validé pour les dactylites ou les tendinites, le score MASES (Maastricht ankylosing spondylitis entheses score) a récemment été proposé pour les enthésopathies, bien qu'il soit peu utilisé en pratique quotidienne [19]. Les données sur l'atteinte axiale sont plus complexes car la sensibilité des principales mesures utilisées dans la spondylarthrite ankylosante [manœuvres cliniques pour l'atteinte sacro-iliaque, Schöber modifié, distance doigt-sol, distance menton-sternum, distance occiput-mur et le Bath ankylosing spondylitis metrology index (BASMI)] pose question. Le score cutané habituellement utilisé est le PASI (psoriasis area severity index), qui est valable pour une atteinte corporelle d'au moins 3% et prend en compte l'érythème, l'induration et l'extension. Mesure de l'activité biologique : la vitesse de sédimentation

et la protéine C-réactive sont utilisées de façon non spécifique, mais ne sont pas augmentées chez tous les patients, notamment dans les formes axiales. Mesure de la fonction : le score du questionnaire d'évaluation de la santé (HAQ), utilisé dans la polyarthrite rhumatoïde, semble bien adapté au rhumatisme psoriasique, bien que des scores spécifiques aient été proposés pour les atteintes axiales (HAQ-S) ou dermatologiques (HAQ-SK) [17]. Le BASFI (bath ankylosing spondylitis functional index) n'a pas été validé dans le spondyloarthrite psoriasique. Mesure de la qualité de vie : une échelle générique telle que le SF-36 serait préférable à l'Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), qui n'est pas validée dans le rhumatisme psoriasique [21-23].

Conclusion

Le rhumatisme psoriasique est probablement l'une des maladies rhumatismales inflammatoires les plus polymorphes en termes de présentation clinique. La prise en charge précoce de l'activité de la maladie par un traitement modificateur de la maladie, des stratégies de traitement axées sur les objectifs et un contrôle strict de la maladie se sont avérés efficaces pour obtenir une faible activité de la maladie et prévenir l'aggravation structurelle, évitant ainsi l'altération de la fonction et de la qualité de vie.

Contributions Des Auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

L'auteur correspondant tient à remercier l'ensemble du personnel du service de rhumatologie et du DES de rhumatologie pour leur disponibilité et leurs encouragements.

***Correspondance**

Abbase Abba

abbasseabba03@gmail.com

Disponible en ligne : 17 Août 2021

1 : Service de Rhumatologie, CHU Aristide LeDantec, Dakar, Sénégal,

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Bardin, T ; Orecel, P. Traité de thérapeutique rhumatologie. Paris: Flammarion, 2007. p.760
- [2] Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73:242–8
- [3] Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80:251–265
- [4] Gabla A, Eti E, Nebavi Z, Aka, B 2 ; Kanga, J. M et al; Le rhumatisme psoriasique en milieu hospitalier ivoirien. À propos de 10 cas. *Rhumatologie* 1997; 49:91–4.
- [5] Njobvu P, McGill P. Psoriatic arthritis and human immunodeficiency virus infection in Zambia. *J Rheumatol* 2000; 27:1699–702.
- [6] Ouédraogo DD, Meyer M. Le rhumatisme psoriasique en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum.* 2011; 78:412-415.
- [7] Ly F, Ndiaye M, Diallo M, Diallo S, Diop A, Diatta BA, Diadié S, Seck NB, Soko-Soumaré A, Niang SO, Dieng MT, Kane A. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du psoriasis au Sénégal. A propos de 295 patients suivis à la clinique dermatologique du CHU Aristide Le Dantec (1997-2011). *Nouv Dermatol.* 2013; 32S:21-23
- [8] Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. *Rhumatologie*. 4ème édition. Paris : Elsevier Masson SAS, 2011. 458p.
- [9] Taylor WJ, Marchesoni A, Arreghini M, et al. A comparison of the performance characteristics of classification criteria for the diagnosis of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2004; 34:575–84.
- [10] Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006; 54:2665–73.
- [11] Rudwaleit M, Taylor WJ. Classification criteria for psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010; 24:589–604.
- [12] Lioté F. Rhumatisme psoriasique : critères de classification, de diagnostic et de réponse thérapeutique. *Rev Rhum Monogr* 2010; 77:67–73.
- [13] Ocampo DV, Gladman D. Psoriatic arthritis. *F1000Res* 2019;8.
- [14] Wang R, Dasgupta A, Ward MM. Comparative efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs in ankylosing spondylitis: a Bayesian network meta-analysis of clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2016; 75:1152–60.
- [15] van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, Baraliakos X, Van den Bosch F, Sepriano A, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017; 76:978–91.
- [16] Eder L, Chandran V, Ueng J, Bhella S, Lee K-A, Rahman P, et al. Predictors of response to intra-articular steroid injection in psoriatic arthritis. *Rheumatol Oxf Engl* 2010; 49:1367–73.
- [17] Gladman DD, Helliwell P, Mease P, Nash P, Ritchlin C, Taylor W. Assessment of patients with psoriatic arthritis. A review of currently available measures. *Arthritis Rheum* 2004; 50:24–35.
- [18] Mease P, Antoni C, Gladman DD, Taylor WJ. Psoriatic arthritis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(Suppl. II):ii49–ii54.
- [19] Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van Tubergen A, Landewé R, van der Tempel H, Mielants H, et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:127–32.
- [20] Clegg DO, Reda DJ, Mejias E, Cannon GW, Weisman MH, Taylor T, et al. Comparison of Sulfasalazine and placebo for the treatment of psoriatic arthritis and cutaneous psoriasis. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 2013–20.
- [21] Ory PA, Gladman DD, Mease PJ. Psoriatic arthritis and imaging. *Ann Rheum Dis* 2005;64(Suppl. II):ii55–ii57.
- [22] Rahman P, Gladman DD, Cook RJ, Zhou Y, Young G,

Salonen D. Radiological assessment in psoriatic arthritis.

Br J Rheumatol 1998; 37:760–5.

[23] Wassenberg S, Fischer O, Kahle V, Herborn G, Rau A. A method to score radiographic change in psoriatic arthritis. Z Rheumatol 2001; 60:156–66..

Pour citer cet article :

A Abba, M Niasse, LM Diaby, H Ali. Le rhumatisme psoriasique au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar.

Jaccr Africa 2021; 5(3): 277-285



Article original

Urgences chirurgicales digestives dans un pays en développement (Togo)

Digestive surgical emergencies in a developing country (Togo)

T Dossouvi*¹, KK Kanassoua¹, T Mouzou², I Kassegne³, E Gueouguede¹, PR Plante¹, ED Dosseh

Résumé

Introduction : Les urgences chirurgicales digestives sont fréquentes et occupent une part importante des activités en chirurgie digestive.

Objectifs : Analyser la prise en charge des urgences chirurgicales digestives au CHU -Kara (Togo)

Méthodologie : C'est une étude rétrospective menée dans le service de chirurgie générale du CHU Kara (Togo) sur une période de trois ans (1er janvier 2017 au 31 décembre 2019). L'étude a consisté à étudier tous les dossiers des patients opérés pour urgences chirurgicales digestives. Les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et les suites opératoires ont retenu notre attention.

Résultats : Au cours de notre période d'étude nous avons pris en charge 204 urgences chirurgicales sur les 1748 patients hospitalisés soit une fréquence de 11,7%. On avait noté une prédominance masculine avec 125 hommes et 79 femmes. Le sex-ratio était de 1,6. L'âge moyen était de 29 ans avec les extrêmes allant de 2 ans à 85 ans. Les motifs de consultation étaient dominés les douleurs abdominales (100%) suivi des nausées et/ou vomissements (90,2%) et fièvre (64,2%). Le délai de consultation varie entre un à 15 jours avec une moyenne de 7 jours. Les étiologies étaient dominées par les péritonites aiguës généralisées (40,4%) suivies des appendicites

(21,7%) et des hernies étranglées (20,2%). Tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie à ciel ouvert. Les gestes réalisés ont varié en fonction de l'étiologie. Les suites opératoires ont été compliquées dans 48 cas (23,5%). Les complications étaient dominées par les suppurations pariétales (37,7%). La mortalité était de 5,9% due dans tous les cas à un choc septique et à une défaillance multiviscérale par retard de prise en charge.

Conclusion : Les urgences chirurgicales digestives occupent une part importante des activités de notre service. Leur prise en charge dans notre contexte a été confrontée à des problèmes de retard diagnostique et de manque de moyens thérapeutiques adéquats. Elles constituent un défi pour le chirurgien et le réanimateur en raison de la morbidité et de la mortalité postopératoires élevées.

Mots-clés : urgences, chirurgie, digestives, pays en développement, Togo.

Abstract

Introduction: Digestive surgical emergencies are frequent and occupy an important part of digestive surgery activities.

Objectives: Analyze the management of surgical digestive emergencies at CHU Kara (Togo)

Methodology: It is a retrospective study carried out

in the general surgery department of CHU Kara (Togo) over a period of three years (January 1, 2017 to December 31, 2019). The study consisted of studying all the files of patients operated for digestive surgical emergencies. The epidemiological, clinical, therapeutic and postoperative data caught our attention.

Results: During our study period, we treated 204 surgical emergencies out of the 1748 hospitalized patients, ie a frequency of 11.7%. There was a male predominance with 125 men and 79 women. The sex ratio was 1.6. The average age was 29 years with the extremes ranging from 2 years to 85 years. The reasons for consultation were mainly abdominal pain (100%) followed by nausea and/or vomiting (90.2%) and fever (64.2%). The consultation time varies between one to 15 days with an average of 7 days. The etiologies were dominated by acute generalized peritonitis (40.4%) followed by appendicitis (21.7%) and strangulated hernias (20.2%). All patients underwent open surgery. The procedures performed varied depending on the etiology. The postoperative course was complicated in 48 cases (23.5%). Complications were dominated by parietal suppurations (37.7%). Mortality was 5.9% due in all cases to septic shock and multiple organ failure due to delayed management.

Conclusion: Digestive surgical emergencies occupy an important part of the activities of our service. Their management in our context was confronted with problems of diagnostic delay and lack of adequate therapeutic means. They present a challenge for the surgeon and the resuscitator due to the high postoperative morbidity and mortality.

Keywords: emergencies, surgery, digestive, developing countries, Togo.

Introduction

Les urgences abdominales chirurgicales représentent les affections qui pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai font succomber les malades en quelques heures ou en peu

de jours [1]. Ces urgences sont fréquentes et occupent une part importante des activités en chirurgie digestive [2,3]. Il a été noté ces dernières années des avancées en termes de rapidité diagnostique et thérapeutiques de ces urgences avec de bons résultats. Cependant, dans les pays en développement, il se pose le problème de limitation de plateau technique et de retard de consultation rendant la prise en charge délicate avec pour corollaire une morbi-mortalité élevée. Des études ont été réalisées dans le monde, au Togo et au CHU Kara dont la dernière remonte à plus de 5 ans [3, 4,5]. Nous avons voulu refaire cette étude au CHU Kara avec pour objectif d'analyser la nouvelle prise en charge et les résultats postopératoires.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive qui a été menée du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019, soit une durée de 36 mois dans le service de chirurgie générale du CHU-Kara (Togo). Le CHU Kara est un centre hospitalier universitaire situé dans la partie septentrionale du pays le Togo. C'est le centre de référence de la partie septentrionale du pays. Depuis environ 5 ans les ressources humaines qualifiées ont été renforcées avec l'affectation de plusieurs médecins spécialistes. Ainsi, le service de chirurgie générale dispose depuis plus de trois ans de trois chirurgiens généralistes, deux chirurgiens généralistes en formation et d'un médecin réanimateur pour la réanimation chirurgicale. Toutes les urgences sont prises en charge par ces chirurgiens et le médecin réanimateur. Ceci n'était pas le cas, il y a plus de 5 ans, où les infirmiers de bloc et les infirmiers anesthésistes prenaient parfois en charge les patients quand les chirurgiens étaient indisponibles.

Cette étude a porté sur toutes les urgences chirurgicales digestives opérées pendant la période d'étude. Ont été inclus dans notre étude tous les patients opérés pour urgences chirurgicales digestives sans distinction d'âge et de sexe. Les patients non opérés ou dont les dossiers étaient incomplets (Dossiers mal remplis, compte rendu opératoire indisponibles, perdus de

vue) ont été exclu de notre étude. Les patients étaient admis en urgence ou via la consultation. Le diagnostic a été clinique dans certains cas et confirmé par des examens complémentaires dans d'autres cas. Les examens paracliniques étaient représentés en urgence par les examens biologiques (urémie, créatininémie, glycémie, groupe-Rhésus et la numération) et morphologiques (radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie). Nous ne disposons pas de scanner dans notre centre. Lorsque la réalisation du scanner s'imposait les patients avaient été envoyés à Lomé ou à l'hôpital de Djougou au Bénin.

Au plan thérapeutique, les patients avaient bénéficié d'une réanimation pré, per et postopératoire en fonction de la pathologie et du degré d'urgence. Elle avait consisté à un conditionnement du patient, réhydratation, correction des troubles hydro-électrolytique, oxygénation, antibiothérapie probabiliste. Tous les patients avaient bénéficié d'une chirurgie à ciel ouvert car nous ne disposons pas d'équipement de coeliochirurgie dans notre centre. Après la sortie, les patients étaient revus en contrôle dans un mois, trois mois et tous les six mois jusqu'à un an.

Les données épidémiologiques (âge, sexe, fréquence), cliniques (motif de consultation, Délai d'admission, étiologies), thérapeutiques (voie d'abord, les gestes chirurgicaux et les suites opératoires) et la morbi-mortalité ont retenu notre attention.

Résultats

Au cours de notre période d'étude nous avons pris en charge 204 urgences chirurgicales sur les 1748 patients hospitalisés soit une fréquence de 11,7%. On avait noté une prédominance masculine avec 125 hommes et 79 femmes. Le sex-ratio était de 1,6. L'âge moyen était de 29 ans avec les extrêmes allant de 2 ans à 85 ans.

Les motifs de consultation étaient dominés par les douleurs abdominales (100%) suivies des nausées et/ou vomissements (90,2%) et fièvre (64,2%) (Tableau I).

Le délai de consultation variait entre un à 15 jours avec une moyenne de 7 jours.

Les étiologies de ces urgences étaient nombreuses dominées par les péritonites aiguës généralisées (40,4%) suivies des appendicites (21,7%) et des hernies étranglées (20,2%) comme décrit dans le tableau II.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients avaient bénéficié d'une chirurgie à ciel ouvert. Les gestes réalisés avaient varié en fonction de l'étiologie (Tableau III).

Les suites opératoires ont été compliquées dans 48 cas (23,5%). Les complications étaient dominées par les suppurations pariétales (37,7%).

Les patients ayant présenté une suppuration pariétale avaient cicatrisé sous soins locaux. Tous les cas d'éviscération avaient fait l'objet d'une reprise chirurgicale suivie des soins locaux de la paroi avec des suites favorables. Les fistules digestives avaient compliqué deux cas de péritonites par perforation iléale d'origine probablement typhique et un cas d'abcès appendiculaire. Les deux premiers cas avaient nécessité une reprise chirurgicale avec résection iléale suivie d'une anastomose iléo-colique droite compliquée dans un cas d'un décès par choc septique. Le traitement conservateur avait été adopté dans le dernier cas avec des suites favorables. Les deux cas d'éventrations observés avaient bénéficié d'une cure d'éventration par prothèse avec des suites simples.

Nous avons enregistré au total 11 (5,9%) de décès compliquant 9 cas de péritonites et 2 cas d'occlusion intestinale aiguë, secondaires à un choc septique et à une défaillance multiviscérale par retard de prise en charge.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec les extrêmes allant de 1 à 125 jours.

Tableau I : Motifs de consultation

	Effectif	Pourcentage
Douleurs abdominales	204	100
Nausées et/ou Vomissements	184	90,2
Fièvre	131	64,2
Arrêt du transit	58	28,4

Tableau II : Etiologies des urgences

	Effectif	Pourcentage
Péritonites aiguës généralisées	82	40,2
Ulcère gastrique	35	17,2
Typhique	21	10,3
Appendiculaire	11	5,4
Pelvienne	10	4,9
Primitive	5	2,5
Appendicites	44	21,7
Abcès appendiculaire	23	11,3
Phlegmoneuse	19	9,3
Gangreneuse	2	1,0
Hernies étranglées	41	20,1
Inguino-scrotale	33	16,2
Ombilicale	4	2,0
Ligne blanche	2	1,0
Hernie crurale	1	0,5
Occlusions intestinales aiguës	17	8,4
Occlusion interne	6	2,9
Brides	5	2,5
Volvulus côlon pelvien	5	2,5
Occlusion sur tumeur	1	0,5
Traumatismes abdominaux	13	6,4
Eviscération traumatique	6	2,9
Contusion abdominale	4	2,0
Avec rupture intestinale		
Plaie du foie	3	1,5
Abcès hépatiques	3	1,5
Cholécystites	2	1,0
Abcès du psoas	2	1,0
Ischémie mésentérique	1	0,5
Total	204	100

Tableau III : Gestes chirurgicaux réalisés

	Geste (n)
Péritonites aigue Aigue généralisée(82)	Lavage-Drainage de l'abdomen (82), excision- suture de l'estomac (35), Excision-suture iléale (19), appendicectomie (10), Résection- anastomose iléale (2), colos (1)
Appendicectomie(44)	Appendicectomie et lavage-drainage (23), Appendicectomie simple (21)
Hernies étranglées (41)	Cure herniaire selon Bassini (31), cure raphie simple (6) résection-anastomose grêle(4), résection épiploon(1), cure herniaire selon Mac Vay (1)
Occlusions intestinales (17)	Résection-anastomose grêle(7), section de brides(5), Colectomie idéale (3), intervention de Hartmann (2)
Traumatismes Abdominaux (13)	Lavage-drainage (13), Résection-anastomose du grêle (4) ; excision-suture (2), suture hépatique (2), cautérisation ligament rond (1)
Cholécystite (2)	Cholécystectomie-Drainage (2)
Abcès hépatique (3)	Drainage sous-échographie guidée
Abcès du psoas (1)	Lavage-Drainage
Ischémie mésentérique (1)	Résection-anastomose du jéjunum

Tableau IV : Complications postopératoires

	PAG	AP	IM	CA	%
Suppuration pariétale (77)	43	24	1	4	37,7
Eviscération (4)	3			1	2
Fistule digestive (3)	2	1			1,5
Eventration (2)	2			1	1

* PAG : péritonite aigue généralisée ; AP : abcès appendiculaire ; IM : ischémie mésentérique ; CA : contusion abdominale.

Discussion

Cette étude est une deuxième du genre dans la région de Kara. Elle avait pour but d'analyser la nouvelle prise en charge des urgences chirurgicales digestives après celle réalisée en 2014 [5]. En chirurgie digestive, les urgences occupent une grande partie des activités surtout en Afrique, car elles constituent souvent le mode d'admission [6,7]. Cependant, la fréquence de ces urgences n'est pas élevée dans notre série pour plusieurs raisons : nous n'avions pas l'exclusivité de la prise en charge dans la région de Kara ; les patients

arrivent souvent avec un retard important au stade de complications (choc septique ou hémodynamique) ne permettant parfois une intervention chirurgicale dans nos conditions et enfin d'autres patients ne sont pas parfois opérés par manque de moyens financiers (car la sécurité sociale ne couvre pas toute la population). Dans la série de Kassegne et al, la fréquence mensuelle était de 11 patients entre 2002 et 2012 alors qu'elle était de 17 patients dans notre série. Ceci serait dû au renforcement des ressources humaines et la qualité des soins offerts conférant une certaine confiance de la population vis-à-vis de ces derniers.

La prédominance masculine a été la règle dans les séries africaines sauf dans celle de Sanogo et al à Tombouctou [2,5,6].

L'âge moyen dans notre série était de 29 ans, superposable à ceux de toutes les séries africaines en raison de la jeunesse de la population africaine [2,6]. Le délai de consultation dans notre étude était en moyenne de 7 jours. Il était respectivement de 4 jours et de plus de 2 jours dans les séries de Sanogo et al et Adamou et al [6,8]. Ce qui confirme le long délai de consultation observé dans la majeure partie des hôpitaux en Afrique. Et pour cause l'ignorance, des croyances culturelles et des problèmes socio-économiques [6].

Au plan diagnostique, les douleurs abdominales étaient les motifs de consultation les plus fréquemment évoqués par les patients dans notre série à l'instar de plusieurs séries africaines [2,6].

Les péritonites aiguës généralisées ont été les étiologies les plus rencontrées dans notre étude. Les péritonites par perforation d'ulcère gastrique dominaient contrairement à la série de Kassegne et al où les péritonites par perforation typhique prédominaient [5]. Ceci serait dû au retard de consultation dans notre région où l'ignorance et l'attachement à la tradithérapie sont prononcés. A Lomé, à Bobo-Dioulasso et à Thiès, les étiologies les plus dominantes étaient respectivement les appendicites et les péritonites [4,9].

La prise en charge des urgences chirurgicales digestives est médicochirurgicale. La réanimation pré, per et postopératoire occupe une place prépondérante dans ce traitement. Tous les troubles hydro-électrolytiques doivent être corrigés en préopératoire, 4 à 6 heures avant l'acte opératoire. Une antibiothérapie probabiliste sera instituée puis réadaptée en postopératoire [11,12].

Les suites opératoires ont été compliquées dans 23,5% dans notre série dominées par les suppurations pariétales. Kassegne et al avait rapporté un taux de complication de 30,7% avec une prédominance des suppurations pariétales [5]. Le même constat a été fait dans plusieurs études africaines [2,4,6,7,8]. Les

suppurations pariétales sont compliquent souvent les pathologies infectieuses abdominales (péritonites, abcès appendiculaires...). Elles sont le fait d'une insuffisance d'asepsie, d'un manque de moyens de protection des berges de la paroi abdominale lors des laparotomies et d'une antibiothérapie probabilistes inadaptée [4,6]. L'utilisation d'un rétracteur protecteur de plaie opératoire (Alexis OR) permet de réduire l'incidence des suppurations pariétales [13].

La mortalité était de 5,9% dans notre série. Elle était plus élevée dans celle de Kassegne et al (11,4%) et dans plusieurs études africaines [4,5,6,8]. Elle était due dans la majorité des cas à un choc septique ou à une défaillance multiviscérale compliquant les péritonites et les occlusions intestinales aiguës. Les facteurs incriminés ont été en général le retard de prise en charge chirurgicale, le problème péculaire des patients, la mauvaise pratique du remplissage vasculaire et l'usage de l'antibiotique non adaptée [11].

La coelioscopie a révolutionné la chirurgie digestive et constitue la voie d'abord de référence dans la majorité des pathologies chirurgicales digestives. Elle est pratiquée de façon courante dans les pays développés alors qu'elle constitue un luxe dans les pays en développement. Des études ont montré la supériorité de l'abord coelioscopique par rapport à la laparotomie en termes de réduction des douleurs postopératoires, de durée d'hospitalisation, de taux d'infections pariétales et du taux de mortalité [14,15].

Conclusion

Les urgences chirurgicales digestives sont fréquentes et représentent une part importante des activités dans notre service. Leur prise en charge dans notre contexte a été confrontée à des problèmes de retard diagnostique et de manque de moyens thérapeutiques adéquats. Leur prise en charge constitue un défi pour le chirurgien et le réanimateur en raison de la morbidité et de la mortalité postopératoire élevée. Cette morbi-mortalité peut être prévenue ou diminuée par un diagnostic précoce et précis, une réanimation

efficente, une technique opératoire adéquate et bonne aseptie.

*Correspondance

Tamegnon Dossouvi

dboris@ymail.com

Disponible en ligne : 17 Août 2021

- 1 : Service de chirurgie générale et Digestive, CHU-Kara (Togo)
- 2 : Service d'Anesthésie-réanimation, CHU-Kara (Togo)
- 3 : Service de chirurgie générale et Digestive, CHR Kara Tomdè (Togo)
- 4 : Service de chirurgie générale et Digestive, CHU-Sylvanus Olympio de Lomé (Togo),

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mondor H. *Diagnostics urgents* (Paris) Masson 1965 : 1119
- [2] Magagi, I.A, Adamou H, Habou O, Magagi A , Halidou M, Ganiou K. Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2017 ; 110:191-197
- [3] GlobalSurg Collaborative. Mortality of emergency abdominal surgery in high-, middle-and low-income countries. *BJS* 2016;103: 971-988
- [4] Attipou K, Kanassoua K, Dosseh D. Urgences chirurgicales abdominales non traumatiques de l'adulte au CHU Todoin de Lomé (Bilan de 5années). *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé* 2005 ; 7 (2) : 28-31
- [5] Kassegne I, Kanassoua K, Sewa E.V, Tchangaï B, Sambiani J, Ayité A.E, Dosseh E.D. Prise e charge des urgences abdominales chirurgicales au centre hospitalier universitaire de Kara (Togo) :étude rétrospective à propos de 594 cas sur une période de dix ans. *Médecine et Santé Tropicales* 2015 ;25 :39-43.
- [6] Sanogo s, Traoré D , Togola B, Bengaly B, Coulibaly M, Ongoïba O , Samber M , Ouattara D, Coulibaly B, Babou B, Diallo S, Ongoïba N. Urgences chirurgicales digestives à l'hôpital régional de Tombouctou/mali. *J Afr Chir Digest* 2020;20(2) : 3097 - 3100
- [7] Andreu JM. Urgences chirurgicales en milieu Africain (l'urgence tropicale existe t-elle?) [Emergency surgery in Africa (does tropical emergency exist?)]. *Med Trop (Mars)*. 2002;62(3):242-3.
- [8] Adamou Harissou, Amadou M M Ibrahim, Habou Oumarou, Adamou Mansour, Magagi Amadou , Elh Adakal Ousseneni ,Maradi Mahaman Niandou , Sani Rachid. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain. cas des urgences en chirurgie digestive à l'hôpital national de zinder, niger. *European Scientific Journal* 2015 ; 11(12): 1857- 7881.
- [9] Kambire J.L, Sanon B.G, Zare C, Kambou T. Etiologies et pronostic des urgences chirurgicales digestives au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *JRSUL* 2017 ; 19 (2) : 29-30.
- [10] Soumah SA, Ba PA, Diallo-Owono FK, Toure CT. Les abdomens aigus chirurgicaux en milieu africain: étude d'une série de 88 cas à l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès. Sénégal. *Bull Med Owendo* 2011; 13(37): 13-16
- [11] Rasamoelina N, Rajaobelison T, Ralahy MF, Riel AM, Rabarijaona M, Solofomalala GD. Facteurs de mortalité par les urgences digestives dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa Madagascar. *Rev Afr Anesth Réa Med Urgence*, 2010 ; 2 (2) :10-11.
- [12] Diedhiou M, Dieng M, Barboza D, Traore MM, Ba EB, Gaye I, Sarr N, Diao ML, Ndong A, Tendeng JN, Konaté I, Beye MD. Anesthésie-réanimation pour urgences chirurgicales del'abdomen chezl'adulte: à propos de 118 cas. *Rev Afr Anesth Med Urg* 2020 ; 25 (1) :16-21.
- [13] Zhang MX, Sun YH, Xu Z, Zhou P, Wang HX, Wu YY .Wound edge protector for prevention of surgical site infection in laparotomy: an updated systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg* 85(5):308-314
- [14] ESTOUR .E Bénéfice de la coelioscopie préalable dans letraitement de syndromes appendiculaires. Analyse des résultats de quelques grandes séries historiques. *J coelio chir* 1996;20:72-77.
- [15] GOLUB R., SIDDIKI F., POHL D. Laparoscisc versus

openappendicectomy : a metaanalyse J am coll surg 1998;
186:545-552.

Pour citer cet article :

T Dossouvi, KK Kanassoua, T Mouzou, I Kassegne, E
Gueouguede, PR Plante et al. Urgences chirurgicales digestives
dans un pays en développement (Togo). Jaccr Africa 2021; 5(3):
286-293



Article original

Aspects épidémiologiques, diagnostiques et traitement de l'embolie pulmonaire à Ziguinchor (Sénégal)

Epidemiological, diagnostic and treatment aspects of pulmonary embolism in ziguinchor (Senegal)

SJ Manga*¹, AB Badiane¹, SL Sy², Q Te Indafa¹, M Dioum², M Bodian³, M Leye⁴, A Diatta⁵

Résumé

Introduction : L'embolie pulmonaire (EP) est une pathologie grave, relativement fréquente et de diagnostic difficile. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et le traitement de l'embolie pulmonaire à Ziguinchor (Sénégal).

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive du 1er Janvier 2016 au 31 Décembre 2019. Nous avons inclus dans l'étude tous les patients hospitalisés pour embolie pulmonaire confirmée à l'angioscanner thoracique. Nous avons établi une fiche d'enquête pour le recueil de données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Résultats : La prévalence de l'EP était de 2,3% durant la période de l'étude avec un sex – ratio de 0,55. L'âge moyen des patients était 49,13ans ($\pm 9,2$). Les signes fonctionnels les plus retrouvés étaient la douleur thoracique (93,5%), suivie de la dyspnée (90,3%). Les Signes généraux étaient dominés par la polypnée (90,3%). L'examen physique retrouvait principalement un syndrome de condensation pulmonaire (54,84%). Au score de probabilité clinique de Wells, 16 patients (51,6%) avaient présenté une probabilité clinique intermédiaire (51,6%). Les principales anomalies retrouvées à

l'électrocardiogramme étaient la tachycardie sinusale (77,42%) et l'hypertrophie auriculaire droite (25,8%). A l'angioscanner thoracique, on retrouvait une embolie pulmonaire unilatérale dans 64,5% des cas et bilatérale dans 35,4% des cas. Au plan thérapeutique, tous nos patients étaient mis sous anticoagulants par Héparine de bas poids moléculaire avec relai par anti vitamine K dès le premier jour. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours ($\pm 3,4$). Une évolution fatale était notée chez 2 patients (6,45%).

Conclusion : L'EP reste un défi pour le clinicien et sa prise en charge à Ziguinchor reste confrontée à de nombreuses difficultés.

Mot-clés : Embolie pulmonaire, angioscanner, Hôpital de la Paix, Ziguinchor.

Abstract

Introduction: Pulmonary embolism (PE) is a serious condition, relatively common and difficult to diagnose. The aim of this study was to describe the epidemiological, diagnostic and treatment aspects of pulmonary embolism in Ziguinchor (Senegal).

Methodology: We conducted a retrospective and descriptive study from 1 January 2016 to 31 December 2019. We included in the study all patients hospitalised with pulmonary embolism confirmed on thoracic angioscan. We have established a survey

form for the collection of epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic data.

Results: The prevalence of PE was 2.3% during the study period with a sex ratio of 0.55. The average age of the patients was 49.13 years (± 9.2). The most common functional signs were chest pain (93.5%), followed by dyspnoea (90.3%). General signs were dominated by polypnoea (90.3%). The physical examination mainly revealed a pulmonary condensation syndrome (54.84%). At the Wells clinical probability score, 16 patients (51.6%) had an intermediate clinical probability (51.6%). The main abnormalities found on the electrocardiogram were sinus tachycardia (77.42%) and right atrium hypertrophy (25.8%). On thoracic angioscan, unilateral pulmonary embolism was found in 64.5% of cases and bilateral in 35.4% of cases. From a therapeutic point of view, all our patients were put on anticoagulants with low molecular weight heparin and anti-vitamin K from the first day. The average length of hospital stay was 10 days (± 3.4). Fatal outcome was noted in 2 patients (6.45%).

Conclusion: PE remains a challenge for the clinician and its management in Ziguinchor faces many difficulties.

Keyword: Pulmonary embolism, Angioscanner, Hospital de la Paix, Ziguinchor.

Introduction

L'embolie pulmonaire (EP) est la conséquence d'une obstruction des artères pulmonaires ou de leurs branches par des embolies, le plus souvent fibrinocruoriques.

C'est une pathologie grave, relativement fréquente et de diagnostic difficile. Elle est la 3^{ème} maladie cardiovasculaire la plus fréquente et la 3^{ème} cause de mortalité liées aux maladies cardiovasculaires dans le monde [1].

L'embolie pulmonaire reste aussi un défi pour le clinicien car les signes et les symptômes sont peu spécifiques si bien qu'elle fait partie du diagnostic différentiel de nombreuses affections

cardiopulmonaires [2].

L'incidence annuelle de la maladie veineuse thrombo-embolique (MVTE) est de 100 à 200 pour 100 000 habitants sous forme d'EP dans un tiers des cas [3].

En 2017 en Afrique, une revue systématique des articles portant sur la MVTE montrait que la prévalence de l'EP, chez les patients en médecine, variait de 0,14 à 61,5% avec un taux de mortalité compris entre 40 et 69,5% [4].

Au Sénégal, l'étude menée au service de cardiologie de l'hôpital de Grand - Yoff retrouvait une prévalence de 1,4% [5]. Cependant aucune étude à grande échelle n'a été réalisée sur l'ensemble du pays et la quasi-totalité des études étaient réalisées dans la région de la Dakar.

L'absence de données épidémiologiques sur cette pathologie aussi fréquente et grave dans la région Sud du pays nous a conduit à réaliser ce travail dont l'objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et le traitement de l'embolie pulmonaire à Ziguinchor ville du sud du Sénégal à partir d'un travail réalisé à l'hôpital de la Paix de Ziguinchor.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive du 1^{er} Janvier 2016 au 31 Décembre 2019, aux services de cardiologie des deux hôpitaux de niveau 2 de la ville de Ziguinchor.

Nous avons inclus dans l'étude tous les patients hospitalisés pour embolie pulmonaire confirmée à l'angioscanner thoracique.

Nous avons exclu de l'étude, tous les patients pour lesquels le diagnostic d'embolie pulmonaire n'était pas confirmé par l'angioscanner thoracique ou les dossiers inexploitable.

Nous avons établi une fiche d'enquête pour le recueil de données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives en milieu hospitalier.

La saisie et l'analyse des données ont été faite grâce au logiciel Sphinx plus², version 5.0. Nous avons calculé les fréquences simples et les fréquences relatives

(pourcentages) pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, nous avons calculé les moyennes, les médianes et les écarts-types.

Résultats

Au total, sur 61 dossiers suspects d'EP, seuls 31 avaient bénéficié d'un angioscanner et ont été inclus dans notre étude dont 35,48% d'hommes et 64,52% de femmes avec un sex – ratio de 0,55. La prévalence de l'EP était de 2,3% durant la période de l'étude. L'âge moyen des patients était 49,13ans ($\pm 9,2$). La majorité des patients (51,6%) avait un âge compris entre 40 et 60 ans.

Le tableau I nous présente les principaux facteurs de risque : l'insuffisance cardiaque (32,2%), les antécédents de chirurgie (29,03%) et l'âge supérieur à 65 ans étaient les principaux facteurs de risque retrouvés.

Les signes fonctionnels les plus retrouvés étaient la douleur thoracique (93,5%), suivie de la dyspnée (90,3%) et de la toux (64,5%) [Figure 1].

Les Signes généraux étaient dominés par la polypnée (90,3%), la tachycardie (74,2%) et l'hypoxie (45,2%) [Figure 2].

L'examen physique retrouvait principalement un syndrome de condensation pulmonaire (54,84%), un syndrome d'insuffisance cardiaque (29,03%) et une thrombose veineuse profonde (9,7%).

Au score de probabilité clinique de Wells, 16 patients (51,6%) avaient présenté une probabilité clinique intermédiaire (51,6%), 12 patients (38,7%) une probabilité clinique élevée et 3 patients (2,9%) une probabilité clinique faible.

Au plan biologique, la Troponine, les BNP et les D-Dimères n'avaient été réalisés chez aucun malade du fait de la non disponibilité de ces examens dans nos structures hospitalières.

Le tableau II présente les principales anomalies retrouvées à l'électrocardiogramme (ECG) : la tachycardie sinusale (77,42%), l'hypertrophie auriculaire droite (25,8%) et l'aspect S1Q3T3 (19,35%) étaient les principales anomalies retrouvées

à l'ECG.

Les anomalies radiologiques étaient dominées par les Syndromes alvéolaires (54,84%) et un épanchement pleural était observé dans 6,45% des cas.

L'échographie Doppler cardiaque était réalisée chez vingt et un patients (67,7%). Les signes de cœur pulmonaire aigu étaient retrouvés chez Huit patients (25,8%).

L'Echo-doppler veineux des membres inférieurs était réalisée chez 16 malades et une thrombose veineuse profonde (TVP) était retrouvée chez 3 patients (18,7%).

A l'angioscanner thoracique, on retrouvait une embolie pulmonaire unilatérale dans 64,5% des cas et bilatérale dans 35,4% des cas. Par ailleurs, l'embolie pulmonaire était proximale dans 13 cas (42%), segmentaire et sous segmentaire dans 16 cas (51,6%) cas, proximale et distale dans 2 cas (6,4%).

Au plan thérapeutique, tous nos patients étaient mis sous anticoagulants par Héparine de bas poids moléculaire avec relai par anti vitamine K (AVK) dès le premier jour.

Pour ce qui était de l'AVK, il s'agissait de l'acénocoumarol chez la quasi – totalité de nos patients (96,7%). Seul 1 patient avait été mis sous Fluindione. Aucun patient n'avait bénéficié de thrombolyse.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours ($\pm 3,4$). L'évolution était favorable sous traitement dans 93,55% des cas.

Des complications à type de surinfection pulmonaire étaient retrouvées dans 25,8% des cas et un choc cardiogénique chez 1 patient.

Une évolution fatale était notée chez 2 patients (6,45%).

Tableau I : Répartition selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage
Insuffisance cardiaque	10	32,2%
Post - Chirurgie	9	29,03%
Age supérieur à 65 ans	7	22,5%
Antécédent Maladie veineuse thrombo - embolique	3	9,6%
Alitement prolongé	3	9,6%
Long voyage	2	6,4%
Néoplasie	1	3,2%

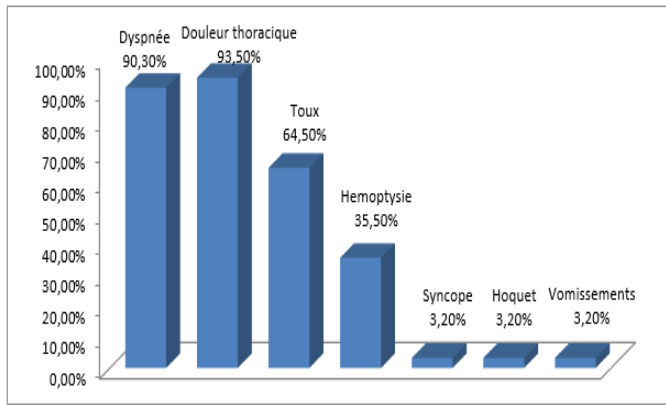


Figure 1 : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

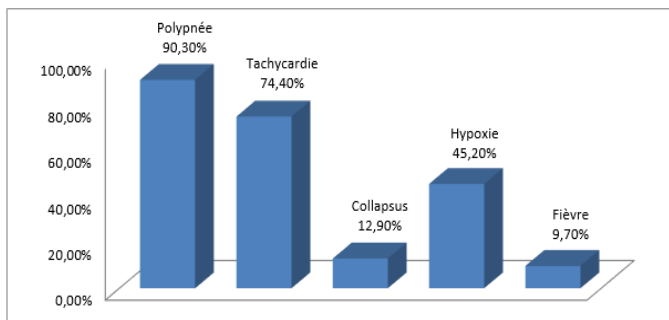


Figure 2 : Répartition des patients selon les signes généraux

Tableau II : Répartition des patients selon les signes retrouvés à l'ECG

Anomalie à l'ECG	Effectifs	Pourcentage
Tachycardie sinusale	24	77,42%
Fibrillation auriculaire	2	6,45%
Hypertrophie Ventriculaire Droite	6	19,35%
Hypertrophie Auriculaire Droite	8	25,80%
S1Q3T3	6	19,35%
Ischémie sous épicaudique antéro-Septo-Apicale	5	16,13%

Discussion

La prévalence de l'embolie pulmonaire est relativement faible dans notre étude (2,3%) ainsi que rapportée par plusieurs autres séries en Afrique au sud du Sahara [4, 6] alors qu'on trouve une prévalence plus élevée dans les séries occidentales [3]. Les moyens d'exploration et l'accès limité aux soins dans nos régions font que cette affection est largement sous-diagnostiquée. Cependant l'amélioration du plateau technique, avec la disponibilité actuelle d'un

angioscanner à Ziguinchor pourrait contribuer, par des études prospectives, à nous faire une idée réelle de la prévalence de l'embolie pulmonaire.

Nos patients étaient relativement jeunes avec un âge moyen de 49,13 ans alors que dans la littérature européenne et américaine, la maladie est plus fréquente chez le sujet âgé de plus de 60 ans [7]. Nous pensons que le jeune âge dans notre série serait en rapport avec la prédominance des cardiopathies qui représentaient 32,26% de nos patients.

Les principaux symptômes évocateurs d'embolie pulmonaires sont une dyspnée, une tachypnée, une douleur latérothoracique de type pleural, une hémoptysie de faible abondance ou une syncope [2, 3]. Les signes cliniques étaient dominés par la douleur thoracique (93,5%), la dyspnée (90,3%) et la tachycardie (74,4%) dans notre étude. L'hémoptysie était rapportée dans 35,5% des cas et la syncope dans 3,2% des cas. Ce type de présentation clinique est rapporté par plusieurs auteurs [6, 8, 9].

Le diagnostic de l'embolie pulmonaire repose à l'heure actuelle sur l'utilisation séquentielle de tests diagnostiques intégrés dans le cadre d'un algorithme ou d'une stratégie diagnostique et non sur un test unique. Dans notre étude, nous avons eu recours au score de probabilité clinique de Wells et 51,61% de nos patients avaient une probabilité clinique intermédiaire. Dans l'étude de PESSINABA [6], au Togo, 49% des patients avaient une probabilité clinique élevée.

Lorsque la probabilité clinique est faible ou intermédiaire, il est recommandé de réaliser un dosage des D – Dimères afin d'exclure l'hypothèse d'une embolie pulmonaire sans réaliser d'imagerie diagnostique lorsque le résultat est négatif [11]. Au plan biologique, le dosage des D-Dimères n'a été réalisé chez aucun malade du fait de la non disponibilité de cet examen dans nos structures hospitalières. Le diagnostic d'EP pourrait être amélioré par la disponibilité de cet examen dans nos structures.

Les examens courants non spécifiques occupent une place importante dans l'orientation diagnostique chez les patients présentant une dyspnée ou une douleur

thoracique. L'électrocardiogramme et la radiographie pulmonaire restent primordiaux car ils peuvent permettre de porter un diagnostic différentiel [4]. Dans nos structures sanitaires au plateau technique limité, ils peuvent être d'un grand apport diagnostique. Bien que non spécifique, l'électrocardiogramme peut être d'un grand apport dans le diagnostic d'une EP. Il peut être strictement normal chez les patients atteints d'EP. La tachycardie est probablement le signe le plus sensible, présente chez environ 90% des patients avec EP [4]. Elle était retrouvée dans 77,42% des cas dans notre étude et dans des proportions variant entre 80 et 96,7% selon plusieurs études [6, 8].

En cas de suspicion d'EP, la mise en évidence d'une thrombose veineuse profonde à l'échographie des membres inférieurs permet de poser le diagnostic de MVTE et de mettre en route un traitement anticoagulant sans autre examen de confirmation [2, 3, 10]. Elle était réalisée chez 16 patients et une TVP était retrouvée chez 3 patients dans notre étude (18,7%).

L'échographie cardiaque transthoracique ne permet que rarement le diagnostic d'EP. Elle est surtout importante en cas de suspicion d'EP grave [2, 3, 10]. Elle était réalisée chez vingt et un patients (67,7%) et des signes de cœur pulmonaire aigu étaient retrouvés chez huit patients (25,8%).

L'angiographe est devenu l'examen de premier plan dans le diagnostic de l'EP. Cependant, l'accessibilité reste limitée dans nos pays. Il nous avait permis de poser le diagnostic d'EP chez tous nos patients.

Le traitement de l'EP repose sur l'anticoagulation dont le but est de prévenir la mortalité précoce et les récurrences de MVTE. Le traitement initial repose sur une anticoagulation parentérale relayée par AVK dès le premier jour ou par les nouveaux anticoagulants oraux directs [3]. La thrombolyse est réservée aux embolies pulmonaires graves [11]. Le traitement était classique dans notre étude et reposait sur l'anticoagulation par Héparine de bas poids moléculaire avec relai par AVK. L'acénocoumarol était l'anticoagulant prescrit chez la quasi-totalité de nos patients (93,55%) car le plus disponible dans notre région. Aucun patient n'avait été thrombolysé du fait de la non disponibilité

du thrombolytique alors que 12,9% de nos patients avaient une embolie pulmonaire grave.

Les limites de ce travail reposent sur le caractère rétrospectif de l'étude et la taille réduite de son échantillon. Toutefois, la réalisation d'études prospectives pourrait permettre de se faire une idée de la prévalence réelle de l'EP dans nos régions.

Conclusion

Le diagnostic et le traitement de l'embolie pulmonaire reste confrontée à de nombreuses difficultés à Ziguinchor. L'amélioration du plateau technique devrait permettre d'améliorer la survie et la prise en charge des patients hospitalisés pour embolie pulmonaire.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs ont lu et approuvé la dernière version de ce manuscrit.

***Correspondance**

Simon Joël Manga

mangasimon@yahoo.fr

Disponible en ligne : 06 Septembre 2021

- 1 : Service de Cardiologie, Hôpital de la Paix de Ziguinchor, UFR2S, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal.
- 2 : Service de Cardiologie, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Sénégal
- 3 : Service de Cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Le Dantec, Dakar, Sénégal
- 4 : UFR des sciences de la santé, université de Thiès, Sénégal
- 5 : Service de Pneumologie, Hôpital de la Paix de Ziguinchor, UFR2S, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2019.01.003>

- [1] Konstantinides S, Adam T, Giancarlo A. Guidelines for the Diagnosis and management of Acute Pulmonary Embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eurheart J.* 2014; 35: 30 - 33.
- [2] Penazola A, Delvau N, Roy PM. Embolie pulmonaire: de la suspicion Clinique à la décision diagnostique. *EMC – Médecine d’urgence* 2014; 9(2): 1-12.
- [3] Parent F, Jovan R. Embolie pulmonaire : Histoire naturelle, diagnostic, traitement. *EMC – Pneumologie* 2017 ; 14 (1) : 1 – 13.
- [4] Danwang C, Temgoua MN, Agbor VN, Tankeu AT, Noubiap JJ. Epidemiology of venous thromboembolism in Africa: a systematic review. *J Thromb Haemost.* 2017; 15 : 1770 – 81.
- [5] Mbaye A, Dioum M, Ngaïdé A, Diop A, Leye MCBO, Ka MM, et al. La maladie thromboembolique veineuse : prévalence, facteurs étiologiques et prise en charge en service de cardiologie à Dakar au Sénégal. *Angéiologie* 2016 ; 68 (3) : 47 – 53.
- [6] Pessinana S, Atti DYM, Baragou S, Pio M, Afassinou Y, Kpelafia M, et al. L’embolie pulmonaire au centre hospitalier universitaire Campus de Lomé (Togo): étude rétrospective à propos de 51 cas. *Pan African Médical Journal.* 2017 ; 27: 1-9. Doi : 1011604/pamj.2017.27.129.6855.
- [7] Emmerich J. Bilan étiologique de la maladie thromboembolique veineuse. *Cardiologie Pratique.* 2003 ; 633 : 1-2.
- [8] Diall IB, Coulibaly S, Minta I, Ba H, Diakite M, Sidibe N, et al. Etiologie, Clinique et évolution de l’embolie pulmonaire à propos de 30 cas. *Mali Médical.* 2011 ; 26 (1) : 3 – 6.
- [9] Razafimanjato N, Ralaimihoatra H, Rabezanahary E, Rajaonera A, Vololontiana H, Rakoto Alson AO. Prévalence hospitalière de la maladie thrombo – embolique veineuse en milieu chirurgical à l’hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HJRA) Antannarivo. *Journal Algérien de Médecine.* 2019 ; 27 (4) : 102 – 105.
- [10] Sanchez O, Benhamou Y, Bertoletti L, Constant J, Couturaud F, Delluc A, et al. Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l’adulte. *Revue des Maladies Respiratoires.* 2019 ;

- [11] Benatta NF, Benouaz S, Labsari S, Zelmat SA, Batouche DD, Hammou L. Place de la thrombolyse dans l’embolie pulmonaire à risque élevé. *Journal d’Epidémiologie et de Santé Publique.* 2018, 20 :35 – 40.

Pour citer cet article :

SJ Manga, AB Badiane, SL Sy, Q Te Indafa, M Dioum, M Bodian et al. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et traitement de l’embolie pulmonaire à Ziguinchor (Sénégal). *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 294-299



Article original

Profil épidémiologique des cancers digestifs au CHU-Kara (Togo)

Epidemiological profile of digestive cancers in CHU-Kara (Togo)

T Dossouvi*¹, R El-Hadji Yakoubou², B Bouglouga², KK Kanassoua¹, I Kassegne², K Adabra⁴, ED Dosseh⁴

Résumé

Objectif : Décrire le profil épidémiologique des cancers digestifs au CHU Kara (Togo) en vue de contribuer à l'élaboration d'un registre de cancer au Togo permettant de mener des actions de dépistage et de prévention.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective qui a été menée pendant 03 ans, allant du 1er Janvier 2018 au 31 décembre 2020, dans le service de chirurgie générale et d'Hépatogastro-entérologie du CHU Kara (Togo). Cette étude a concerné les patients ayant présenté un cancer digestif confirmé histologiquement.

Résultats : Pendant notre période d'étude, nous avons enregistré 136 cancers digestifs sur 7237 patients hospitalisés soit 1,8% avec une incidence d'environ 45 nouveaux cas par an. On avait noté une prédominance masculine avec 82 hommes et 48 femmes. Le sex ratio était de 1,7. L'âge moyen était de 45 avec les extrêmes allant de 5 à 81 ans. Toutes les couches socio-professionnelles étaient représentées dominées par les fonctions libérales (35,3%) suivis des femmes au foyer (23,5%) et les cultivateurs (13,2%). Plusieurs parties du tube digestif étaient touchées par le cancer avec une prédominance du cancer du foie (72,1%) suivi du cancer de l'estomac (7,4%), du pancréas (5,9%), de l'œsophage (5,1%), du côlon (5,1%), du

rectum (2,9%) et de l'intestin grêle (1,5%).

Conclusion : Les cancers digestifs sont relativement fréquents dans notre pratique avec une prédominance des hépatocarcinomes suivis des cancers de l'estomac. Les hépatocarcinomes sont dûs dans la majorité des cas dans notre contexte au virus de l'hépatite B et C. Le cancer de l'estomac a été secondaire à l'ulcère gastrique entretenu par l'Hélicobacter Pylori. Des mesures de dépistage et de prévention doivent être renforcées pour réduire l'incidence de ces cancers.

Mots-clés : cancer digestif, épidémiologie, statistique, Togo.

Abstract

Objective: Describe the epidemiological profile of digestive cancers at CHU Kara (Togo) with in order to contributing to the elaboration of a cancer register in Togo allowing screening and prevention actions to be carried out.

Methodology: This was a retrospective and prospective study which was carried out for 03 years, from January 1, 2018 to December 31, 2020, in the department of general surgery and Hepato-gastroenterology of Kara teaching hospital (Togo). This study concerned patients who presented with histologically confirmed digestive cancer.

Results: During our study period, we had registered

136 digestive cancers in 7237 hospitalized patients, or 1.8% with an incidence of approximately 45 new cases per year. A male predominance was noted with 82 men and 48 women. The sex ratio was 1.7. The average age was 45 with extremes ranging from 5 to 81 years old. All socio-professional strata were represented dominated by liberal functions (35.3%) followed by housewives (23.5%) and farmers (13.2%). Several parts of the digestive tract were affected by cancer with a predominance of liver cancer (72.1%) followed by cancer of the stomach (7.4%), pancreas (5.9%), esophagus (5.1%), colon (5.1%), rectum (2.9%) and small intestine (1.5%).

Conclusion: Digestive cancers are frequent in our practice with a predominance of hepatocarcinomas followed by cancers of the stomach. Hepatocarcinomas are due in the majority of cases in our context to the hepatitis B and C virus. The stomach cancer was secondary to the gastric ulcer maintained by *Helicobacter Pylori*. Screening and prevention measures must be reinforced to reduce the incidence of these cancers.

Keywords: digestive cancer, epidemiology, statistics, Togo

Introduction

Les cancers digestifs sont fréquents mais inégalement répartis dans le monde en raison du mode de vie, de l'espérance de vie et du milieu [1]. Autrefois ces cancers étaient rares dans les pays en développement mais de nos jours on assiste à une augmentation du nombre cas. Et pour cause, l'avènement de l'endoscopie digestive qui permet de faire le diagnostic le plus précocement possible et l'occidentalisation du mode de vie. La prise en charge des cancers dans les pays en développement est difficile en raison du manque de moyens diagnostiques, thérapeutiques et de prévention. La plupart des études sur les cancers dans ces pays sont essentiellement épidémiologiques. L'épidémiologie des cancers digestifs a été l'objet de plusieurs études dans le monde [1,2] et également

au sud du Togo [3,4, 5]. Cependant, on n'a aucune donnée épidémiologique sur les cancers en particulier les cancers digestifs dans la partie septentrionale du pays. Ceci nous a amené à réaliser cette étude avec pour objectif de décrire le profil épidémiologique des cancers digestifs à Kara (Togo) en vue de contribuer à l'élaboration d'un registre de cancer au Togo permettant de mener des actions de dépistage et de prévention.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective qui a été menée pendant 03 ans, allant du 1er Janvier 2018 au 31 décembre 2020, dans le service de chirurgie générale et d'Hépto-gastro-entérologie du CHU Kara (Togo). La ville de Kara est l'une des plus grandes villes du Togo située dans la partie septentrionale du Togo. Elle est la seule ville au Nord du Togo disposant d'un centre hospitalier universitaire. Le service d'hépto-gastro-entérologie ne dispose d'une unité d'endoscopie que depuis environ 4 ans et dessert toute la région septentrionale du pays. Le coût de réalisation des examens d'endoscopie n'est pas accessible à tous les patients. On ne dispose pas de service d'anatomie pathologie dans la partie septentrionale du pays. Tous les prélèvements sont convoyés à la capitale à Lomé au CHU Sylvanus Olympio ou dans les structures privées. Cette étude a concerné les patients ayant présenté un cancer digestif confirmé histologiquement. Les cancers du foie ont été retenus sur la base de l'association d'un foie dur, hétérogène à l'échographie et un taux d'Alphafoetoprotéines > 400 UI/L. Le diagnostic de cancer du pancréas a été évoqué devant un ictère cholestatique associé à une masse pancréatique à l'échographie et/ou au scanner. Les paramètres étudiés ont été : fréquence, sexe, âge, profession, antécédents, siège de la tumeur et le type histologique.

Résultats

Pendant notre période d'étude, nous avons enregistré

136 cancers digestifs sur 7237 patients hospitalisés soit 1,8% avec une incidence d'environ 45 nouveaux cas par an. On avait noté une prédominance masculine avec 82 hommes et 48 femmes. Le sex ratio était de 1,7. L'âge moyen était de 45 avec les extrêmes allant de 5 à 81 ans.

Toutes les couches socio-professionnelles étaient représentées dominées par les fonctions libérales suivies des femmes au foyer et les cultivateurs (Tableau I).

Plusieurs parties du tube digestif étaient touchées par le cancer avec une prédominance du cancer du foie (72,1%) suivi du cancer de l'estomac (7,4%) et du pancréas (5,9%) comme décrit dans le Tableau II.

Le cancer de l'œsophage a été retrouvé chez 07 patients dont 04 de sexe masculin et 03 de sexe féminin avec un âge moyen de 40 ans. Aucun antécédent pathologique n'avait été noté. Le type histologique était le carcinome épidermoïde dans tous les cas.

Le cancer de l'estomac a été décrit chez 10 patients dont 06 de sexe masculin et 04 de sexe féminin avec un âge moyen de 63 ans. L'ulcère gastrique avait été l'antécédent majeur évoqué chez 09 patients. L'adénocarcinome était le type histologique retrouvé dans tous les cas.

On avait enregistré 07 cas de cancer du côlon constitués de 3 hommes et 4 femmes avec un âge moyen de 44 ans. Aucun n'avait été noté chez ces patients. L'adénocarcinome était le type histologique noté dans tous les cas.

Le rectum a été siège de cancer chez 04 patients dont un homme et 4 femmes avec un âge moyen de 47 ans. Aucun n'avait été noté chez ces patients Le type histologique retrouvé dans tous les cas était l'adénocarcinome.

Le cancer de l'intestin grêle a été rapporté chez deux patients de sexe masculin dans notre série. L'âge moyen est de 15 ans. Il n'y avait pas d'antécédent pathologique particulier. Le type histologique était un adénocarcinome.

Le foie a été le siège de cancer primitif chez 98 patients dont 65 hommes et 33 femmes avec un âge moyen de 49 ans. Parmi ces patients 49 étaient porteurs du virus

de l'hépatite B et 02 du virus de l'hépatite C. Les autres patients étaient porteurs d'une hépatopathie chronique non étiquetées.

Le cancer du pancréas a été également noté dans notre étude chez 8 patients dont 6 hommes et 2 femmes avec un âge moyen de 61 ans. Aucun n'avait été noté pathologique n'avait retrouvé chez ces derniers.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonction libérale	48	35,3
Femmes au foyer	32	23,5
Cultivateurs	18	13,2
Enseignants	12	8,8
Elèves/étudiants	6	4,4
Fonction publique	5	3,7
Retraités	3	2,2
Total	136	100

Tableau II : Répartition des cancers en fonction de la localisation

Localisation	Effectif	Pourcentage
Foie	98	72,1
Estomac	10	7,4
Pancréas	8	5,9
Œsophage	7	5,1
Côlon	7	5,1
Rectum	4	2,9
Grêle	2	1,5
Total	136	100

Discussion

Cette étude est une première du genre dans la partie septentrionale de notre pays le Togo. L'effectif réel des cancers digestifs est sous-estimé en raison des critères d'inclusion imposant un diagnostic de cancer confirmé histologiquement. En conséquence, plusieurs tumeurs digestives n'ayant pas fait l'objet d'une étude histologique avaient été exclues de notre étude. Par ailleurs, l'ignorance et la pauvreté de la majeure partie de la population amènent les personnes présentant ces tumeurs digestives à préférer la tradithérapie ou

consultent dans les structures sanitaires tardivement après échec du traitement traditionnel. Les mêmes remarques ont été faites à Lomé [3].

La proportion des cancers digestifs par rapport aux autres cancers est inconnue car nous ne disposons de registre de cancer dans notre hôpital.

La fréquence dans notre série est de 1,6% inférieur à celles de Ayité et al, Darre et al, Diarra et al, Kissi et al respectivement 19,94%, 20,4%, 7,4% et 12,3% [3,5,6,7].

L'âge moyen dans notre étude est de 45 ans superposable à ceux des auteurs sus-cités. Ceci s'explique non seulement par la jeunesse de notre population africaine mais également au nombre élevé des cas de cancers du foie secondaire à une infection par le virus de l'hépatite B qui a affecté plus les sujets jeunes. Cette remarque a été faite par nombre d'auteurs [4, 6,7].

La prédominance du sexe masculin a été la règle dans la littérature [4, 5, 6, 7,8].

Les personnes les plus touchées appartenaient à des couches socio-professionnelles défavorisées dans notre série. La même remarque a été faite par Diarra et al au Mali et Mamoudou au Niger [6,8]. Ceci s'expliquerait par le fait que cette population par l'ignorance et le manque de moyens financiers ont souvent du mal à se nourrir convenablement, à prévenir certaines maladies virales (Hépatite B) et à se soigner quand elle présente une maladie prédisposante au cancer (Hépatites et l'hélicobacter pylori).

Le cancer foie ou carcinome hépatocellulaire (CHC) a été celui le plus dominant dans notre série à l'instar de certaines études [4, 6,7]. Les hépatites virales B et C ont été les facteurs favorisant retrouvés chez personnes infectées dans ma série et les sujets ont été les plus atteints.

Le CHC est, en Afrique, la 2ème cause de cancer chez l'homme et la troisième cause chez la femme. Sa prévalence ne cesse d'augmenter à travers le monde avec une hausse probable de 35 % entre 2005 et 2030. Plus de 50 % dans le monde des CHC sont diagnostiqués à un stade localement avancé. Les étiologies du CHC en Afrique subsaharienne

sont l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) ou par le virus de l'hépatite C. L'hépatite à virus B est le plus fréquemment en cause, avec la filiation hépatite chronique active à virus B donnant une cirrhose conduisant au CHC. Le jeune âge des malades (20-40 ans) atteints de CHC est dû à la transmission verticale mère-enfant en fin de grossesse et au moment de l'accouchement et par les contacts étroits durant la petite enfance [9,10].

Le cancer de l'estomac a été le deuxième cancer le plus fréquent dans notre série. L'ulcère gastrique a été le facteur favorisant retrouvé chez la quasi-totalité des patients atteints. Les facteurs de risque communément reconnu sont le tabac, l'alcool et l'infection à l'Hélicobacter Pylori compliquant les ulcères gastroduodénaux. L'infection à Hélicobacter pylori est responsable de changements inflammatoires progressifs de la muqueuse gastrique qui peuvent faire le lit du cancer de l'estomac. Cette infection été classée par l'OMS parmi les carcinogènes gastriques de classe 1, c'est-à-dire ayant une relation directe avec le cancer de l'estomac. Elle présente des caractéristiques originales sous les tropiques. Sa prévalence est très élevée, supérieure à 50 % avant 5 ans, pour atteindre 90 % à l'âge adulte. Les facteurs de risque que sont la promiscuité, le jeune âge et les épisodes de gastro-entérite, sont retrouvés chez les enfants [11]. Ce cancer est en baisse dans les pays développés en raison non seulement de la vulgarisation des moyens d'éradication de l'Hélicobacter Pylori mais également au changement du régime alimentaire pauvre en sel, riche en fibres alimentaires et fruits [12].

Le cancer du pancréas a été rarement rencontré dans notre pratique (5,9%). Il a été diagnostiqué dans notre série chez les personnes âgées. En France, l'incidence progresse, en majorité chez les personnes de plus de 50 ans. Le cancer du pancréas est diagnostiqué le plus souvent à un stade évolué car il est longtemps asymptomatique. Malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques, il reste un cancer de mauvais pronostic [14,15].

Le cancer colo-rectal a été peu observé au cours dans notre exercice. Il est le troisième cancer le

plus mortel dans le monde. Il touche chaque année plus de 43 000 personnes et cause 17 000 décès en France. L'âge moyen de survenue est de 70 ans. Les facteurs de risques sont le mode de vie (alcool, tabac, alimentation riche en graisse et pauvre en fibres, obésité), la présence de polype, les antécédents familiaux de cancer du colo-rectal, le syndrome de Lynch ou HPNPCC, la polyposse familiale et les maladies inflammatoires [15,16].

Le cancer de l'œsophage est le sixième cancer le plus mortel dans le monde. Il a été rarement rencontré dans notre pratique et le diagnostic est souvent fait tardivement dans notre contexte. Le tabac, l'abus d'alcool, l'obésité, la maladie de Barrett sont considérés comme les principaux facteurs de risque [17].

Le cancer de l'intestin grêle a été très rare dans notre pratique. Elle représente environ 1 à 5% des tumeurs digestives. Il est souvent diagnostiqué dans notre contexte lors d'une laparotomie pour occlusion intestinale. Aujourd'hui le développement de l'imagerie et de l'endoscopie permet de faire le diagnostic précocement [18].

Conclusion

Les cancers digestifs sont relativement fréquents à Kara avec une prédominance des hépatocarcinomes suivis des cancers de l'estomac. Les hépatocarcinomes sont dus dans la majorité des cas dans notre contexte au virus de l'hépatite B et C. Le cancer de l'estomac a été secondaire à l'ulcère gastrique entretenu par l'*Helicobacter Pylori*. Des mesures de dépistage et de prévention doivent être renforcées pour réduire l'incidence de ces cancers.

*Correspondance

Tamegnon Dossouvi

dboris@ymail.com

Disponible en ligne : 06 Septembre 2021

- 1 : Service de chirurgie générale, CHU Kara (Togo)
- 2 : Service d'Hépatogastro-entérologie, CHU Kara (Togo)
- 3 : Service de chirurgie générale, CHR Kara Tomdè (Togo)
- 4 : Service de chirurgie générale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Peghini M, Rajaonarison P, j.l. Pecarrere J.L, Razafindramboa H, Richard J, Morin D. Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar : Apport de 14000 endoscopies effectuées au centre hospitalier de Soavinandriana à Antananarivo. Médecine d'Afrique Noire 1997 ; 44 (10) :520-521.
- [2] Milano MC. Pauvreté et cancer au début du troisième millénaire. *Cancerol Dig* 2021 ; 4:123-7
- [3] Ayite A, Dosseh E, Sena K, Etey K, Lawani I, James K, Kpodzro K. Epidémiologie descriptive des cancers digestifs au CHU de Lomé (Togo). *Med Afr Noire* 1998 ; 45: 259-62
- [4] Bagny A, Bouglouga O, Darre T, Lawson-Ananissouh L.M, Kaaga Y.L, Sonhaye L, Amegbor K, Napo-Koura G, Dosseh E.D, Adjenou K.E Redah D. Profil épidémiologique et diagnostique des cancers digestifs au CHU Campus de Lomé : à propos de 250 cas. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* 2015 ; 9 :80-4.
- [5] Darré T,*, Sonhaye L, Tchaou M, Kanassoua K, Amadou A, Bagny A, Alphonse Aman N'Guissan A.A, Amegbor K, Napo Koura G. Histo-Epidemiological Profile of Digestive Cancers in Togo. *Journal of Cancer Research Updates*, 2015, 4, 108-13
- [6] Diarra M, Konate A, Traoré CB, Souckho-Kaya A, Diarra CA, Doumbia- Samaké K, Sow H, Diallo G, Traoré HA, Maiga MY. Epidémiologie des cancers digestifs en milieu hospitalier à Bamako. *Hegel* 2012 ; 2(1) : 12-2
- [7] Kissi H, Doffou S.A, Bangoura A.D, Kouamé D.H, Fanou C.D, Bathaix Y.F, Mahassadi A, Ndri-Yoman T.A, Attia A.K Prise en charge des cancers digestifs en Côte-d'Ivoire : expérience du service d'hépatogastroentérologie du CHU

de Yopougon. Journal Africain d'Hépatogastroentérologie
2017 ; 11(1) :13-8

Pour citer cet article :

T Dossouvi, R El-Hadji Yakoubou, B Bouglouga, KK Kanassoua,
I Kassegne, K Adabra et al. Profil épidémiologique des cancers
digestifs au CHU-Kara (Togo). *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 300-305

[8] Mamoudou G. Salamatou M.G, Hinde H, Abdemadjid S,
Ali Q, Harouna M.Z, Hassan N. Les cancers digestifs au
niger. fréquence relative sur une étude rétrospective de 1992
à 2009. *European Scientific Journal* 2014 ; 10(9).

[9] Ly A. Cancer et environnement en Afrique. *Oncologie*
2007 ; 9 : 370-9.

[10] Ly A. Progression des cancers en Afrique : caractéristiques,
altérité, nouvelles approches de santé publique. In : Santé
Internationale. Les enjeux de santé au sud. Paris. Presses de
Sciences PO, 2011, pp. 121-40.

[11] Copeland C.E., Stahfeld K. Two tall popples and the
discovery of *Helicobacter pylori*. *J. Am. Coll. Surg.* 2012 ;
214 : 237-41.

[12] Inoue M, Tsugane S. Epidemiology of gastric cancer in
Japan *Postgrad Med J* 2005; 81:419-24.

[13] Rawla P, Sunkarab T, Gaduputi V. Epidemiology of
Pancreatic Cancer: Global trends, etiology and risk factors.
World J Oncol. 2019; 10(1):10-27.

[14] Institut National du Cancer. Panorama du cancer en France.
Edition 2021, 31p.

[15] Koura M , Napon-Zongo P.D , Somé O.R, Belemsigri D,
Zoure N, Zanga D Ouattara D, Euloges KAMBOULE
E, Hema Soudre S , Somda S, Coulibaly A, Zougmore H,
Inoussa Zampou I, Sawadogo A. Le Cancer du Pancréas au
Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU de Bobo-
Dioulasso (Burkina Faso) : Aspects Épidémiologiques,
Diagnostiques et Thérapeutiques. *Health Sci. Dis.* 2020;
21(2): 95-9.

[16] Rawla P, Sunkara T, Barsouk A. Epidemiology of colorectal
cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors.
Gastroenterology Rev 2019; 14 (2): 89–103

[17] Klingelhöfer D , Zhu Y, Braun M, Brüggmann D, Norman
Schöffel N, David A. Groneberg D.A .A world map of
esophagus cancer research: a critical accounting. *Journal of
Translational Medicine* 2019; 17:150

[18] Abahssain H , Mokrim M, [...] et Errihani H. Les tumeurs
malignes primitives de l'intestin grêle: aspects cliniques et
thérapeutiques de 27 cas. *The Pan African Medical Journal.*
2011; 8:18.



Article original

Retour d'expérience sur la gestion des premiers cas confirmés de COVID-19 dans un secteur minier au Mali

Feedback on the management of the first confirmed cases of COVID-19 in a mining sector in Mali

M Koné*^{1,2}, SM Mangané¹, TB Bagayoko^{2,3}, L Diakité^{2,4}, A Bah⁵

Résumé

Objectif : Décrire la chronologie des événements et l'épidémiologie des cas confirmés de COVID-19.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive, réalisée du 12 avril 2021 au 10 mai 2021 au service médical d'une société minière au Mali. Les variables étudiées étaient la chronologie des événements à partir du premier cas enregistré et l'épidémiologie des cas confirmés.

Résultats : Le premier cas, un homme de 32 ans, blanchisseur à la base vie, a consulté notre service médical le 12 avril 2021 pour une toux sèche, de courbatures avec une température à 37,5°C. Testé positif au test antigénique rapide, le sujet a été prélevé pour RT-PCR, qui est revenu positif le 13 avril 2021.

Les événements se sont succédés selon l'ordre suivant : la réunion urgente de la cellule de crise, la recherche des cas contacts, la désinfection des lieux, la réorganisation des activités du service médical en se concentrant sur le dépistage collectif, le prélèvement pour RT-PCR, la prise en charge des cas confirmés. L'accès du site minier a été conditionné à un résultat négatif à la COVID-19 par un test antigénique rapide ou un RT-PCR datant d'au plus 48 heures.

L'âge moyen des 9 cas confirmés était de 34,88 ± 7,30 ans. Le sexe ratio était de 8 hommes sur une femme. Les agents de sécurité (n=4) et les superviseurs (n=3)

étaient les plus représentés. La majorité des cas (n=7) étaient symptomatiques. Les symptômes les plus fréquents étaient la toux sèche (n=4) et la rhinorrhée (n=4). Tous les 9 cas ont été pris en charges sur le site minier. La durée moyenne de confinement était de 13,66 ± 3,90 jours. Les 9 cas ont été déclarés guéris et ont repris leur travail à l'identique.

Conclusion : Notre service médical a pu apporter une aide substantielle en conseillant l'employeur, en créant une unité de dépistage et de prélèvement pour RT-PCR et en prenant en charge sur place les travailleurs atteints de COVID-19.

Mots-clés : Gestion, COVID-19, Prévention, Secteur minier, Mali.

Abstract

Objective : To describe the chronology of events and the epidemiology of confirmed cases of COVID-19.

Methodology : It was a cross-sectional and descriptive study, carried out from April 12, 2021 to May 10, 2021 at the medical department of a mining company in Mali. The variables studied were the chronology of events from the first recorded case and the epidemiology of the confirmed cases.

Results : The first case, a 32-year-old man, a basic life launderer, consulted our medical service on April 12, 2021 for a dry cough, stiffness with a temperature

of 37,5 ° C. Tested positive in the rapid antigenic test, the subject was collected for RT-PCR, which came back positive on April 13, 2021. The events followed one another in the following order: the urgent meeting of the crisis unit, the search for cases contacts, disinfection of the premises, reorganization of the activities of the medical service by focusing on collective screening, sampling for RT-PCR, management of confirmed cases. Access to the mine site was conditioned to a negative COVID-19 result by a rapid antigen test or RT-PCR not older than 48 hours. The mean age of the 9 confirmed cases was $34,88 \pm 7,30$ years. The sex ratio was 8 males to one female. Security guards (n = 4) and supervisors (n = 3) were the most represented. The majority of cases (n = 7) were symptomatic. The most common symptoms were dry cough (n = 4) and rhinorrhea (n = 4). All 9 cases were taken care of at the mine site. The mean duration of confinement was $13,66 \pm 3,90$ days. The 9 cases were declared cured and resumed their work identically.

Conclusion: Our medical service was able to provide substantial help by advising the employer, by creating a screening and sampling unit for RT-PCR and by taking care of workers suffering from COVID-19 on site.

Keywords: Management, COVID-19, Prevention, Mining sector, Mali.

Introduction

D'une épidémie en Chine à une pandémie, la COVID-19 représente un véritable défi pour les systèmes de santé dans le monde [1]. Le 25 mars 2020, le Mali a enregistré ses premiers cas de COVID-19 [2] et progressivement l'épidémie s'est propagé dans tout le pays. Le secteur minier au Mali comme toute collectivité, constitue un milieu favorable à la propagation de la COVID-19. En plus de la mise en place des stratégies de protection des travailleurs contre la COVID-19 depuis le début de la pandémie [3], notre service médical a eu à agir et réagir devant

une situation jusque-là inconnue qu'est la gestion des premiers cas confirmés de COVID-19 chez les travailleurs.

L'objectif de cette étude était de décrire la chronologie des évènements et l'épidémiologie des cas confirmés de COVID-19 dans un secteur minier au Mali.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive, réalisée du 12 avril 2021 au 10 mai 2021 au service médical d'une société minière au Mali. Les données ont été recueillies à partir des comptes rendus journaliers du service médical du site minier, les dossiers des travailleurs confirmés de COVID-19 et des notes de service de la direction générale de l'entreprise. L'analyse a concerné la chronologie des évènements à partir du premier cas enregistré et l'épidémiologie des cas confirmés. Nous avons utilisé le test antigénique rapide SARS-CoV-2 (immunochromatographie à l'or colloïdal) de LEPU Médical sur prélèvement nasal pour le dépistage dans un premier temps, ensuite les testés positifs étaient soumis au RT-PCR pour la confirmation. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS 20.0. Le consentement verbal et l'anonymat ont été respectés durant l'élaboration de ce travail.

Résultats

Chronologie des évènements

Le premier cas, un homme de 32 ans, blanchisseur au département « Base vie », a consulté notre service médical le 12 avril 2021 pour une toux sèche, de courbatures avec une température à 37,5°C, le reste de l'examen était sans particularités. Nous avons suspecté la COVID-19 et fait un test antigénique rapide qui est revenu positif. Le sujet a été confiné sur notre site d'isolement. Il a été prélevé pour RT-PCR, qui est revenu positif le 13 avril 2021. A compter de cette date, les évènements se sont succédés selon l'ordre ci-après :

- La tenue urgente d'une réunion de la cellule de

crise contre la COVID-19 mise en place dans notre société minière depuis le début de la pandémie au Mali en mars 2020,

- La désinfection du service médical, des chambres et postes de travail des différents cas confirmés,
- La recherche des cas contacts,
- La direction générale a élaboré 3 notes de service en rappelant les mesures prises et la réorganisation du travail,
- La réorganisation des activités du service médical en arrêtant toutes les consultations ordinaires sauf les urgences et en se concentrant sur le dépistage par le test antigénique rapide, le prélèvement pour RT-PCR, le traitement et le suivi des cas confirmés,
- Le dépistage des travailleurs essentiels définis par les différents départements pour la continuité des activités de la société en toute sécurité en admettant les seuls testés négatifs,
- La libération et l'isolement à domicile des travailleurs non essentiels pendant 7 jours,
- La mise en place d'une unité de dépistage de la COVID-19 par test antigénique rapide à Bamako en plus de celle du service médical du site minier pour tous les autres travailleurs revenant du congé ou du break.
- L'accès du site minier a été désormais conditionné à un résultat négatif à la COVID-19 par un test antigénique rapide ou un RT-PCR datant d'au plus 48 heures.

Profil épidémiologique des travailleurs confirmés COVID-19

Sur 198 travailleurs dépistés au test antigénique rapide, 19 sont revenus positifs soit une prévalence de 9,59% (19/198). Le RT-PCR a permis de confirmer 9 cas sur les 19 (47,36%) testés positifs au test antigénique rapide soit une prévalence globale des cas confirmés estimée à 4,54% (9/198).

L'âge moyen des 9 cas confirmés était de $34,88 \pm 7,30$ ans [23 – 46 ans]. Le sexe ratio était de 8 hommes sur une femme. Les agents de sécurité étaient les plus représentés (44,44%, n=4) suivis des superviseurs (33,33%, n=3) et les blanchisseurs (22,22%, n=2).

Les départements les plus concernés étaient la sécurité (44,44%, n=4) et la base vie (33,33%, n=3) (Tableau I).

Soixante-dix virgule huit pour cent des cas (n=7) étaient symptomatiques. Les symptômes observés par ordre décroissant étaient la toux sèche (n=4), la rhinorrhée (n=4), les courbatures (n=2), l'asthénie physique (n=1) et l'anosmie (n=1) (Figure 1).

Les 9 cas ont tous été isolés et traités sur le site d'isolement déjà aménagé sur le site minier. La durée moyenne de confinement était de $13,66 \pm 3,90$ jours [10 – 23 jours]. Ils ont tous (100%) été déclarés guéris après deux RT-PCR négatifs à 24 heures d'intervalle et ont tous (100%) repris leur travail à l'identique après une visite médicale de reprise (Tableau II).

Tableau I : Profil socioprofessionnel des cas confirmés (n=9)

Profil socioprofessionnel	Effectif	Fréquence (%)
Tranche d'âge		
20 – 29	02	22,22
30 - 39	04	44,44
40 - 49	03	33,33
Sexe		
Masculin	08	88,9
Féminin	01	11,1
Département		
Base vie	03	33,33
Mining	01	11,1
Sécurité	04	44,44
Usine	01	11,1
Poste de travail		
Agents de sécurité	04	44,44
Blanchisseur	02	22,22
Superviseur	03	33,33

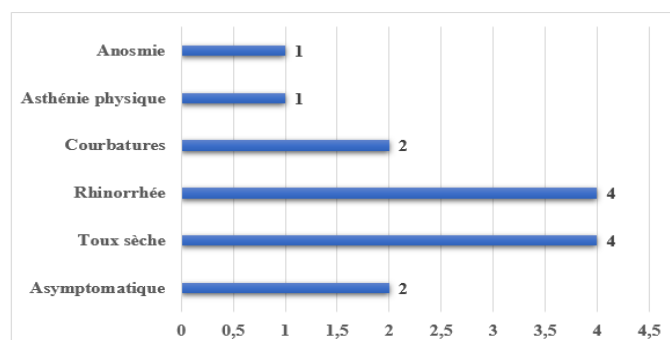


Figure 1 : Répartition des cas confirmés selon la symptomatologie

Tableau II : Répartition des cas confirmés selon la durée du confinement, l'évolution et la reprise du travail (n=9)

Variables	Effectif	Fréquence (%)
Durée du confinement		
10 jours	02	22,22
12 jours	02	22,22
13 jours	01	11,11
14 jours	02	22,22
15 jours	01	11,11
23 jours	01	11,11
Evolution		
Guérison	09	100
Reprise du travail		
Aptitude au poste antérieur	09	100

Discussion

Chronologie des évènements

Notre premier cas présentait des signes cliniques à type de toux sèche et de courbatures sans fièvre. Dans le contexte actuel de la pandémie à COVID-19, cette symptomatologie nous a permis de suspecter la COVID-19 comme cela est définie dans la littérature [4]. Avec la disponibilité du test antigénique rapide dans notre service médical, nous avons procédé le même jour au test antigénique rapide qui est revenu positif. Le test RT-PCR étant le test de référence dans le diagnostic de la COVID-19 [5], le sujet a été prélevé pour la réalisation du RT-PCR dans un laboratoire externe, qui est revenu positif le 13 avril 2021. Cette situation jusque-là inconnue de notre service médical a déclenché une succession d'évènements.

Les stratégies déjà mises en place par notre service médical [3] nous a permis d'être proactifs dans la gestion de cette situation. Nous avons adapté les activités du service médical en arrêtant toutes les consultations ordinaires sauf les urgences et en se concentrant sur le dépistage de la COVID-19 par le test antigénique rapide, le prélèvement pour RT-PCR et la prise en charge des cas confirmés.

Devant cette situation, nous avons procédé à un dépistage collectif par le test antigénique rapide des travailleurs essentiels définis par les différents départements pour la continuité des activités de la

société en toute sécurité en admettant les seuls testés négatifs. Les tests antigéniques rapides permettent un dépistage collectif rapide en entreprise en cas de cluster [5].

En application des directives du gouvernement du Mali sur la prise en charge des cas non compliqués de COVID-19 à domicile [6], Tous nos malades ont été pris en charge sur place au site d'isolement en collaboration avec la cellule régionale de lutte contre la COVID-19 du centre de santé de référence de Yanfolila, qui est à 50 kilomètres de notre site minier. Nous avons actualisé notre stratégie de protection des travailleurs contre la COVID-19 en conditionnant l'accès du site minier à un résultat négatif à la COVID-19 par un test antigénique rapide ou un RT-PCR datant d'au plus 48 heures.

Profil épidémiologique des cas confirmés

Le RT-PCR a permis de confirmer 9 cas sur les 19 (47,36%) testés positifs au test antigénique rapide soit une prévalence globale des cas confirmés estimée à 4,54% (9/198). Le test antigénique constitue un élément d'orientation diagnostique n'ayant pas vocation à se substituer à un test de RT-PCR, en cas de résultat positif, il doit être confirmé par un test de RT-PCR [7].

Nous avons noté une prédominance des travailleurs jeunes et de sexe masculin dans ce travail, ce résultat corrobore celui rapporté par A Diarra et al au Mali [8]. Les agents de sécurité et les superviseurs étaient les plus représentés. Les départements les plus concernés étaient la sécurité et la base vie. Ce profil socioprofessionnel pourrait s'expliquer par la prédominance des travailleurs jeunes de sexe masculin et des agents de sécurité dans l'effectif de l'entreprise.

La majorité des cas confirmés étaient symptomatiques. Les symptômes les plus présentés par les malades étaient par ordre décroissant la toux sèche, la rhinorrhée, les courbatures, l'asthénie physique et l'anosmie. Aucun de nos malades ne présentait de la fièvre et ni de dyspnée. L'expression clinique de la COVID-19 est polymorphe, mais la forme la plus commune est l'infection des voies respiratoires

hautes ou basses, pouvant aller jusqu'à la pneumonie gravissime [9].

Tous nos cas ont été isolés et traités sur le site d'isolement déjà aménagé sur le site minier en application des directives du gouvernement du Mali [6]. La durée moyenne de confinement était de 13,66 ± 3,90 jours [10 – 23 jours] et tous les 9 cas ont été déclarés guéris après deux RT-PCR négatifs à 24 heures d'intervalle. W. Bouhidel [10] a rapporté dans un secteur de santé en Algérie, une évolution favorable vers la guérison chez 45 travailleurs atteints de la COVID-19 tandis que 6 cas ont gardé des séquelles à types de diabète, tachycardie, douleur thoracique et dyspnée. Cette différence pourrait s'expliquer par l'absence des comorbidités et de signes de gravité chez nos malades. La reprise du travail après atteinte COVID-19 est décidée par le médecin du travail, tous nos malades ont repris leur travail à l'identique après une visite médicale de reprise. Pour accompagner les travailleurs guéris de COVID-19, il serait nécessaire de mettre une cellule de soutien psychosocial, de lutte contre la discrimination et la stigmatisation au sein de l'entreprise.

Conclusion

Dans la gestion de la COVID-19 en milieu de travail, notre service médical a pu apporter une aide substantielle en conseillant l'employeur quant à la réorganisation du travail, en créant une unité de dépistage et de prélèvement pour RT-PCR et en prenant en charge sur place les travailleurs atteints de COVID-19. Ce retour d'expérience sur la gestion de la COVID-19 en milieu minier au Mali permettra d'optimiser la gestion de cette crise en milieu de travail et de développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques. Avec le début des campagnes de vaccination au Mali, l'organisation des campagnes de sensibilisation auprès des travailleurs permettra leurs implication et adhésion à la vaccination contre la COVID-19.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont

contribué à la réalisation de ce travail. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Mahamadou Koné

konemahamadou35@yahoo.fr

Disponible en ligne : 06 Septembre 2021

- 1 : Service médical du site minier, Mali,
- 2 : Société malienne de santé et sécurité au travail (SOMASST),
- 3 : Service de médecine légale/travail de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali
- 4 : Médecine du travail, Centre de santé communautaire de Pélégana, Ségou, Mali,
- 5 : Service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] EGuan WJ, Ni ZY, Hu Y et al (2020) China medical treatment expert group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus 2019 disease in China. *N Engl J Med*. <https://doi.org/10.1056/NEJMo a2002 032>
- [2] Ministère de la santé et du développement social du Mali (consulté le 20 mai 2021). Communiqué du gouvernement de la République du Mali sur les premiers cas de coronavirus au Mali du 25 mars 2020. <http://www.sante.gov.ml>
- [3] M Koné, SM Mangané, I Kouma, I Diarra, M Sidibé, DS Ouologuem. Quelles stratégies de protection des travailleurs contre la Covid-19 dans un secteur minier au Mali ? *Jaccr Infectiology* 2020; 2(4): 16-20
- [4] A. Descatha, M. Fadel, M. Baer, P. Havette, C. Letheux, D. Savary. Prise en charge en urgence d'un salarié avec suspicion d'une symptomatologie COVID-19. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* (2020), 81 : 213 – 216.
- [5] INRS (consulté le 20 mai 2021). COVID-19 et prévention

en entreprise. <https://www.inrs.fr/dms/inrs/GenerationPDF/accueil/risques/COVID19-prevention-entreprise/Covid-19%20et%20pr%C3%A9vention%20en%20entreprise%20.pdf>

- [6] Ministère de la santé et du développement social du Mali. Lettre N° 002736 du 07 décembre 2020 sur la prise en charge de la COVID-19 à domicile.
- [7] Comment fonctionnent les différents tests de dépistage du virus ? (consulté le 21 mai 2021). <https://www.lefigaro.fr/sciences/comment-fonctionnent-les-differents-tests-de-depistage-du-virus-20200402>
- [8] A Diarra, A M Traore, M K Touré, B Traore, M Kodio, Y I Coulibaly et al. Profil Épidémioclinique des Patients Infectés par le COVID - 19 à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako. *Health Sci. Dis* 2021 ; 22 (5) : 49-52
- [9] R. Mahieu, V. Dubée. Caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la Covid-19. *Actualités pharmaceutiques* 2020, n° 599 : 23 – 25.
- [10] W. Bouhidel. La médecine du travail de l'EPSP El-Madher Batna face à la COVID-19. *Bulletin du conseil scientifique de la SAMT, Numéro spécial, actes du symposium : «COVID-19 : le retour d'expérience» du 25 mars 2021* : 74 – 83.

Pour citer cet article :

M Koné, SM Mangané, TB Bagayoko, L Diakité, A Bah. Retour d'expérience sur la gestion des premiers cas confirmés de COVID-19 dans un secteur minier au Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 306-311



Article original

Facteurs prédictifs de mortalité des occlusions intestinales aiguës mécaniques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge

Predictive factors of mortality due to acute mechanical bowel obstructions at Kamenge teaching hospital

E Horugavye*¹, JC Mbonicura¹, Y Bizoza¹, F Nduwimana¹, G Nimubona²

Résumé

L'occlusion intestinale aiguë mécanique est une urgence fréquemment rencontrée en milieu chirurgical. Cette entité est grevée d'une mortalité corrélée à de nombreux facteurs.

But : Analyser les facteurs prédictifs de mortalité des occlusions intestinales aiguës mécaniques au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge.

Méthodologie : Notre travail était rétrospectif, analytique réalisé au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) sur une période de 5 ans. Il portait sur 188 patients de tout âge opérés pour occlusion intestinale aiguë mécanique. La saisie et l'analyse des données ont été faites à travers le logiciel Epi info version 7.2.3.1. Le seuil de significativité a été retenu pour P value < 0,05.

Résultats : Notre étude a noté un taux de Mortalité de 13,30% imputable aux occlusions intestinales aiguës mécaniques. La nécrose intestinale a été notée dans 45,21% des cas et était attribuée au retard de consultation (p=0,01), ainsi 72,87% avaient consulté après 48 heures. La résection intestinale avec anastomose termino-terminale a été le geste chirurgical le plus réalisé (30,32%). La mortalité était corrélée statistiquement à la nécrose intestinale (p=0,004), au retard de consultation (p=0,024). La résection intestinale avec anastomose termino-

terminale (p=0,001) et les deux extrêmes de l'âge (p=0,02 et 0,05) ont été aussi illustrés comme facteurs prédictifs de mortalité.

Conclusion : Les occlusions intestinales aiguës mécaniques occupent une place non négligeable au CHUK. Le retard de consultation, le mécanisme de strangulation, la nécrose intestinale, l'anastomose termino-terminale colique immédiate et l'âge extrême étaient des facteurs corrélés de façon significative à la mortalité.

Mots-clés : Facteur prédictif, Occlusion mécanique, mortalité, CHUK.

Abstract

Acute mechanical bowel obstruction is a frequently encountered surgical emergency. This entity is burdened with mortality correlated to many factors.

Goal: To analyse predictive factors of mortality due to acute mechanical bowel obstruction at Kamenge Teaching Hospital.

Methodology: Our work was retrospective, carried out at the Kamenge Teaching Hospital (KTH) over a period of 5 years. It concerned 188 patients of all ages operated for mechanical acute bowel obstruction.

Results: Our study noted a mortality rate of 13, 30%. Bowel necrosis represented 45.21% of cases and was attributed to delayed consultation (p = 0.01),

thus 72.87% had consulted after 48 hours. Bowel resection with end-to-end anastomosis was the most performed surgical procedure (30.32%). Mortality was statistically correlated with intestinal necrosis ($p = 0.004$), delayed consultation ($p = 0.024$). Bowel resection with end-to-end anastomosis ($p = 0.001$) and the two extremes of age ($p = 0.02$ and 0.05) were also illustrated as predictors of mortality.

Conclusion: Acute mechanical bowel obstructions occupy a significant place at Kamenge Teaching Hospital. Delayed consultation, strangulation, bowel necrosis, immediate colon end-to-end anastomosis and extreme age were significantly associated with mortality.

Keywords: Predictive factor, Mechanical obstruction, mortality, KTH.

Introduction

Les occlusions intestinales aiguës mécaniques (OIAM) désignent un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz au niveau d'un segment quelconque du tube digestif par strangulation ou par obstruction [1,2].

Elles représentent l'une des principales urgences en chirurgie digestive et constituent 90-95% des occlusions intestinales [3]. De par la littérature tant africaine qu'occidentale, les occlusions intestinales aiguës mécaniques restent un problème de santé publique avec des fréquences autour de 40% et un taux de mortalité variant entre 6 et 31% [4].

Un retard ou une erreur diagnostique accroît la mortalité de 3 à 5% en cas d'occlusion simple et jusqu'à 30 % en cas d'ischémie pariétale associée [5,6].

L'objectif général de notre étude est d'analyser les facteurs prédictifs de la mortalité liée aux occlusions intestinales aiguës mécaniques au CHUK.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique

réalisée au CHU de Kamenge sur une période de 5 ans. Etait inclus tout patient opéré pour occlusion intestinale mécanique confirmée en per-opératoire pendant la période concernée par notre étude. Les cas avec dossiers incomplets ont été exclus.

Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, les antécédents, la fréquence, le délai de consultation, le type de mécanisme, le geste chirurgical réalisé et l'évolution.

Les données ont été collectées en consultant les registres des entrées et de sorties des départements de chirurgie digestive et d'Anesthésie-réanimation, des registres des grandes interventions du bloc opératoire ainsi que des dossiers des malades puis colligées sur des fiches d'enquête individuelles préétablies. La saisie des données et l'analyse ont été faites dans le logiciel Epi info version 7.2.3.1. Le seuil de significativité a été considérée pour $p < 0,05$.

Résultats

Pendant la période de notre étude, sur un total de 690 interventions chirurgicales abdominales urgentes, nous avons colligés 197 cas d'OIAM, soit une fréquence de 28,6 %. Neuf dossiers étaient incomplets. Un total de 188 cas d'OIAM remplissait les critères d'inclusion.

Sur 188 patients recueillis pendant notre période d'étude, 133 patients (71%) étaient de sexe masculin contre 55 patients (29%) de sexe féminin. La sex-ratio était de 2,4. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 15 à 30 ans (28,19 %). La moyenne d'âge a été de $29,23 \pm 23,5$ ans. Les enfants représentaient 31,90% ($n=60$) et 54,26% des patients étaient âgés de moins de 30 ans. Le tableau I nous indique la mortalité selon l'état de la paroi intestinale.

Dans notre étude, la nécrose intestinale était un facteur impliqué fortement dans la mortalité (72% des décès) et cette implication est statistiquement significative avec $p=0,004$. Le tableau II fait une analyse bivariée intéressant le délai de consultation et l'état de la paroi intestinale.

Le risque de nécrose intestinale augmente avec le

délai de consultation avec un $p=0,0097$

La mortalité était plus élevée à 56 % chez les malades dont le délai de consultation dépassait 96H. L'analyse de ce facteur délai de consultation montre qu'il est impliqué significativement dans la mortalité avec $p=0,024$. Le tableau III décrit la mortalité selon les

gestes réalisés.

La mortalité était plus élevée chez les malades à qui on avait réalisé une résection anastomose en un temps dans 60%, $p= 0,001$ particulièrement si l'anastomose est colique.

Tableau I : Mortalité selon de l'état de la paroi intestinale, CHUK, 2020

Etat de l'anse	Mortalité			P-Value
	Grêle (%)	Colon (%)	Total (%)	
Inflammatoire mais viable	1 (6,67)	1(10)	2 (8)	0,663
Nécrosée	10 (66,66)	8(80)	18 (72)	0,004
Perforée	1 (6,67)	1(10)	2 (8)	0,086
Saine	3(20)	0(0)	3(12)	0,02

Tableau II : Analyse du délai de consultation et état de paroi intestinale, CHUK, 2020

Délai en H	Etat paroi				Mortalité selon le délai de consultation (p)
	Inflammatoire (%)	Nécrosée (%)	Perforée (%)	Saine (%)	
[0 - 24[1 (5,88)	0 (0)	0 (0)	16 (94,12)	0,024
[24 - 48[	0 (0)	12 (35,29)	0 (0)	22 (64,71)
[48 - 72[	4 (8,33)	23 (47,92)	1 (2,08)	20 (41,67)
[72 - 96[	3 (13,04)	9 (39,13)	1 (4,35)	10 (43,48)
[96 et + [	4 (6,06)	41 (62,12)	2 (3,03)	19 (28,79)
P-value	0,0148	0,0097	0,822	0,157	

Tableau III : Mortalité et les gestes effectués, CHUK 2020

Geste	Mortalité			P-value
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
Résection anastomose immédiate	15 (60)	42 (25,77)	57 (30,32)	0,001
Herniorraphie	1 (4)	37 (22,70)	38 (20,21)	0,3
Adhésiolyse	1 (4)	23 (14,11)	24 (12,77)	0,209
Hartmann ou Bouilly Volkmann	4 (16)	17 (10,43)	21(11,18)	0,491
Destrangulation / Détorsion	0 (0)	13 (7,97)	13 (6,91)	0,222
Technique de Ladd	0 (0)	2 (1,23)	2 (1,06)	1
Iléostomie de protection	0 (0)	1 (0,61)	1 (0,53)	1
Cure NIS*	0 (0)	2 (1,23)	2 (1,06)	1
Appendicectomie après désinvagination	3 (12)	7 (4,29)	10 (5,32)	0,132
Adhésiolyse + résection anastomose immédiate	1 (4)	14 (8,59)	15 (7,98)	0,697
Entérotomie + extraction du corps étranger	0 (0)	3 (1,84)	3 (1,60)	1
Extraction du corps étranger+ résection anastomose immédiate	0 (0)	2 (1,23)	2 (1,06)	1

Discussion

L'objectif de notre étude était d'analyser les facteurs prédictifs de mortalité liée aux occlusions aiguës mécaniques au CHU de Kamenge. Les occlusions intestinales aiguës mécaniques sont fréquentes et occupent une part importante dans les urgences chirurgicales digestives. Elles occupent la première place selon certaines séries avec des fréquences allant de 10,1 % à 39,3 %. [2,7].

La mortalité globale liée aux occlusions intestinales aiguës mécaniques reste élevée ; elle était de 13, 30 % dans notre série. Ce taux est comparable à celui d'Okeny P en Ouganda [8], Kambire JL et coll. au Burkina Faso [7] et d'Adebambo O.B et coll au Nigeria [9] qui ont retrouvé respectivement un taux de mortalité de 12,9%, 14% et 14,3%. Cependant, certains auteurs africains illustrent un taux de mortalité plus élevé de 15,7% à 41% dans leurs séries [10,11]. Cette forte mortalité fréquente dans les séries africaines est liée à la nécrose intestinale. En effet, dans notre série, la mortalité est liée de façon statistiquement significative à la nécrose intestinale ($p=0,004$). Les autres facteurs de mortalité analysés dans notre série et ayant une influence étaient : le retard de consultation où son implication est significative $p=0,024$ et qui pourrait être expliqué par plusieurs des facteurs importants tels que la pauvreté, l'ignorance, les mauvaises infrastructures routières et le manque de moyens de transport. Les âges extrêmes ont été corrélés de façon significative à la mortalité ($p=0,02$ et $0,05$) ainsi que la strangulation comme mécanisme de l'occlusion ($p=0,044$). Ces facteurs sont rapportés dans différentes séries comme éléments influençant le pronostic [1, 7]. La résection colique avec anastomose immédiate a influencé la mortalité avec $p=0,001$ par choc septique secondaire au lâchage anastomotique. Ainsi 60% de décès avaient subi une résection avec anastomose immédiate. Dans notre série, la mortalité n'était pas statistiquement significative chez les patients avec antécédent médical ($p=0,07$) ou chirurgical ($p=0,17$). Contrairement aux résultats de Kabore RAF au Burkina Faso [13] où les patients

qui présentaient une tare associée avaient 3,6 fois plus de risque de décès. Toutefois, notre valeur p est proche de celle seuil concernant l'antécédent médical probablement parce que le diabète avait influencé la morbidité avec évidemment risque de décès.

Conclusion

Les occlusions intestinales aiguës mécaniques sont une urgence chirurgicale grave qui nécessite une prise en charge précoce pour améliorer le pronostic vital et elles occupent une place non négligeable au CHUK. La mortalité élevée qu'elles entraînent est liée à des facteurs pour la plupart modifiables par une consultation précoce. Ainsi le retard de consultation, la strangulation, la nécrose intestinale, l'anastomose termino-terminale colique immédiate et l'âge extrême étaient des facteurs corrélés de façon significative à la mortalité. La consultation précoce et la prise en charge immédiate et adaptée, y compris la réparation des hernies non étranglées amélioreraient le pronostic des OIAM.

***Correspondance**

Emile Horugavye

horemile2005@yahoo.fr

Disponible en ligne : 06 Septembre 2021

- 1 : Chirurgie Générale, Université du Burundi, CHU de Kamenge
- 2 : Médecine Générale/ CHU de Kamenge/ Bujumbura/ Burundi

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Adamou H, Magagi AI, Habou O, Magagi A, Maazou H, Adamou M, et coll. Etiologies et pronostic des occlusions intestinales aiguës mécaniques à l'Hôpital National de Zinder: étude transversale sur 171 patients. *PanAfr Med J.* 2016; 24: 248. / Pub Med
- [2] Sacko, M. Occlusions intestinales aiguës dans le service de chirurgie au Chu du point G. Thèse de Med. BAMAKO, 2010.
- [3] Samassekou N. Occlusions du grêle : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans le service de chirurgie générale de l'hôpital somine dolo de Mopti. Thèse de Médecine, Bamako 2019
- [4] Roscher R, Frank R., Baumaan A, Berger H.G Results of surgical treatment of mechanical ileus of the small intestine. *Abteilung fur Allegemme in chirurgie, universitatUim. Donau. Chir* 1991 aug ; 62(8) : 614-9.
- [5] Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *The European journal of surgery. Supplement* 1997 ;(577) :5-9
- [6] Chevallier P, Denys A, Schmidt S, Novellan S, Schnyderm P, Bruneton JN. Valeur du scanner dans l'occlusion mécanique de l'intestin grêle. *J. Radiol.* 2004 ; 84 ; 541-55
- [7] Kambire JL, Souleymane O, Salam O, Maurice Z, Simon TS. Etiologies and results of management of mechanical acute intestinal obstructions at the regional teaching hospital of Ouahigouya, Burkina Faso. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé.* 2017;19(4):619-22
- [8] Okeny P, Hwang T, Ogwang D. Acute Bowel Obstruction in a Rural Hospital in Northern in Northern Uganda. *East and Central African Journal of Surgery.* 2011; 16(1).
- [9] Adebambo O.B, Osinowo AO, Adesanya AA. Predictive Factors of Management Outcome in Adult Patients with Mechanical Intestinal Obstruction. *Nigerian Postgraduate Medical Journal.* 2017
- [10] Harouna Y, Yaya H, Abarchi H, RakotoMalala J, Gazi M. Les occlusions intestinales: Principales causes et morbi-mortalité à l'hôpital national de Niamey Niger: Etude prospective à propos de 124 cas. *Médecine d'Afrique Noire.* 2000;47(4):204-7.
- [11] Allode SA, Mensah E, Mehinto DK et al. Les occlusions intestinales aiguës : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. *J Afr. Chir dig,* 2010 (1) :p.4
- [12] Harouna M, Ali L, Seïbou A, Abddou I, Gamatie Y, Rakotomalala J, Habibou A, Bazira L. Deux ans de chirurgie digestive d'urgences à l'hôpital national de Niamey (Niger) à propos de 742 cas; *Med. Afr. Noire.* Tome 48 ; N°2 fév. 2001
- [13] Kabore RAF, Egbohoun P, Sanou A, Traore AI, Ki KB, Hebie F, Bandre E, Wandaogo A, Ouedraogo N (2013). Facteurs pronostiques d'occlusions intestinales aiguës mécaniques. *Journal africain de chirurgie digestive.* 13. 1435-1441.

Pour citer cet article :

E Horugavye, JC Mbonicura, Y Bizoza, F Nduwimana, G Nimubona. Facteurs prédictifs de mortalité des occlusions intestinales aiguës mécaniques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 312-316



Cas clinique

Méningocèle Occipitale du grand enfant associé à un lipome découverte au décours d'une prise en charge d'un empyème cérébral au CHMF de Touba

Occipital meningocele of teenager associated with lipoma discovered during the treatment of cerebral empyema at Touba Hospital

D Wague*¹, MA Cisse², ECN Sy², M Faye³, LF Barry³, NN Sarr³, AB Thiam²

Résumé

Introduction : Les céphalocèles se définissent comme des hernies du contenu de la boîte crânienne à travers un défaut du crâne. Ce sont des anomalies congénitales, leur diagnostic se fait durant la grossesse ou après la naissance. Dans certaines zones en milieu rural ces pathologies sont encore assimilées à des maladies mystiques. C'est ainsi que nous rapportons le cas d'une méningocèle occipitale diagnostiquée chez un adolescent lors de la prise en charge d'un empyème cérébral.

Cas clinique : IL s'agit d'un adolescent de 15 ans, de sexe masculin aux antécédents de tuméfaction occipitale congénitale évolutive ayant nécessité plusieurs types de traitements traditionnels sans amélioration pendant plusieurs années.

IL a été reçu aux urgences pour agitation psychomotrice, tuméfaction fronto-orbitaire

A l'examen il présentait un syndrome infectieux avec fièvre à 39°.

Son score de Glasgow était E3V4M6 :13/15. Le scanner cérébral avait mis en évidence : une collection suppurée sous cutanée, un empyème extradural frontal, une pansinusite et un défaut osseux occipital avec hernie des méninges. Nous avons évacué la

collection sous cutanée et il a été mis sous traitement antibiotique à large spectre à base de ceftriaxone, métronidazole et gentamicine. L'évolution a été bonne avec régression de la fièvre et amélioration de la conscience.

L'enfant a été réhospitalisé un mois après guérison de son empyème pour cure de la céphalocèle.

En per opératoire il s'agissait d'une méningocèle surmonté par un gros lipome.

Nous avons fait une exérèse du lipome et puis une cure de la méningocèle

Les suites opératoires ont été simples. L'enfant est revenu un mois après en consultation avec une plaie complètement cicatrisée.

Conclusion : La méningocèle de l'adolescent est rare, dans certaines zones en Afrique cette pathologie est encore assimilée à des maladies mystérieuses, ce qui peut retarder la prise en charge médicale.

Mots-clés : céphalocèle, méningocèle, empyème, mystique, antibiotique.

Abstract

Introduction: Cephaloceles are hernias of skull content through a defect of the skull. These are congenital abnormalities; they are diagnosed during pregnancy

or after birth. In some rural areas, these pathologies are still assimilated to mystical diseases. We report the case of occipital meningocele in a teenager diagnosed during the management of a cerebral empyema.

Clinical case: This is a 15-year-old male with a history of progressive congenital occipital swelling. He received several types of traditional treatment without improvement for several years.

He was admitted for psychomotor agitation, orbito-frontal swelling

On examination he had an infectious syndrome with fever at 39°.

The Glasgow scale was E3V4M6:13/15. The CT-scan showed: a subcutaneous abscess, a frontal epidural empyema, a pansinusitis and an occipital bone defect with herniated meninges. We first evacuated subcutaneous abscess and after he received antibiotic treatment based on ceftriaxone, metronidazole and gentamicin. The evolution was good, it was marked by regression of fever and improvement of consciousness.

one month after he got recovered to his empyema, he was hospitalized for cephalocele treatment.

During surgery it was a meningocele surrounded by a large lipoma.

We first removed a lipoma then a meningocele cure.

The follow up was good. The child was seen on consultation one month later with a completely healed wound.

Conclusion: Teenager congenital meningocele is rare, in some places in Africa this pathology is still likened to mysterious diseases, which can delay medical treatment.

Keywords: cephalocele, meningocele, empyema, mystic, antibiotic.

Introduction

Les céphalocèles se définissent comme des hernies du contenu de la boîte crânienne à travers un défaut du crâne. Ce sont des anomalies congénitales appartenant aux groupes des craniobifidum. Ils sont classés

en fonction du contenu et du siège.[1] Ainsi nous distinguons les méningocèles qui sont une hernie des méninges et les encéphalocèles qui sont une hernie des méninges et du tissu cérébral. Le diagnostic se fait durant la grossesse ou après la naissance. Dans certaines zones en milieu rural ces pathologies sont encore assimilées à des maladies mystiques. C'est ainsi que nous rapportons le cas d'une méningocèle occipitale chez un adolescent diagnostiqué lors de la prise en charge d'un empyème cérébral.

Cas clinique

IL s'agit d'un adolescent de 15 ans sexe masculin aux antécédents de tuméfaction occipitale congénitale évolutive depuis la naissance ayant nécessité plusieurs types de traitement traditionnel sans amélioration pendant plusieurs années.

IL a été reçu aux urgences pour agitation psychomotrice, tuméfaction orbito-frontale

A l'examen il présentait un syndrome infectieux avec fièvre à 39°

Son score de Glasgow était E3V4M6 :13/15 .IL ne présentait pas de déficit moteur.

On notait une tuméfaction inflammatoire de la face remontant au cuir chevelu et une infiltration diffuse du scalp.

Il existait une masse occipitale plus ou moins dure mobile évoluant depuis la naissance.

Le scanner cérébral avait mis en évidence : une collection suppurée sous cutanée, un empyème extradural frontal et une pansinusite (Figure 1).

Le scanner montrait aussi un defect osseux occipital avec hernie des méninges faisant évoquer une méningocèle occipitale. (Figure 2)

Sur le plan biologique la CRP était élevée à 96, le taux de blanc élevé à 12000 la SRV était négative.

Le reste du bilan biologique était normale.

Notre ville ne dispose pas d'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique).

Nous avons évacué la collection sous cutanée et il été mis sous traitement antibiotique à large spectre à base de ceftriaxone 100mg/Kg/24h, metronidazole 30mg/

Kg/24h et gentamicine 80mg/j.

Un pansement quotidien était fait pour évacuer le reste de la collection supprimée sous cutané.

L'empyème a été traité médicalement par les antibiotiques.

L'évolution a été bonne avec régression de la fièvre, amélioration de la conscience avec un score de Glasgow à 15. Sur le plan biologique la CRP est revenu normal à 6 ainsi que le taux de blanc s'est normalisé. L'enfant était sorti après 3 semaines d'antibiothérapie par voie parentérale. IL a été mis sous chloramphénicol pour relais oral pendant 3 semaines.

L'enfant a été réhospitalisé un mois après pour cure de la céphalocèle.

En peropératoire la dure mère était entouré d'une importante masse grasseuse.

Il s'agissait d'une méningocèle entouré de lipome : nous avons d'abord fait une exérèse du lipome puis cure de la céphalocèle. Nous avons visualisé la dure mère avec son contenu rempli de LCR. Nous avons sectionné la dure mère a ras de l'os puis procédé à une suture de la dure mère de façon étanche. La peau a été bien fermé de façon esthétique (Figure 3,4,5,6)

Les suites opératoires ont été simples. Nous n'avions noté aucune complication.

L'évolution était très bonne. L'enfant était revenu un mois après en consultation, la plaie était complètement cicatrisée. (Figure 6c)

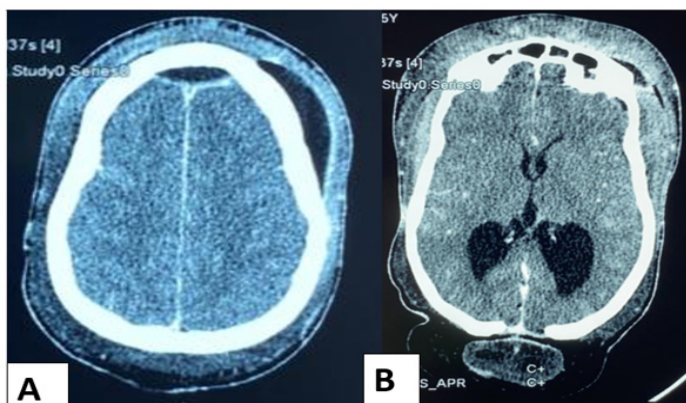


Figure 1 : TMD cérébrale injecté :coupe axiale
 A :empyème cérébrale frontale et collection sous cutané.
 B :infiltration sous cutanée diffuse et céphalocèle occipitale.

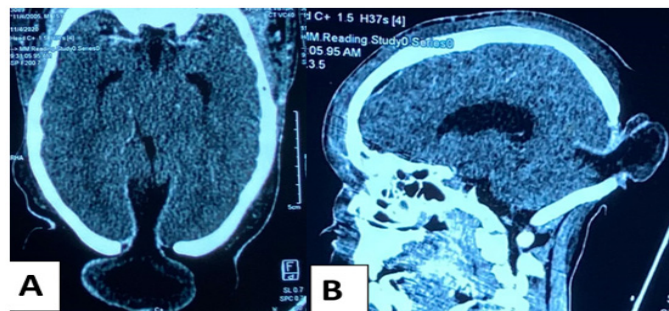


Figure 2 :TDM cérébrale
 A :coupe axiale montrant la céphalocèle occipitale.
 B :coupe sagittale montrant la céphalocèle.

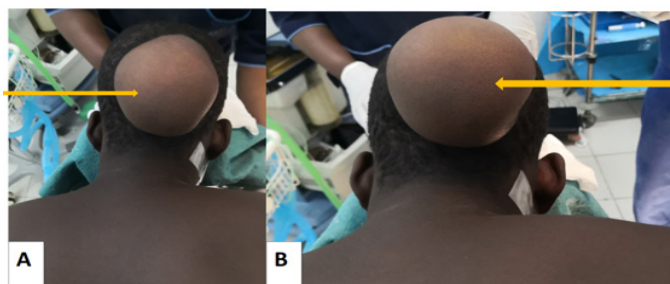


Figure 3 : A et B : Masse occipitale volumineuse montré sur cette photo par flèche jaune avant la chirurgie.

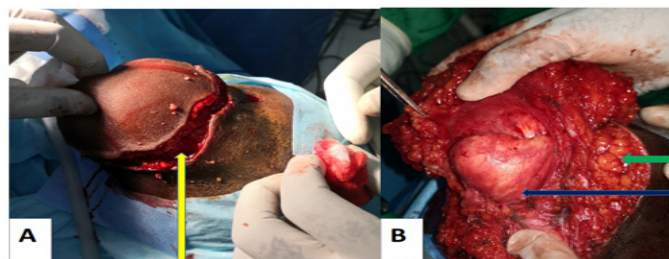


Figure 4 : A : dissection circulaire de la masse en flèche jaune.
 B : flèche verte montrant la masse grasseuse entourant la méningocèle. Flèche bleue montrant la méningocèle après dissection du lipome.

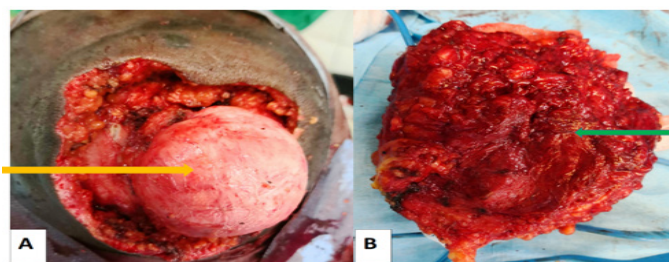


Figure 5 : A : flèche jaune : meningocèle occipitale après exérèse complète du lipome.
 B : flèche verte : masse lipomateuse après ablation.

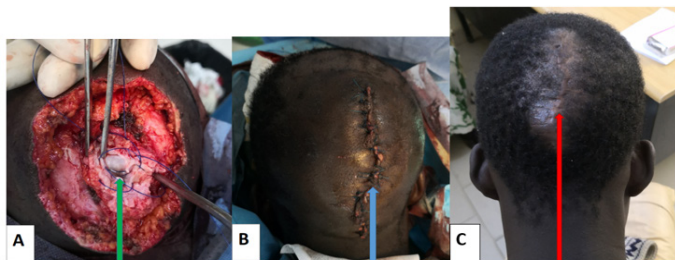


Figure 6 : A : flèche verte : defect osseux après section de la dure mère à ras de l'os, début suture de la dure mère.

B : flèche bleue : suture de la peau.

C : flèche rouge : cicatrice un mois post opératoire.

Discussion

Les Céphalocèles sont des anomalies du tube neural. Ces anomalies de fermeture du tube neural survenant durant le premier mois de la vie embryonnaire sont à l'origine des défauts. [5,6] Ces défauts sont causés principalement par des altérations chromosomiques et des agents environnementaux [7]. Certaines situations favorisant comme le diabète, l'obésité maternelle, le traitement anticonvulsivant prénatal, la prise d'antagoniste d'acide folique, la rupture précoce de la poche amniotique, la grossesse gémellaire, les antécédents familiaux de défauts ont été incriminés [8-9-10-11]. Par ailleurs, l'exposition au méthotrexate ainsi que les caractéristiques maternelles, ethniques, géographiques raciales, nutritionnelles, biologiques et le bas niveau socio-économique ont été reconnus comme facteurs de risque de développement des défauts du tube neural [12].

Les Céphalocèles sont classés en méningocèles et encéphalocèles selon leur contenu ; et céphalocèles fronto-ethmoidal (antérieur), pariétale ou occipital (postérieure) selon leur siège. [4] la forme occipitale est beaucoup plus fréquente [1,4]

Les céphalocèles surviennent chez la femme enceinte durant le premier mois de grossesse. [2] Leur incidence est de 1 à 4 cas pour 10 000 naissances vivantes mais cette incidence est diversement appréciée dans la littérature [1,3]. L'augmentation de cette incidence est parfois liée au diagnostic prénatal [4].

L'âge moyen de survenue et de prise en charge est

la période néonatale. Dans notre contexte il s'agissait d'un adolescent de 15 ans. Ce retard de prise en charge est expliqué par certaines croyances traditionnelles dans certaines localités au Sénégal. On assimile cette pathologie à des maladies mystérieuses.

Le diagnostic a été posé au scanner mettant en évidence le defect osseux et la masse herniée. Dans la littérature l'IRM reste l'examen de choix car il visualise mieux le parenchyme cérébral et le contenu hernié de la céphalocèle mais le scanner peut suffire à poser le diagnostic en montrant le defect osseux et la masse herniée. Le scanner de notre malade avait montré une méningocèle qui était associée à un dandy walker variant comme certains auteurs dans la littérature qui ont retrouvé cette association méningocèle et dandy walker. Bindal et al rapporte 16% d'association méningocèle et dandy walker, Maria et al 11% des cas, Hirsch et al 17,5% des cas. [13]

Le malade a été opéré, il a bénéficié de cure chirurgicale mais nous avons procédé par l'exérèse du lipome puis cure de la méningocèle. En peropératoire nous avons visualisé la dure mère avec son contenu rempli de LCR. Nous avons sectionné la dure mère à ras de l'Os puis suture de la dure mère de façon étanche. La peau a été bien fermée de façon esthétique. Les suites opératoires ont été simples aucune complication n'a été notée. Dans la littérature il existe d'autres types de traitement comme les shunts en effet dans certains cas où il y a association dandy Walker et méningocèle, la dérivation kysto-péritonéale uniquement sans cure de la méningocèle a suffi pour faire régresser la méningocèle. D'autre en cas d'association méningocèle et dandy Walker avec hydrocéphalie la dérivation ventriculopéritonéale a fait régresser la méningocèle. Les exérèses de kyste dans les dandy Walker sont presque plus réalisées à cause des récidives et qui finissent en général par des shunts ou par des ventriculocisternostomie endoscopique [14,15].

L'évolution chez notre malade était bonne sans aucune complication avec une bonne cicatrisation de la plaie.

Conclusion

La méningocèle de l'adolescent est rare, dans certaines régions de l'Afrique cette pathologie est encore assimilée à des maladies mystérieuses, ce qui peut retarder la prise en charge médicale.

Le diagnostic est facile, après une bonne prise en charge chirurgicale le pronostic de la méningocèle reste bon.

Abréviations :

TDM : tomodensitométrie.

LCR : Liquide céphalo rachidien.

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

CRP :C-Reactive Proteine.

*Correspondance

Daouda Wague

wagued@yahoo.fr

Disponible en ligne : 06 Septembre 2021

1 : CHM Touba

2 : CHU FANN

3 : HOGIP

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Thiam AB, Faye M, Kessely YC, Ndoye N, Mbaye M, THIOUB M, Thiam L, Sy C, Ba MC, Badiane SB. Céphalocèles à Dakar : étude de 30 cas au CHUN Fann Rev. CAMES SANTE Vol.2, N° 1, Juillet 2014
- [2] Buccimazza SS, Molteni CD, Dunne TT, Viljoen DL (1994). Prevalence of neural tube defects in Cape Town, South Africa. *Teratol.* 1994; 50: 194-9
- [3] Elizabeth Tan, Stanislaw Makaranka, Nusrat Mohamed, Naveen Cavale. Occipital encephalocele in a neonate: a case

successfully managed by excision and formation of a reverse visor scalp flap. *BMJ Case Rep.* 2020 Jan 21;13(1):1-4. doi: 10.1136/bcr-2019-232127.

- [4] George A. Alexiou, MD, PhD, George Sfakianos, MD, PhD, and Neofytos Prodromou. Diagnosis and Management of Cephaloceles. *The Journal of Craniofacial Surgery & Volume 21, Number 5, September 2010.*
- [5] Rampersaud, E.; Melvin, EC.; Speer, MC. Nonsyndromic neural tube defects: Genetic basis and genetic investigations. In: Wyszynski, DF., editor. *Neural Tube Defects, from Origin to Treatment.* New York: Oxford Univ Press. 2006; 165-175
- [6] Hunter, AGW. Brain and spinal cord. In: Stevenson, RE.; Hall, JG., editors. *Human Malformations and Related Anomalies.* New York: Oxford Univ Press; 2006; 2: 715-755
- [7] Hall JG, Friedman JM, Kenna BA, Popkin J, Jawanda M, Arnold W. Clinical, genetic, and epidemiological factors in neural tube defects. *Am J Hum Genet.* 1988 ; 43: 827-37
- [8] Locken MR. Current perspectives on the causes of neural tube defects resulting from diabetic pregnancy. *Am J Med Genet C.* 2005; 135: 77–87.
- [9] Higginbottom MC, Jones KL, Hall BD, Smith DW. The amniotic band disruption complex: Timing of amniotic rupture and variable spectra of consequent defects. *J Pediatr.* 1979; 95:544–549.
- [10] James WH. Twinning and anencephaly. *Ann Hum Biol.* 1976; 3:401–409
- [11] Greene NDE, Stanier P, Copp AJ. Genetics of human neural tube defects. *Hum Mol Genet.* 2009; 18: 113–119
- [12] Julianne S. Collins, Ph.D., Kristy K. Atkinson, B.S., Jane H. Dean, R.N., Robert G. Best, Ph.D., and Roger E. Stevenson, M.D. (2011) Long Term Maintenance of Neural Tube Defects Prevention in a High Prevalence State. *J Pediatr.* 2011; 159(1): 143–149
- [13] Ajay K Bindal, M.D., Bruce B. Storss et al. Occipital meningocele in patients with dandy-walker syndrome. vol 28 N°6 1991. Division of neurosurgery, Northwestern University medical school
- [14] Sawaya R, McLaurin RL: Dandy-Walker syndrome. Clinical analysis of 23 cases. *J Neurosurg* 55: 89-98, 1981
- [15] Dandy Walker Syndrome Forming a Giant Occipital Meningocele Case — Report— Tomoki TODO, Masaaki

USUI and Fumio ARAKI* Departments of Neurosurgery and
*Pediatric Surgery, Aizu Central Hospital, Aizuwakamatsu,
Fukushima, December 8, 1992; Accepted May 14, 1993.

Pour citer cet article :

D Wague, MA Cisse, ECN Sy, M Faye, LF Barry, NN Sarr et
al. Méningocèle Occipitale du Grand enfant associé à un lipome
découverte au décours d'une prise en charge d'un empyème
cérébral au CHMF de Touba. *Jaccr Africa 2021; 5(3): 317-322*



Cas clinique

Rupture utérine spontanée à 24 semaines de grossesse chez une multipare sur un utérus uni cicatriciel : à propos d'un cas

Spontaneous uterine rupture in a 24-week pregnancy in a multipara with a uni-scarred uterus: a case report

A Samaké*¹, SO Traoré², L Diarra³, M Keita¹, M Haidara³, M Diallo¹, M Konaté¹, M Maiga¹, MS Ag Med Elméhd Elansari¹, L Diarra⁴, D Kassogue⁵, AT Soumaila⁶, SZ Dao⁷, H Samake², S Camara¹, M Traore⁸, S Diarra¹

Résumé

La rupture utérine symptomatique spontanée au deuxième ou au début du troisième trimestre sur un utérus cicatriciel chez les femmes non en travail est une urgence obstétricale très rare, dont le diagnostic est difficile. Le risque de rupture utérine sur un utérus cicatriciel est estimé autour de 0,7 %. La reconnaissance des signes cliniques et la disponibilité de l'échographie peuvent aider à établir le diagnostic et permettre une intervention chirurgicale rapide. Les auteurs rapportent un cas de rupture utérine spontanée sur grossesse de 24 semaines diagnostiquée comme une grossesse abdominale survenue chez une multipare avec antécédent d'utérus uni-cicatriciel.

Mots-clés : rupture utérine, spontané, utérus cicatriciel.

Abstract

Spontaneous symptomatic uterine rupture in the second or early third trimester on a scarred uterus in non-laboring women is a very rare obstetric emergency, the diagnosis of which is difficult. The risk of uterine rupture in a scarred uterus is estimated

to be around 0.7 % [1]. Recognition of clinical signs and availability of ultrasound can help establish the diagnosis and allow rapid surgery. The authors report a case of spontaneous uterine rupture in a 24-week pregnancy diagnosed as an abdominal pregnancy in a multipara with a history of unicicatricial uterus.

Keywords: uterine rupture, spontaneous, scarred uterus.

Introduction

Au cours des deux dernières décennies nous assistons à une augmentation du taux de césarienne dans la plupart des pays. Les taux de césarienne rapportés par la littérature sont de 17- 23 % en France, 15,8% en Grande Bretagne, les taux les plus importants sont rapportés aux Etats-Unis, où il serait actuellement de 35,43% [2]. En Afrique la fréquence est de 2,3% au Burkina Faso, 3,32% au Sénégal 2,1% au Benin et 2,4% au Mali. [2]. La rupture utérine est une complication obstétricale qui peut de plus en plus être rencontrée pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

Le risque de rupture utérine sur un utérus cicatriciel est estimé autour de 0,7 % [1]. Le plus souvent cette cicatrice fait suite à une césarienne ou plus rarement d'origine gynécologique. Ainsi l'utérus cicatriciel est défini comme un utérus portant en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme une ou plusieurs cicatrices myométriales [3]. Les différentes études publiées retrouvent une incidence de rupture utérine comprise 0.32 à 1.4% pour les utérus cicatriciels [4]. La rupture utérine qui survient au cours de la période de gestation peut être difficile à prévoir. En même temps il est difficile d'obtenir un diagnostic correct en temps opportun de la rupture utérine pour prévenir la détérioration de l'état de la patiente [5]. Les auteurs rapportent un cas de rupture utérine spontanée sur grossesse de 24 semaines diagnostiquée comme une grossesse abdominale survenue chez une multipare avec antécédent d'utérus uni-cicatriciel.

Cas clinique

Patiente mariée, âgée de 23 ans, 4ème pare et 5ème geste, avec deux enfants vivants. Elle a été évacuée d'une clinique médicale située à 15km de la ville de Bamako pour un saignement de sang noirâtre sur utérus cicatriciel sur une aménorrhée de 24 semaines environ. Dans ses antécédents on note essentiellement une césarienne en 2020 dans un centre de santé de l'intérieur du Mali pour un hématome retro placentaire classé grade II de Sher, dont le compte rendu opératoire de cette césarienne n'était disponible. On note aussi deux enfants décédés, le premier en 2015 à 9mois et un le deuxième à 7jours en 2020. Sa date des dernières règles n'était pas connue. L'histoire de sa maladie débute le 27/05/2021 marquée par une douleur abdominale inhabituelle pour laquelle, elle consulte dans un cabinet médical où elle a reçu une médication non spécifiée. Le 28/06/2021 ; la douleur n'avait pas cédé et apparaissait sur cette douleur une métrorragie de sang noirâtre. Devant cette nouvelle évolution ; la patiente a été référée au centre de santé de référence de la commune VI, où elle bénéficia d'une échographie pour voir la vitalité fœtale qui conclut à une grossesse

extra utérine de localisation abdominale arrêtée de 23SA+05jours. Une seconde échographie demandée le même jour, montre une grossesse abdominale arrêtée de 24SA avec un volumineux hématome retro placentaire de 87x55mm du pôle inférieur. Ainsi nous prenons la décision d'une laparotomie exploratrice. A son admission, à l'inspection l'abdomen avait un grand axe longitudinal, les conjonctives colorées, une corpulence normale, la vulve était souillée de sang noirâtre. Elle présentait un bon état général. A la mensuration la hauteur utérine (masse) était de 20cm, au le toucher vaginal, un col long postérieur fermé, un utérus souple augmentée de taille. La palpation était douloureuse. La tension artérielle était à 110/70mmHg. Le bilan biologique demandé montrait un groupe B+, un taux d'hémoglobine à 10g/dl, l'hématocrite à 30%, une glycémie à 0,8g/dl, une créatininémie à 64mg/dl avec un temps de saignement à 3,30 secondes et temps de coagulation à 10,30 secondes. Devant ce tableau, il fut décidé de réaliser une laparotomie exploratrice pour suspicion d'une grossesse abdominale arrêtée de 24 SA. L'intervention fut réalisée sous anesthésie locorégionale. A la coeliotomie en pfannestiel nous avons aspiré environ 100cc de liquide séro hématisé. L'exploration de la cavité permet de retrouver un utérus globuleux, le fœtus et ses annexes expulsés dans la cavité abdominale avec membrane intacte (Figures 1,2).

Après extraction du fœtus et de ses annexes, nous découvrons une rupture utérine postérieure latérale gauche s'étendant sur tout l'utérus du fond jusqu'à 1cm du col et un fœtus mort (Figures 3, 4).

Le traitement a consisté après une révision utérine à une hystérorraphie suivie du nettoyage de la cavité abdominale avec du sérum physiologique. L'exploration du reste de l'abdomen et de la vessie était sans particularité. La patiente n'a pas été transfusée. Les suites opératoires étaient simples et la patiente et libérée après 48heures d'hospitalisation.



Figure 1 : utérus et lésion



Figure 2 : fœtus et annexes, utérus



Figure 3 : lésion utérine



Figure 4 : fœtus

Discussion

La rupture utérine se définit comme la survenue d'une communication entre les cavités abdominale et utérine. La déhiscence, ou rupture sous péritonéale, se caractérise par une déchirure du myomètre avec respect du péritoine viscéral [6]. Les ruptures spontanées surviennent généralement sur un utérus cicatriciel et rarement sur utérus sain. Elles peuvent être spontanées ou provoquées mettant en jeu le pronostic vital de la mère et le fœtus [6]. Son étiologie principale demeure l'antécédent de césarienne et en cas d'accouchement sur utérus cicatriciel, la rupture utérine demeure la complication majeure qui survient le plus souvent pendant le travail [7]. De nombreuses études concordent et retrouvent l'antécédent de césarienne comme le principal facteur de risque de la rupture utérine. En effet, le risque de rupture utérine est multiplié par 40 en cas d'antécédent de césarienne, selon l'étude suédoise de cohorte menée auprès de 300 femmes par Kaczmarczyk[8]. Dans une série malgache la fréquence de la rupture utérine sur utérus uni cicatriciel était de 0,07% des accouchements et 8,84% des utérus cicatriciels[9]. La rupture utérine symptomatique spontanée au deuxième ou au début du troisième trimestre chez les femmes non en travail est une urgence obstétricale très rare, difficile à diagnostiquer [10]. La rupture utérine peut se produire à tous les âges gestationnels, mais elle survient dans la grande majorité des cas en 2ème moitié de grossesse et au cours du travail. Les ruptures utérines précoces au cours du deuxième trimestre surviennent dans des situations particulières [11]. Il n'y a pas de tableau clinique pathognomonique ni de signes cliniques précurseurs de la rupture utérine sur utérus cicatriciel. Les manifestations cliniques sont variables et la triade symptomatique classique associant douleur sus-pubienne continue, diminution de l'intensité des contractions utérines et métrorragies souvent prise en défaut [11]. Les signes cliniques les plus courants de la rupture utérine est l'apparition soudaine de douleurs abdominales sévères, saignement vaginal ce qui est arrivé à notre patiente, choc hypovolémique

et de la fièvre [12] qui ont été absents dans notre cas. L'échographie peut confirmer l'hémopéritoine, mais son utilité dans le diagnostic de la rupture utérine était limitée. L'IRM a démontré une précision supérieure dans l'évaluation des défauts de la paroi utérine, la tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne est aussi considérée comme l'examen idéal pour un diagnostic correct devant une rupture utérine [6-12]. Dans notre cas, les deux échographies réalisées n'ont pas été contributive au diagnostic de rupture utérine. Toute suspicion de rupture utérine symptomatique doit conduire à réaliser une laparotomie en urgence. Chez notre patiente devant, le jeune âge, le désir de maternité, un traitement conservateur a donc été entrepris par une hystérorraphie. Cette technique a été également la principale option thérapeutique chez d'autres auteurs [9-13]. Cette technique de conservation avec réparation des lésions utérines doit être entreprise lorsqu'il est techniquement possible, en première intention. Mais cette technique a un risque de récurrence à la prochaine grossesse de l'ordre de 4 à 19% [14]. Mais l'hystérectomie peut parfois être nécessaire, notamment en cas de difficulté technique ou d'échec de conservation de l'utérus [15].

Conclusion

L'utérus cicatriciel représente un facteur de risque de rupture utérine. Le diagnostic d'une rupture utérine sur utérus cicatriciel peut-être tardif. Ainsi un diagnostic précoce suivi d'une prise en charge rapide coordonnée est essentielle pour réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Alou Samaké

alousamake2008@gmail.com

Disponible en ligne : 06 Septembre 2021

- 1 : Centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako
- 2 : Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamak
- 3 : Hôpital de dermatologie de Bamako HDB (ex-CNAM)
- 4 : Centre de santé de référence de Kalaban Coro
- 5 : Hôpital de Tombouctou
- 6 : Service de gynécologie Obstétrique Hôpital de Sikasso
- 7 : Centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.
- 8 : Service de Chirurgie générale CHU Gabriel Touré, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] J. Niro, L. Velemir, F. Vendittelli, B. Jacquetin, D. Gallot, D. Lemery : Accouchement sur utérus cicatriciel. *Revue de médecine périnatale* volume 2, pages12–18 (2010), 27 February 2010.
- [2] SZ Dao , K Sidibe , BA Traore , M Korenzo , S Konaté , T Traore , B Traore , E Togo , B Diassana , SA Sow , Y Traore , RX Perrin , AI Dolo : Mortalité et morbidité de la césarienne en commune II du district de Bamako/Mali. *JaccrAfrica* 2020, Vol 4, Num 4
- [3] Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. *Pratique de l'accouchement*. Edition MASSON. P 2111-219.
- [4] Spong CY, Landon MB, Gilbert SM, et al. Risk of Uterine Rupture and Adverse Perinatal Outcome at Term After Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2007. 110(4):801-807.
- [5] Serika Kanao, Aya Fukuda, Hirotsugu Fukuda, Mayuko Miyamoto, Eriko Marumoto, Kiichiro Furuya, RieNishiyama, ChifumiOhyagi, Haruki Ogawa, : Spontaneous Uterine Rupture at 15 Weeks'Gestation in a Patient with a History of Cesarean Delivery after Removal

- of ShirodkarCerclage. American Journal of Perinatology Reports Vol. 4 No. 1/2014
- [6] Daouda Camara, Joseph Kone, Amadou Bocoum, Mamadou Almamy Keita, Assitan Traoré, Aminata Kouma, Soumana Oumar Traore, Moussa Konare, Youssouf Traore : Rupture Utérine de Diagnostic Tardif et Inopiné en Per Opérateur après un Accouchement Dystocique par Voie Basse. Health Sci. Dis: Vol 21 (3) March 2020.
- [7] Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: results from the National Perinatal Surveys. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 ; 41(2): 151-66.
- [8] Kaczmarczyk M, Sparen P, Terry P, et al. Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007;114(10):1208-1214.
- [9] Rasoanandrianina BS, Rakotomalala NZ, Rakotovololona M, Andrianampanalinarivo HR, Fenomanana MS, Randriambololona DMA: place du suivi prénatal dans la survenue de rupture utérine sur utérus cicatriciel. journal malgache de gynécologie-obstétrique 2016;vol 2: 17-20
- [10] Zvi Vaknin , Ron Maymon, Sonia Mendlovic, Oshri Barel, Arie Herman, Dan Sherman : Caractéristiques cliniques, échographiques et épidémiologiques de la rupture utérine spontanée antepartum au deuxième et au début du troisième trimestre : une étude de cohorte. Prenat Diagn 2008 Jun; 28(6):478-84.
- [11] O. Parant : Rupture utérine : prédiction, diagnostic et prise en charge. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2012)
- [12] Lesley Hawkins, Deborah Robertson Helena Freckerl Howard Bergerl and Abheha Satkunaratham: Spontaneous uterine rupture and surgical repair at 21 weeks gestation with progression to live birth: a case report. Hawkins et al. BMC Pregnancy and Childbirth (2018) 18:132
- [13] Malik HS. Frequency, predisposing factors and fetomaternal outcome in uterine rupture. J Coll Physicians Surg Pak 2006; 16: 472-5.
- [14] Eloge Ilunga-Mbaya, Olivier Nyakio, Raha Maroyi, Patrick Bigabwa, Moise Kiminyi, Silas Hamisi, Denis Mukwege, Dieudonné Sengeyi Mushengezi Amani : Rupture utérine spontanée en livre ouvert sur grossesse de 15 semaines chez une paucipare avec utérus cicatriciel: à propos d'un cas. Volume 36, 28 May 2020 |pamj.2020.
- [15] Cyrielle GERENTES : La rupture utérine : Facteurs de risque, diagnostic, et prise en charge : Étude de 29 cas dans les maternités du Rhône du réseau AURORA en 2012. Mémoire Promotion 2010-2014 P39 Université Claude BERNARD LYON 1 UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux P 9

Pour citer cet article :

A Samaké, SO Traoré, L Diarra, M Keita, M Haidara, M Diallo et al. Rupture utérine spontanée à 24 semaines de grossesse chez une multipare sur un utérus uni cicatriciel : à propos d'un cas. Jaccr Africa 2021; 5(3): 323-327



Article original

Les brûlures graves récentes : bilan de six années d'utilisation exclusive du beurre de vitellaria paradoxa bio au Burkina Faso

Recent serious burns: six years of exclusive use of organic vitellaria paradoxa butter in Burkina Faso

S Ouedraogo*¹, B Bere², JL Kambire¹, S Ouedraogo³, PV Zongo⁴, E Bandre⁵

Résumé

Introduction: Dans la prise en d'une brûlure, le traitement local fait appel à des topiques pour favoriser la cicatrisation de la plaie. Nous rapportons l'expérience de six années d'utilisation exclusive du beurre de vitellaria paradoxa comme corps gras sur les lésions de brûlures graves récentes.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale sur six ans et a porté sur l'utilisation exclusive du beurre de vitellaria paradoxa comme corps gras en application locale sur les lésions de brûlure selon un protocole admis dans le service depuis 2018.

Résultats : L'étude a concerné 218 patients admis pour brûlure récente grave. Cent-soixante-huit patients (77,06%) avaient moins de 15 ans, le sex-ratio était de 1,18. Treize virgule dix-huit pourcent (13,10%) des patients de moins de 15 ans sont décédés contre 18,00% chez les adultes.

Conclusion : Le beurre de vitellaria paradoxa peut être utilisé exclusivement comme corps gras sur les lésions de brûlures graves récentes à tout âge. Le beurre de vitellaria paradoxa serait-il aussi efficace que la sulfadiazine d'argent ?

Mots-clés : Brûlure grave récente, Beurre de vitellaria paradoxa, CHUR-OHG.

Abstract

Introduction: In the treatment of a burn, local treatment uses topicals to promote healing of the wound. We report the experience of six years of exclusive use of vitellaria paradoxa butter as a fatty substance on recent severe burn injuries.

Methodology: This was a six-year cross-sectional study and focused on the exclusive use of vitellaria paradoxa butter as a fatty substance in local application on burn lesions according to a protocol accepted in the department since 2018.

Results: The study involved 218 patients admitted with recent severe burns. One hundred and sixty-eight patients (77.06%) were under 15 years old, the sex ratio was 1.18. Thirteen point eighteen percent (13.10%) of patients under the age of 15 died compared to 18.00% of adults.

Conclusion: Vitellaria paradoxa butter can be used exclusively as a fatty substance on recent serious burn lesions at any age. Would vitellaria paradoxa butter be as effective as silver sulfadiazine?

Keywords: Recent severe burn, Vitellaria paradoxa butter, CHUR-OHG.

Introduction

Dans la prise en charge d'une brûlure récente grave, un traitement local efficace est très important pour prévenir l'infection de la plaie et sa généralisation et assurer une greffe de peau réussie, condition indispensable à la guérison. Aussi, la prise en charge locale qui fait le plus souvent appel à des topiques antibactériens va tout en permettant une diminution de la colonisation des brûlures, retarder le développement des infections[1,2]. Les enfants, surtout les moins de 5 ans plus que les adultes, paient le plus lourd tribut dans ce traumatisme[3,4]. Si pour la prise en charge générale, des protocoles existent et sont validés, pour la prise en charge locale par contre des études sont toujours en cours pour identifier le produit le plus efficace [5-7]. La sulfadiazine d'argent est le produit de référence, utilisé depuis plus de 30 ans dans la plupart des centres de brûlés[8].

En 2018, une étude portant sur les brûlures de l'enfant dans un contexte de rareté des ressources tant au niveau des structures de santé que chez les patients eux-mêmes, nous a fait utiliser exclusivement le beurre de karité bio. L'étude avait conclu à la possibilité d'utilisation du beurre de *Vitellaria paradoxa* bio seul en application locale sur les lésions de brûlure des patients de moins de 15 ans. [3]. Le beurre de *vitellaria paradoxa* est un beurre extrait des amandes d'un arbre appelé *vitellaria paradoxa*. Ce beurre est utilisé dans les soins de la peau depuis la nuit des temps en Afrique de l'ouest.[9,10] La présente étude a pour objectif de faire le bilan de six années d'utilisation exclusive du beurre de *vitellaria paradoxa* bio sur les lésions de brûlures cutanées graves récentes au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (CHUR- OHG) au Burkina Faso.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique sur une période de 6 ans allant du 1er mars 2015 au 28 février 2021.

Ont été inclus dans cette étude, les patients ayant

été admis dans le service de chirurgie générale du CHUR-OHG au cours de la période d'étude pour brûlure grave récente dont la surface corporelle totale brûlée (SCTB) était supérieure ou égale à 10%. La prise en charge a associé : une réanimation hydro électrolytique selon la règle Carvajal chez les patients de moins de 16 ans et la règle d'Evans chez les adultes, la prévention des infections y compris la prévention du tétanos. La prise en charge locale initiale a été faite selon le protocole *vitellaria paradoxa* qui est en vigueur dans le service (annexe 1). Il a été appliqué à tous les patients. Ils ont été suivis de la rentrée à leur sortie par notre équipe. Pour chaque patient inclus, ont été collectées les données suivantes : l'âge, le sexe, la provenance, la profondeur de la brûlure, l'étendue, la cause de la brûlure, la durée d'hospitalisation les complications, le mode de sortie.

L'ensemble de ces données ont été collectées sur une fiche d'enquête Excel. Elles ont été analysées sur le logiciel Stata MP 14.0, le test de Khi 2 a été utilisé pour la comparaison des données avec un seuil de signification de 5%.

Les données ont été recueillies dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat des patients avec leur accord après avoir expliqué le schéma thérapeutique.

Résultats

Fréquence : En six ans 13094 patients ont été admis dans le service. Deux-cent soixante-trois avaient une brûlure, soit 2,01% des admissions. Deux cent dix-huit de ces brûlures ont été des brûlures graves récentes (82,89%).

L'âge : l'âge moyen des patients a été de 10,77 ans \pm 0,96 avec des extrêmes de moins d'un mois à 68 ans. La figure 1 la donne distribution des âges des brûlés. Les moins de cinq ans ont représenté 55,96%. Le ratio enfant / adulte est égal à 3,36.

Le sexe : Il s'est agi de 118 patients de sexe masculin (54,13%) et de 100 patients de sexe féminin (45,87). Le sex-ratio a été de 1,18. Chez les moins de cinq ans, le sex-ratio était égale à 1,22. Le test de Fisher's exact est égal à 0,07. Il y a une indépendance entre le sexe

et l'âge au niveau des brûlures graves récentes.

La clinique : La surface corporelle totale brûlée a été en moyenne de 25,80% ± 1,23%.

Cette moyenne a été de 23,03% chez les moins d'un an, 26,79% chez les 1-4 ans ; 24,43% chez les 5-14 ans et 25,55 % chez les 15 ans et plus. Le test de Bartlett de l'égalité des variances donne un $\chi^2(3) = 13,68$. Il existe une dépendance entre la tranche d'âge et la SCTB.

La SCTB selon la tranche d'âge est donnée sur le tableau I.

Les brûlures sévères (SCTB ≥ 30%) ont représenté 34,40%.

Il s'est agi de brûlure de 2ème degré dans 99,08% et dans 0,92% de brûlure de troisième degré.

Les brûlures thermiques (eau chaude 200 cas, flamme 10 cas, huile chaude un cas) ont représenté 96,79%.

Les brûlures électriques (la foudre deux cas, le courant électrique 5 cas) ont représenté 3,21%.

Le traitement local : Il a été à base du beurre de vitellaria paradoxa selon le protocole en vigueur dans le service comme le montre les Photo 1 à 3.

Le pansement a été non occlusif dans 200 cas (91,74%) et occlusif dans 8,26%. Il s'agissait dans ces cas de brûlure de deuxième degré profond au niveau des membres pelviens.

La durée d'hospitalisation : la durée moyenne d'hospitalisation a été de 14,22 jours ± 0,99 jours avec des extrêmes d'un jour et 77 jours.

Le tableau II donne les journées d'hospitalisation en fonction de la SCTB.

Soixante-huit virgule quatre-vingt-un pourcent (68,81%) des patients sont sortis au cours des deux premières semaines.

Les complications : Vingt-neuf cas de complications ont été notifiées (13,30%). Il s'est agi de 17 cas de choc hypovolémique ; neuf cas d'infections et trois cas de dénutrition.

Le mode de sortie : Sur les 218 brûlures graves récentes hospitalisées, 31 patients sont décédés, 173 sont sortis guéris et 14 patients ont été évacués à l'échelon supérieur.

Parmi les patients traités dans le service (n=204), le

taux de décès a été de 15,20%.

La figure 2 donne l'évolution des patients traités dans le service selon la tranche d'âge : (n=204).

La corrélation entre l'évolution et la SCTB est donnée sur le tableau III.

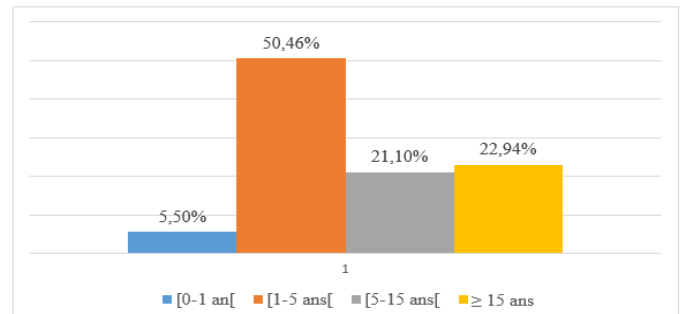


Figure 1 : Distribution des âges des brûlés.

Tableau I : SCTB selon la tranche d'âge (n=218)

	SCTB			Total
	[10-30% [	[30-50% [	≥ 50%	
[0-1 an [	9	2	1	12
[1-5 ans [	71	29	10	110
[5-15 ans [	28	17	1	46
>= 15 ans	35	12	3	50
Total	143	60	15	218

Fisher's exact = 0,53.

Il n'y a pas de dépendance entre la SCTB et les tranches d'âge.

Tableau II : Journées d'hospitalisation en fonction de la SCTB (n=218)

Journées hospitalisation	SCTB			Total
	[10-30% [	[30-50% [	≥ 50%	
[0-7 jours]	49	25	6	80
[8-14 jours]	52	12	6	70
[15-21 jours]	19	3	2	24
≥ 22 jours	23	20	1	44
Total	143	60	15	218

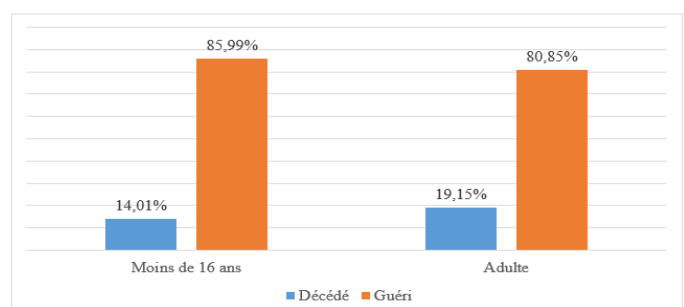


Figure 2 : Mode d'évolution selon la tranche d'âge.

Le $\chi^2(1) = 0,74$. La différence est non significative. La moyenne de la SCTB a été de $38,13\% \pm 4,79\%$ chez les patients décédés et de $23,47\% \pm 1,20\%$ chez les patients guéris.

Tableau III : Corrélation entre évolution et SCTB (n=204)

SCTB	Evolution		Total	Pourcentage décès
	Décédé	Guéri		
[10-30% [	15	122	137	12,30%
[30-50% [	11	41	52	21,15%
[50% et plus]	5	10	15	50,00%
Total	31	173	204	15,20%

Pearson $\chi^2(2) = 7,18$ $p = 0,028$

Il existe une dépendance entre l'évolution et la SCTB.

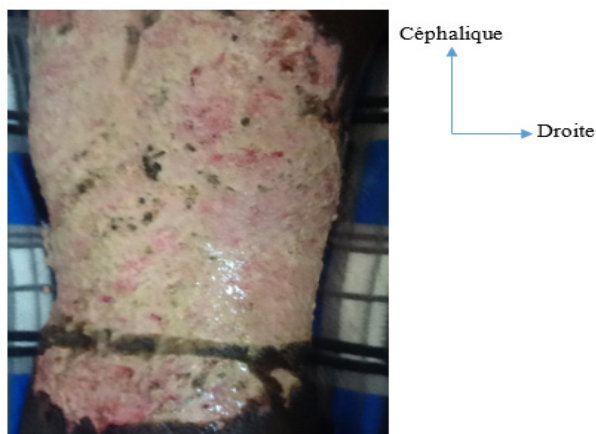


Photo 1 : Brûlure 2ème degré profond du tronc postérieur à 22,5 % de SCTB à J+3 d'application exclusive du beurre de vitellaria paradoxa sans pansement occlusif. Patient assis.

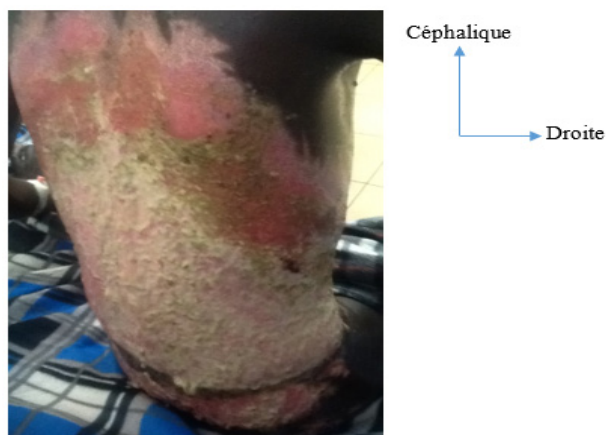


Photo 2 : Brûlure 2ème degré profond du tronc postérieur à 22,5% de SCTB à J+14 d'application exclusive du beurre de vitellaria paradoxa sans pansement occlusif. Patient assis



Photo 3 : Brûlure 2ème degré profond du tronc postérieur à 22,5% de SCTB à J+21 d'application exclusive du beurre de vitellaria paradoxa sans pansement occlusif. Patient assis.

Discussion

En six ans, 2,01 % des admissions du service de chirurgie générale du CHUR-OHG ont été des cas de brûlures. C'était essentiellement des brûlures graves (82,89%). La grande majorité des brûlés avait moins de cinq ans (55,96%) faisant ainsi de la brûlure un problème pédiatrique [3,11,12]. Il s'est agi d'un traumatisme surtout du sexe masculin avec un sex-ratio en faveur des hommes dans la plupart des publications.

L'étendue de la surface corporelle brûlée a été en moyenne de $25,80\% \pm 1,23\%$. Plus du quart des brûlures graves avait une SCTB de plus de 30% (34,40%). Plus la SCTB est importante plus les pertes hydroélectrolytiques sont importantes faisant la gravité des brûlures cutanées.

Les brûlures étaient de deuxième degré (99,08%). La prédominance des brûlures thermiques surtout à l'eau chaude (91,74%) pourrait expliquer la prédominance des brûlures de deuxième degré. Les brûlures thermiques surtout au liquide chaud ont toujours été les plus fréquentes dans notre contexte [3,13]. Ces brûlures surviennent préférentiellement à domicile.

La prise en charge d'une brûlure associe toujours un traitement général et un traitement local. Si pour le traitement général le consensus semble fait [14], la

prise en charge locale connaît toujours des innovations. Plusieurs produits parfois à base de plantes naturelles sont utilisés [2,8,15–18].

Le pansement a été non occlusif après application du beurre de vitellaria paradoxa dans 200 cas (91,74%) et occlusif après application du beurre de vitellaria paradoxa dans 18 cas (8,26%). Le pansement non occlusif des brûlures est utilisé depuis des décennies [19]. Dans une étude en 2015, le beurre de vitellaria paradoxa a été utilisé exclusivement chez des enfants dans le service de chirurgie générale du CHUR-OHG. Les résultats étaient encourageants [3]. Durant six ans, les lésions cutanées de tous les cas de brûlures graves admis dans le service ont été traitées avec le beurre de vitellaria paradoxa conformément au protocole du service. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 14,22 jours \pm 0,99 jours. Il a été noté 13,30% de complications, essentiellement des complications hémodynamiques à type d'hypovolémie. Plus des $\frac{3}{4}$ des patients (84,80%) sont sortis guéris. La mortalité a été de 15,20%. Le taux de décès a été plus élevé chez les adultes (19,15%) que chez les moins de 15 ans (14,01%). Forbinake et al avait trouvé 23% de décès [9]. En Allemagne, Panagiotis avait trouvé un de mortalité de 15,0% [20]. La relation entre l'importance de l'étendue de la brûlure et la mortalité est classique.

Conclusion

Après six années d'utilisation exclusive du beurre de vitellaria paradoxa en application locale, nous pouvons conclure que ce beurre naturel pourrait remplacer les corps gras classiques dans la prise en charge locale des brûlures graves récentes. Une étude comparant son efficacité avec la sulfadiazine d'argent s'avère nécessaire.

Annexe: Protocole d'utilisation du Beurre de vitellaria paradoxa.

1. Explication du protocole aux parents afin d'obtenir un consentement volontaire;
2. La réalisation d'un premier pansement au bloc

opératoire sous anesthésie avec excision des phlyctènes ou des tissus nécrotiques;

3. Application de beurre de karité bio en couche épaisse sur toute la surface corporelle brûlée sans pansement occlusif ;
4. Le patient est sorti du bloc recouvert d'un drap stérile et conduit dans une chambre avec air conditionné sur un lit recouvert d'un drap stérile.
5. Seul le premier pansement est effectué au bloc opératoire dès l'admission. Tous les jours, au lit du patient, la surface corporelle brûlée est enduite de beurre de karité bio liquéfié sur la couche de la veille qui ne doit pas être préalablement nettoyée. Ce processus est répété plusieurs fois par jour et cela tous les jours jusqu'à la ré-épithélialisation complète.
6. En cas de surinfection, un nouveau pansement est réalisé au bloc opératoire avec détersion des lésions et application du beurre de karité bio.

*Correspondance

Salam Ouedraogo

ouedraogo_salam@hotmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Maître-assistant de chirurgie générale au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- 2 : Maître assistant de chirurgie pédiatrique au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- 3 : Maître de conférences agrées de chirurgie générale au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- 4 : Médecin anesthésiste réanimateur au centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya
- 5 : Professeur Titulaire chirurgie pédiatrique au centre hospitalier universitaire pédiatrique Souro-Sanon de Bobo-Dioulasso

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Balas F. Les propriétés thérapeutiques du miel et leurs domaines d'application en médecine générale : revue de la littérature. : 86.
- [2] Abdeldjelil MC. Effets cicatrisants de produits à base d'huile de lentisque (*Pistacia lentiscus* L.) sur les brûlures expérimentales chez le rat. 2016;
- [3] Salam O, Mamoudou S, Jean-Luc K, Emile B. Les brûlures de l'enfant : Utilisation du beurre de karité bio/ Burns of Child: Use of Organic Shea Butter. *Rev Int Sc Méd Abj -RISM-2018202126-131*. : 6.
- [4] Arai T. [Burns]. *Nihon Rinsho Jpn J Clin Med*. févr 2016;74(2):231-5.
- [5] Vinsonneau C, Benyamina M. Prise en charge initiale du grand brûlé. *Réanimation* (2009) 18, 679—686
- [6] Hayek S, El Khatib A, Atiyeh B. Burn wound cleansing—a myth or a scientific practice. *Ann Burns Fire Disasters*. 2010;23(1):19.
- [7] Lin T-K, Zhong L, Santiago JL. Anti-Inflammatory and Skin Barrier Repair Effects of Topical Application of Some Plant Oils. *Int J Mol Sci*. 27 déc 2017;19(1):E70.
- [8] Hadjiiski OG, Lesseva MI. Comparison of four drugs for local treatment of burn wounds. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. mars 1999;6 (1):41-7.
- [9] Kouglénou N, Ahouansou RH, Aïssi MV, Houssou P, Padonou W, Fandohan P, et al. Caractérisation physique du fruit et valeur nutritionnelle de la pulpe de karité (*Vitellaria paradoxa*) collecté dans différents parcs au Bénin. *Bull Rech Agron Bénin*. 2012;1840-7099.
- [10] Can İhsan Öztörün, M.D., Sabri Demir, M.D., Müjdem Nur Azılı, M.D., Atilla Şenaylı, M.D., Ziya Livanelioğlu, M.D., Emrah Şenel, M.D Profil épidémiologique et clinique des brûlures dans un hôpital tertiaire d'Afrique subsaharienne. *Ulus Travma Ve Acil Cerrahi Derg Turk J Trauma Emerg Surg TJTES*. janv 2016;22(1):34-9.
- [11] Öztörün CAN, Demir S, Azılı M, Şenaylı A, Livanelioğlu Z, Şenel E. The outcomes of becoming a pediatric burn center in Turkey Türkiye'de çocuk yanik merkezi olmanın sonuçları. 2016;
- [12] SAIDI S. La prise en charge des brûlures de l'enfant en urgence. [PhD Thesis]. 2015.
- [13] Shah AR, Liao LF. Pediatric Burn Care: Unique Considerations in Management. *Clin Plast Surg*. juill 2017;44(3):603-10.
- [14] Jault P, Donat N, Leclerc T, Cirodde A, Davy A, Hoffmann C, et al. Les premières heures du brûlé grave. *J Eur Urgences Réanimation*. 2012;24(3):138-46.
- [15] De Gracia CG. An open study comparing topical silver sulfadiazine and topical silver sulfadiazine-cerium nitrate in the treatment of moderate and severe burns. *Burns J Int Soc Burn Inj*. févr 2001;27(1):67-74.
- [16] Oryan A, Alemzadeh E, Moshiri A. Burn wound healing: present concepts, treatment strategies and future directions. *J Wound Care*. 2 janv 2017;26(1):5-19.
- [17] Ziegler B, Hirche C, Horter J, Kiefer J, Grützner PA, Kremer T, et al. In view of standardization Part 2: Management of challenges in the initial treatment of burn patients in Burn Centers in Germany, Austria and Switzerland. *Burns J Int Soc Burn Inj*. mars 2017;43(2):318-25.
- [18] Wattanaploy S, Chinaronchai K, Namviriyachote N, Muangman P. Randomized Controlled Trial of Polyhexanide/Betaine Gel Versus Silver Sulfadiazine for Partial-Thickness Burn Treatment. *Int J Low Extrem Wounds*. mars 2017;16(1):45-50.
- [19] Frade F, Conti E, Galliani E, Richard P, Vazquez MP, Bach C. P362-Un traitement original de la brûlure de l'enfant: l'exposition à l'air. *Arch Pédiatrie*. 2010;17(6):141.
- [20] Theodorou P, Xu W, Weinand C, Perbix W, Maegele M, Lefering R, et al. Incidence and treatment of burns: a twenty-year experience from a single center in Germany. *Burns J Int Soc Burn Inj*. févr 2013;39(1):49-54.

Pour citer cet article :

S Ouedraogo, B Bere, JL Kambire, S Ouedraogo, PV Zongo, E Bandre. Les brûlures graves récentes : bilan de six années d'utilisation exclusive du beurre de vitellaria paradoxa bio au Burkina Faso. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 328-333



Article original

Evaluation de la qualité microbiologique des aliments à base de céréales et tubercules consommés dans les cantines scolaires de Bamako et environs

Assessment of microbiological quality of foods made with cereals and tubers eaten in school canteens in Bamako and its surroundings

D Cissé*¹, H Touré², M Traoré³, M Samake⁴, B Diarra⁵, SO Diarra⁶, A Traore⁷, OS Maiga⁸, AZ Kone⁹, A Ag Iknane¹⁰

Résumé

La question de l'alimentation est au centre des préoccupations des autorités. L'alimentation dans les cantines scolaires peut être à l'origine des crises sanitaires.

Cette étude visait à évaluer la qualité sanitaire des aliments dans les cantines scolaires de Bamako et environs.

Un sondage aléatoire a été fait sur la base des cantines fonctionnelles, 350 écoles répondant à ces critères ont été sélectionnées. Soit un échantillon de 35 écoles.

L'analyse des différents échantillons a révélé un taux élevé des germes totaux et de staphylocoques, un indice plus élevé de contamination fécale en coliformes thermo tolérants dans la quasi-totalité des plats, une forte présence de levures et de moisissures dans les plats de céréales.

Les microorganismes et les mycotoxines ont aussi été retrouvés dans les plats de céréales.

La contamination de certains aliments n'est pas seulement liée au manque d'application de bonnes pratiques, mais à l'utilisation de l'huile, utilisée à 88% comme ingrédient des mets habituellement consommés comme le riz au gras, le riz avec sauce, la viande, les frites, etc.

La qualité de la restauration dans les cantines scolaires est peu satisfaisante et mérite une attention particulière pour éviter une crise sanitaire aux conséquences incalculables.

Mots-clé : Evaluation, Cantine scolaire, Bamako.

Abstract

The food issue is a central concern of the authorities. Unhealthy eating in school canteens can cause health crises. This study aimed to assess the sanitary quality of food served in school canteens in Bamako and its surroundings.

A random survey was carried out based on functional canteens. 350 schools which met these criteria were selected. In total 35 samples were collected.

The analysis of the different samples revealed a high rate of total germs and staphylococci, a higher index of fecal contamination in thermo-tolerant coliforms in almost all dishes, and a high presence of yeasts and molds in the cereal dishes.

Microorganisms and mycotoxins were also found in the cereal dishes.

The contamination of some foods is not only related to the lack of application of good practices, but to the use of oil, used in 88% as an ingredient of the dishes

usually consumed such as rice with fat, rice with sauce, meat, French fries, etc.

School canteen catering is unsatisfactory and deserves special attention to avoid a health crisis with incalculable consequences.

Keywords: Assessment, School canteen, Bamako.

Introduction

L'alimentation des groupes humains a toujours été au centre des préoccupations des autorités à travers le monde. En Afrique au sud du Sahara, l'urbanisation galopante due à l'exode rural et au fort taux de croissance naturelle a facilité l'émergence de nouveaux modes de consommation alimentaire. Au Mali, ces consommations sont individuelles ou collectives, organisées ou informelles dans des lieux restreints ou publics. De nos jours, les consommateurs rencontrent de multiples contraintes liées à la qualité sanitaire de ce qu'ils consomment surtout dans les milieux scolaires.

Selon la FAO et l'OMS [1] une alimentation saine et nutritive constitue un des droits fondamentaux de la personne et un facteur essentiel pour un état de santé adéquat. Malheureusement, la plupart des aliments proposés ne répond pas aux normes internationales en matière d'alimentation saine et nutritive et ce en dépit des progrès dans la connaissance des causes liées au non-respect de ces principes.

Les intoxications alimentaires demeurent un problème important de santé publique ; selon l'OMS (2005), 30% des habitants des pays développés sont affectés chaque année par une maladie d'origine alimentaire. [2] Cette assertion est confirmée par JONES T.F. et al, (2006) [3], pour qui 20% des toxi-infections aux Etats-Unis seraient dues à la manipulation des aliments.

En France, en 2010, 92 TIAC confirmées à Salmonella ont été à l'origine de 1 066 cas de maladies et 145 hospitalisations. [4]

Les problèmes d'hygiène alimentaire en Afrique représentent également un problème de Santé

Publique dans lequel plusieurs facteurs peuvent être mis en cause, tels que les facteurs climatiques (la température et l'humidité).

Au Mali, une étude réalisée en 2012 par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire des Aliments (ANSSA) dans les établissements scolaires du quartier de Sabalibougou en commune V du district de Bamako a démontré que 87,93% des opérateurs conservaient les aliments préparés à la température ambiante et l'environnement de travail était insalubre dans 86,50% des cas [5]. Elle a révélé également que les conditions d'hygiène tout au long du processus de préparation étaient médiocres dans 80,50% des cas.

Au regard des préoccupations ci-dessus indiquées, la qualité des aliments dans les cantines doit être au centre des préoccupations. Elle doit faire l'objet d'enjeux scientifiques, politiques et socio-économiques pour tout Etat soucieux de la sécurité sanitaire des aliments.

Objectif de l'étude

Ce travail avait pour but de déterminer de la qualité microbiologique des aliments à base de céréales et tubercules consommés dans les cantines scolaires de Bamako et environs.

Méthodologie

Matériels

Pour mener à bien cette étude nous avons procédé à des prélèvements de matériels biologiques : riz au gras; riz sauce tomates, sauce oignons, sauce feuilles, sauce arachides; sandwichs (œufs viandes et poissons), fonio, haricot, pâtés, poisson de mer, poisson "tineni", brochettes, banane plantain, "atiéké" et œufs.

Méthodes

Choix des écoles et enquêtes :

Un sondage aléatoire a été fait sur la base des cantines fonctionnelles (au moins un aliment à base de céréale ou tubercule est servi par jour) toute l'année et la présence d'un effectif de plus de 300 élèves en primaire. Un ensemble de 250 écoles répondant à ces critères a été obtenu. Dix (10%) de

cet ensemble soit 25 écoles ont fait l'objet d'étude. Les prélèvements d'échantillons ont été effectués dans ces écoles réparties dans la ville de Bamako et sa zone périurbaine.

Les élèves des classes de 5ème et de 6ème année, âgés de 12 à 13 ans ont constitué notre cible. Un tirage aléatoire simple a été réalisé pour retenir 14 élèves dans les classes de 5ème et 6ème (10 élèves par classe) dans chacune des 35 écoles soit un total de 350 élèves (garçons et filles). Ce tirage a été fait selon un pas de sondage.

Les directeurs, les enseignants, les agents du service de santé impliqués dans le suivi des cantines scolaires et les cuisinières des cantines des 35 écoles ont été enquêtés.

Le conseiller du maire chargé de la santé et un membre du comité de gestion scolaire impliqué dans la gestion de chaque cantine ont également fait l'objet de notre enquête. Un guide d'observation sur l'état de salubrité des écoles a été établi et administré dans chaque cantine.

Identification et quantification des micro-organismes contenus dans les aliments :

Identification et quantification des bactéries

Dans le cadre de la caractérisation biologique des aliments proposés à la consommation dans les cantines, nous avons procédé à une analyse microbiologique complète pour nous assurer de leurs qualités et des conditions d'hygiène qui ont prévalu pendant leurs préparations.

Les contaminants bactériologiques déterminés sont les coliformes totaux (CT), les coliformes fécaux (CF), les streptocoques fécaux (SF), les Salmonelles (S).

Les méthodes d'analyse utilisées sont:

Pour les CT, CF, SF et S nous avons procédé aux tests de présomption et au dénombrement en utilisant la méthode de « nombre le plus probable » ou Most Probable Number « MPN » utilisée dans les laboratoires.

Les coliformes totaux ont été recherchés et dénombrés après dilution ((NF ISO 6887-1, 1999) suivant la

méthode NF EN ISO 4831-1, 1991),

Les coliformes fécaux ont été déterminés et dénombrés suivant la méthode (NF EN ISO 4831-1, 1991).

Les streptocoques fécaux ont été identifiés et dénombrés selon un protocole proche de celui des coliformes totaux, seulement la culture est faite sur milieu Azide Dextrose Broth.

Les Salmonelles ont été recherchées et identifiées selon la méthode EN ISO/DIS 6579 (2001), et les staphylocoques selon la méthode NF EN ISO 6888-1-1 (1999).

- Identification et quantification des levures et moisissures

Dix (10) grammes d'échantillons d'aliments ont été dispersés, à l'aide d'un mélangeur, dans 90 ml d'une solution de Tween 80 à 0,05%, 1 ml de chaque dilution décimale a été étalé sur milieu solide malt (2% agar, 2% malt et 50 ppm de chloramphénicol) et sur milieu malt solide contenant du NaCl (milieu solide malt + 6% NaCl). Les colonies typiques ont été comptées après 3, 5 et 7 jours à 25 et 31°C. Les *Aspergillus* et les *Fusariums* ont été ensuite identifiés au niveau de l'espèce selon les méthodes de Pitt (1988), Rapper et Fennell (1965) et Botton (1990).

Les analyses effectuées à l'ICRISAT ont porté sur la quantification de l'aflatoxine totale par la méthode dosage immuno-enzymatique (ELISA) par compétition indirecte.

Résultats

Analyse des agents microbiologiques et chimiques selon les différentes catégories de plats

Les différents plats cuisinés ont été classés en trois grandes catégories :

- Les plats cuisinés à base de céréales ;
- Les plats cuisinés à base de tubercule
- Les plats cuisinés à base d'oléagineux ;
- Les analyses microbiologiques ont été effectuées sur les différents plats consommés dans les différentes cantines scolaires des rives droite (zone I) et gauche (zone II) et Kati (zone III).

La figure 1 montre que la proportion d'aliments contaminés est plus marquée dans la zone III (40 %) contrairement à la zone I où elle est faible (19,3 %).

Il ressort des résultats du croisement des germes que la proportion de l'aflatoxine est plus élevée (57 %) dans les aliments servis dans les écoles que les bactéries (28 %). Dans les deux cas la présence de germes est supérieure à 50%.

La proportion des aliments les plus contaminés provient de la cantine du collège H BAD avec 75% et à Dar 1er cycle avec 66.7%, ensuite 61,1 % à Doun et 56.3 au PG

Le tableau I ne montre qu'aucun mets à base de céréale ne contient de salmonelles ni d'anaérobies sulfite réducteur par contre les taux obtenus de staphylocoques, de germes totaux de coliformes totaux et de coliformes thermo tolérant dépassent de loin les normes. Plus précisément en zone I à Sab (160.106 contre 3.105 de germes totaux et 14.102 contre 102 de staphylocoques).

L'indice de contamination fécal s'observe à Bad et Yan avec respectivement 40.10 et 104 de germes de coliformes thermo –tolérants contre 10 germes /ml de normalité.

Les résultats ont montré aussi une forte présence de levure et moisissures dans les plats à base de céréales à Sab et Yan.

En zone II, les Coliformes thermo-tolérants et les Anaérobies sulfite- réducteurs sont absents dans cette denrée. Cependant la qualité sanitaire est mauvaise et les plats consommés dans la zone sont contaminés par les Salmonelles, les Staphylocoques surtout à Kal, Sib et Sir. Par contre, il y a moins de ces micro-organismes à Sib toujours en zone I. On remarque beaucoup plus de levures et moisissures à l'école de Kal (+ + +) qu'à celle de Sib (+). En zone III, une contamination à Staphylocoque a été constatée à Dar avec 1000 germes/ml. Ceci est supérieur à la norme française (30germes/ml) du 21 décembre 1979. Par contre, il n'y a pas eu de Salmonelles, ni d'autres bactéries faisant objet d'études sur les plats cuisinés à base de céréales dans la zone.

En zone I, aucun plat ne contient de Salmonelle, de

Coliformes thermo-tolérants, ou d'Anaérobies Sulfite réducteurs. Par contre, par rapport aux différentes normes, les plats cuisinés à base de tubercules et d'oléagineux contiennent une forte proportion en Staphylocoques (18.102 de germes / ml), en germes totaux (75.106 de germes /ml surtout à Yen) et en coliformes totaux (30.103 de germes/ml en particulier à Sab). Très peu de levures et de moisissures ont été trouvées dans l'analyse des plats cuisinés à base de tubercule et des oléagineux (+).

Les analyses microbiologiques donnent des taux très élevés en Staphylocoques à Kalab (4.102 de germes /ml) et au PG (10.102) et en Coliformes thermo-tolérants (10.103 de germes/ml). Ces taux sont supérieurs aux normes respectivement de 30 germes/ml et de 1000 germes/ml. Par rapport aux autres germes, les plats cuisinés à base de tubercules et d'oléagineux en sont dépourvus.

En zone II, il n'y a pratiquement pas de levure et de moisissures sur les plats analysés à base de tubercules et des oléagineux à part Kal où on observe un très faible taux de contamination.

Enfin en zone III, les plats cuisinés à base de tubercules et d'oléagineux ont montré des taux très inférieurs de microorganismes en deçà des normes françaises. Dans les plats analysés, on n'a trouvé ni de levure ni de moisissures.

En zone I l'analyse toxicologique du riz au gras consommé par les élèves montre un taux plus élevé (6 ppb) que la norme (4 ppb). Par contre les taux trouvés dans les pâtés sont conformes à la norme soit 1,9 (Sab) et 0,4 (Ros).

Concernant les résultats des analyses toxicologiques des plats à base de céréales de la zone II, le tableau 4 nous donne des renseignements suivants.

Le tableau IV nous renseigne que les aliments (riz au gras et farine salée) des écoles Hip et Sir ont atteint l'extrême en termes de contamination toxicologiques avec respectivement 25,5 et 15,5 ppb. En revanche, l'absence totale de toxine a été constatée au niveau des écoles Las, Tal et Com 3.

Quant aux résultats des analyses toxicologiques des plats à base de céréales de la zone III, le tableau 5

montre le niveau de toxicités suivantes. Le tableau V indique que la contamination s'observe seulement au niveau du riz au gras avec un très faible taux soit 0,4 ppb. S'agissant des résultats des analyses toxicologiques des plats à base de tubercules et oléagineux de la zone

I, le tableau VI nous donne les informations suivantes. Le tableau VI indique aussi une très faible contamination toxicologique de 0,6 ppb à Sab. Le tableau VII nous donne les informations sur les résultats des analyses toxicologiques des plats à base de tubercule et oléagineux de la zone II.

Tableau I : résultats des analyses microbiologiques des plats cuisinés à base de céréales des zones I, II et III.

	Zone I	Zone II	Zone III	Norme
Germe des plats cuisinés à base de céréales				
Salmonelles (n=	Absence à Sab	Présence à Kal	Absence	Absence
Staphylocoque	18.10 ² à Sab	5.10 ² Sib 9.10 ² à Kal	10.10 ²	10 ²
Germes totaux	75.10 ⁶ à Yen	40.10 ⁶ à Sib 41.10 ⁶ à Kal 10 ⁶ à Kal	0	30.10 ⁴
Coliformes Totaux	10 ³ à Sab 200.10 ³	1010 ³ et 10 ² Sir 5.10 ³ à Kal 6.10 ³ à Sib	0	10 ³
Coliformes thermo-tolérants	0	40.10 ³	0	10
Anaérobies sulfito-réducteurs	0	0	0	30
Levure et moisissures	+ à Sab + à Yan	+++ à Kal + à Sib	0	+ <

Tableau II : résultats des analyses microbiologiques des plats cuisinés à base de tubercules et oléagineux de la zone I, II, et III

Germe selon les plats a base de Tubercule et oléagineux	Zone I	Zone II	Zone III	Norme
Salmonelles	Absence A Sab	Ab-sence	Absence	Absence
Staphylocoque	18.10 ² à Sab	4.10 ² à Kal 10.10 ² à Pg	0	10 ²
Germes totaux	7510 ⁶ . àYen	30	0	30.10 ⁴
Coliformes Totaux	30.10 ³ à Sab 8.10 ³	20	0	10 ³
Coliformes thermo-tolérants	0	10.10 ³	0	10
Anaérobies sulfito-réducteurs	0	0	0	30
Levure et moisissures	+ (Sab) + (Yan)	+(kal)	0	+ <

Tableau III : résultats des analyses toxicologiques des plats à base de céréales de la zone I.

Zone I	Types d'aliment						
	Riz au gras	Pâté	Fonio	Riz avec sauce d'arachide	Riz sauce épinard	Farine salée	Riz avec sauce
Sab	0	1,9	0	0	0	0	0
Ros		0,4	0	0	0	0	0
ColHo	6	0	0	0	0	0	0

Tableau IV : résultats des analyses toxicologiques des plats à base de céréales de la zone II

Zone II	Types d'aliment						
		Pâté	Fonio	Riz avec sauce d'arachide	Riz sauce épinard	Farine salée	Riz avec sauce
Bou	4	1,9	0	0	0	0	0
Hip	0,3 0,6	0,3 0,4	2,1	2,1	0	2,1 15,5	0
Las	0	0	0	0	0	0	0
ColHo	6	0	0	0	0	0	0
Sir	25,5	0	0	0	0	0	0
Tal	0	0	0	0	0	0	0
Com 3	0	0	0	0	0	0	0

Tableau V : résultats des analyses toxicologiques des plats à base de céréales de la zone III

Zone III	type d'aliment						
	Riz au gras	Pâté	Fonio	Riz avec sauce d'arachide	Riz sauce épinard	Farine salée	Riz avec sauce
Dial	0	0	0	0	0	0	0
Dar	0,4	0	0	0	0	0	0

Tableau VI : résultats des analyses toxicologiques des plats à base de tubercule et oléagineux de la zone I

Zone I	Type d'aliment				
	Fari	Atieké	Pomme de terre	Bananes plantain	Haricot
Sab	0,6	0	0	0	0
Ros	0	0	0	0	0
Yen	0	0	0	0	0

Tableau VII : résultats des analyses toxicologiques des plats à base de tubercule et oléagineux de la zone II

Zone II	Types d'aliment				
	Fari	Atieké	Pomme de terre	Bananes plantain	Haricot
Com 3	0,6	0	0	0	0
Bou	0	0	0	0	0
Hip	0	0	0	0	0
Las	0	0	0	0	0
ColHo	0	0	0	0	0
Sir	0	0	0	0	0
Tal	0	0	0	0	0

Ce tableau indique qu'à part l'école de Com 3 (0,6 ppb) aucune autre contamination toxicologique n'est observée.

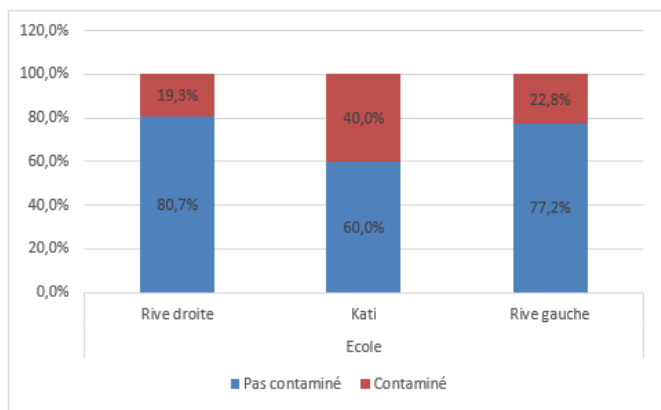


Figure 1 : Proportion des aliments contaminés et non contaminés par académie d’enseignement.

Source : Notre thèse de doctorat.

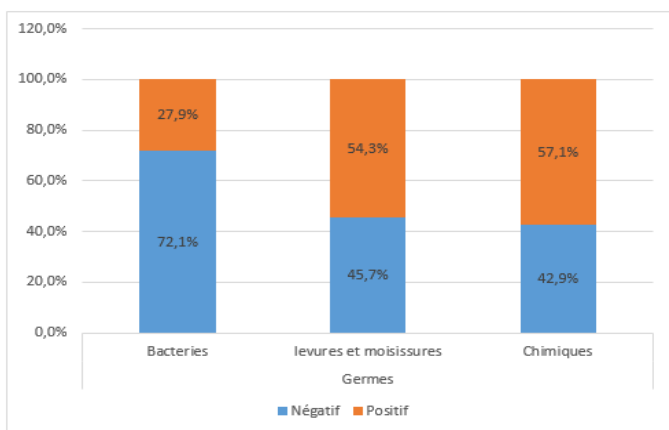


Figure 2 : Proportion des aliments contaminés et non contaminés selon le type de germes.

Source : Notre thèse de doctorat.

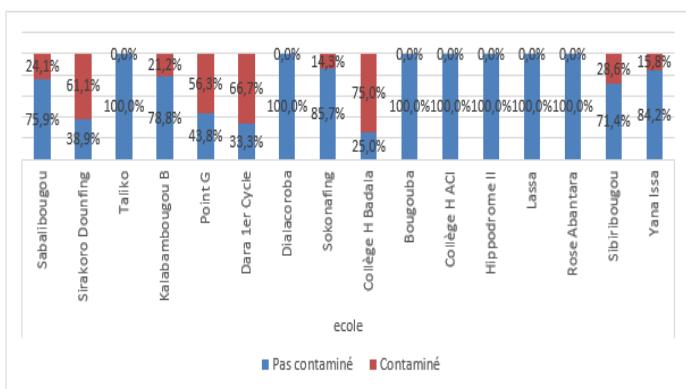


Figure 3 : Proportion des aliments contaminés et non contaminés par école (%)

Source : Notre thèse de doctorat

Discussion

Il est difficile de présenter les risques liés à la consommation des plats cuisinés sans parler de tous

les microorganismes. Cependant, nous avons choisi un certain nombre d’entre eux susceptibles de se trouver dans les plats de céréales et de tubercules cuisinés capables d’influer sur la qualité sanitaire des aliments consommés dans les écoles à cantines de Bamako et sa péri urbaine.

L’étude s’est penchée sur la contamination de trois grandes catégories de plats cuisinés (céréales, tubercule-oléagineux).

Les résultats des analyses sur les plats à base de céréales ont donné respectivement des taux très élevés des germes totaux (Sab en zone I avec 160.106g/ml) et de staphylocoques (Sab en zone I avec 14.102 g/ml) par rapport aux normes recommandées (30.104 et 102g/ml).

L’indice de contamination fécale en coliformes thermo-tolérants est présent à Bad (40.103 g/ml) et à Yan (103g/ml) pour une normalité de 10g/ml. Cette situation est confirmée par l’étude de BADEDJI.T et al (2008) sur les causes des maladies d’origine alimentaire dans les cantines scolaires au Bénin. Son étude révèle la présence de Staphylococcus aureus et Clostridia sulfito-réducteurs dans les plats consommés dans les cantines scolaires.

Les résultats ont montré aussi une forte présence de levures et moisissures dans les plats à base de céréales à Sab et Yan. Nos résultats confirment l’étude menée au Bénin par BADEDJI .T et al, en 2008, sur les causes des maladies d’origine alimentaire dans les cantines scolaires.

Par contre, les analyses microbiologiques des plats à base de tubercules et d’oléagineux montrent que tous les plats de la zone III sont exempts de microorganismes (bactéries, levures et moisissures) pouvant contaminer les plats consommés par les élèves de toutes les écoles à cantines inclus dans l’échantillonnage.

La restauration offerte aux enfants dans ces écoles à cantine pourrait être considérée, à priori comme source probable de risque sanitaire pour les enfants. Cependant, il ressort de certaines études telles que celle réalisée par Honoré Sourou Bankolé et al. (2012) de l’université d’Abomey- Calavi du Bénin,

et BELOMARIA et al (2007) que la qualité sanitaire des aliments proposés dans les cantines de certaines écoles peut être des sources potentielles de toxoinfection collective chez les élèves.

Pour les cas de contamination à base de céréales, notre étude a trouvé un fort taux de mycotoxines dans les plats à base de céréale consommé dans les écoles à cantines scolaires. Ces mycotoxines, selon GUIPER et al, (1995), interviennent lorsque l'alimentation est infectée. Pour ces auteurs, une exposition chronique des consommateurs à des faibles doses de mycotoxine peut constituer un risque sanitaire. Ils mentionnent également que les moisissures, particulièrement l'*Aspergillus flavus*, se développent surtout sur les arachides, les noix et les céréales, et secrètent l'aflatoxine qui est un agent des plus puissants cancérigènes connus dans l'alimentation.

Conclusion

L'évaluation de la qualité sanitaire des aliments consommés dans les cantines scolaires et la nécessité de la maîtrise des problèmes posés par les plats cuisinés passent par la prise en compte des facteurs de risque sanitaires, et des microorganismes. La contamination des aliments n'est pas seulement liée au manque d'application de bonnes pratiques mais plutôt à l'utilisation des matières premières, comme l'huile, utilisée à 88% comme ingrédient des mets consommés dans les familles maliennes notamment : le riz au gras, le riz sauce, la viande, les frites, etc. La restauration offerte aux enfants dans les cantines scolaires pourrait être considérée, à priori comme source probable de risque sanitaire pour les enfants, qu'il faudrait approfondir par d'autres recherches.

*Correspondance

Dioume Cissé

dioumecis@yahoo.fr

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Chargée de recherche, INSP Bamako, Mali
- 2 : Chargée de recherche, INSP Bamako, Mali
- 3 : Chargé de recherche, INSP Bamako, Mali
- 4 : Enseignant/chercheur, CNRST, Bamako, Mali
- 5 : Maitre-assistant Institut de pédagogie universitaire IPU, Bamako, Mali
- 6 : Maitre-assistant en santé publique, INSP, Bamako, Mali
- 7 : Chargée de recherche, INSP, Bamako, Mali
- 8 : Chargée de recherche, Ex ANSSA, Bamako, Mali
- 9 : Enseignant/chercheur, Direction Régionale de l'Élevage de Ségou
- 10 : Professeur titulaire de santé Publique -Nutrition, DERSP, FAPH/FMOS INSP, Bamako, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] FAO/OMS, 2005, Garantir la sécurité sanitaire et la qualité des aliments : directives pour le renforcement des systèmes nationaux de contrôle alimentaire, Commission mixte FAO/OMS du Codex Alimentarius 80 p ;
- [2] OMS /centre de media 2015, maladie d'origine alimentaire
- [3] T. F. Jones, F. J. Angula, 2006, Eating in restaurants: a risk factor of foodborne illness, Clin. Infect. Dis. 43, 1324-1328.
- [4] Jourdan-Da Silva N., Le Hello S. Salmonelloses en France, 2002-2010 : tendances en épidémiologie humaine, émergence de la souche monophasique, principaux aliments impliqués dans les dernières épidémies. Centre national de référence des Salmonella, 2012, France, Institut Pasteur.
- [5] Cissé D, Konaté Y. 2012, Offre alimentaire dans les établissements scolaires du quartier de Sabalibougou en commune 5 du district de Bamako. Mali Médical, 30 (2) : 1-7.
- [6] Guiper-gaudmant 1995 mycotoxins : risk assessment and legislation « toxicol let,82-83, pp:(853-859)

Pour citer cet article :

D Cissé, H Touré, M Traoré, M Samake, B Diarra, SO Diarra et al. Evaluation de la qualité microbiologique des aliments à base de céréales et tubercules consommés dans les cantines scolaires de Bamako et environs. Jaccr Africa 2021; 5(3): 334-341



Article original

Connaissances, attitudes et pratiques sur les risques liés aux déchets biomédicaux : étude comparative dans deux formations sanitaires de Pointe-Noire

Knowledge, attitudes, and practices on biomedical waste risks: a comparative study at two health facilities in Pointe-Noire

E Ebatetou Ataboho*^{1,2}, GJ Kokolo³

Résumé

Objectif : Comparer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel hospitalier sur les risques liés aux déchets biomédicaux (DBM).

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) effectuée auprès du personnel d'un hôpital public et d'une clinique privée à l'aide d'un questionnaire pré-établi.

Résultats : La population féminine prédominait (56%) et 61,7% avait une ancienneté de moins de 9 ans et constituée majoritairement par les infirmiers (36,9%), le personnel d'appui (34,8 %) et les médecins (17 %). 61,7% du personnel du privée affirmaient avoir eu une formation sur la gestion des DBM versus 16,7 du public ($p < 0,0001$). Le code couleur des déchets était connu et respecté que par 47,6% dans le privé et 1% dans le public ($p < 0,0001$). Les DASRI et les DAOM étaient le type de déchets les mieux connus (>88%). La connaissance sur les voies possibles de contamination et les maladies résultant de l'exposition aux DBM était médiocre dans l'ensemble. Il en était de même de la connaissance et du respect des mesures de réduction du risque, plus marquante dans le public. Concernant les accidents, 71,4 % du personnel du

privé affirmaient suivre la procédure contre 28,6 % dans le public et seulement 14,3% du personnel du privé enregistreraient l'accident contre 0,8% du public.

Conclusion : Les procédures de gestion des déchets restent mal connues et mal respectées dans les deux formations sanitaires enquêtées. De ce fait, des formations et des sensibilisations des travailleurs s'imposent pour leur meilleure protection.

Mots-clés : déchets biomédicaux, enquête CAP, personnel hospitalier, formations sanitaires privée et publique.

Abstract

Objective: To compare the knowledge, attitudes, and practices of hospital staff on the risks associated with biomedical waste (BMW).

Methodology: This was a cross-sectional KAP-type study (Knowledge, Attitudes and Practices) conducted with the staff of a public hospital and a private clinic using a pre-established questionnaire.

Results: The population was predominantly female (56%) and 61.7% had professional experience of less than 9 years. The majority were represented by nurses (36.9%) followed by support staff (34.8%) and doctors (17%). More than half (61.7%) of private

sector personnel claimed to have had training in BMW management versus 16.7 of the public ($p < 0.0001$). The waste color code was known and respected by only 47.6% in the private sector and 1% in the public ($p < 0.0001$). Infectious and noninfectious medical waste were the type of waste best known by all staff ($> 88\%$). Knowledge of possible routes of contamination and diseases resulting from exposure to BMW was poor in the 2 health facilities. It was the same for knowledge and compliance with risk reduction measures with emphasis in the public. Regarding accidents, 71.4% of private staff claimed to follow the procedure against 28.6% in the public and only 14.3% of private staff recorded the accident against 0.8% of the public. Conclusion: These results show that waste management procedures are often poorly understood and poorly respected in health facilities. Therefore, training and awareness raising for workers is essential for better protection.

Keywords: biomedical waste, KAP survey, hospital staff, private and public health facilities.

Introduction

La promotion de la santé et la sécurité au travail (SST) a fait de progrès significatifs ces cinquante dernières années et elle retient, depuis une décennie, l'attention des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et des organismes de prévention sur la notion des risques professionnels.

Dans les hôpitaux, les activités de soins produisent une quantité croissante de déchets qui génèrent des risques pour les personnels de santé exposés : ces déchets représentent non seulement une menace pour la santé mais aussi une source de nuisance et une cause d'infections nosocomiales du fait de leur caractère infectieux et toxique. La prévention de ces risques exige une gestion rigoureuse de l'ensemble de ces déchets hospitaliers [1].

L'organisation mondiale de la santé (OMS) suggère, dans ses recommandations, la mise en place des plans de gestion des déchets de soins médicaux à partir

de l'évaluation du secteur national [2]. Mais, des nombreuses structures de soins de santé ne gèrent pas encore correctement les déchets d'activités de soins. Les directeurs de ces structures devraient soutenir tout processus d'amélioration continue [3].

Les études épidémiologiques indiquent qu'après piqûre accidentelle avec une aiguille utilisée pour un patient infecté, le risque d'être infecté par le virus d'hépatite B (VHB), le virus d'hépatite C (VHC) et le VIH est respectivement de 30 %, 1,8 % et 0,3 % [4]. Les résultats d'une étude conduite dans 22 pays en voie de développement ont montré que la proportion des établissements de santé qui n'éliminent pas efficacement leurs déchets de soins varie entre 18 à 64%. La manipulation manuelle des déchets récupérés à la sortie des structures de soins constitue un danger supplémentaire dans ces pays [5].

Au Congo où l'on peut aussi trouver les écarts observés dans les autres pays en développement, la mise en place du premier plan national de la gestion des déchets biomédicaux (DBM) en 2003 s'est justifiée par l'absence de procédure normalisée (guides techniques ou directives, procédures de contrôle) pour le tri, la collecte, le stockage, le transport, le traitement et l'élimination des DBM [6]. Selon Mokoko et al, la gestion des déchets hospitaliers au centre hospitalier universitaire de Brazzaville est estimée inadéquate avec des effets potentiellement néfastes sur la santé du personnel hospitalier et sur l'environnement [7]. Cependant, les risques d'exposition aux déchets hospitaliers chez le personnel hospitalier de Pointe-Noire ne nous semblent pas avoir été documentés à ce jour.

Pour contribuer à la protection de la santé et l'amélioration des conditions de travail du personnel hospitalier, cette enquête a été réalisée dans l'objectif de comparer les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels hospitaliers de deux formations sanitaires différentes, l'une privée et l'autre publique, sur le risque liés aux déchets biomédicaux.

Méthodologie

Cadre, type et population d'étude

L'étude a eu pour cadres un hôpital public et une clinique privée du département de Pointe-Noire, capitale économique du Congo-Brazzaville. Il s'est agi d'une étude observationnelle, descriptive et transversale à recueil de données prospectif de 15 janvier 2019 au 15 Juin 2019 soit une durée de 5 mois.

La population d'étude, recrutée sur un mode d'échantillonnage exhaustif, était constituée de tout le personnel d'appui (chargé du nettoyage des surfaces et de la collecte des déchets hospitaliers) et du personnel de santé (techniciens de laboratoire et de radiologie, infirmiers, sages-femmes et médecins) ayant au moins une année d'ancienneté au poste occupé et consenti à cette enquête.

Méthodes

- Collecte de données

Le recueil des données s'est fait par observation directe et questionnement des personnels d'appui et soignant retenus pour l'étude. L'observation avait permis d'évaluer la pratique et les attitudes et les interviews les connaissances vis-à-vis de la gestion des déchets biomédicaux. Le questionnaire utilisé était inspiré de celui de l'organisation mondiale de la santé sur la gestion des déchets [2]. Cette collecte a été faite sous la supervision du responsable du service d'hygiène hospitalière de chaque formation sanitaire.

- Variables

Les différentes variables d'études ont été : les paramètres épidémiologiques de la population d'étude (âge, sexe, ancienneté dans la profession, catégorie professionnelle), les variables liées au processus de gestion de déchets (formation, type de déchets, collecte, tri, codes couleur) et les variables liées à la prévention des risques sanitaires et environnementaux (maladies liées aux déchets, voies de contamination, les procédures en cas de blessure, déclarations d'accident, les précautions universelles).

Analyse statistique

La saisie des données s'est faite sur Epi info version 7. Les données ont été analysées à l'aide de Epi info

version 7 et SPSS version 17.0. Les résultats ont été exprimés en moyennes pour les variables quantitatives et en proportions pour les variables qualitatives.

La comparaison des variables a été faite par comparaison des proportions en utilisant les tests de Khi2 de Fischer ou de Pearson.

L'intervalle de confiance a été calculé à 95%, le seuil de significativité retenu est de 0,05.

Résultats

Taux de participation

Sur les 157 personnels de santé de l'hôpital public qui répondait aux critères d'inclusion 78 seulement ont accepté de participer à ce travail soit 49,7%. En revanche, au niveau de la clinique privée, 14 (31,8%) sur 44 seulement ont été retenus. Quant au personnel d'appui, 42 (56%) sur 75 ont été inclus au niveau de l'hôpital public et 7 (70%) sur 10 au sein de la clinique privée.

Au total, cette étude a inclus 141 (49,3%) personnels de santé et d'appui sur les 286 attendus.

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

L'âge moyen des personnels de la clinique privée était de 42,42, avec les extrêmes de 27 et 62 ans.

L'âge moyen des personnels de l'hôpital public était de 36,36, avec les extrêmes de 23 et 58 ans.

L'âge médian était respectivement de 37 ans à la clinique privée et de 32 ans à l'hôpital public.

La répartition des personnels selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles est représentée dans le tableau I.

Paramètres liés au processus de gestion de déchets

L'enquête a montré que 4,7% du personnel avaient du retard dans la collecte des déchets à la clinique privée versus 7,5% à l'hôpital public ($p=0,0021$).

Quant au tri des déchets biomédicaux, on a retrouvé un taux de mauvais tri de déchets biomédicaux à la clinique privée de 23,8% contre 16,6% à l'hôpital public ($p=0,5344$).

Le tableau II récapitule la comparaison des autres paramètres de la procédure de gestion des déchets

dans les deux formations sanitaires.

Paramètres liés à la prévention des risques sanitaires et environnementaux

- Connaissance sur les maladies consécutives à l'exposition aux déchets biomédicaux

Le personnel de santé des deux formations sanitaires a été questionné sur les maladies pouvant résulter d'une exposition aux déchets biomédicaux. Les réponses correctes sont représentées dans le tableau III.

- Connaissance sur les voies possibles de contamination par les déchets biomédicaux

Le personnel de santé avait répondu sur les voies possibles de contamination d'une exposition par des déchets biomédicaux. Les réponses correctes sont représentées sur les tableau IV.

- Dispositions à prendre pour réduire le risque

Le personnel de santé des deux formations sanitaires a été aussi questionné sur les dispositions à prendre pour réduire les risques liés à l'exposition aux déchets biomédicaux. Les réponses correctes sont représentées dans le tableau V.

- Conduite à tenir en cas d'accident

En cas d'accident notamment les blessures, 71,4 % de tout le personnel de la clinique privée avaient affirmé suivre le protocole affiché contre 28,6% du personnel de l'hôpital public ($p < 0,0001$).

Quant à l'enregistrement de l'accident dans le registre dédié, seuls 14,3% de tout le personnel de la clinique privée le faisaient contre 0,8% du personnel de l'hôpital public ($p = 0,0105$).



Figure 1 : Déchets biomédicaux non sécurisés à l'hôpital public.

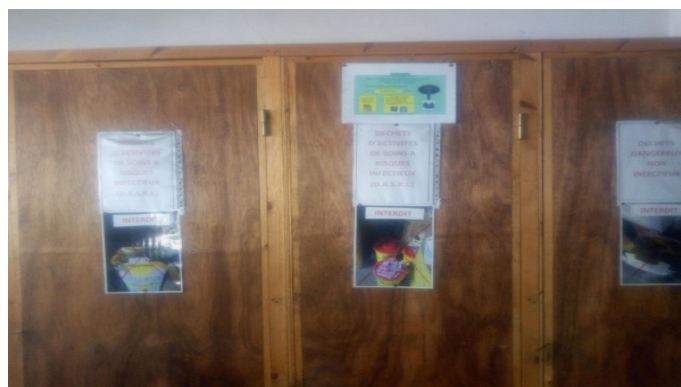


Figure 2 : Déchets biomédicaux sécurisés à la clinique privée

Tableau I : répartition des personnels hospitaliers selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

	Clinique privée		Hôpital public	
	Effectif	%	Effectif	%
Age (ans)				
20 -29	3	14,3	26	21,7
30 -39	9	42,9	55	45,8
40 - 49	2	9,52	27	22,5
> 50	7	33,3	12	10
Genre				
Masculin	13	61,9	49	40,8
Féminin	8	38,1	71	59,2
Catégorie professionnelle				
Personnel d'appui	7	33,3	42	35
Infirmiers	7	33,3	45	37,5
Techniciens	-	-	6	5
Médecins	6	28,6	18	15
Autres	1	4,8	9	7,5
Ancienneté (ans)				
0 - 9	10	47,6	77	64,2
10 -19	6	28,6	31	25,83
20 - 29	3	14,3	8	6,7
>30	2	9,52	4	3,33
Total	21	100	120	100

Tableau II : Répartition du personnel selon leur formation et leur connaissance en gestion des déchets biomédicaux.

	Clinique privée		Hôpital public		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Formation à la gestion des déchets					
Non	8	38,1	100	83,3	<0,0001
Oui	13	61,9	20	16,7	
Code couleur					
Oui	10	47,6	1	1	<0,0001
Non	11	52,4	119	99	
Type de déchets					
DASRI*	21	100	115	95,8	1
DAOM**	21	100	106	88,3	0,1294
Déchets anatomiques	3	9,5	31	25,8	0,406
Déchets radioactifs	1	4,76	4	3,3	0,1836
Total	21	100	120	100	

*DASRI : Déchets d'activités de soin à risques infectieux

**DAOM : Déchets assimilables aux ordures ménagères

Tableau III : Réponses correctes du personnel de santé sur les maladies liées l'exposition aux déchets biomédicaux

	Clinique privée		Hôpital Public		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Infection gastro entérite	2	14,3	10	12,9	0,880
Infection respiratoire	4	28,6	45	57,7	0,044
Infection cutanée	-	-	28	35,9	
Fièvres hémorragique	-	-	1	1,3	
SIDA	10	71,4	23	29,5	0,002
Hépatite Virale A	-	-	2	2,6	
Hépatite virale B et C	10	71,4	12	15,4	0,000
Infection nosocomiale	3	21,4	8	10,3	0,235

n (Clinique privée)=14, n (Hôpital public)=78

Tableau IV : Réponses correctes du personnel de santé sur les voies possibles de contamination par les déchets biomédicaux.

	Clinique privée		Hôpital public		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Voie respiratoire	8	57,1	45	57,7	0,969
Voie orale	3	21,4	35	44,9	0,100
Voie sanguine	9	64,3	20	25,6	0,004
Voie cutanée	4	28,57	16	20,5	0,500

n (Clinique privée)= 14, n (Hôpital public)=78

Tableau V : Réponses correctes du personnel de santé sur les mesures de réduction du risque

	Clinique privée		Hôpital public		p
	Effectif	%	Effectif	%	
Utiliser des équipements de protection individuelle	4	28,6	57	73,1	0,001
Conditionner spécifiquement selon les types déchets	1	7,1	10	12,8	0,546
Avoir un circuit spécifique des déchets	2	14,2	2	2,6	0,047
Trier les déchets produits	1	7,1	4	5,1	0,759
Transporter en interne sur chariots adéquats	1	7,1	2	2,6	0,374
Faire la pré-collecte et la collecte régulières de déchets	1	7,1	4	5,1	0,759
Contrôler le site d'élimination finale	1	7,1	1	1,3	0,166
Informé, formé et sensibiliser le personnel	-	-	1	1,3	
Vaccination	-	-	1	1,3	
Nettoyer régulièrement les surfaces et les mains	2	14,2	1	1,3	0,011
Utiliser des couleurs et pictogramme	-	-	1	1,3	
Contrôler les émanations de l'incinérateur	-	-	1	1,3	

n (Clinique privée)= 14, n (Hôpital public)=78

Discussion

Au sein de la population générale, le genre féminin a prédominé à 56 % (79/141). La tendance à la féminisation de la profession infirmière, plus représentée dans cette étude, pourrait expliquer partiellement cette observation. Cependant, le genre masculin était majoritaire à la clinique privée avec 61,9% des agents (vs 40,8% à l'hôpital public).

La distribution d'âge au sein de la population générale était comprise entre 20 ans et plus avec une moyenne d'âges de 42,4 ans en privée (vs 36,3 ans dans le public). Dans les deux formations sanitaires, plus de la moitié des personnels avait moins de 40 ans. La différence d'âge moyen, plus jeune à l'hôpital public que dans le privé, peut s'expliquer par le fait que le recrutement dans les formations sanitaires privées exigerait probablement plus d'expérience professionnelle.

La majorité de personnels (87/141 soit 61,7%) avait une expérience professionnelle jeune, de moins de 9 ans, dans les deux formations sanitaires. Cette information peut être justifiée par le fait que l'âge moyen était jeune dans l'échantillon d'étude.

Ce travail révèle que les DASRI et les DAOM produits par les activités de soins sont les mieux connus par l'ensemble du personnel des deux formations

sanitaire. Ceci pourrait s'expliquer du fait l'activité de soins dans ces formations sanitaires génèrent plus ce type de déchet que les déchets anatomiques ou radioactifs, d'où une plus grande familiarité.

De façon générale, le tri permet de protéger et d'améliorer la sécurité du personnel, de diminuer les risques d'infections nosocomiales et de contrôler l'incidence économique de l'élimination des déchets en réduisant la proportion des déchets à risque à traiter [5]. Dans les 2 formations sanitaires enquêtées, le tri des déchets n'est pas optimal. La quasi-totalité du personnel évoluant à l'hôpital public n'ont aucune connaissance du système de codage par couleur des équipements de collecte des déchets à l'HGAS (99%) tandis que au sein de la clinique privée, ils étaient plus de la moitié (52%) à ne pas maîtriser ce système de codage par couleur des collecteurs de déchets. Ce codage, en permettant l'identification et la séparation des déchets biomédicaux, devrait réduire de façon significative la quantité de déchets nécessitant un traitement spécial et le coût de ce traitement [2,8]. Ces observations suggèrent le besoin de sensibiliser sur les méthodes de travail. Les mesures de contrôle du risque au niveau du tri de déchets devraient découler d'une démarche participative du management de santé et sécurité au travail.

Les formations sanitaires incluses dans cette étude

sont en dysharmonie avec la réglementation spécifique sur le tri de déchets qui constitue la première étape de la réduction des risques liés au déchets [2]. La méconnaissance de ce système de codage a aussi été documentée dans une proportion de 68,6%, au sein de cinq structures hospitalières de Dakar, par Ndiaye et al [9].

L'absence d'anticipation organisationnelle, à travers les actions correctives d'éventuels accidents liés aux déchets hospitaliers telle que l'exposition au sang, traduit le risque encouru par le personnel de santé de l'hôpital public.

L'enregistrement des accidents liés à la manipulation des déchets dans les registres dédiés ne se faisait pas couramment dans les deux formations sanitaires. Ce résultat montre que les accidents d'exposition aux déchets n'ont pas de traçabilité dans les 2 formations sanitaires, empêchant ainsi un retour d'expérience basé sur les indicateurs et la possibilité de justifier toute réparation de préjudice.

Selon l'OMS en 2005, les ressources humaines, matérielles et financières sont nécessaires pour la mise en œuvre d'un plan de gestion des déchets médicaux [2]. Les résultats obtenus de notre enquête montrent que 76,5% (108/141) de la population générale manquait de formation sur la gestion des déchets hospitaliers avec une prédominance à l'hôpital public (100/120 soit 83,3%). Ce constat est différent statistiquement des observations faites en privé où 61,9% du personnel étaient formés. La méconnaissance du personnel du public sur les conditions idéales de gestion des déchets hospitaliers constitue un facteur de risque de contamination par des déchets hospitaliers. A Brazzaville, Mouankié et al avaient aussi révélé des faibles connaissances et des pratiques insuffisantes, rattachées au manque de formation des personnels impliqués dans la gestion des déchets [10].

La disponibilité du matériel de collecte des déchets est une garantie de sécurité pour l'ensemble de la filière de gestion des déchets de soins [11]. Dans ce travail, la gestion des déchets était émaillée de problèmes selon diverses proportions de personnels

interrogés : le retard de collecte des déchets était plus évoqué à 33%. Les résultats de cette étude montrent que la gestion des déchets à l'hôpital public se fait dans des conditions dangereuses pour les personnels, les patients, les visiteurs et les animaux. Il apparaît ainsi une probable faiblesse du management qualité dans la gestion des formations, des équipements, des procédures.

La population d'étude, non formée et jeune majoritairement, ayant une connaissance limitée en gestion des déchets biomédicaux, transporte le plus souvent manuellement les sachets des déchets non triés, sans utiliser les chariots dédiés à cet effet. Une étude sur la gestion des déchets biomédicaux à l'hôpital régional de Ziguinchor dans la région sud du Sénégal avait montré que le risque de transport manuel, des poubelles sur le dos ou la tête, était aussi important [12].

Le stockage des déchets à risque exige des conditions spéciales, à savoir des locaux sécurisés, fermés à clé, faciles à nettoyer, bien éclairés, ventilés et interdits d'accès à toute personne étrangère au service [13] ce qui n'était pas le cas dans la formation sanitaire publique (figure 1 : photo Kokolo). En revanche, dans la clinique privée, les conditions étaient moyennement réunies (figure 2 : photo Kokolo).

Les maladies liées à la mauvaise gestion des déchets étaient relativement peu connues par les personnels de santé. Cette méconnaissance de dommages que peuvent engendrer les dangers liés aux non-conformités, aggrave le risque encouru par les manipulateurs de déchets.

Les voies possibles de contamination par les déchets biomédicaux ont été partiellement reconnues par les personnels de santé des deux formations sanitaires. L'importance de l'exposition potentielle au sang n'a pas refléter son impact dans les réponses des personnels, insuffisamment formés. Ce résultat prouve aussi le manque d'information médicale sur les risques liés aux déchets produits.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que la législation internationale et nationale de la gestion des déchets biomédicaux n'est pas appliquée par les formations sanitaires. L'analyse des étapes du processus de gestion des déchets (tri, collecte, transport, stockage, traitement et élimination) a révélé des problèmes liés au conditionnement des déchets (matière), aux méthodes de travail (conformité) et à la main d'œuvre (formation et compétence). Les activités de ces formations sanitaires génèrent ainsi des dangers à l'origine des risques pour les personnels, les malades, les visiteurs et l'environnement. La comparaison de deux formations sanitaires a mis en évidence une carence majeure de management des DBM à l'hôpital public par rapport à la formation sanitaire privée. Pour améliorer leur gestion des déchets, les formations sanitaires devraient adopter une politique de management qualité permettant d'éviter les dangers (santé), les non-conformités (qualité) et la pollution (environnement).

*Correspondance

Ebenguela EBATETOU ATABOHO

ebatetou@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Departement de Médecine du travail, Clinique TOTAL EP CONGO BP 761, Pointe – Noire, Congo
- 2 : Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi, BP 69 Brazzaville, Congo
- 3 : Service de médecine du travail, Hôpital Général Adolphe Sicé, Pointe-Noire, Congo

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Comité international de la croix rouge (CICR). Manuel de gestion des déchets médicaux. Genève 2011. 164p. <https://www.icrc.org/fr/doc/assets/files/publications/icrc-001-4032.pdf>
- [2] OMS, Secrétariat de la Convention de Bâle. Préparation des plans nationaux de gestion des déchets de soins médicaux en Afrique subsaharienne : manuel d'aide à la décision. Genève 2005 ; 111p. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43119/9242546623.pdf>
- [3] Rushbrook P, Zghondi R. Better health care waste management: an integral component of health investment. World Health Organization. Amman 2005 ; 59 p. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119779/dsa515.pdf>
- [4] Meyer U, Chuard C, Regamey C. Accidents avec risque de transmission du VIH, du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C dans le secteur médical. *Revue Médicale Suisse* 2005 ; 1 : 2327-31.
- [5] Sanogo Moussa, Sokona FM, Guindo S, Souleymane et al. Contribution à la mise en place d'un système de gestion durable des déchets biomédicaux à l'Hôpital Gabriel Touré (Mali). *Le Pharmacien Hospitalier* 2007 ; 42 (170) : 143-147.
- [6] Congo. Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille. Plan national de gestion des déchets. Brazzaville 2003 ; 112 p <https://documents1.worldbank.org/curated/en/347381468770692735/pdf/E85310PAPER.pdf>
- [7] Mokoko JB, Atipo-Ibara BI, Mimiesse JF, Iloukou PJ, Takala R. Gestion des déchets hospitaliers et du matériel biomédical au CHU de Brazzaville. *Health Sciences and Diseases* 2018 ; 19 (2) : 76-80.
- [8] Prüss A, Giroult E, Rushbrook P. Safe management of wastes from health-care activities. WHO, Geneva, 1999: 230. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42175/9241545259.pdf>
- [9] Ndiaye M, Metghari ML, Soumah M, Sow M. Gestion des déchets biomédicaux au sein de cinq structures hospitalières de Dakar, Sénégal. *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 2012 ; 105: 296-304.
- [10] Mouankié JB, Abéna AA, Okémy AN, Diakouka DRC.

Gestion des déchets biomédicaux à Brazzaville capitale du Congo. *European Scientific Journal* 2015 ; 11 (23) :317-24.

[11] Yongs H, Nguendo B. Étude de la gestion des déchets hospitaliers dans les structures sanitaires de référence de la région du Nord-Cameroun. *European Scientific Journal* 2016 ; 12 (11) : 364-80 <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n11p364>

[12] Ndiaye P, Fall C, Diedhiou A et al. Gestion des déchets biomédicaux (DBM) au centre hospitalier régional (CHR) de Ziguinchor. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*. 2003 ; 13(3) : 171–6

[13] N'guessan K, Yéo KAJ, Kouassi Ki et al. Gestion des déchets solides du centre hospitalier régional de Daloa (centre-ouest de la Côte d'Ivoire) et des risques associés. *Environnement, Ingénierie et Développement* 2021 ; 1 :26-32.

Pour citer cet article :

E Ebatetou Ataboho, GJ Kokolo. Connaissances, attitudes et pratiques sur les risques liés aux déchets biomédicaux : étude comparative dans deux formations sanitaires de Pointe-Noire. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 342-350



Cas clinique

Grossesse dans une cicatrice de césarienne : à propos d'une observation clinique au centre de sante de référence de la Commune VI du district de Bamako (CSRéf CVI)

Pregnancy in a cesarian scar: about a clinical observation at the reference health center of Commune VI of the district of Bamako (CSRéf CVI)

A Samaké*¹, SO Traoré², M Keita¹, M Haidara³, M Diallo¹, M Konaté¹, M Maiga¹, MS Ag Med Elméhdi Elansari¹, L Diarra⁴, D Kassogue⁵, AT Soumaila⁶, SZ DAO⁷, S Diarra¹, H Samake²

Résumé

La grossesse sur cicatrice est définie comme une grossesse extra utérine établie sur le myomètre d'une cicatrice utérine. La grossesse sur cicatrice est une forme rare de grossesse ectopique, son incidence est de 1/1800 et 1/2216. La possibilité d'une grossesse sur cicatrice utérine est rarement suspectée ce qui crée la nuance dans le diagnostic engageant ainsi le pronostic vital et fonctionnel utérin par une hémorragie ou une rupture utérine. Nous rapportant le cas d'une patiente de 43 ans grande multipare avec utérus bi-cicatriciel qui a présenté une grossesse dans la cicatrice de césarienne à 08 semaines de grossesse. Le traitement a été alors d'emblée chirurgical par une hystérectomie partielle. A travers ce cas et une revue de la littérature les auteurs discuteront sur les moyens diagnostics et thérapeutiques de cette pathologie rare afin d'améliorer sa prise en charge.

Mots-clés : grossesse ectopique, cicatrice de césarienne.

Abstract

Scar pregnancy is defined as an ectopic pregnancy established on the myometrium of a uterine scar. Scar pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, its

incidence is 1/1800 and 1/2216. The possibility of a pregnancy on a uterine scar is rarely suspected, which creates nuance in the diagnosis, thus engaging the vital and functional prognosis of the uterus through hemorrhage or uterine rupture. We report the case of a 43-year-old large multiparous patient with a double-scarred uterus who presented a pregnancy in the caesarean scar at 08 weeks gestation. The treatment was then immediately surgical with a partial hysterectomy. Through this case and a review of the literature, the authors will discuss the diagnostic and therapeutic means of this rare pathology in order to improve its management.

Keywords: ectopic pregnancy, caesarean scar.

Introduction

La grossesse sur cicatrice est une forme rare de grossesse ectopique, son incidence est de 1/1800 et 1/2216. Elle représente 6,1% de toutes les grossesses extra utérine [1]. La possibilité d'une grossesse sur cicatrice utérine est rarement suspectée ce qui crée la nuance dans le diagnostic engageant ainsi le pronostic vital et fonctionnel utérin par une hémorragie ou une

rupture utérine. Le diagnostic et le traitement de cette grossesse ectopique doit être précoce du fait du risque majeur une hémorragie ou une rupture utérine mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel utérin [2]. Son diagnostic est basé sur des critères cliniques, biologiques et échographiques. [1]. L'échographie bidimensionnelle par voie endo-cavitaire est l'examen radiologique de première intention permettant de porter le diagnostic [3]. Nous rapportant le cas d'une patiente de 43 ans grande multipare avec utérus bi-cicatriciel qui a présenté une grossesse dans la cicatrice de césarienne à 08 semaines de grossesse. Le traitement a été alors d'emblée chirurgical par une hystérectomie partielle. A travers ce cas et une revue de la littérature les auteurs discuterons sur les moyens diagnostics et thérapeutiques de cette pathologie rare afin d'améliorer sa prise en charge.

Cas clinique

Il s'agit de Mme K S, 42 ans, 8ème geste, 7ème pare, dont 7 enfants vivants admise le 09/11/2020 aux urgences gynécologiques du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSREF CVI) du District de Bamako(Mali) pour une douleur abdomino-pelvienne, des métrorragies, des vertiges et une lipothymie. L'histoire de la maladie évoquait une patiente reçue dans une structure privée pour une algie pelvienne dans un contexte de retard des règles de 2 mois. Après l'interrogatoire et un examen clinique une échographie pelvienne fut réalisée qui avait évoquée une grossesse intra-murale basse. Ainsi, la patiente est alors hospitalisée, avec bilan préopératoire et visite pré-anesthésique faits et une indication de laparotomie avait été posée ce qui fut refusée par les parents. Les parents qui décident d'amener la patiente à la maison contre un avis médical. Au bout de 48 heures, devant la dégradation de l'état général, douleur abdomino-pelvienne de plus en plus insupportables, vertiges et lipothymie, les parents décident de l'amener au CSREF CVI du District de Bamako (Mali) pour la suite de sa prise en charge. A l'admission, l'interrogatoire, c'est une

grande multipare avec un utérus bi cicatriciel par césarienne dont la dernière remonterait à 6 mois. A l'examen d'entrée on note : conjonctives pales ; une pression artérielle à 08/06 cm Hg ; une température à T°= 37°6 ; une tachycardie avec un pouls à 120 bpm, une polypnée. A l'examen physique : un abdomen augmenté de volume et sensible avec une défense ; une vulve souillée de saignement minime fait de sang noirâtre. L'examen au Spéculum confirme l'origine endo utérine du saignement. Nous avons procédé à une ponction abdominale transpariétale à la seringue fine de 10cc, après désinfection du site a ramené 09 cc de sang noirâtre incoagulable en faveur donc d'un hémopéritoine. Devant ce tableau clinique de choc hypovolémique, nous avons mises en place deux voies veineuses périphérique ont été prises avec perfusion du Ringer Lactate, 1L en 15mn ; un prélèvement sanguin pour : Groupe Sanguin revenu O+ et un taux d'hémoglobine revenu à 6,80g/dl. Une laparotomie d'urgence a été indiquée et pratiquée sous anesthésie générale, à l'ouverture un hémopéritoine d'environ 900ml et 100ml de gros caillots qu'on aspire. L'exploration retrouve un embryon dans les anses lié par son cordon au trophoblaste restant inséré dans la cicatrice de césarienne très hémorragique. Il a été procédé a une hystérectomie sub totale d'hémostase avec conservation des annexes sous transfusion de sang de total : 3 unités en peropératoire iso Groupe iso Rhésus. Après deux jours de soins de réanimation, la patiente est sortie de l'hôpital au bout de 8 jours avec un bon état de bonne santé.

Discussion

Prévalence :

La prévalence est diversement appréciée dans la littérature. Elle semble plus fréquente dans les pays médicalisés disposant d'une technologie performante telle que l'échographie rendant le diagnostic plus accessible. Ainsi L. Maheut et Coll. [2] ont rapporté une incidence de 1/1800 à 1/2250 grossesses. J. Le Gall et Coll.[6] ont enregistré 8 cas de grossesse dans la cicatrice de césarienne en 5ans. Nous avons enregistré

1 cas sur 9800 accouchements. Cette faible incidence pourrait être liée à une presque méconnaissance de ce type anatomique de grossesse ectopique et ou à l'insuffisance des moyens d'explorations dans nos régions d'Afrique au sud du Sahara.

Facteurs de risque :

Pour beaucoup d'auteurs [2, 5, 7,8], les facteurs de risque incriminés sont similaires à ceux du placenta accreta : d'une part le nombre de césariennes antérieures et de gestes endo utérins (curetage, révision utérine manuelle) ; d'autre part les techniques de FIV avec transfert d'embryon sont également discutés dans le mécanisme. Dans le cas que nous rapportant, la patiente avait un antécédent de 2 césariennes antérieures avec probablement une notion d'infection puerpérale à la dernière césarienne. Pour nous, plus que le nombre de cicatrice utérine, il pourrait s'agir plutôt de la qualité de la cicatrice.

Physiopathologie :

Une micro-défection de la cicatrice d'hystérotomie permettrait l'invasion du muscle utérin par le blastocyste : cette hypothèse est validée par la relation qui existe entre l'indication de césarienne antérieure pour siège et le risque de grossesse de cicatrice de césarienne; ces césariennes sont souvent programmées, le segment inférieur moins sollicité et moins mature ne permettrait une qualité optimale de cicatrisation et favoriserait l'implantation ectopique de l'œuf [8].

Tableau clinique :

Dans notre cas, le tableau clinique était dominé par une triade symptomatologique regroupant : douleur pelvienne ou abdomino pelvienne, métrorragies, le contexte de début de grossesse (aménorrhée gravidique). Cette même triade a été rapportée par d'autres auteurs [2,8]. D'autres ont rapporté des cas de découverte fortuite lors d'une échographie de routine du 1er Trimestre de la grossesse [2,5]. D'autres ont fait part d'un cas découvert après une aspiration blanche faite pour grossesse arrêtée de 11 semaines [4].

Apport de l'échographie dans le diagnostic :

L'échographie est d'un apport inestimable dans le diagnostic de la grossesse dans la cicatrice de

césarienne [4, 5,6,7,8]. Pour cela L. Maheut et Coll. [2] ont défini un certain nombre de conditions échographiques pour parler de grossesse implantée dans la cicatrice de césarienne :

- La vacuité du corps utérin ;
- La vacuité du canal cervical ;
- L'épaisseur du myomètre entre la grossesse et la vessie est diminuée.

L'échographie est la clé du diagnostic. Elle paraît être indispensable au diagnostic avant la survenue des complications hémorragiques.

Traitement :

Le traitement est loin de faire l'unanimité. Il n'existe de ligne directrice concernant le traitement. Le traitement varie d'une école à l'autre au sein d'un même pays, d'un pays à l'autre et d'un continent à l'autre. L'état clinique de la patiente, l'âge gestationnel au moment du diagnostic, le plateau technique influencent beaucoup la conduite à tenir.

Ainsi le traitement va du médical et chirurgical conservateur au chirurgical radical.

- Le traitement chirurgical radical : l'hystérectomie. Nous avons pratiqué une hystérectomie subtotale d'hémostase du fait que le diagnostic a été fait tardivement au stade de rupture de la cicatrice avec hémorragie cataclysmique. Cette hystérectomie a été rapportée dans les travaux de certains auteurs [1,3,4].
- Le traitement conservateur :

Médicamenteux : il a pour but d'obtenir l'arrêt de la grossesse dont l'évolution peut être préjudiciable à la cicatrice.

Le Methotrexate et le Chlorure de Sodium (KCL).

Chandrew R. [2] et Robin T.[4] rapportent avoir utilisé le Chlorure de Sodium associé au methotrexate sur 2 grossesses évolutives dans une cicatrice de césarienne avec dosages sériques des beta HCG. D'autres auteurs ont utilisé le Méthotrexate seul en intra musculaire comme traitement de 1ère intention combiné aux dosages sériques des beta HCG et une surveillance échographique.

La Mifégyne a été aussi utilisée en 1ère intention dans le but d'obtenir l'arrêt de la grossesse implantée dans la cicatrice de la césarienne par certains auteurs [3,4].

Dans la plupart des cas rapportés, le traitement médicamenteux en lui seul n'a suffi à obtenir une guérison ou même à éviter les complications.

Le curetage aspiration. J. Le Gall et Coll [3], dans une série de 8 cas rapportent avoir procédé au curetage aspiration chez 6 patientes 48 heures après embolisation sélective des artères utérines. Quant à L. Maheut et Coll [5], ils ont procédé au curetage d'abord sous anesthésie générale au Bloc sous contrôle échographique puis à l'embolisation des artères utérines.

Laparoscopie et ou hystérocopie :

Ont été utilisés isolément ou en association dans le traitement chirurgical conservateur de la grossesse ectopique implantée dans la cicatrice de césarienne [2,3,4].

L'embolisation des artères utérines :

A été largement utilisé par les auteurs disposant de cette technologie

L'embolisation des artères utérines a été utilisée pour extraire chirurgicalement la grossesse dans la cicatrice de césarienne après le traitement médicamenteux [3,5] soit avant le curetage aspiration [3] soit après le curetage aspiration [5].

- **Traitement adjuvant :**

Les mesures de réanimations pré, per et post opératoires contribuent à améliorer le pronostic maternel et cela quelque soit la méthode de traitement utilisée. L. Maheut et Coll [5] ont eu recours à la transfusion de cullots globulaires, de plasma frais congelés et le fibrinogène. En plus de la transfusion par le sang total, nous avons eu recours à l'antibiothérapie et au fer+acide folique.

Fertilité après traitement conservateur :

J. Le Gall [3] et L. Maheut [4] ont rapporté chacun un cas de grossesse menée à terme après traitement conservateur de grossesses implantées dans la cicatrice de césarienne.

Conclusion

La grossesse extra utérine dans la cicatrice de césarienne antérieure est de diagnostic exceptionnel

dans nos régions d'Afrique Sub Saharienne. Les complications hémorragiques secondaires à la rupture de la cicatrice sont dangereuses pouvant affecter gravement le pronostic vital maternel. L'échographie reste la clé du diagnostic. De nos jours le traitement n'est pas encore codifié.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance**

Alou Samaké

alousamake2008@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako
- 2 : Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako
- 3 : Centre de santé de référence de Kalaban Coro
- 4 : Hôpital de dermatologie de Bamako HDB (ex-CNAM)
- 5 : Hôpital de Tombouctou
- 6 : Service de gynécologie Obstétrique Hôpital de Sikasso
- 7 : Centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Benali saad, Kouach Jaouad). grossesse sur cicatrice : propos de 4cas avec revue de la littérature.ämj vol 2 num 155.2020 avril
- [2] L. Maheut, S. Seconda, E. Bauville, J. Levèque : Grossesse sur cicatrice de césarienne : un cas clinique de traitement conservateur. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris) 2010 Mai 39, numéro 3, 254-258.

- [3] Vital Y ;Petignat P,Hohlfeld P.: pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol.*2000;16 (6):592-3
- [4] B. Lachiri, A. Zazi, Z. Benkerroum, MR. Hafidi, J. Kouach, DM. Rahali, M. Dehayni. Grossesse sur cicatrice de césarienne: à propos d'un cas et revue de la littérature. *Journal Home*, Vol 20, N°1 (2015).
- [5] ChandrewRajakumar, MD, Sugandha Agarwal, MD, Hisham Khalil, MD, KaremM.FungKee Fung, MD, Hassan Shenassa, MD, Sukhbir S. Singh, MD. Implantation d'une grossesse dans une cicatrice de césarienne.*J.ObstetGynaecol Can* 2015: 37(3):200.
- [6] J. Le Gall, A. Fichez, G. Lambin, CA Philip, C.Huissoud. Grossesse sur cicatrice de césarienne ; traitement combiné avec embolisation des artères utérines avant procédure chirurgical. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2015. Volume 43,Issue 3, Pages 191-199.
- [7] Robin Thuman, MBBS, MRANZCOG, Wendy Whittle, MD, Ph D, FR CSC, Ally Murji, MD, MPH, FR CSC. Grossesse ectopique établie sur une cicatrice de césarienne. *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*. Publishet by Elsevier Inc. All rights reserved. September 2015, Volume 37, issue 9 Page 768.
- [8] Ah A, Smith A, Maxwell D. Caesarean Scar pregnancy. *BJOG* 2007; 114: 253-63.

Pour citer cet article :

A Samaké, SO Traoré, M Keita, M Haidara, M Diallo, M Konaté et al. Grossesse dans une cicatrice de césarienne : à propos d'une observation clinique au centre de sante de référence de la Commune VI du district de Bamako (CSRéf CVI). *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 351-355



Article original

La macrosomie néonatale : à propos de 254 cas à l'hôpital de Sikasso, Mali

Neonatal macrosomia: about 254 cases in the hospital of Sikasso, Mali

A Cissouma*¹, SA Traoré², D Kassogue³, A Kissima-Traoré⁴, G Dembele⁵, M Traoré⁶, A Coulibaly⁷

Résumé

Introduction : un nouveau-né est dit macrosome si le poids de naissance est supérieur au 90^e percentile des courbes de croissance.

Le but de notre étude a été d'évaluer la prévalence de cette pathologie dans notre contexte et de déterminer la morbidité qui en découle.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale prospective réalisée au sein de la salle de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso et qui s'est étalée sur une période allant du mois de janvier 2018 au mois de décembre 2019. Nous avons mis au point des fiches d'enquête sur lesquelles nous avons recensé les caractéristiques maternelles, les conditions d'accouchement, les complications maternelles et fœtales, ainsi que les facteurs étiologiques de la macrosomie.

Résultats : cette étude portait sur un total de 254 nouveau-nés macrosomes selon le critère sus-défini. Le poids des nouveau-nés variait entre 4000 et 5656 g. Le sexe masculin était prédominant dans 67 % des cas. La fréquence de la macrosomie était de 7,7 %. Nous avons retenu comme facteurs étiologiques : le diabète chez deux de nos patientes, l'obésité dans 50 % des cas avec un IMC qui variait entre 25 et 39 et les

antécédents d'accouchements de gros enfants chez 4 % de nos parturientes. Les complications néonatales étaient dominées par la bosse sérosanguine dans 22,35 % des cas. Les autres complications étaient représentées par les détresses respiratoires dans 5,4 % des cas, les paralysies du plexus brachial dans 4,3 % des cas et la fracture de l'humérus dans un cas. L'hypoglycémie a été observée dans sept cas.

Conclusion : La macrosomie est souvent à l'origine de complications fœtales et maternelles. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire.

Mots-clés : Macrosomie ; Obésité ; Diabète.

Abstract

Introduction: a newborn baby is said macrosomic if the birth weight is greater than the 90th percentile of growth curves.

The aim of our study was to assess the prevalence of this disease in our environment and determine the resulting morbidity.

Methodology: This was a prospective study carried out in the neonatology room of the pediatric department of Sikasso hospital and which took place over a period from January 2018 to December 2019. We developed fact sheets that identified maternal characteristics,

birth conditions, maternal and fetal complications, and etiological factors of macrosomia.

Results: this study involved a total 254 macrosomic newborns according to the criterion defined above. The weight of newborns ranged between 4000 and 5656 g. The frequency of macrosomia was 7.7%. Male sex was predominant in 67% of cases. We have selected as etiological factors: diabetes in two of our patients, obesity in 50% with a BMI between 25% and 39% of deliveries and a history of macrosomia in 4% of our parturients. Fetal complications were dominated by the bump serosanguinous in 22.35% of cases. Other complications were represented by respiratory distress in 5.4% cases, brachial plexus paralysis in 4.3% and the fracture of the humerus in one case. Hypoglycemia was observed in seven patients.

Conclusion: macrosomia is often the cause of fetal and maternal complications. Its management must be multidisciplinary.

Keywords: macrosomia, obesity, diabetes.

Introduction

La macrosomie est définie par un poids de naissance à terme supérieur ou égal à 4000 g ou supérieur au 90e percentile des courbes de croissance intra-utérine. Il s'agit d'un cadre hétérogène puisque les nouveau-nés macrosomes présentent des différences anthropométriques et de composition corporelle. Les facteurs impliqués dans la macrosomie sont nombreux et souvent intriqués. Leur influence relative reste mal connue. À travers ce travail prospectif, l'objectif a été d'analyser la prévalence de la macrosomie dans notre contexte et d'en analyser les facteurs étiologiques ainsi que les complications périnatales.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale prospective ayant colligé toutes les naissances vivantes effectuées à la salle d'accouchement de la maternité et/ou reçu à la

néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso entre janvier 2018 et décembre 2019. Ont été inclus les nouveau-nés à terme, macrosomes, dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 4000 g, ce qui correspond à un poids supérieur au 90e percentile selon les courbes de Leroy et Lefort. Les mort-nés macrosomes ont été exclus de cette étude, vu la difficulté de déterminer l'âge gestationnel dans notre contexte et que dans les cas des mort-nés macérés ou en présence d'anasarque, le poids est surestimé au vu de l'œdème fœtal.

Nous avons mis au point des fiches d'enquête sur lesquelles nous avons recensé les caractéristiques maternelles à savoir l'âge, la gestité, la parité, les antécédents médicaux et obstétricaux, l'existence d'un diabète ancien, ou d'une macrosomie antérieure, le poids et la taille de la mère à l'accouchement. Ont été également relevées les données relatives au déroulement de la grossesse actuelle et de l'accouchement : la voie d'accouchement, la présentation, ainsi que les complications maternelles. Concernant les caractéristiques néonatales, on a noté : le poids de naissance, la taille et le périmètre crânien des nouveau-nés, l'APGAR, la présence de lésions traumatiques ou d'autres complications périnatales et le devenir immédiat.

Définition des termes

Une grossesse est dite suivie : si la mère a eu trois consultations prénatales.

Une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine est définie par : un score d'APGAR inférieur à 7 à une minute de vie. L'asphyxie périnatale est retenue si le score d'APGAR est resté inférieur à 7 à cinq minutes de vie.

L'hypoglycémie : est définie par une glycémie inférieure à 0,30 g/L le premier jour et inférieure à 0,45 g/L au-delà de 24 heures. Les glycémies capillaires sont faites systématiquement chez les nouveau-nés macrosomes à une heure de vie. En cas de glycémie initiale normale, le nouveau-né est mis au sein, surveillé en maternité à côté de sa mère, la glycémie capillaire est refaite à trois heures de vie avant la prochaine mise au sein, puis chaque six

heures pendant les premières 24 heures. Si la glycémie initiale est basse, le nouveau-né est hospitalisé pour prise en charge.

La détresse respiratoire est définie par la présence de signes de lutte quelle que soit son étiologie. Sa gravité est évaluée par le score de Silverman.

Césarienne urgente : toute césarienne réalisée pour sauvetage maternel ou fœtal.

Elle est dite programmée toute césarienne programmée par l'obstétricien en dehors du travail du fait que l'accouchement par voie naturelle est impossible (macrosomie, bassin rétréci, utérus cicatriciel).

Accouchement naturel : accouchement par voie basse sans instrumentation.

Grande multipare : femme ayant accouché plus de cinq fois.

Indice de masse corporelle (IMC) : grandeur permettant d'estimer la corpulence d'une personne. Il se calcule à partir de la taille et du poids. Il est égal au rapport poids/taille².

L'obésité est définie par un excès de masse grasse corporelle. On parle de surpoids quand IMC est compris entre 25 et 30, l'obésité est dite modérée pour un taux d'IMC qui dépasse 30 %. Elle est sévère quand ce taux dépasse 40.

Lésions périnéales : elles désignent les déchirures périnéales de différent degré.

Les traumatismes obstétricaux : toutes lésions néonatales d'origine traumatique : bosse sérosanguine, céphalématome, lésion du plexus brachial.

Étude statistique

L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel SPSS 13.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart-type, les variables qualitatives en pourcentage. Le seuil de significativité est fixé à un $p < 0,05$.

Résultats

Résultats globaux

- Fréquence

Deux cent-cinquante-quatre nouveau-nés ont été identifiés comme étant des macrosomes parmi 3315

naissances vivantes enregistrées durant la même période. Donc la prévalence de la macrosomie était de 7,7 %.

Caractéristiques des nouveau-nés

Les caractéristiques des nouveau-nés sont comme suit :

- sexe : 169 nouveau-nés étaient de sexe masculin et 85 de sexe féminin ;

- poids et âge gestationnel : les nouveau-nés avaient un âge gestationnel moyen de 39 ± 2 SA. Leur poids variait entre 4000 et 5656 g avec un poids moyen de $4269 \pm 271,9$ g ;

- périmètre crânien : le périmètre crânien variait entre 33 et 40 cm avec une moyenne de $35,5 \pm 1,37$ cm ;

- taille : la taille moyenne était de $53,8 \pm 1,8$ cm avec des extrêmes allant de 50 à 58 cm ;

- complications néonatales : une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine a été notée dans 15 % des cas, 2 cas d'inhalation du liquide méconial. La bosse sérosanguine observée dans 22,35 % des cas, dont 25 % ont nécessité une photothérapie pendant la première semaine de vie. Les détresses respiratoires ont été retrouvées chez 5,4 % des nouveau-nés. Les paralysies du plexus brachial ont été notées dans 4,3 % des cas. Deux nouveau-nés avaient une fracture de l'humérus. L'hypoglycémie a été observée chez sept nouveau-nés, soit 2,7 % des cas ; 4,5 % des nouveau-nés étaient hospitalisés, la cause principale d'hospitalisation est la détresse respiratoire. Elle était secondaire à un trouble de résorption dans la quasi-totalité des cas et à une cardiomyopathie dans un cas. Nous avons enregistré 8 décès soit 3,14%.

Caractéristiques de l'accouchement

L'accouchement était naturel dans 183 cas, soit 72 %. La présentation céphalique est prédominante, rencontrée dans 97,5 % des cas. L'extraction instrumentale par Forceps a été utilisée dans un cas. Le recours à la césarienne a eu lieu dans 70 cas, ce qui représentait 27,45 % des cas. La césarienne a été programmée dans 20 cas et urgente dans 50 cas.

Caractéristiques maternelles et facteurs étiologiques

Les grossesses étaient suivies dans 60 % des cas. Une glycémie a été réalisée au deuxième trimestre dans 25

% des grossesses suivies :

- âge maternel : il variait entre 18 et 43 ans avec un âge moyen de $30,5 \pm 6,07$ ans ;
- parité : les multipares représentaient 66 % ; les grandes multipares représentaient 5,5 % des cas. La parité moyenne était de 2 ± 1 ;
- obésité et diabète maternel : l'obésité a été retrouvée dans 59 % des cas avec un IMC qui variait entre 25 et $39 \pm 3,20$. Le diabète insulino-dépendant ancien a été noté chez deux parturientes ;
- taille des mères : elle variait entre 150 et 178 cm avec une taille moyenne de $162,08 \pm 4,34$ cm ;
- antécédent de macrosomie : il a été noté dans 4 % des cas ;
- les complications maternelles : elles ont été dominées par les déchirures périnéales observées chez sept parturientes.

Résultats de l'analyse univariée

- Corrélation entre poids du nouveau-né et IMC maternel

On a remarqué qu'il y a une corrélation positive significative entre le degré de l'obésité et le poids des nouveau-nés ($p = 0,01$) (Tableau I).

- Analyse du poids des nouveau-nés en fonction de l'âge maternel

La corrélation entre le poids du bébé et l'âge maternel est positive et significative, puisque plus l'âge maternel est avancé, plus le risque de macrosomie est élevé avec $p < 0,001$ (Tableau II).

- Analyse du poids du nouveau-né en fonction de la parité

Il existe une corrélation positive et significative entre le poids du bébé et la parité. Le risque de macrosomie augmente de façon parallèle à l'augmentation de la parité ($p < 0,001$) (Tableau III).

- Analyse de la taille du nouveau-né en fonction de la taille maternelle

Il n'existe pas de corrélation entre la taille du nouveau-né et la taille maternelle ($p = 0,64$).

Facteurs impliqués dans la survenue immédiate des complications néonatales

Lors des accouchements normaux, on a observé 54

cas de bosses sérosanguines, soit 29,3 %, huit cas de détresses respiratoires, soit 4,3 %, deux cas de fracture de l'humérus, soit 1,08 %, et 11 cas de paralysies du plexus brachial, soit 6 % des cas.

En cas d'accouchement par césarienne, on a observé 22 cas de détresses respiratoires, soit 31,42 %. La césarienne a été plus associée aux détresses respiratoires que la voie basse avec un $p < 0,001$. On a observé plus de détresse respiratoire dans le cadre des césariennes urgentes, soit 17 contre cinq dans les césariennes programmées.

Quant à l'accouchement par voie basse, il est plus souvent associé à la survenue d'une bosse sérosanguine et à la paralysie du plexus brachial ($p < 0,001$).

Tableau I : Poids moyen des nouveau-nés en fonction du degré d'obésité

IMC Maternel	Normal	Surpoids	Obésité	p
Poids moyen (g)	4210	4280	4300	0,01

Tableau II : Poids moyens des nouveau-nés en fonction de l'âge maternel.

Âge (année)	18 – 25	25 – 30	30 – 35	35 – 40	> 40	P
Poids (g)	4209,8	4200,8	4268	4408	4418	< 0,001

Tableau III : Poids moyen des nouveau-nés en fonction de la parité.

Âge (année)	Primipares	Paucipares	Multipares	p
Poids (g)	4189	4200	4290	< 0,001

Discussion

L'incidence de la macrosomie varie de 2,5 à 4,5 % des accouchements [1]. Dans notre série, elle est de 7,7 %. Nos données relevées sur les registres de périnatalogie des dix dernières années ne montrent pas de caractère saisonnier. Le poids de nos patients était compris entre 4000 et 5656 g. Ce qui a été rapporté par la plupart des travaux [1,2]. La prédominance masculine a été rapportée par la plupart des auteurs [1-3] et confirmée par notre étude. Il existerait une corrélation entre la taille des parents et la taille à la

naissance. Ce caractère héréditaire a été considéré par plusieurs auteurs comme un des facteurs étiologiques de la macrosomie fœtale [3]. Il n'a pas été confirmé par notre travail. L'accouchement a été souvent normal avec prédominance de la présentation céphalique, ce qui est relevé dans la plupart des travaux [4]. L'extraction instrumentale par forceps est souvent pratiquée [5]. Elle a été réalisée une seule fois dans notre série. Le taux de césarienne qui a été de 28 % dans notre travail varie selon les études de 9 à 34 % [4,5]. Plusieurs facteurs étiologiques sont incriminés dans l'apparition de la macrosomie : l'âge maternel élevé a été rapporté par plusieurs auteurs [6]; cela concorde avec les données de notre travail avec un âge moyen de 30,5 ans. La plupart des travaux ont également rapporté la prépondérance et la multiparité [6], cela concorde avec les données de notre série où les multipares représentaient 66 %. Le diabète quelle que soit sa forme clinique, ancien ou gestationnel, est un facteur important impliqué dans le risque de survenu de macrosomie [2,4]. Dans notre série, nous avons noté deux mères diabétiques. Néanmoins, il est à noter que la majorité de nos femmes n'ont pas eu de dépistage de diabète durant leur grossesse. La présence d'un diabète méconnu, ancien ou gestationnel ou d'une intolérance aux hydrates de carbone durant la grossesse, ne peut donc être éliminée. Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque qui se dégagent dans notre travail avec 64 % de cas recensés. Le risque de macrosomie serait multiplié par quatre en cas d'obésité modérée et par neuf en cas d'obésité sévère [7-10]. Certains auteurs ont rapporté la présence d'obésité chez 30 à 40 % des mères d'enfants pesant plus de 4000 g [10]. Le mécanisme étiopathogénique de la macrosomie est classiquement attribué à l'hyperinsulinisme fœtal réactionnel à l'hyperglycémie maternelle, en raison de l'effet anabolisant de l'insuline [2,4]. Cela est vrai chez les parturientes diabétiques chez qui il a été démontré qu'un contrôle strict de la glycémie maternelle permet une réduction significative du risque de la macrosomie fœtale [2,9,10]. La morbidité néonatale liée à l'accouchement d'un macrosome

est non négligeable. Elle est dominée par deux complications à savoir les bosses sérosanguines, globalement banales, et les lésions du plexus brachiales [4,7]. Ces dernières sont redoutables et fréquentes dans notre série. Elles traduisent l'existence d'une disproportion fœtopelvienne. L'absence de suivi correct des grossesses et de dépistage des disproportions fœtopelviennes expliquent le taux élevé des césariennes urgentes dans notre série. La fréquence des détresses respiratoires constatée en cas de césariennes urgentes pourrait être expliquée par la présence d'une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine et d'une asphyxie périnatale dans ces cas. L'hypoglycémie est une complication redoutable car elle pourrait être responsable du décès néonatal. Deux de nos patients ont présenté cette complication. Ils ont été hospitalisés en néonatalogie. Leur prise en charge a nécessité une alimentation entérale continue pendant 48 heures, à base d'un lait maternisé, en l'absence de lait maternel et de dextrine maltose dans notre structure. Le taux de mortalité néonatale est de 0,6 à 6 % selon les séries [7,11] et serait directement lié à la qualité de la prise en charge de l'accouchement et notamment de la disproportion fœtopelvienne responsable de dystocie et ses complications.

Conclusion

Ce travail a déterminé la fréquence des macrosomies à terme dans notre contexte et les principaux facteurs de risque caractérisés par le surpoids et l'obésité maternelle. Le taux élevé de morbidité, dont la plus grave constatée dans notre série est la paralysie du plexus brachial, impose une meilleure prise en charge des femmes enceintes par le dépistage systématique des hyperglycémies pendant la grossesse et la recherche clinique et échographique d'une macrosomie. En cas de macrosomie fœtale, la recherche d'une disproportion fœtopelvienne, la surveillance de l'accouchement et la maîtrise des manœuvres obstétricales sont la base de la prévention de la dystocie des épaules.

*Correspondance

Assetou Cissouma

cis_astou@yahoo.fr

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 2 : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 3 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Tombouctou, Mali
- 4 : Service de cardiologie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 5 : Service de pédiatrie de l'hôpital du Mali, Mali
- 6 : Service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune 5, Mali
- 7 : Service de gynécologie-obstétrique du CHU Point G, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Batallan A, Goffinet F, Paris-Llado J, Fortin A, Bréart G, Madelenat P, et al. Fetal macrosomia: experience, obstetric and neonatal consequences, case controlled multicenter investigation in 15 maternity wards in Paris and Île-de-France. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:483-91.
- [2] Das S, Irigoyen M, Patterson MB, Salvador A, Schutzman DL. Neonatal outcomes of macrosomic births in diabetic and non-diabetic women. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2009;94:419-22.
- [3] Carlus C, Pacault A, de Gamarra E, Wallet A. The macrosomic newborn in the maternity ward: practical attitude. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2000;29:25-32.
- [4] Saleh A, Al-Onazi SH, Al-Sultan SM, Moria AM, Rakaf FI, Turkistani YM. Fetal macrosomia greater than or equal to 4000 grams. Comparing maternal and neonatal outcomes in diabetic and nondiabetic women. *Saudi Med J* 2008;29:1463-9.
- [5] Bailey C, Kalu E. Fetal macrosomia in non-diabetic

mothers: antenatal diagnosis and delivery outcome. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:206-8.

- [6] Kamanu CI, Onwere S, Chigbu B, Aluka C, Okoro O, Obasi M. Fetal macrosomia in African women: a study of 249 cases. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:857-61.
- [7] Bérard J, Dufour P, Vinatier D, Subtil D, Vanderstichèle S, Monnier JC, et al. Fetal macrosomia: risk factors and outcome. A study of the outcome concerning 100 cases > 4500 g. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;77: 51-9.
- [8] Ju H, Chadha Y, Donovan T, O'Rourke P. Fetal macrosomia and pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49:504-9.
- [9] Ehrenberg HM, Mercer BM, Catalano PM. The influence of obesity and diabetes on the prevalence of macrosomia. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:964-8.
- [10] Yogeve Y, Catalano PM. Pregnancy and obesity. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009;36:285-300.
- [11] Pundir J, Sinha P. Non-diabetic macrosomia: an obstetric dilemma. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:200-5.

Pour citer cet article :

A Cissouma, SA Traoré, D Kassogue, A Kissima-Traoré, G Dembele, M Traoré et al. La macrosomie néonatale : à propos de 254 cas à l'hôpital de Sikasso, Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 356-361



Cas clinique

Thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale

Ovarian venous thrombosis during puerperal sepsis: a case report

Y Onana*^{1,2}, J Tambe³, D Mwadjie¹, A Mohammed², S Mbozo'o², H Zanga¹, C Nanga⁴,
J Mbo Amvene², P Ongolo-Zogo⁴

Résumé

Nous rapportons le cas d'une femme de 33 ans, se plaignant de fièvre et de douleurs pelviennes persistantes au 3^e jour post-partum suite à un accouchement normal par voie basse. Une échographie pelvienne a été faite, suivie d'un scanner abdomino-pelvien, permettant d'évoquer le diagnostic de thrombose de la veine ovarienne gauche, qui a été prise en charge par héparinothérapie et antibiothérapie à large spectre.

Mots-clés : Thrombose veineuse ovarienne, post-partum, échographie, scanner.

Abstract

We report the case of a 33-year-old woman who presented with fever and persistent lower abdominal pains on day 3 postpartum following a normal vaginal delivery. A pelvic ultrasound scan was done, followed by an abdominopelvic computed tomography scan. The imaging findings were suggestive of a left ovarian venous thrombosis and the patient was managed with heparin and broad-spectrum antibiotics

Keywords: Ovarian venous thrombosis, postpartum, ultrasound, CT scan.

Introduction

La maladie thromboembolique ovarienne est une affection rare, d'autant plus durant la période péri-puerpérale, avec une incidence globale de 1/3000 accouchement¹, et qui est également favorisée par les modifications morphologiques et biologiques liées à la grossesse². La symptomatologie se traduit habituellement par un syndrome douloureux prépondérant en fosse iliaque ou à la fosse lombaire droites, en contexte fébrile, souvent associé à des symptômes gastro-intestinaux³, et pouvant faire évoquer à tort d'autres pathologies telles que l'appendicite, ou une affection uro-génitale⁴. Le diagnostic peut être confirmé par l'échodoppler, la tomographie par densité (TDM), ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM)^{5,6}. Nous rapportons présentement le cas de thrombose de la veine ovarienne gauche chez une jeune femme de 33 ans, se plaignant de fièvre et de pelvialgies persistantes à J3 de post-partum par voie basse.

Cas clinique

Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans, ayant accouché

par voie basse d'un nouveau-né de poids normal, au terme d'une grossesse sans particularité, qui présente au 3^e jour du post partum, une fièvre et des pelvialgies persistantes, malgré un traitement antalgique. Son examen physique en salle d'hospitalisation, a permis de retrouver un utérus globuleux d'allure physiologique, une sensibilité diffuse de la région pelvienne, en l'absence de lochies anormales. Une échographie couplée au Doppler a été réalisée par un radiologue expérimenté, à l'aide d'un appareil DC-6T de marque MINDRAY, utilisant les sondes endo-cavitaire et convexe, respectivement de basses et hautes fréquences. Elle objectivait une veine péri-ovarienne gauche dilatée, siège d'échos internes, et de remplissage vasculaire partiel au Doppler couleur (figure 1). Une tomodensitométrie abdomino-pelvienne complémentaire a été demandée, à l'aide d'un scanner multibarette Supria 16 de marque HITACHI, effectuée sans et après injection de produit de contraste, qui a retrouvé une plage d'hypodensité de la veine ovarienne gauche étendue à la veine rénale homolatérale (figure 2), et associée à une infiltration de l'atmosphère graisseuse péri-vasculaire adjacente (figure 3). Le diagnostic de thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale a été retenu. La prise en charge hospitalière fut réajustée avec héparinothérapie (héparine 1mg/kg pendant 14 jours, puis relais oral au rivaroxaban sur 3 mois), et une antibiothérapie à large spectre (amoxicilline /acide clavulanique 1 gr/125 mg toutes les 12 h pendant 10 jours), permettant la sortie de la patiente 48 h après amendement des symptômes.

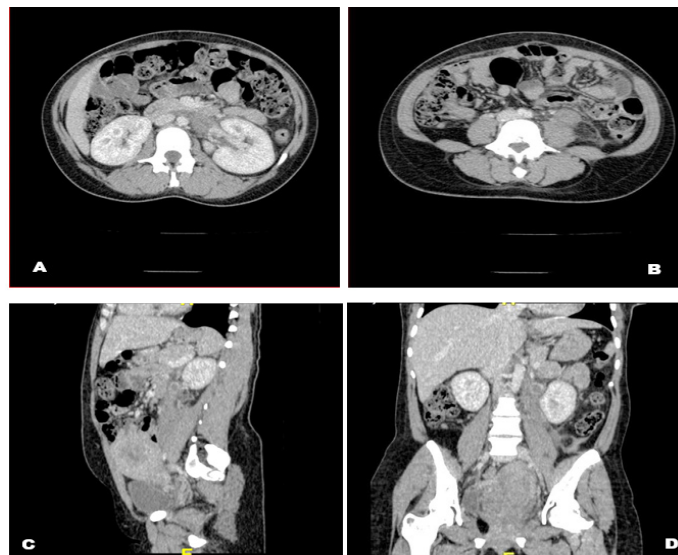


Figure 2 : TDM abdomino-pelvienne avec produit de contraste, coupes axiales (A et B), reconstructions coronale (C) et sagittales (D) : Hypodensité de la veine ovarienne gauche étendue à la veine rénale homolatérale, dilatée, à contours flous, avec paroi rehaussée. Infiltration associée de l'atmosphère graisseuse adjacente.

Discussion

La thrombose veineuse ovarienne est une localisation rare de la maladie thromboembolique, affectant les réseaux veineux gonadiques, notamment la veine ovarienne droite (70 à 80 % des cas), pouvant compliquer 0,1 à 0,18% des grossesses, et survenant préférentiellement autour du 2^e au 6^e jour du post-partum ou du post-abortum³. En obstétrique, les pathologies thromboemboliques se rencontrent généralement au 3^e trimestre, et surtout en postpartum⁷. Toutefois, la thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale est moins fréquente après un accouchement par voie basse, qu'au décours d'une césarienne⁸, bien que le risque soit relativement moindre en cas de césarienne élective, que dans le cadre d'une césarienne en urgence (multiplié par 2 à 5), et elle est également responsable de 5 à 10 décès maternels par an, en France⁹. Cette fréquence élevée est en rapport avec un état d'hypercoagulabilité relative, et de stase veineuse physiologiquement favorisée par la grossesse, auxquels s'associent des lésions pariétales d'origine infectieuse, constituant ainsi la triade de

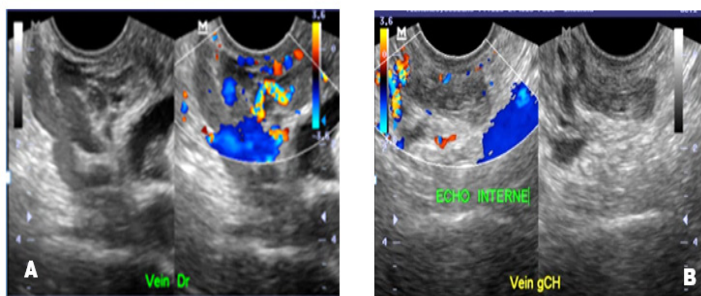


Figure 1 : Image échographique, mode B et mode doppler couleur : Veines peri-ovariennes perméables à droites (A). Thrombus échogène endoluminal d'une veine péri-ovarienne gauche, avec absence de flux au doppler couleur (B).

Virchow¹⁰. Cette affection est également favorisée par des gestes thérapeutiques, tels que la révision utérine et l'extraction instrumentale¹¹.

Sur le plan clinique, la symptomatologie se traduit habituellement par un syndrome douloureux prépondérant en fosse iliaque ou en fosse lombaire droites en contexte fébrile, associé à des troubles digestifs, et éventuellement d'autres signes tels que la perception d'une pseudo-masse abdominale³, pouvant conduire à des diagnostics erronés comme une appendicite, ou une affection uro-génitale⁴. Le pronostic vital peut être engagé, suite à des complications majeures, comme la septicémie, et surtout l'embolie pulmonaire (13 à 33% des cas)¹¹.

Le diagnostic est évoqué grâce aux différentes techniques d'imagerie médicale⁵, notamment l'échographie pelvienne couplée au doppler, qui est opérateur-dépendant, et relativement limité dans la visualisation des veines ovariennes à cause de facteurs liés au patient (obésité), et à la technique⁴. Elle permet d'objectiver une structure tubulaire hypoéchogène en fosse iliaque, avec qu'en moyenne, une sensibilité d'environ 50 à 55% et une spécificité de 41 à 99%¹². Par contre, la tomodensitométrie (TDM) abdomino-pelvienne est considérée comme l'examen de référence⁵, réalisée sans et après injection de produit de contraste, et analysée à l'aide de reconstructions multiplanaires. La TDM retrouve une veine thrombosée apparemment dilatée, siège d'un matériel endoluminal hypodense, avec prise de contraste périphérique, et l'infiltration de la graisse péri-vasculaire. Elle visualise aussi l'extension du thrombus. Quant à l'IRM (imagerie par résonance magnétique), elle permet de retrouver des lésions endovasculaires hypo-intenses sur les séquences T1, en hyposignal ou faible hypersignal T2, et de rehaussement périphérique après injection de Gadolinium. Toutefois, cette récente technique, reste néanmoins moins accessible que le scanner, malgré une sensibilité et une spécificité respectivement de 78 à 100% et 62 à 99% pour la TDM, et de 92 et 100% pour l'IRM^{5,13}.

Concernant la prise en charge de la thrombose

veineuse ovarienne septique puerpérale qui est multidisciplinaire, un traitement associant héparinothérapie et antibiothérapie à large spectre doit donc être rapidement instauré⁸, poursuivie par une anticoagulation orale (anti-vitamine K), sur une période de six mois^{11,14}. D'autres méthodes plus invasives peuvent être envisagées selon les cas, telles que la thrombectomie chirurgicale¹⁵. Quant à la récurrence, elle est considérée comme exceptionnelle⁵.

Conclusion

Le syndrome douloureux abdominal en période de post-partum, est d'étiologie difficile à diagnostiquer cliniquement, et doit faire l'objet d'une exploration en imagerie médicale, notamment par tomodensitométrie, qui permet de poser le diagnostic des thromboses veineuses ovariennes, excluant des laparotomies exploratrices, et évitant des graves complications.

Remerciements :

Nous remercions les médecins du service de la maternité de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala, qui ont contribué à la prise en charge de notre patiente.

*Correspondance

Yannick Onana

yannickonana@yahoo.fr

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala, (Douala, CAMEROUN)
- 2 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Garoua, Université de Ngaoundéré (Garoua, CAMEROUN).
- 3 : Faculty of Health Sciences, University of Buea (Buea, CAMEROON)
- 4 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I (Yaoundé, CAMEROUN)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Garcia, J., Aboujaoude, R., Apuzzio, J. & Alvarez, J. R. Septic Pelvic Thrombophlebitis: Diagnosis and Management. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* 2006, 15614 (2006).
- [2] Farzi, F., Abdollahzadeh, M., Faraji, R. & Chavoushi, T. Seizure in Pregnancy Following Cerebral Venous Sinus Thrombosis. *Anesthesiol. Pain Med.* 5, e26866 (2015).
- [3] Riva, N. & Calleja-Agius, J. Ovarian Vein Thrombosis: A Narrative Review. *Hamostaseologie* (2020) doi :10.1055/a-1306-4327.
- [4] Virmani, V. et al. Ultrasound, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging of Ovarian Vein Thrombosis in Obstetrical and Nonobstetrical Patients. *Abdominal Imaging* (2012) doi :10.1016/j.carj.2010.08.002
- [5] Meuwly, J., KawkabaniMarchini, A. & Sgourdos, G. Thrombose veineuse ovarienne. *Forum Méd. Suisse – Swiss Med. Forum* 12, (2012).
- [6] Vandermeer, F. Q. & Wong-You-Cheong, J. J. Imaging of acute pelvic pain. *Clin. Obstet. Gynecol.* 52, 2–20 (2009).
- [7] Coriu, L. et al. Hereditary Thrombophilia and thrombotic events in pregnancy: single-center experience. *J. Med. Life* 7, 567–571 (2014).
- [8] Brown, C. E., Stettler, R. W., Twickler, D. & Cunningham, F. G. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 181, 143–148 (1999).
- [9] Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale - La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation <https://sfar.org/prevention-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-perioperatoire-et-obstetricale/> (2015).
- [10] Guiffes, M. Thrombose d'une veine ovarienne dans le post-partum : cas clinique et revue de la littérature. 143.
- [11] Chennana, A. et al. Thrombose de la veine ovarienne au post-partum, révélée par un syndrome appendiculaire : à propos d'un cas. *Pan Afr. Med. J.* 21, (2015).
- [12] Johnson, S. C. & Esclapes, M. Sonography of postpartum ovarian vein thrombophlebitis. *J. Clin. Ultrasound JCU* 26, 143–149 (1998).
- [13] Kubik-Huch, R. A. et al. Role of duplex color Doppler ultrasound, computed tomography, and MR angiography in the diagnosis of septic puerperal ovarian vein thrombosis. *Abdom. Imaging* 24, 85–91 (1999).
- [14] Stafford, M., Fleming, T. & Khalil, A. Idiopathic ovarian vein thrombosis: a rare cause of pelvic pain - case report and review of literature. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 50, 299–301 (2010).
- [15] Guiffes, M. Thrombose d'une veine ovarienne dans le post-partum : cas clinique et revue de la littérature. 142 (2014).

Pour citer cet article :

Y Onana, J Tambe, D Mwadjie, A Mohammed, S Mbozo'o, H Zanga et al. Thrombose veineuse ovarienne septique puerpérale. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 362-365



Article original

Troubles glycémiques chez les nouveau-nés de 0 à 7 jours à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo

Glycemic disorders in newborns 0 to 7 days old at Nianankoro Fomba Hospital in Ségo

A Bah^{*1}, TB Bagayoko², A Kassogué¹, N Coulibaly¹, B Harber¹, A Thiéro¹, M Kanté¹, B Samaké³, M Keita³, SI Koné⁴, T Traoré⁵, M Guindo¹, M Coulibaly¹, M Diallo⁶, DS Coulibaly⁷, A Sanogo⁸, A Fofana⁹, MA Togo¹⁰, AN Coulibaly¹⁰, FT Dicko¹¹

Résumé

Introduction : Notre travail avait pour but d'étudier les troubles glycémiques chez les nouveau-nés de 0-7 jours à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique allant du 1er octobre 2018 au 30 mai 2019 dans le service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba (HNF) de Ségo.

Résultats : Pendant notre période d'étude sur un échantillon de 235 nouveau-nés, nous avons colligé 97 cas de troubles glycémiques soit une fréquence hospitalière de 41,3%. Les nouveau-nés avaient un âge compris entre 0 et 3 jours dans 94,04% des cas. Le sexe masculin prédominait avec 50,6% des cas. Les nouveau-nés ayant un poids de naissance compris entre 2500g et 3500g prédominaient avec 48,1% des cas. Les nouveau-nés in born représentaient 58,7% des cas. La notion de jeûne prolongé était retrouvée dans 82,1% des cas. L'hypotonie, le refus de téter et la cyanose étaient les signes cliniques les plus fréquents avec 27,2% des cas. La prématurité était le diagnostic prédominant avec 31,9 % des cas. La durée d'hospitalisation était comprise entre 2-7 jours avec 46% des cas. Les nouveau-nés sortis vivants

représentaient 72,1%.

Conclusion : Les troubles glycémiques sont une réalité dans le service de pédiatrie de l'HNF de Ségo avec une fréquence hospitalière de 26,8% pour l'hypoglycémie et de 14,5% pour l'hyperglycémie. Ces chiffres démontrent l'importance et la nécessité pour les agents de santé de rechercher les facteurs de risque afin de dépister rapidement ces troubles et d'assurer une prise en charge adéquate.

Mots-clés : Troubles glycémiques, Nouveau-né, Ségo.

Abstract

Introduction: Our work aimed to study glycemic disorders in newborns 0 - 7 days old at Nianankoro Fomba Hospital in Ségo.

Methodology: This was a cross-sectional descriptive and analytical study from October 1, 2018 to May 30, 2019 in the paediatric ward of Nianankoro Fomba Hospital in Ségo.

Results: During our study period on a sample of 235 infants, we collected 97 cases of glycemic disorders, representing a hospital frequency of 41.3% of cases. Newborns were between 0 and 3 days old in 94.04% of

cases. The male sex predominated with 50.6% of cases. Newborns with a birth weight of between 2500g and 3500g predominated with 48.1% of cases. Born in-born infants accounted for 58.7% of cases. The notion of prolonged fasting was found in 82.1% of cases. Hypotonia, refusal to suck and cyanosis were the most common clinical signs with 27.2% of cases. Prematurity was the predominant diagnosis with 31.9% of cases. The length of hospital stay was between 2-7 days with 46% of cases. Newborns out alive accounted for 72.1% of cases.

Conclusion: Glycemic disorders are a reality in the paediatric ward of the HNF in Ségou with a hospital frequency of 26.8% of cases for hypoglycemia and 14.5% of cases for hyperglycemia. These figures demonstrate the importance and need for health workers to look for risk factors in order to quickly detect these disorders and ensure adequate management.

Keywords: Glycemic disorders, Newborn, Segou.

Introduction

Les troubles glycémiques sont l'une des perturbations métaboliques les plus fréquentes chez le nouveau-né au cours des 24 premières heures de vie en raison de la suppression brutale des apports nutritionnels continus par l'intermédiaire du placenta [1, 2].

L'hypoglycémie selon Kennet H Gabbay [3] se définit par une glycémie $< 0,35\text{g/l}$ dans les trois premiers jours de vie ; $< 0,45\text{g/l}$ dans les quatre à sept jours de vie.

L'hyperglycémie se définit par un taux de glucose $> 1,25\text{g/l}$, situation moins fréquente et rarement préoccupante que l'hypoglycémie, elle résulte d'un déficit de sécrétion d'insuline, de la production d'une forme inactive d'insuline et ou du défaut de conversion de la pro-insuline active [3].

En Afrique la fréquence de l'hypoglycémie était de 19,3% sur une étude faite par Boudhraa K et al sur les complications métaboliques maternelles et néonatales en cas de diabète gestationnel à propos

de 220 cas en 2007 en Tunisie [4] et de 61,15 % au Centre Hospitalo-Université (CHU) Tokoin à Lomé par Azoumah K D sur l'évaluation des nouveau-nés de petit poids de naissance en 2006 [5]. Dans ces études, l'hyperglycémie n'as pas été pris en compte ; une étude faite par Ouédraogo S.O et al sur le profil à risque et pronostic néonatal de l'asphyxie périnatale au CHU Charle de Gaulle à Ouagadougou a montré que les troubles glycémiques était de 65,8 % (37,6 % pour l'hypoglycémie et 28,2 % pour l'hyperglycémie en 2013 [6].

Au Mali selon une étude réalisée au CHU Gabriel Touré de Bamako par Gilles Thierry N L en 2003, la fréquence des troubles glycémiques était de 28,6 % (15,3 % pour l'hypoglycémie et 13,3 % pour l'hyperglycémie) [7].

L'absence de données documentées portant sur les troubles glycémiques au service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et dans le but de connaître la part des troubles glycémiques dans la morbi- mortalité des nouveau-nés hospitalisés dans le service nous avons initié ce travail avec comme objectif d'étudier les troubles glycémiques chez les nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours hospitalisés dans l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Méthodologie

Cadre et lieu d'étude : L'étude s'est déroulée dans l'unité de néonatalogie du service de Pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Type et période d'étude : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique allant du 1er octobre 2018 au 30 mai 2019.

Population d'étude : L'étude a porté sur les nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours de vie hospitalisés chez qui une glycémie a été effectuée à l'admission et après 2 heures d'hospitalisation dans l'unité de néonatalogie du service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba.

Critère d'inclusion : Ont été inclus dans l'étude tous les nouveau-nés de moins de 7 jours de vie hospitalisés, chez qui le dosage de la glycémie a été

effectué. Le consentement éclairé des parents était obligatoire.

Critère de non-inclusion : N'ont pas été inclus dans cette étude les nouveau-nés de plus de 7 jours de vie hospitalisés et les nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours chez qui la glycémie n'a pas été faite ; et ceux dont les parents ont refusé de participer à l'étude.

Déroulement de l'enquête : Une fiche d'enquête a été établie pour chaque nouveau-né comportant les variables étudiées : Les examens complémentaires ont été demandés en fonction de l'orientation diagnostique, le suivi des malades était assuré après leur sortie.

Matériel d'étude :

- Un ruban gradué en millimètre pour mesurer la taille et le périmètre crânien
- Un glucomètre «ontouch» pour doser la glycémie en mg/décilitre
- Une balance marque chinoise avec une précision de ± 10 g
- Un thermomètre électronique (hartman digital) pour mesurer la température
- Un stéthoscope pour l'examen cardio-respiratoire
- Courbe de Lubchenco, Leroy-le Fort
- Score de Dubowitz et le score de Farr

Technique de prélèvement : Pour la glycémie rapide, elle a fait appel à la glycémie aléatoire par la technique de « dextro »

- Obtenir une goutte de sang par ponction aseptique (au gros orteil) après désinfection locale,
- mettre le glycomètre en marche,
- introduire la bandelette,
- déposer une goutte de sang sur la bandelette,
- attendre une minute pour lire,

L'affichage du résultat est automatique au bout de 45 secondes.

Collecte des données : Les données ont été collectées sur une fiche préalablement établie et testé dans le service. Les variables étudiées étaient : l'âge des nouveau-nés, le sexe, le motif de consultation, leur provenance et leur lieu de naissance, le type de consultation, les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des parents,

les caractéristiques cliniques et biologiques des nouveau-nés ainsi que leur devenir immédiat.

Analyse des données : Elles ont été saisies sur le logiciel world de Microsoft office et les graphiques sur le logiciel Excel de Microsoft office. L'analyse et le traitement des données ont été réalisés sur le logiciel IBM SPSS version 21. Le test statistique Khi2 de Pearson a été utilisé pour comparer nos résultats, avec une probabilité $p < 0,05$ considérée comme significative.

Considérations éthiques et déontologiques : Un assentiment verbal a été obtenu de la part des parents de tous les nouveau-nés. L'étude a été menée avec l'accord verbal des autorités administratives de l'hôpital Nianankoro Fomba.

Résultats

Pendant notre période d'étude, sur un total de 235 nouveau-nés, nous avons colligé 97 cas de troubles glycémiques soit une fréquence de 41,3% dont 26,8% d'hypoglycémie et 14,5% d'hyperglycémie (figure 1). Les nouveau-nés avaient un âge compris entre 0 et 3 jours dans 94,04% des cas (Tableau I). Le sexe masculin prédominait avec 50,6% des cas cependant trois (3) nouveau-nés présentaient une ambiguïté sexuelle soit 1,7 %. Les nouveau-nés ayant un poids de naissance compris entre 2500g et 3500g prédominaient avec 48,1 % des cas suivi des moins de 2500g et des plus de 3500g avec respectivement 44,7 % des cas et 7,2 % des cas (Tableau I). Les nouveau-nés transférés de la maternité de l'hôpital Nianankoro Fomba prédominaient avec 57% des cas, les autres 43 % des cas étaient soit amenés de la maison par les parents (15,3%) soit référés par d'autres structures de santé (27,3 %). Ils arrivaient dans les bras des accompagnateurs avec une fiche de référence (Tableau I). Ils venaient du milieu urbain dans 53 % des cas et rural dans 47 % des cas. La prématurité était le motif de consultation le plus fréquent avec 31,14% des cas suivie de la souffrance fœtale aiguë avec 29,8% des cas (Tableau I). Les mères étaient des femmes au foyer (76,2), multipares (40,4 %) non scolarisées (40 %)

sans ATCD médicaux-chirurgicaux particulier (90,2 %) et avec un âge compris entre 21 et 35 ans (57,9%). Les grossesses à terme avec risque infectieux étaient les plus représentées avec 51,3% des cas, le nombre moyen de CPN était inférieur ou égal à 3 dans 61,3 % des cas parmi elles environ 10 % n'ont pas effectué de CPN.

Les nouveau-nés étaient référés de la maternité de l'HNF de Ségou dans 58,7 % des cas. Les accouchements étaient associés à une dystocie dans 60% des cas ; le score d'Apgar était supérieur ou égale à 7 dans 63,4% des cas et dans 82,1% des cas il y'avait un jeûne prolongé. L'hypotonie, le refus de téter et la cyanose étaient les signes cliniques les plus fréquents avec 27,2%des cas.

La prématurité était le diagnostic prédominant avec 31,9% des cas suivie de l'anoxie périnatale et l'infection néonatale avec respectivement 28,7 % et 14,9 % des cas (Figure 2).

La durée de l'hospitalisation était comprise entre 2-7jours chez 46% des nouveau- nés. Dans notre étude

les nouveau-nés sortis vivants représentaient 72,1 % des cas. Cependant, 4,7 % des cas ont été référés vers d'autres services, 2,1 % des cas étaient sortis contre avis médical et 20 nouveau-nés étaient décédés avec un taux de létalité de 21,1 %.

Dans notre série, parmi les nouveau-nés présentant une hypoglycémie, 44 soit environ 70% des cas n'avaient été alimenté précocement ; il existait une relation statistiquement significative avec un $p=0,005$ (Tableau II). Les signes cliniques comme l'hyponie, le refus de téter avec cyanose étaient associés à une hypoglycémie dans respectivement 31,81 % des cas et 34,32 % des cas avec une relation statistiquement significative $p=0,010$. Les troubles trophiques (macrosomie et hypotrophie) étaient associés à l'hypoglycémie seule avec respectivement 42,86 % des cas et 42,31 % des cas (Tableau III). Les nouveau-nés présentant des troubles séjournait plus de sept jours à l'hospitalisation dans 63,33% des cas, il y avait une relation statistiquement significative avec $p=0,045$.

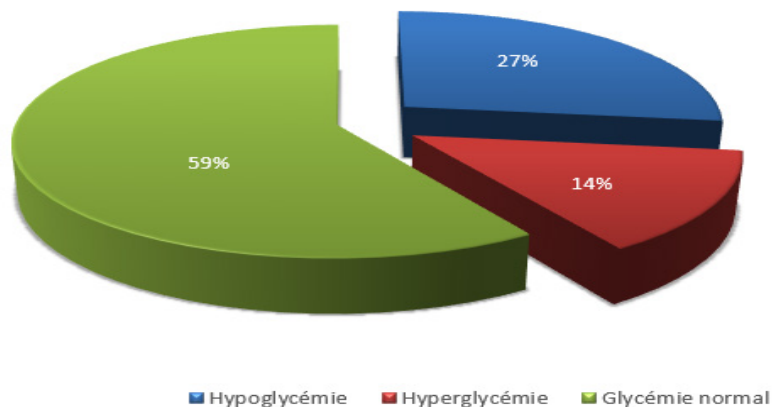


Figure 1 : Répartition des nouveau-nés selon les valeurs de glycémie à l'admission.

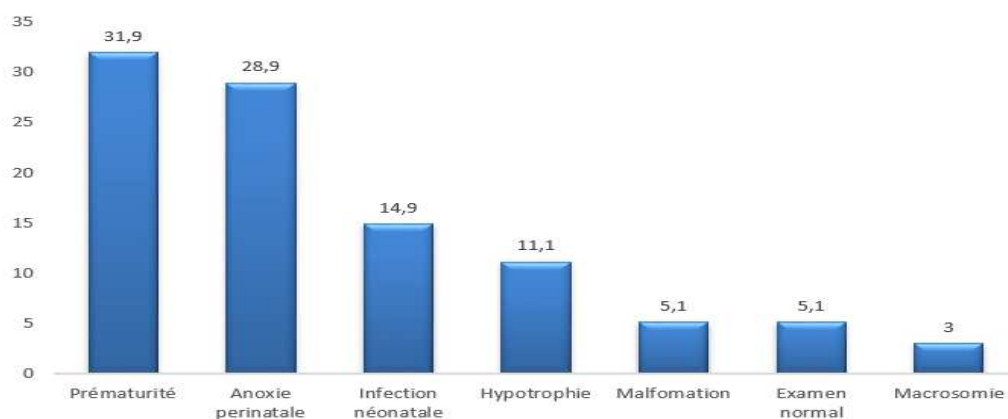


Figure 2 : Répartition des patients selon le diagnostic.

Tableau I : Caractéristique des nouveau-nés

Caractéristiques des nouveau- nés	Effectif	%
Age		
0 à 3 jours	14	6
4 à 7 jours	221	94
Total	235	100
Sexe		
Masculin	119	50,6
Féminin	113	48,1
Ambigüe	3	1,3
Total	235	100
Mode d'admission		
Transféré de la maternité de l'HNF	134	57
Amené par ses parents	37	15,7
Référé par un centre de santé de référence	36	15,3
Référé par un centre de santé communautaire	24	10,2
Référé par une structure privé	4	1,8
Total	235	100
Motif de consultation		
Prématurité	74	31,5
Souffrance fœtale aigue	70	29,8
Mère césarisée	18	7,7
Difficulté respiratoire	16	6,8
Difficulté d'alimentation	16	6,8
Corps chaud au touché	14	6
Malformation	13	5,5
Macrosomie	8	3,4
Ictère	4	1,7
Convulsion	2	0,9
Total	235	100
Poids à la naissance		
2500 à 3500g	113	48,1
< 2500g	105	44,7
> 3500g	17	7,1
Total	235	100
Notion d'allaitement précoce		
Non	193	82,1
Oui	42	17,9
Total	235	100

Tableau II : La glycémie selon l'allaitement précoce

Alimentation précoce	Glycémie			Total
	Normale	Hypoglycémie	Hyperglycémie	
Non	117	44	32	193
Oui	21	19	2	42
Total	138	63	34	235

p = 0,005

Tableau III : La glycémie selon le diagnostic

Diagnostic	Glycémie			Total
	Normale	Hypoglycémie	Hyperglycémie	
Anoxie périnatale	42	14	12	68
Infection néonatale	23	6	6	35
Prématurité	36	27	12	75
Malformation	7	2	3	12
Hypotrophie	15	11	0	26
Macrosomie	4	3	0	7
Examen normal	11	0	1	12
Total	138	63	34	235

p = 0,041

Discussion

Limites et difficultés

Notre étude a porté sur les troubles glycémiques néonataux, un sujet peu documenté au Mali. Quelques difficultés ont été rencontrées notamment :

L'obtention exacte des informations concernant le nouveau-né et sa mère : les carnets de CPN étaient le plus souvent peu informatifs, inexistantes ou non disponibles,

La rareté des données documentés et publiés sur les troubles glycémiques,

La difficulté de faire le contrôle glycémique en hospitalisation.

Fréquence

Au cours de notre étude sur 235 nouveau-nés ; 97 ont présentés des troubles glycémiques soit une fréquence de 41,3 % dont 26,8 % des hypoglycémies et 14,5 % des hyperglycémies. La fréquence des troubles

glycémiques néonataux est diversement appréciée. En effet il existe une grande variabilité des chiffres selon les auteurs. Une étude faite au CHU Gabriel Touré de Bamako au service de pédiatrie par Gilles Thierry NL sur les troubles métaboliques néonataux à propos de 202 cas a trouvé une fréquence de 15,3 % des hypoglycémies et 13,3 % des hyperglycémies [7]. Contrairement à l'étude réalisée en Algérie au CHU Abou Bekr Belkaid par Bouziane R sur les nouveau-nés de mère diabétique à propos des 46 cas ou 19,56 % des nouveau-nés avaient une hypoglycémie et l'hyperglycémie n'a pas été évaluée [8].

Caractères sociodémographiques des mères et circonstance de l'accouchement

Plus de la moitié des mères avaient un âge compris entre 21-35 ans, parmi elles près de la moitié étaient non scolarisées et multipares, elles étaient majoritairement des femmes au foyer. Nos résultats sont comparables à l'étude de Gilles Thierry NL au

CHU Gabriel Touré de Bamako dont la plus part des mères étaient des femmes au foyer (60,4%) non scolarisées (36,2 %) avec un âge compris entre 21-35 ans (68,3 %)[7] ; et contrairement à une étude faite au CHU Tokoin de Lomé en 2006 par Azoumah K D dont 28 % des femmes étaient des femmes au foyer, elles étaient primipares dans 65,2 % avec un niveau d'étude secondaire dans 46,6 % des cas [5].

Plus de la moitié des accouchements étaient dystociques, dont la plus part a été faite à la maternité de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Les nouveau-nés n'ayant pas été allaité précocement étaient majoritaires. Le jeun prolongé du nouveau-né est un facteur de risque. Il existe une relation statistiquement significative entre les troubles glycémiques et l'allaitement précoce dans notre étude avec un $p=0,005$.

Caractéristiques clinique des nouveau-nés

La majorité des nouveau-nés avaient un âge compris entre 0-3 jours parmi eux près de la moitié avaient des troubles glycémiques. Ce résultat pourrait être dû à une mauvaise surveillance ou la méconnaissance des facteurs de risque en occurrence l'absence l'allaitement précoce. Les nouveau-nés ayant un âge compris entre 4-7 jours étaient minoritaires.

Les garçons étaient prédominants. Cette prédominance masculine avait été retrouvée par Gilles Thierry NL [7]. Contrairement à notre étude, Bouziane R avait trouvé une prédominance féminine [9].

Les nouveau-nés prématurés représentaient moins de la moitié des cas, parmi eux, la moitié avait des troubles glycémiques. Ceci s'expliquerait par l'insuffisance de la masse graisseuse ou par un défaut de régulation hormonale les exposant à un besoin accru de glucose [10]. Les nouveau-nés eutrophiques représentaient près de la moitié des cas. Les nouveau-nés ayant un poids supérieur à 3500g étaient minoritaire parmi eux près de la moitié présentait des troubles glycémiques.

Les nouveau-nés venant de la ville de Ségou étaient majoritaire et plus de 25% d'entre eux avaient des troubles glycémiques. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y'a un seul service de pédiatrie à Ségou

et que la plus part des nouveau-nés étaient adressés à l'hôpital. Les nouveau-nés venant hors de la ville de Ségou représentaient moins de la moitié des cas et le quart d'entre eux avait une hypoglycémie cela prouverait la mauvaise surveillance des facteurs de risque ou retard de mise au sein, retard dans le transfert.

La majorité des nouveau-nés ont été transférés de la maternité de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Cette fréquence élevée s'expliquerait par la proximité des deux services, et près de quart avait une hypoglycémie. Les nouveau-nés référés par les structures privées étaient minoritaires mais étaient tous en hypoglycémie. Ceci s'expliquerait par l'inadéquation de prise en charge initiale d'une part et le non respect des conditions de transfert d'autre part. Le motif de consultation le plus fréquent était la prématurité suivie de la souffrance fœtale aigue. Il existe une relation statistiquement significative entre le motif de consultation et la survenue des troubles glycémiques avec un $p=0,026$. Nos résultats étaient comparables à ceux de Gilles Thierry N L qui avait trouvé une fréquence élevée de la prématurité (18,8 %) suivie de la souffrance fœtale aiguë (11,8%) [7]. La prématurité et l'anoxie périnatale sont les facteurs entraînant un déséquilibre entre les apports glucidique exogènes et endogènes exposant ainsi le nouveau-né au risque d'hypoglycémie et d'hyperglycémie [10].

Les signes cliniques les souvent révélateurs de trouble glycémique étaient une réactivité faible, difficultés d'alimentation ; une détresse respiratoire, une hypothermie ; une hypotonie. Il existe une relation statistiquement significative entre la glycémie et les signes cliniques. Alors que Touati G avait trouvé les mêmes constats [11].

Les nouveau-nés hospitalisés pour prématurité étaient plus du quart et avaient des troubles glycémiques dans 50 % des cas ; l'anoxie périnatale représentait plus du quart et près 40 % de ces nouveau-nés avaient des troubles glycémiques. L'infection néonatale, l'hypotrophie et la macrosomie étaient minoritaire. Nos résultats étaient contraires à ceux de Bouziane R qui avait trouvé une fréquence élevée des macrosomes

dans 56,52 % des cas et les prématurés dans 6,52 % des cas [9]; mais aussi à celui de Gilles Thierry NL qui avait trouvé une fréquence élevée pour l'anoxie périnatale 43,1 % des cas suivie de la prématurité 17,8 % des cas et l'infection néonatale 14,9 % des cas [7]. Dans près de la moitié des cas, la durée d'hospitalisation était comprise entre 2-7 jours et les troubles glycémiques étaient de 40 % des cas. Cette durée n'était peut-être pas due seulement aux troubles glycémiques mais aux différentes pathologies associées telles que l'anoxie périnatale, les infections néonatales puisque le contrôle glycémique n'était pas fait au cours de l'hospitalisation. La létalité était de 21,3% des cas en hospitalisation et les troubles glycémiques représentaient moins de la moitié des cas. Cette prévalence pourrait être dû à un retard de diagnostic, de prise en charge ou de défaut de surveillance.

Conclusion

Les troubles glycémiques sont une réalité dans le service de pédiatrie de l'HNF de Ségou avec une fréquence hospitalière de 26,8% pour l'hypoglycémie et de 14,5% pour l'hyperglycémie. Ces chiffres démontrent l'importance et la nécessité pour les agents de santé de rechercher les facteurs de risque afin de dépister rapidement ces troubles et d'assurer une prise en charge adéquate.

*Correspondance

Adama Bah

bah750@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Service de Pédiatrie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 2 : Service de médecine légale/travail de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 3 : Service de chirurgie générale de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)

- 4 : Service d'urologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 5 : Service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 6 : Unité du Système d'Information Hospitalière de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 7 : Service de médecine générale de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 8 : Service de cardiologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 9 : Service ORL de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 10 : Service d'ophtalmologie de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali)
- 11 : Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de Bamako (Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Cornblath M, Schwartz R, Aynsley-Green A, LlodJune K. Hypoglycemia in infancy: the need for a rational definition (Ciba Foundation Discussion Meeting). *Pediatrics* 1990;85 (5):834-837.
- [2] Hennen G. *Endocrinologie*, 1ère éd. Bruxelles: De Boeck Université; 2001.
- [3] Kennet Gabbay H. *Disorder of carbohydrate metabolism Schaffer's diseases of the new born* 1984; 5:514-523.
- [4] Boudhraa K, Ben Saad M, Ben Aissia N, Faouzi Gara A. Complications métabolique maternelles et néonatales en cas diabète gestationnel à propos de 220 cas. *Gynéco venue d'ailleurs* novembre 2007 N° 326.
- [5] Azoumah K D, Djadoub K E, Aboubakaric A S, Bothond A R, Djossoud O A, Agbèrèb A R. Evaluation de petit poids de naissance avant 24e heure de vie au CHU Tokoi de Lomé-Togo. *Archives de Pédiatrie* 2011;18:1037-1043.
- [6] Ouédraogo Yugbaré S O, Coulibaly G, Kouéta F, Yao S, Savadogo H, Dao L, Kam L, Epfister R, Lougue C, Ouédraogo R, Yé D. Profil à risque et pronostic néonatal de l'asphyxie périnatale au CHU Charles de Gaulle d'Ouagadougou-Burkina Faso. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* vol 28 Issu 2 May 2015 P 64-70.
- [7] Gilles Thierry N L. Evaluation des troubles métaboliques de

nouveau-nées au CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine N° 03M37. Université du Mali.Faculté de Médecine Bamako ; 2003.

- [8] [http://www.société française.neonatalogie.fr/2017/02/27/recommandations](http://www.société_française.neonatalogie.fr/2017/02/27/recommandations). Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA), recommandations pour la pratique clinique, SFN et SFP septembre 2017. Réseau Périnatal des 2 Savoie p 1-2
- [9] Bouziane R. Nouveau-nés de mère diabétique au CHU Tlemcen Au service de pédiatrie EHS mère-enfant. Thèse de médecine N°4 Université Abou Bekr Bekaid 2011-2012.
- [10] M. Ward Platt, Deshpande Metabolic adaptation at birth. Seminar Fetal and Neonatal Medicine. August 2005, 10p. 341-350.
- [11] Touati G. Hypoglycémies chez l'enfant. Urgences en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques (IX), n° 5, Septembre/octobre 2005.

Pour citer cet article :

A Bah, TB Bagayoko, A Kassogué, N Coulibaly, B Harber, A Thiéro et al. Troubles glycémiques chez les nouveau-nés de 0 à 7 jours à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 366-374



Cas clinique

Une hernie de la corne vésicale de découverte per opératoire : à propos d'un cas à l'Hôpital Principal de Dakar et revue de la littérature

Hernia of urinary bladder apex discovered during surgery: a case report at Principal Hospital of Dakar and review of the literature

ST Faye*¹, TAO Sow¹, M Faye², M Dembélé¹, B Ndiaye², M Mboup², HM Ova¹, M Touré¹, I Sall², EGPA Diémé², R Kane¹, A Ndiaye¹

Résumé

La hernie inguinale de la vessie est une forme clinique très rare, représentant 1 à 4% des hernies inguinales. Le sexe masculin, l'obésité et l'obstruction sous vésicale chronique sont les principaux facteurs de risque. Plus de 90% des cas sont de découverte peropératoire, avec survenue de plaies vésicales iatrogènes dans 16% des cas. Nous rapportons un cas de hernie inguinale de la vessie de découverte per opératoire avec survenue d'une plaie vésicale iatrogène.

Mots-clés : hernie inguinale, hernie vésicale, dysurie, plaie vésicale.

Abstract

Inguinal bladder hernia is a very rare clinical entity, accounting for 1 to 4% of inguinal hernias. Male gender, obesity, chronic vesical outlet obstruction are the main risk factors. More than 90% of cases are discovered intraoperatively, with the occurrence or iatrogenic bladder wounds in 16% of cases. We report a case of inguinal hernia of the bladder discovered intraoperatively with the occurrence of an iatrogenic bladder injury.

Keywords: inguinal hernia, bladder hernia, dysuria, bladder injury.

Introduction

La hernie inguinale est l'une des pathologies les plus fréquentes en chirurgie et se définit par le passage du contenu abdominal ou pelvien à travers l'orifice inguinal [1]. La hernie inguinale de la vessie est une forme clinique très rare de cette pathologie de l'ordre de 1 à 4% [2,3]. Le sexe masculin, l'obésité et l'obstruction sous vésicale sont les principaux facteurs de risque [3]. Plus de 90% des cas sont de découverte peropératoire, avec survenue de plaies vésicales dans 16% des cas [3].

Nous rapportons un cas de hernie de la corne vésicale de découverte per opératoire avec survenue d'une plaie vésicale iatrogène. La reconnaissance peropératoire de la plaie vésicale et sa réparation immédiate ont permis d'avoir une bonne évolution.

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient âgé de 50 ans, militaire de profession et sans antécédents pathologiques particuliers qui s'est présenté en consultation pour tuméfaction inguinale droite et une pollakiurie nocturne évoluant depuis plusieurs années.

L'examen clinique avait mis en évidence une hernie inguinale droite non compliquée. La prostate était augmentée de volume d'allure bénigne au toucher rectal. L'indice de masse corporelle (IMC) était calculé à 28.

L'Examen Cyto-Bactériologique des Urines (ECBU) était négatif. La fonction rénale était normale et le taux de l'Antigène Spécifique de la Prostate (PSA) était de 0,89 ng/ml.

L'échographie des voies urinaires montrait un lipome inguinal droit de 5cm x 2cm, une hernie inguinale avec un collet de 12 cm de diamètre et un volume prostatique de 28 cc, sans résidu post mictionnel.

Après abord inguinal, l'exploration chirurgicale a trouvé une hernie inguinale directe avec un volumineux lipome pré-herniaire. La dissection du lipome a conduit à une brèche de la corne vésicale (figure 1), en regard de l'orifice inguinale profond. La corne vésicale était réparée par un surjet aller-retour au vicryl 2.0 (figure 2).

Le lipome était réséqué après ligature à sa base au vicryl 2.0. La corne vésicale était refoulée dans la cavité pelvienne, suivie d'une herniorraphie selon la technique de Bassini par abaissement du tendon conjoint sur l'arcade crurale. L'abord inguinal était fermé plan par plan. Une sonde urinaire transurétrale était mise en place pendant 4 jours. Les suites opératoires étaient simples. La sortie était prononcée au cinquième jour post opératoire. Après un recul de 3 mois, le patient ne présentait aucune plainte. La cystographie de contrôle montrait une vessie pleine dans l'aire de projection pelvienne avec une bonne capacité (figure 3).

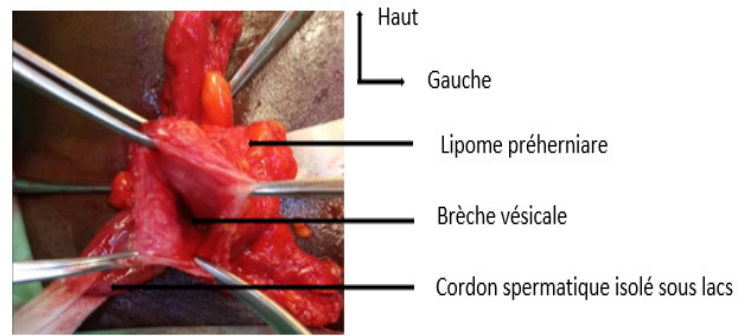


Figure 1 : Plaie de la corne vésicale

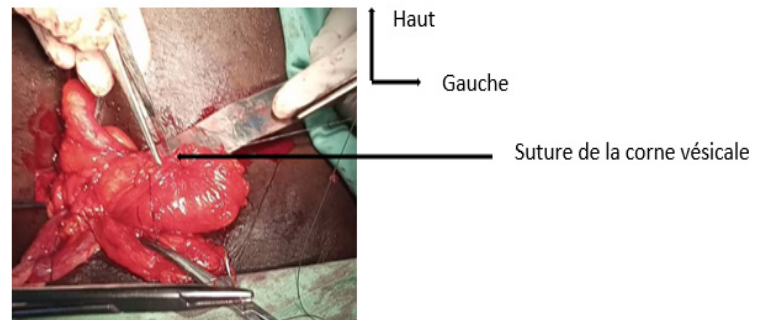


Figure 2 : Plaie vésicale suturée au vicryl 2.0

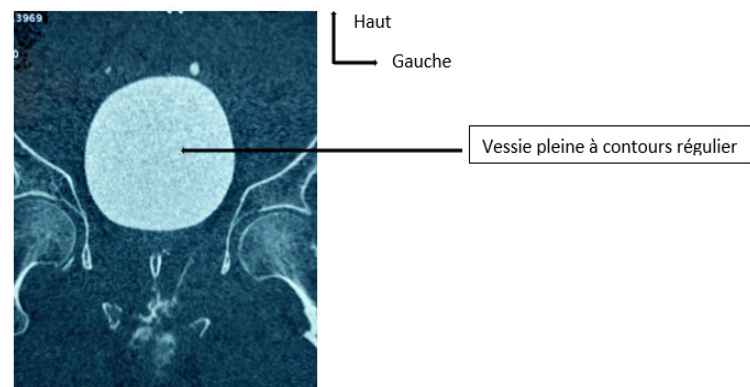


Figure 3 : Cystographie de contrôle

Discussion

La hernie inguinale de la vessie est une entité clinique très rare, décrite pour la première fois par Levine en 1951 [2]. Elle représente de 1 à 4 % de toutes les hernies inguinales dans la population générale [3] et environ 10% chez les sujets obèses d'âge supérieur à 50 ans [3,4]. La genèse d'une hernie de la vessie peut être liée à une obstruction sous vésicale, une distension chronique de la vessie, une baisse du tonus vésical, une obésité et une faiblesse de la paroi abdomino-pelvienne. Ceci expliquant leur fréquence

plus importante chez les sujets de plus 50 ans [4,5]. Notre patient, âgé de 50 ans, présentait en plus de l'âge, un surpoids et une profession exposant à une hyperpression abdominale quotidienne.

Elle est plus fréquente chez l'homme [1,6]. Elle siège habituellement à droite et réalise le plus souvent une hernie directe [1,3,7,8]. Ces caractéristiques ont été retrouvées chez notre patient.

La hernie de la corne vésicale est pauci voire asymptomatique, surtout lorsqu'elle intéresse une petite partie de la vessie [3,9,10]. La tuméfaction inguinale intermittente, les troubles urinaires du bas appareil et la douleur inguinale sont les signes les plus rapportés dans la littérature [6]. En plus de la tuméfaction inguinale intermittente, notre patient présentait des troubles urinaires irritatifs et le bilan prostatique effectué était sans particularité. Ces signes avaient complètement disparu après la cure de la hernie. Plusieurs auteurs ont rapporté une rémission des signes urinaires après la cure de la hernie vésicale lorsqu'il n'y avait pas d'obstacle sous vésical associé [9].

Dans les formes symptomatiques, le classique signe de Mery qui se traduit par une miction en deux temps, facilitée par l'appui sur la voussure herniaire et la disparition de la hernie après la vidange vésicale, constitue un signe clinique très évocateur mais inconstant [5]. Sur une revue systématique de 10 ans, colligeant 64 cas de hernie de la vessie, menée par Branchu et al, ce signe n'était rapporté que chez 8 patients soit 12,5% [6]. En cas de suspicion clinique, les examens d'imagerie peuvent aider à poser le diagnostic avec certitude. Il s'agit particulièrement de l'Urétro-Cystographie Rétrograde (UCR) qui est le gold standard [4,7,9]. Outre l'UCR, l'échographie et la tomodensitométrie permettent de poser le diagnostic, et en même temps de mettre en évidence des facteurs favorisants et ou des complications [6,7,9]. Cette découverte préopératoire permet de mieux planifier la prise en charge chirurgicale et de réduire les complications peropératoires telles qu'une brèche vésicale pouvant passer inaperçues et entraîner une fistule vésico-cutanée ou une suppuration de la

plaie opératoire [1,9]. Seize pour cent des hernies de la vessie sont découvertes en post opératoire par une complication [3]. Dans notre cas, l'échographie avait montré un volumineux lipome pré-herniaire qui a masqué la mise en évidence du contenu vésical du sac herniaire.

Ainsi comme chez notre patient, le diagnostic est fait en peropératoire dans plus de 70% des cas [5]. Sur une série de 8 cas, Sarr A a rapporté 75% de hernies de la vessie découvertes en peropératoire [1]. De même, Watson, sur une série de 347 cas, a rapporté 279 cas de hernies de la vessie de découverte peropératoire [11]. La hernie peut intéresser la corne vésicale, un diverticule de la vessie ou même toute la vessie, réalisant le classique cystocèle scrotal décrit par Levine en 1951 [1,2]. Dans 16% des cas, la découverte est post-opératoire, lorsqu'une brèche vésicale, méconnue en peropératoire, est révélée par une complication telle qu'une suppuration pariétale ou une fistule vésico-cutanée [2,10]. Ce fut le cas, chez 1 des patients de Sarr A et chez 12,3% des patients de la série de Watson [1,11].

Les complications de la hernie vésicale sont celles de la mauvaise vidange vésicale avec des infections urinaires à répétition et la formation de lithiase urinaire [1]. Le reflux vésico-urétéral, la rupture de la vessie, l'urétéro-hydronephrose, la strangulation voire l'ischémie et la nécrose de la vessie peuvent aussi être rencontrés [9]. La survenue de tumeur vésicale intraherniaire a aussi été rapportée dans la littérature [12].

En cas de diagnostic pré-opératoire le traitement d'une hernie de la vessie ne diffère pas de celui des autres hernies et consiste à un refoulement de la vessie associé à une réfection de la paroi [1,9,10]. La résection de la partie herniée de la vessie est à proscrire du fait du risque de réduction de la capacité vésicale et de lésion urétérale [1]. Cependant cette résection est indiquée en cas de volumineuse hernie, de collet étroit, de nécrose et de tumeur intra herniaire [13]. En cas de lésion vésicale reconnue en peropératoire, la vessie est immédiatement réparée par un surjet et un drainage vésical trans-urétral mis

en place pour quelques jours [13]. Ce fut le cas pour notre patient, chez qui la sonde était enlevée au 4ème jour post opératoire et les suites étaient simples. La cystographie de contrôle était normale, avec une bonne opacification vésicale dans sa loge.

Concernant la cure de la hernie, différentes techniques sont décrites dans la littérature [5]. La chirurgie ouverte est la plus pratiquée [5]. Dans la revue de Banshu et al, 46 sur 64 patients étaient opérés, soit 71,9% [6]. Trente-sept patients (80,4%) étaient opérés par chirurgie ouverte, avec les techniques de Lichtenstein chez 32,6% des patients, de Bassini chez 15,2% des patients de Mac Vay chez 4,3% des patients et de Shouldice chez 2,2% des patients. Des cures par laparoscopie sont aussi décrites par quelques auteurs [2,3,5,6]. La technique de Bassini était faite dans notre cas et le résultat était satisfaisant. En effet, cette technique est la plus utilisée dans notre service. Helleman et al ont utilisé la technique de Bassini dans leur cas, car selon eux, la présence d'urine dans le champ opératoire augmente le risque de surinfection de la prothèse dans les techniques de cure avec prothèse [14].

Conclusion

La hernie de la vessie est une entité clinique très rare, souvent diagnostiquée en per ou post opératoire devant des complications. Elle doit être évoquée devant une hernie inguinale chez un homme âgé de plus de 50 ans, obèse et présentant des signes urinaires du bas appareil. La cystographie et ou l'uroscanner permettent de poser le diagnostic. Le diagnostic préopératoire permet de mieux planifier la prise en charge chirurgicale pour éviter une lésion accidentelle de la vessie.

*Correspondance

Samba Thiapato Faye

thiapatomaleme@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

1 : Service d'Urologie de l'Hôpital Principal de Dakar
2 : Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Principal de Dakar

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Sarr A, Ondo CZ, Sow Y, Fall B, Thiam A, Sine B et al. Hernie inguinale de la vessie: à propos de 8 cas. *Pan Afr Med J.* 2015;22(4):7.
- [2] Levine B. Scrotal cystocele. *JAMA.* 1951;147:1439-41.
- [3] Namba Y, Fukuda T, Ishikawa S, Kai A, Kohata A, Okimoto S et al. Inguinal bladder hernia treated using transabdominal preperitoneal approach: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;67:165-168.
- [4] Hamidi Madini A, Hossein MN, Aval HB, Enshaei A, Asadollahzade, Esmacili S. Scrotal herniation of bladder: a case report, Iran. *J. Med. Sci.* 2013;38:62-64.
- [5] Khan A, Beckley I, Dobbins B, Rogawski KM, Laparoscopic repair of massive inguinal hernia containing the urinary bladder, *Urol. Ann.* 2014;6:159-162.
- [6] Branchu B, Renard Y, Larre S, Leon P. Diagnosis and treatment of inguinal hernia of the bladder: a systematic review of the past 10 years. *Turk J Urol* 2018; 44(5): 384-8.
- [7] Zihni İ, Duran A, Soysal V. A rare cause of inguinal hernia: scrotal cystocele. *Ulus Cerrahi Derg.* 2014;32(2):137-9.
- [8] De Angelis M, Mantovani G, Di Lecce F, Boccia L. Inguinal Bladder and Ureter Hernia Permagna: Definition of a Rare Clinical Entity and Case Report. *Case Rep Surg.* 2018 Sep 30;2018:9705728.
- [9] Kamal Moufid, Driss Touiti, Lezrek Mohamed. Inguinal Bladder Hernia: Four Case Analyses *Rev Urol.* 2013;15(1):32-36.
- [10] Blah M, Nouira Y, Y kallel, Hafsia GH, Horchani A. Hernie vésicale, service d'urologie, hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie, *Annales de chirurgie* 2005;130:633-635.
- [11] Watson LF. *Hernia.* Saint-Louis: Mosby; 1948

- [12] Oruç MT, Akbulut Z, Ozozan O, Coşkun F. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature. *Hernia*. 2004;8:76-79.
- [13] Westera J, Meyer J, Reynolds J, Lambrianides A L. Massive Inguinoscrotal Bladder Hernia. *JSCR* 2012;5:5.
- [14] Helleman JN, Willemsen P, Vanderveken M, Cortvriend J, Van Erps P. Incarcerated vesico-inguinal hernia: A case report. *Acta Chir Belg* 2009;109:815-7.

Pour citer cet article :

ST Faye, TAO Sow, M Faye, M Dembélé, B Ndiaye, M Mboup et al. Une hernie de la corne vésicale de découverte per opératoire : à propos d'un cas à l'Hôpital Principal de Dakar et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 375-379



Article original

Aspects épidémioclinique et évolutif des patients admis en salle d'accueil d'urgences vitales à l'hôpital du Mali à propos de 85 cas, Mali

Epidemioclinical and evolutionary aspects of patients in the vital emergency reception room at the hospital in Mali in relation to 85 cases, Mali

K Tembiné^{*1}, MAC Cissé¹, N Diani¹, THM Coulibaly¹, A Sidibé¹, A Dramé¹, B Diallo⁶, K Sangho¹, S Sidibé⁵, O Diallo⁴, M Dama⁴, O Coulibaly⁴, D Sissoko⁴, I Maiga², M Konaté⁴, A Ombotimbé², M ouattara², M Traoré², C Sogodogo⁸, M I Mangané⁷, TH M Diop⁷, H Dicko⁶, SA Beye⁶, AH Almeimoune⁷, M Coulibaly¹⁰, K Diombana¹, D Sylla⁹, AS Dembelé⁸, S Togo², S Yena², MD Diango⁷, Y Coulibaly⁶

Résumé

Une urgence vitale est une détresse pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque, c'est une situation où la vie du patient est en danger si aucun soin rapide n'est fait.

L'objectif était d'étudier le profil épidémioclinique des patients en salle d'accueil des urgences vitales dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali et de déterminer l'évolution des patients.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1er janvier au 31 juillet 2019 portant sur tous les cas d'urgences vitales admises au service d'accueil des urgences (SAU). Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques et l'évolution. Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête individuelle, la saisie a été faite sur world 2016 et analysées avec SPSS version 2.0 et Chi2 a été utilisé comme test statistique avec un taux significatif si $P < 0.05$.

Résultat : Sur une période de 6 mois, 3811 patients avaient consulté au SAU en urgence, 400 patients ont été mis en observations pour 24 à 48 heures.

Nous avons colligé 85 cas d'urgences vitales soit une fréquence de 2,2%. L'âge moyen était de $38,78 \pm 22,6$ ans, avec des extrêmes entre 8 mois et 90 ans, la tranche d'âge de [15 -44 ans] était la plus représentée avec 40 cas (47,1%). Le sex-ratio était de 0,4 en faveur des hommes (60 hommes contre 25 femmes). Les ménagères étaient les plus représentées avec 18 cas (21,2%). Les patients provenaient du centre-ville dans 44 cas (51,8 %) cas, des autres régions dans 41 cas (48,2 %). Les patients ont été amenés par l'ambulance dans 41 cas (48,2%), par le transport en commun dans 31(36,5%) et dans 13 cas (15,3%) par des voitures personnelles.

Les urgences médicales étaient les plus fréquentes avec 44 cas (51,8 %) et les urgences chirurgicales représentaient 41 (48,2%). L'évolution était favorable chez 56 patients (65,9%). La mortalité était de 34,1% (29 décès).

Conclusion : Des efforts doivent être faits afin d'améliorer le transport des urgences vitales.

Mots-clés : Urgence vitale, service d'accueil des urgences, accidents vasculaire cérébral.

Abstract

A life-threatening emergency is distress that can lead to cardiac arrest at any time, it is a situation where the patient's life is in danger if no prompt treatment is given. The objective was to describe the epidemiological-clinical profile of patients in the vital emergency room in the emergency reception service of the hospital in Mali in order to determine the evolution of patients.

Methodology: This is a prospective study from January 1 to July 31, 2019 covering all cases of life-threatening emergencies admitted to the emergency reception service. The variables studied were socio-demographic, epidemiological, clinical data and course. The data were collected on individual survey forms, the entry was made on world 2016 and analyzed with SPSS version 2.0 and the chi-square was used as a statistical test with a significant rate if $P < 0.05$.

Result: Over a period of 6 months, 3811 patients had consulted the UAS urgently, 400 patients were observed for 24 to 48 hours.

We collected 85 cases of life-threatening emergencies, for a frequency of 2.2%. The mean age was 38, 78 ± 22.6 years, with extremes between 8 months and 90 years, the age group of [15 -44 years] was the most represented with 40 cases (47.1%). The sex ratio was 0.4 in favor of men (60 men versus 25 women). Housewives were the most represented with 18 cases (21.2%). The patients came from the city center in 44 cases (51.8%), from other regions in 41 cases (48.2%). Patients were brought by ambulance in 41 cases (48.2%), by public transport in 31 (36.5%) and in 13 cases (15.3%) by personal cars.

Medical emergencies were the most frequent with 44 cases (51.8%) and surgical emergencies accounted for 41 (48.2%). The outcome was favorable in 56 patients (65.9%). Mortality was 34.1% (29 deaths).

Conclusion: Efforts must be made to improve transport to life-saving emergencies.

Keywords: Vital emergency, emergency reception service, stroke.

Introduction

Une urgence vitale est la survenue d'une détresse respiratoire, circulatoire ou neurologique mettant en jeu le pronostic vital rapidement si aucun soin rapide n'est fait [1]. Les urgences vitales surviennent le plus souvent dans un contexte socio-économique défavorable en Afrique, ce qui pose de réels problèmes de prises en charge [2]. Dans les pays développés, notamment en France, la prise en charge des urgences commence en pré hospitalier par le SAMU (service d'aide médicale d'urgence) qui est une structure de régulation médicale qui centralise les appels d'urgence et les oriente vers les structures de soins les mieux adaptées en fonction de la pathologie [3].

En France, Passebon notait comme urgence vitale 11% des admissions au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers en 2015 [3]

Au Mali, l'absence de la médecine pré hospitalière, l'insuffisance du système de tiers payant (assurances maladie), le sous équipement des services d'urgences et de réanimation et l'insuffisance du personnel médical qualifié rendent difficile la gestion des urgences vitales dans nos contextes.

Depuis l'ouverture du service d'accueil des urgences de l'hôpital du Mali en 2011 jusqu'à nos jours, beaucoup d'urgences vitales ont été prises en charge, mais aucune étude n'a été faite sur le profil épidémioclinique des patients admis dans la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) ou encore appelé (déchoquage). L'objectif : était d'étudier le profil épidémioclinique des patients en salle d'accueil des urgences vitales dans le service des urgences de l'hôpital du Mali et de déterminer l'évolution des patients.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive sur une période de 6 mois (janvier 2019 à juin 2019).

Population : Etait constituée de l'ensemble des patients admis au SAU durant la période d'étude. Etaient inclus tous les patients admis en salle d'urgence vitale

(SAUV). N'étaient pas inclus, les patients admis pour urgences relatives. Les variables étudiées étaient les données sociodémographiques, épidémiologiques, cliniques et l'évolution.

Les données ont été collectées sur des fiches d'enquête grâce aux dossiers des patients et les registres d'hospitalisations. La saisie et le traitement des données ont été réalisés avec les logiciels Microsoft office 2013 (Word, Excel) et SPSS version 21.

La saisie et le traitement de texte ont été faits sur le logiciel Microsoft office Word et Excel, puis les données ont été recueillies sur un support individuel (fiche d'enquête), analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21. Les analyses comparatives de variables qualitatives ont été réalisées par le test du chi². Le seuil alpha de significativité est fixé à 0,05.

Résultats

Profil épidémiologique

Sur une période de 6 mois, 3811 patients avaient consulté au SAU en urgence, 400 patients ont été mis en observations pour 24 à 48 heures.

Nous avons colligé 85 cas d'urgences vitales soit une fréquence de 2,2%. L'âge moyen était de 38 ,78 ± 22,6 ans, avec des extrêmes entre 8 mois et 90 ans, la tranche d'âge de [15 -44 ans] était la plus représentée avec 40 cas (47,1%).

Le sex-ratio était de 0,4 en faveur des hommes (60 hommes contres 25 femmes). Les ménagères étaient les plus représentées avec 18 cas (21,2%). Les patients provenaient du centre-ville dans 44 cas (51,8 %) cas, des autres régions dans 41 cas (48,2 %). Les patients ont été amenés par l'ambulance dans 41 cas (48,2%), par le transport en commun dans 31(36,5%) et dans 13 cas (15,3%) par des voitures personnelles.

Profil clinique

Les urgences médicales étaient les plus fréquentes avec 44 cas (51,8 %) et les urgences chirurgicales représentaient 41 (48,2%).

Les urgences cardiovasculaires étaient les plus représentés des urges médicales avec 17 cas (20%) et le syndrome coronarien dominait le tableau des

urgences cardiovasculaires avec 8 cas (9,4%). Les urgences neurologiques et respiratoires représentaient respectivement 14 cas (16,5%) et 9 cas (10,6%). Parmi les urgences neurologiques les AVC étaient les plus fréquents 14,1% (12 cas). Les autres urgences médicales sont d'ordre endocrino-métabolique avec 8 cas (9,4%), urgences médicales infectieuses 6 cas (7,1%) et digestives 1cas (1,2%).

Les urgences traumatiques représentaient 48,2% (41 cas) dans notre série.

Parmi les urgences traumatiques chirurgicales, le polytraumatisme dominait le tableau avec 16 cas (18,8%), suivi de traumatisme crânien grave avec cas 11(12,9%). Les autres urgences étaient des hémopéritoines : 5cas (5,9%), hémothorax : 5 cas (5,9%), éviscérations : 3 cas (3,5%) et un hémopneumothorax :1 cas (1,2%). Les principaux groupes étiologiques des urgences médicales et chirurgicales sont répertoriés dans le tableau III.

Evolution

Elle était favorable chez 56 patients (65,9%). La mortalité était de 34,1% (29 décès). Les AVC étaient cause du décès chez 10 patients (p=0,02), suivi du polytraumatisme chez 5 patients (p=0,04) (Voir tableau VI). L'évolution des patients est répertoriée dans le tableau VI.

Tableau I : Caractéristiques des patients.

Variabes	Effectifs	Pourcentage
Ages (n= 85)		
0 à 11mois	1	1,2
[1-4 ans]	2	2,4
[5-14 ans]	7	8,2
[15 – 44 ans]	40	47,1
45ans et plus	35	41,2
Sexe (n=85)		
Masculin	60	70,6
Féminin	25	29,4
Profession (n=85)		
Ménagères	18	21,2
Elèves et étudiants	12	14,1
Cultivateurs	11	12,9
Commerçant	10	11,8
Ouvrier	11	12,9
Fonctionnaire	10	11,8
Chauffeur	8	9,4
Enfant	5	5,8
Total	85	100

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la résidence et moyen de transport

Variables	Effectifs	Pourcentage
Résidence		
Commune I	7	8,2
Commune II	3	3,5%
Commune III	1	1,2%
Commune IV	1	1,2%
Commune V	4	4,7%
Commune VI	28	32,9%
Kayes	3	3,5%
Koulikoro	24	28,2%
Sikasso	8	9,4%
Ségou	5	5,9%
Mopti	1	1,2%
Total	85	100
Moyen de transport		
Ambulance / Protection civile	41	48,2
Transport en commun	31	36,5
Voiture personnelle	13	15,3
Total	85	100

Tableau III : Repartions des principaux groupes étiologiques des urgences médicales et chirurgicales

Pathologies	Effectif	Pourcentage
Médicales (n=44)	51,8	
<i>Infectieuse</i>	6	7,1
-Paludisme grave	3	3,5
-Pléropneumopathie hypoxémiant	2	2,4
-Gastro-entérite associée une déshydratation sévère	1	1,2
<i>Non infectieuse</i>	38	44,7
*Respiratoires	9	10,6
-Crises d'asthmes	3	3,5
-Décompensation aiguës de BPCO	6	7,1
-Hépatodigestive	1	1,2
*Neurologiques	14	16,5
-AVC	12	14,1
-Etat de mal convulsif	2	2,4
*Endocrino-métabolique	8	9,4
-Hypoglycémie	2	2,4
-Hyper osmolarité diabétique	5	5,8
-Acidocétose diabétique	1	1,2
*Cardiovasculaire	17	20
-Poussée hypertensive	3	3,5
-OAP	4	4,7
-Syndrome coronarien	8	9,4
-Embolie pulmonaire	2	2,4

Pathologie chirurgicale traumatique (n=41) 48,2		
Polytraumatisme	16	18,8
Hémopéritoine	5	5,9
Trama crânien grave	11	12,9
Eviscération	3	3,5
Hémothorax	5	5,9
Hémo-pneumothorax	1	1,2
Total	85	100

Tableau IV : Décès en fonction des pathologies.

Pathologies	Effectif décès	Pourcentage
AVC	10	34,48%
Polytraumatisme	5	17,24%
Décompensation BPBCO	3	10,34%
Embolie pulmonaire	2	6,90%
Hypoglycémie	1	3,45%
Sepsis grave	2	6,90%
Eviscération	2	6,90%
Infarctus du myocarde	1	3,45%
Trauma crânien grave isolé	3	10,34%
Total	29	100,00%

Tableau V : Modalités évolutives des urgences médico chirurgicales au SAU de l'hôpital du Mali

Evolution	Nombre	Pourcentage
Retour à domicile	3411	89,5
Mise en observation de plus de 24 heures (n=3811)	400	10,4
Hospitalisation en services médicaux (n=85)	44	51,7
Hospitalisation en services chirurgicaux (n=85)	41	48,2
Admission en réanimation (n=85)	48	56,4
Favorables (n=85)	56	65,9
Décès (n=85)	29	34,1

Tableau VI : Evolution en fonction de la pathologie

Variables	Survie	Décès	P
AVC	4	10	0,04
Polytraumatisme	11	5	0,02
BPCO	3	3	0,99
EP	0	2	Indéterminé
Complication aiguë diabétique	6	1	1,05
Sepsis	0	2	Indéterminé
Traumatisme abdominale ouvert	1	2	0,73
IDM	7	1	0,80
TC grave isolé	8	3	0,05

Discussion

Le nombre élevé de patients (3811 patients) vus de janvier à juin 2019 au SAU de l'hôpital du Mali, témoigne de la forte fréquentation du SAU. Cette fréquence est essentiellement liée au fait que l'agglomération Bamakoise est en extension surtout avec la construction des logements sociaux à proximité du service. Les unités d'urgences à Bamako sont de plus en plus surchargées et les hôpitaux deviennent insuffisants. Malgré la disposition de la pyramide sanitaire, qui est telle que les besoins en soins non programmés sont en partie couverts par le système de santé communautaire [2]. Au Cameroun, une étude prospective réalisée en 2001 montrait que les urgences médicales représentaient 36,2% des patients reçus contre 63,8 % de cas de pathologies chirurgicales, avec en particulier les traumatismes (37,6 %) [3]. La répartition des types d'urgences dans un SAU est également fonction de la structuration du système de santé d'une région, des disponibilités et de l'orientation des autres centres qui y sont implantés [2].

En 2001, une étude réalisée aux urgences médico-chirurgicales de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar avait retrouvé une moyenne d'âge de 23 ± 7 ans. Dans notre étude la moyenne d'âge était de $38,78 \pm 22,6$ ans. La population africaine se caractérise par sa grande jeunesse, au Sénégal 56% % des sénégalais ont moins de 20 ans [2]. Notre pays partage les mêmes réalités sociodémographiques. Dans une étude réalisée au Sénégal la prédominance masculine a été décrite avec un sex-ratio à 3,4 [2]. Le sexe masculin était le plus représenté aussi dans notre étude avec un sex-ratio à 0,4 (60 hommes contre 25 femmes). Cette prédominance masculine était liée à la prévalence de la traumatologie qui touche le plus souvent les hommes qui sont plus actifs dans la société que les femmes.

Les urgences cardiovasculaires étaient les plus représentés des urges médicales avec 17 cas (20%) et le syndrome coronarien dominait le tableau des urgences cardiovasculaires avec 8 cas (9,4%). Les

urgences neurologiques et respiratoires ressentiaient respectivement 14 cas (16,5%) et 9 cas (10,6%). Les autres urgences médicales sont d'ordre endocrinométabolique avec 8 cas (9,4%), urgences médicales infectieuses 6 cas (7,1%) et digestives 1 cas (1,2%). Nos résultats corroborent avec les données de la littérature. Au Congo, sur une étude réalisée à Pointe Noire, les urgences neurologiques (52%), représentaient la première cause de détresse aux urgences. A côté des poussées d'hypertension artérielle, les insuffisances cardiaques étaient les urgences cardio-vasculaires les plus représentées (37,05%) suivies des syndromes coronariens (4,46%) [6]. L'indisponibilité du dosage de la troponine en urgence pour confirmer le diagnostic de certaines ischémies myocardiques, en l'absence de signes électrocardiographiques spécifiques pouvait expliquer cette faible prévalence. Le diagnostic des syndromes coronariens aigus dans les conditions d'exercice en Afrique sub-saharienne est difficile à poser, car reposant le plus souvent sur la clinique et l'électrocardiogramme. La biologie spécifique, et les autres moyens d'investigations radiologiques les plus fiables ne sont pas réalisables facilement [1].

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentaient 85,7% des urgences neurologiques (12/14). Le scanner à l'hôpital du Mali fonctionne 24heures /24heures rendant le diagnostic facile. Après la consultation, 89,5% des patients retournaient au domicile. Ce qui témoigne que le SAU ressemble à un service de consultation de médecine générale, où 15,3% des patients venait d'eux-mêmes par voitures personnel. Cela engendre un manque de place pour les urgences vitales qui font le tour des hôpitaux de Bamako pour être prises en charge. Il s'y ajoute le surplus de travail pour le personnel soignant, source de pression qui se répercute sur leur efficacité, ainsi que la justesse de leur jugement, causant à la longue une insatisfaction générale. En occident, c'est une problématique tout aussi présente [14].

Le principal motif de consultation en urgence en 2001 au Gabon était l'urgence traumatique avec 60.51% de toutes les urgences confondues [12]. Même constat en France où selon l'agence régionale d'hospitalisation

d'île de France, l'urgence traumatique était le premier motif de consultation dans les services d'accueil des urgences avec 55% de toutes les urgences [14]. Les urgences traumatiques représentaient 48,2% (41 cas) dans notre série.

Les traumatismes multiples sont de plus en plus fréquents en pratique civile, du fait de l'augmentation des accidents de la voie publique.

Le polytraumatisme engage constamment le pronostic vital avec les lésions multiples siégeant aussi bien sur l'axe crânio-encéphalique que sur le thorax, l'abdomen et les membres [12].

Dans notre étude le polytraumatisme et le traumatisme crânien grave étaient les plus fréquents respectivement 16(18,8%) et 11(12,9%). Ces résultats se justifient du fait que le polytraumatisme et les traumatismes crâniens graves sont des urgences vitales, et le leur prise charge initiale se fait dans une salle d'accueil d'urgence vitale (déchoquage)

La mortalité (34,1%) était plus élevée que celle notée dans une étude au Sénégal (0,7%) [8]. Les 51,1% des décès dans notre étude l'ont été pour AVC (34,4%) et le polytraumatisme (17,2%). Ceci pourrait être dû à un retard de consultation des patients concernant les victimes d'AVC et du fait que le polytraumatisme a un pronostic sombre. Il s'y ajoute l'état d'indigence des patients qui les poussait à venir tard, alors que la réanimation était surtout occupée par les malades en post-opératoires.

Conclusion

Les urgences vitales peuvent survenir à tout moment et dans n'importe quel secteur d'activité. La mortalité liée aux urgences vitales est élevée. La création d'une médecine pré hospitalière est nécessaire afin que soit médicalisé le transport des patients.

*Correspondance

Kalba Tembiné
kalbatembine2014@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Septembre 2021

- 1 : Service d'Anesthésie-Réanimation / Urgences, Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 2 : Service de Chirurgie Thoracique et cardiovasculaire Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 3 : Service d'Imagerie Médicale Hôpital du Mali, Bamako, Mali,
- 4 : Service de Neurochirurgie, Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 5 : Unité de Chirurgie pédiatrique Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 6 : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgences, CHU du Point G, Bamako, Mali
- 7 : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgences, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali
- 8 : Service d'Anesthésie-Réanimation /CHU Institut Ophtalmologique Tropical Africain (Bamako)
- 9 : Service de médecine / Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 10 : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgences, CHU Mère –Enfant « Luxembourg » Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] M T Diop, M Mangané , A Almeimoune , A S Dembélé , M D Diango . Urgences cardio-vasculaires au Service d'Accueil des Urgences du CHU Gabriel Touré. Mali médical 2018 , 33(3)
- [2] K Sall , O Kane , E Diouf , M D Béye. Les urgences dans un CHU en milieu tropical, le point de vue de l'anesthésiste réanimateur. Med Trop 2002; 62: 247-250
- [3] C H Mathez ,M C Hofner , N Vient Pythan , B Jersin . Caractéristiques d'une série consécutive de 321 constats de coups et blessures volontaires dans un S.A.U. Ethique et médico-légal, Masson, Paris .2002, 163pages
- [4] A Caubel. Insuffisance respiratoire aiguë : diagnostic et traitement aux urgences. Service Réanimation polyvalente, centre hospitalier Bretagne-Sud, (15) issues 7-8, December 2006 p 523-532.
- [5] A Diakite , K. Anziliania , N D Camara . Mortalité par accident de la voie publique au CHU Donka de Conakry. Mali médical 2005 tome 20 N°1 et 2, pages 18-19.
- [6] BF Ellenga Mbolla , T R Gombet , B I Atipo Ibara , M S

Ikama ,M D Massamba , F Etitiele. Douleurs thoraciques non traumatiques de l'adulte : étiologies et prise en charge au CHU de Brazzaville (Congo). *Mali Médical* 2009,14 (2) : 35-8

- [7] S Diouf , N Y Mapoure ,M Ndiaye M , H B Ngahane , K Touré , A B Thiam et al. Survie des accidents vasculaires cérébraux à Dakar. *Rev Neurol* 2008 ; 164:452-8.
- [8] A Sentilhes-Monkam. Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest ? Exemple à l'hôpital principal de Dakar *Santé Publique* 2011 ; 1 (23) : 7-17.
- [9] S A Sarr, K Babaka, N Archich , N M Bodia , M B Ndiaye, M Diao, M Sarr, A B Serigne . Profil des patients admis en unité de soins intensifs dans un service de cardiologie de Dakar. *Rev. Cames sante* 2017, 5 (1) : pages 2-5
- [10] O W Hugli, M Potin , N Schreyer , B Yersin . Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? *Revmedch* 2006 n° 75
- [11] S Gentile S, A C Durand , P Vignally , R Sambuc , P Gerbeaux . Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2009 ; 57 : 3-9.
- [12] O A Raouf et coll. Urgences traumatologiques par accidents du trafic routier au Gabon. *Médecine d'Afrique noire* 2001-48-(12), pages 496-498
- [13] F Binam , S Takongmo , S Kingue ,D Mbanya ,J M Njip ,P Hagbe . Circuit de prise en charge des urgences au Cameroun : état des lieux dans un hôpital de la ville de Yaoundé. *JEUR* 2001 ; 14 : 233-9.
- [14] DD Carrere, G Tempelhoff G. Groupe d'étude multicentrique du Service d'accueil: Les malades graves dans un service d'accueil, Réanimation Soins Intensive Med Urgences, Paris, 2018; (7): 4 p 232.

Pour citer cet article :

K Tembiné, MAC Cissé, N Diani, THM Coulibaly, A Sidibé, A Dramé et al. Aspects épidémioclinique et évolutif des patients admis en salle d'accueil d'urgences vitales à l'hôpital du Mali à propos de 85 cas, Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 380-386



Article original

Consultation prénatale : Pronostics maternel et périnatal des accouchements à risque à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali

Prenatal consultation : Maternal and perinatal prognosis of high-risk deliveries at the Nianankoro Fomba Hospital in Ségou, Mali

T Traoré^{1*}, K Sidibé¹, A Sanogo¹, F Kané⁴, A Coulibaly¹, B Traoré¹, A Bah¹, C Sylla², S Z Dao³, S A Beye¹, S Boiré⁵, B Traoré⁶, AL Coulibaly¹, A Diarrioso¹, Y Traoré², I Tégouété², N Mounkoro²

Résumé

La grossesse à risque est définie par l'apparition d'un risque obstétrical, fœtal et ou maternel en début de grossesse, au cours de celle-ci ou au moment de l'accouchement. Ce risque se concrétise pour le « produit de conception » par un avortement, un retard de croissance intra utérin ou une maladie congénitale, la mort fœtale et pour la mère par l'aggravation ou l'apparition d'une pathologie maternelle pouvant aller jusqu'au décès [1,2].

But : Le but de l'étude était de déterminer la fréquence des grossesses à risque élevé ; d'identifier les facteurs de risque et de décrire les complications maternelles et périnatales de ces grossesses à risque.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude observationnelle (un groupe exposé et un non exposé) avec collecte prospective des données qui s'est déroulé du 10 d'Octobre 2017 au 10 Octobre 2018.

Ont été incluses les parturientes consentantes porteuses de grossesses à risque suivies et non suivies admises dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou tiré au hasard (150 parturientes sur 2730 suivies puis 150 parturientes sur 968 non suivies durant la période d'étude).

Le test statistique utilisé a été le test statistique Fisher pour comparer nos résultats, avec une probabilité $P < 0,05$ considérée comme significative.

Résultats : La grossesse à risque est sous-estimée avec une fréquence de 8,11% à l'hôpital de Ségou. Elle était plus fréquente dans la tranche d'âge de 19-24 ans avec 26,67%. Le taux de suivi prénatal était plus élevé chez les primipares avec 52% de cas régressant au fur et à mesure que la parité augmente.

Les grossesses à risque étaient plus suivies par les sages-femmes dans 47,33% de cas avec comme principaux facteurs de risque : l'utérus cicatriciel avec 16,67% de cas le groupe des femmes suivies, 15,3% dans les deux groupes, les pathologies associées à la grossesse dont les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle, l'anémie, le diabète et la cardiopathie.

L'éclampsie, l'hématome retro placentaire, la rupture utérine ont été les principales complications maternelles avec des taux plus élevés chez les femmes non suivies. La voie haute était le mode d'accouchement le plus fréquent avec 76,67% chez les femmes non suivies et 68% chez celles suivies dont les indications étaient dominées par les utérus

cicatriciels, les bassins généralement rétrécis et la souffrance fœtale aigue.

Le décès néonatal avec 19,23% était la principale complication fœtale dont les principales causes étaient le travail dystocique prolongé, l'éclampsie et la rupture utérine.

Conclusion : La morbi-mortalité maternelle et périnatale constitue l'un des meilleurs indicateurs de l'état sanitaire d'un pays et de son degré de développement. Cette étude montre que la grossesse à risque est relativement fréquente à l'hôpital de Ségou dont l'issue constitue un problème majeur surtout chez les femmes non suivies.

Mots-clés : CPN — pronostic maternel et périnatal — accouchement à risque — Ségou.

Abstract

High-risk pregnancy is defined as the occurrence of obstetric, fetal and or maternal risk in early pregnancy, during pregnancy or at the time of delivery. This risk materializes for the «product of conception» by abortion, intrauterine growth retardation or congenital disease, fetal death and for the mother by the aggravation or appearance of a maternal pathology up to death [1,2]. Purpose: The purpose of the study was to determine the frequency of high-risk pregnancies; identify risk factors and describe maternal and perinatal complications of these high-risk pregnancies. Methods: We conducted an observational study (one exposed and one unexposed group) with prospective data collection that took place from October 10, 2017 to October 10, 2018.

Included consenting parturients with follow-up and unsuspected high-risk pregnancies admitted to the gynecology-obstetrics department of the Nianankoro Fomba Hospital in Ségou drawn at random (150 parturients out of 2730 followed and 150 parturients out of 968 not followed during the study period). The statistical test used was the Fisher statistical test to compare our results, with probability $P < 0.05$ considered significant. Results: Pregnancy at risk is underestimated with a frequency of 8.11% at the Ségou hospital. It was more common in the 19-24 age

group with 26.67%. The rate of prenatal follow-up was higher among primiparous patients with 52% of cases regressing as parity increased.

Pregnancies at risk were more followed by midwives in 47.33% of cases with as main risk factors: the scar uterus with 16.67% of cases the group of women followed, 15.3% in both groups, pathologies associated with pregnancy of which the most frequent were high blood pressure, anemia, diabetes and heart disease. Eclampsia, retro placental hematoma, uterine rupture were the main maternal complications with higher rates in unperceived women. The upper route was the most common mode of delivery with 76.67% in unsealed women and 68% in those followed whose indications were dominated by scar wombs, generally narrowed pelvis and acute fetal suffering.

Neonatal death with 19.23% was the main fetal complication whose main causes were prolonged dystocic labor, eclampsia and uterine rupture. Conclusion: Maternal and perinatal morbidity and mortality is one of the best indicators of a country's health status and level of development. This study shows that high-risk pregnancy is relatively common at the Ségou hospital, the outcome of which is a major problem, especially among women who are not followed. Keywords: CPN —maternal and perinatal prognosis —unhynisting —Segou.

Introduction

La grossesse à risque est définie par l'apparition d'un risque obstétrical, fœtal et ou maternel en début de grossesse, au cours de celle-ci ou au moment de l'accouchement. Ce risque se concrétise pour le « produit de conception » par un avortement, un retard de croissance intra utérin ou une maladie congénitale, la mort fœtale et pour la mère par l'aggravation ou l'apparition d'une pathologie maternelle pouvant aller jusqu'au décès [1,2].

Les consultations prénatales (CPN) sont l'ensemble des mesures destinées à la femme enceinte pour minimiser les risques.

Plus de 800 femmes meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse, 99 % de ces décès surviennent dans les pays en développement. [3]

En dépit de tous ces efforts qui sont réalisés dans le monde pour réduire cette mortalité, la situation reste encore préoccupante en Afrique, plus particulièrement en Afrique sub-saharienne où en 2015 on a enregistré 201 000 décès maternels soit 66% de tous les décès. [4]

Au Mali, la couverture en soins prénatals est meilleure en milieu urbain avec 93% contre 76% en milieu rural. Ces soins sont fournis dans la majorité des cas par les infirmières/Sages-femmes (47%) et dans une moindre mesure par des médecins (6%). A l'opposé, 19% des femmes n'ont reçu aucun soin prénatal. Dans la région de Ségou le taux de CPN est passé de 75% (EDS- IV), à 70% (EDS-V), et la majorité de ces CPN sont faites par des sages-femmes, médecins, infirmières Obstétriciennes. Cette régression du taux de CPN au niveau de la région a été marquée par une recrudescence des urgences obstétricales référées à l'hôpital c'est ainsi des femmes référées ont représenté 69% des accouchements dystociques, 56% des césariennes, 90% des ruptures utérines) [5]. Ceci atteste que la qualité de ces CPN n'ont pas permis d'identifier toutes les grossesses à risque.

C'est ce qui nous a amené à faire ce travail à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou dont les objectifs étaient de déterminer la fréquence des grossesses à risque élevé admises en travail, d'identifier les facteurs de risque et de décrire les complications maternelles et périnatales en commune II du district de Bamako.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude observationnelle (un groupe exposé et un non exposé) avec collecte prospective des données qui s'est déroulé du 10 d'Octobre 2017 au 10 Octobre 2018 dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital régional de Ségou qui reçoit dans le cadre de référence-évacuation toutes les femmes porteuses d'une grossesse à risque élevé suivi ou non.

La population d'étude était constituée des parturientes admises au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pendant la période d'étude.

Ont été incluses les parturientes consentantes porteuses de grossesses à risque suivies et non suivies admises dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou tiré au hasard (150 parturientes sur 2730 suivies puis 150 parturientes sur 968 non suivies durant la période d'étude).

Le recueil des données a été fait par l'interrogatoire direct des patientes. Garant du secret professionnel, l'identité d'aucune patiente n'a été mentionnée sur nos supports de collecte. Les données ont été saisies sur le logiciel Epi info version 7.2 et Word. Le test statistique utilisé a été le Fisher avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Résultats

Fréquence :

Nous avons colligé au hasard 300 cas de grossesses à risque sur 3698 accouchements dont (150 sur 2730 parturientes suivies et 150 sur 968 parturientes non suivies). La fréquence des grossesses suivies durant la période d'étude est de 73,82% et celle des non suivis est de 26,17%.

Tableau I : Répartition des parturientes selon les facteurs de risque retrouvés

Facteurs de risque	Groupe 1 N (%)	Groupe 2 N (%)	TOTAL N (%)	RR(IC)	P
Age < 18 ans	1(0,67)	0(0)	1(0,33)	-	0,50
Age ≥ 35 ans	20(13,33)	22(14,67)	42(14)	0,90(0,51-1,59)	0,73
Grande multipare	6(4)	12(8)	18(6)	0,50(0,19-1,29)	0,14
Hémorragie. 1 ^e T	6(4)	6(4)	12(4)	1,00(0,33-3,03)	1,00
Hémorragie 3 ^e T	13(8),67	14(9,33)	27(9)	0,92(0,45-1,90)	0,84
Poids ≤ 45kg	3(2)	8(5,33)	11(3,67)	0,37(0,10-1,38)	0,21
Poids ≥ 90kg	5(3,33)	6(4)	11(3,67)	1,25(0,34-4,56)	1,00
Utérus cicatriciel	25(16,67)	7(4,67)	32(10,67)	3,57(1,59-8,00)	7.10 ⁻⁴
Hauteur Ut excessive	8(5,33)	4(2,67)	12(4)	2,00(0,61-6,50)	0,37
Position du siège	12(8)	13(8,67)	25(8,33)	0,92(0,43-1,95)	0,83
Position transversale	2(1,33)	9(6)	11(3,67)	0,22(0,04-1,01)	0,06
Grossesse multiple	4(2,66)	9(6)	13(4,33)	0,44(0,13-1,41)	0,25
Macrosomie	6(4)	3(2)	9(3)	2,0(0,50-7,84)	0,50
BGR	13(8,67)	12(8)	25(8,33)	1,08(0,51-2,29)	0,83
Bassin limite	23(15,33)	23(15,33)	46(15,33)	1,00(0,58-1,70)	1,00
Taille ≤ 150 cm	3(2)	2(1,33)	5(1,66)	1,53(0,25-9,02)	0,68
Total	150(100)	150(100)	300(100)	1,50(0,25-8,84)	1,00

Tableau II : Répartition des parturientes selon les complications maternelles

Complications Maternelles	Groupe 1 N (%)	Groupe 2 N (%)	Total N (%)	RR(IC)	P
Rupture utérine	4(2,67)	5(3,33)	9(3)	0,80(0,21-2,92)	1,00
OAP	1(0,66)	5(3,33)	6(2)	0,20(0,02-1,69)	0,21
Eclampsie	13(8,67)	14(9,33)	27(9)	0,92(0,45-1,90)	1,00
HPPI	1(0,67)	5(3,33)	6(2)	0,20(0,02-1,69)	0,21
Accouchement dystocique	4(2,67)	1(0,67)	5(1,67)	4,00(0,45-35,3)	0,37
Anémie	1(0,66)	4(2,67)	5(1,67)	0,25(0,02-2,21)	0,37
HRP	5(3,33)	11(7,33)	16(5,33)	0,45(0,16-1,27)	0,12
PPH	5(3,33)	4(2,67)	9(3)	1,25(0,34-4,5)	1,00
Aucune	116(77,33)	101(67,33)	217(72,33)	1,14(0,99-1,32)	0,05
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau III : Répartition des parturientes selon le pronostic vital maternel

Pronostic	Groupe 1 N (%)	Groupe 2 N (%)	Total N (%)	RR(IC)	P
Femmes vivante	150 (100)	149(99,33)	299(99,67)	Réf ₍₁₎	
Femmes décédée	0 (100)	1(0,66)	1(0,33)		0,50
Total	150 (100)	150(100)	300(100)		

Tableau IV : Répartition selon le pronostic périnatal

Complications Périnatales	Groupe 1 N (%)	Groupe 2 N (%)	Total N (%)	RR (IC)	P
SFA	29(18,83)	27(17,08)	56(17,94)	1,10(0,68-1,77)	0,68
Prématurité	15(9,74)	21 (13,29)	36(11,53)	0,73(0,39-1,36)	0,32
Hypotrophie	5(3,24)	11(6,96)	16(5,12)	0,46(0,16-1,31)	0,13
Mort-né macéré	6(3,89)	14(8,86)	20(6,41)	0,43(0,17-1,11)	0,07
Mort-né frais	11(7,14)	29(18,35)	40(12,82)	0,38(0,20-0,75)	3.10 ⁻³
Traumatisme	4(2,59)	2(1,26)	6(1,92)	2,05(0,38-11,04)	0,44
Aucune	84(54,54)	54(34,17)	138(44,23)	1,59(1,13-2,06)	2.10 ⁻⁴
Total	154(100)	158(100)	312(100)		

Discussion

Durant la période d'étude nous avons colligé au hasard 300 cas de grossesses à risque sur 3698 accouchements soit une fréquence globale de 8,11% dont (150 sur 2730 parturientes suivies et 150 sur 968 parturientes non suivies).

La fréquence des grossesses suivies durant la période d'étude était de 73,82% et celles des non suivies était de 26,17%.

Notre fréquence globale de 8,11% était comparable à celle du avec 9% [4] inférieure à celles rapportées en Tunisie (25,6 %) [6] et dans certaines études Maliennes avec respectivement 13,16%, 21,67%, et 10,47% [7, 8,9].

Beaucoup d'études ont rapporté des fréquences supérieures à la nôtre comme celles de Jahn et al. Au Népal (41,5 %) ; d'Al Teheawy qui retrouve un taux de 46,2 % en Arabie saoudite, du Cameroun (21 %) ; de la Belgique (21,8 %) ; d'Alexandrie en Egypte (27,7 %) [6].

Les différences de fréquence peuvent être expliquées par la taille de notre échantillon, les particularités de chaque région mais aussi par la notion de risque qui est définie selon les standards nationaux de chaque pays.

Les âges extrêmes dans notre série ont été 12 ans et 43 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans contre respectivement 31ans dans la série Marocaine [7] ; 31,3 ans en Tunisie [6].

L'âge maternel est un facteur de risque obstétrical et périnatal. Les âges extrêmes avant 18 ans et après 35 ans sont présentés dans la littérature comme à

risque [7]. Les tranches d'âge de 25-29 ans et 35-39 ans ont 2 fois la chance d'être suivies par rapport à la tranche d'âge 40-43 ans avec des probabilités non significatives [RR= 2,20(0,39-12,22) P = 0,25 ; RR= 2,59(0,46-14,40) P = 0,15]. La diminution du nombre de CPN avec l'âge pourrait s'expliquer par le bon déroulement des grossesses antérieures les faisant croire à l'acquisition d'expérience encourageant ces femmes à limiter le suivi prénatal des grossesses ultérieures.

Sur le plan professionnel l'analyse statistique montre que les femmes de conjoint cultivateur ont une très faible chance d'être suivies par rapport à celles de conjoint fonctionnaire avec une probabilité significative [RR= 0,47(0,32-0,69) P = 8.10⁻⁵].

Fort de ce constat nous estimons que la fréquence de la CPN est en rapport avec certains éléments : l'inaccessibilité géographique aux soins de qualité, les occupations quotidiennes importantes laissant peu de temps à un suivi prénatal, le faible niveau d'étude et socio-économique [10].

Nos résultats sont en accord avec ceux :

- De la Tunisie (98,2%) de femmes mariées, 74,9% de femmes ménagères [6] ;

- Du Mali (80,9%) de femmes mariées [10]

Contrairement à notre étude où le taux de non scolarisées était élevé (66,33%), dans la série Tunisienne seul 13 % des femmes étaient non scolarisées et 87% des femmes avaient au moins un niveau d'étude primaire [6]. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible niveau de scolarisation des filles dans les pays au sud du Sahara comparativement aux pays du Maghreb.

Une étude menée en République Démocratique du Congo a rapporté 22,35% de primipares dans le groupe des femmes suivies contre 19,39% dans le groupe des non suivies et 30,96% de multipares dans le groupe des femmes suivies contre 34,23% dans le groupe des non suivies [11].

Dans notre étude aussi bien que celle de la République démocratique du Congo on constate que le taux de consultations prénatales diminue au fur et à mesure que la parité de la femme augmente. Cette diminution s'explique par le bon déroulement des grossesses antérieures malgré l'absence de suivi encourageant ces femmes à limiter le suivi prénatal des grossesses ultérieures [11].

A l'issue de notre étude, les proportions des femmes qui ont bénéficié de consultations prénatales avec un personnel qualifié étaient de 47,33%, pour les sages-femmes, 18,67% pour les gynécologues obstétriciens, 7,33% pour les médecins généralistes. Parmi ces femmes, la consultation prénatale était en majorité assurée par les sages-femmes. Cependant il faut noter qu'une proportion non moins importante de 11,33% était assurée par un personnel non qualifié (matrones). Dans notre étude la voie haute a été le mode d'accouchement le plus fréquent avec 76,67% des parturientes suivies contre 68% des celles non suivies.

Contrairement à notre série l'accouchement par voie basse avec 66% de cas était le mode le plus fréquent dans une étude Marocaine [2].

En République démocratique du Congo, la césarienne était moins fréquente dans le groupe des femmes suivies avec 6,24% contre 10,62% dans celui des femmes non suivies [11].

La consultation prénatale n'avait pas permis d'évaluer le risque, de faire le pronostic d'accouchement par voie basse et d'indiquer une césarienne élective beaucoup plus sécurisante ceci expliquait la fréquence de la césarienne dans le groupe des gestantes suivies dans notre étude.

Neuf patientes ont présenté des ruptures utérines dans notre série dont cinq (5) dans le groupe des femmes

non suivies et quatre (4) dans le groupe des suivies. Trois facteurs pourraient expliquer ces cas de ruptures utérines chez ces patientes suivies : la mauvaise qualité de la consultation prénatale, le niveau d'instruction et le bas niveau socio-économique. Quant aux patientes non suivies c'est surtout l'absence d'évaluation du pronostic de la voie d'accouchement en fin de grossesse qui expliquait ces ruptures utérines. La souffrance fœtale aigue, le bassin généralement rétréci et l'utérus multi cicatriciel étaient les indications les plus fréquentes de la césarienne dans notre étude.

Les utérus multi cicatriciels et les bassins généralement rétrécis étaient les indications de césarienne plus fréquentes chez les femmes suivies. Ces indications ont été posées lors des CPN d'où leur importance dans le groupe des femmes suivies ; ceux-ci pourraient s'expliquer par leur sensibilisation sur les facteurs de risque lors des consultations prénatales.

C'est ainsi que chez les femmes non suivies nous avons enregistré un (01) cas de décès maternel (0,33%) suite à une rupture utérine ; 19,23% de mort-nés dont 12,82% frais et 6,41% macérés.

En République démocratique du Congo la proportion de décès maternel était de 0,12% dans le groupe des suivies contre 0,67% dans celui des femmes non suivies ; quant à celle de décès néonatal précoce elle était de 2,75% dans le groupe des femmes suivies contre 7,08% chez les femmes non suivies [11].

Au Sénégal le taux de mortalité maternelle était de 1,41% et celui de la mortalité néonatale de 3,35% dans le groupe des femmes qui avaient moins de trois consultations prénatales contre respectivement 0,20% et 5,08% chez celles ayant bénéficié de trois consultations et plus [12].

Dans la plupart de ces études, la morbi mortalité est plus élevée chez les femmes non suivies montrant le risque dû au manque de suivi prénatal.

Le risque de complications périnatales étant étroitement lié aux complications maternelles, c'est ainsi qu'au cours de notre étude plus de la moitié des fœtus ont fait l'objet d'une complication soit au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Parmi ces complications il est à noter que 18,83% des fœtus

du groupe des femmes suivies avaient présenté une souffrance fœtale avec (26 réanimé avec succès) contre 17,08% de cas dans le groupe des non suivies avec (21 nouveau-nés réanimés avec succès). Par contre les mort-nés frais étaient de 18,35% chez les femmes non suivies contre 7,14% chez les suivies d'où le facteur protecteur de la CPN chez les femmes suivies avec une probabilité significative [RR= 0,38(0,20-0,75), P = 3.10-3).

Le petit poids de naissance qui était constitué par les prématurés et les hypotrophies représentaient 20,25% des naissances dans le groupe des femmes non suivies contre 12,98% chez les suivies.

La même tendance a été rapportée en République démocratique du Congo avec 11,64% chez les parturientes non suivies contre 5,37% chez les parturientes suivies [11] ; au Sénégal 10,61% chez les femmes avec moins de trois CPN contre 9,77% de cas celles ayant eu trois CPN et plus [12].

Conclusion

La morbi-mortalité maternelle et périnatale constitue l'un des meilleurs indicateurs de l'état sanitaire d'un pays et de son degré de développement. Cette étude montre que la grossesse à risque est relativement fréquente à l'hôpital de Ségou dont l'issue constitue un problème majeur surtout chez les femmes non suivies.

Cette issue était dominée par une forte morbidité maternelle et une morbi mortalité périnatale élevée.

Les déterminants de cette morbi mortalité étaient dominés par l'analphabétisme, le faible niveau de revenu, d'une part et les bassins rétrécis, l'âge supérieur ou égal à 35 ans, les utérus cicatriciels et les pathologies maternelles associées à la grossesse dont l'hypertension artérielle est au premier rang.

*Correspondance

Tidiani Traoré
tidiobongosso@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali ;
- 2 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré Bamako Mali ;
- 3 : Centre de santé de référence commune II Bamako Mali ;
- 4 : Centre de santé de référence Bla, Mali ;
- 5 : Centre de santé de référence Niono, Mali ;
- 6 : Centre de santé de référence San, Mali ;

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Bondeau A S G, Descamps P. Grossesses à risque, orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, Recommandations de bonne pratique, HAS, décembre 2009. Mis à jour le 28 novembre 2017.
- [2] Mame S K. Impact de la consultation des grossesses à risque sur les modalités d'accouchement et les résultats néonataux (exemple du DDT et du diabète et grossesse). Thèse de Med Rabat 2013 ; N° 173 ; 5-31p.
- [3] Yatabary T A. La santé des femmes en Afrique : enjeu majeur des nouveaux ODD. *Med Santé Trop* 2017 ; vol.27 ; N° 2 ; 119-121p.
- [4] Biakabuswa M. Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo. Mémoire de Mster2 en Santé publique et environnement Spécialité : Intervention en promotion de la santé : Septembre 2016, 56p.
- [5] Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF). Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International ; 160p.
- [6] Bouafia N, Mahjoub M, Noura A, Ben Aissa R, Saidi H, Guedana N, Njah M. Profil épidémiologique des grossesses à risque à Sousse (Tunisie) ; *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale* ; Vol. 19, No. 5. 2013, 465- 473 8 ;
- [7] Ben Abdelmalek N. La pathologie maternelle et grossesse à propos de 556 cas. Thèse de Med. Rabat 2018 ; N°132 ;

11-83p.

- [8] Bakary M Traoré, Abdoul Salam DIARRA, Hamed DIALLO, Samira El Fakir, Chakib Nejjari : Consultations prénatales au centre de santé communautaire de Yirimadio, Revue marocaine de santé publique 2018, vol.5, N° 8 ; 1-8p.
- [9] Nimaga I. Influence de la surveillance prénatale sur la parturition dans le service gynécologie obstétrique du CHU de point G. Thèse Med Bamako 2012 ; N°325 ; 53p.
- [10] Traoré Y, Tégoué I, Théra A T, Mulbah J K, Mounkoro N, Diarra I, Diabaté F S, Traoré M, Diakité S, Dolo A. Aspects sociodémographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Mali Médical 2007 ; T XXII N° 2 ; 39-43p.
- [11] Amani M. Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo ; The Pan African Médical Journal. 2019 ; 33 :66
- [12] Ndiaye P, et col. Impact du nombre de consultation prénatale sur la morbi mortalité materno-fœtale dans le district sanitaire de Ziguinchor ; Dakar médical, 2003, 48, 1, 20-24.

Pour citer cet article :

T Traoré, K Sidibé, A Sanogo, F Kané, A Coulibaly, B Traoré et al. Consultation prénatale : Pronostics maternel et périnatal des accouchements à risque à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 387-394



Article original

Etude épidémiologique-clinique de la bronchiolite dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako

Epidemiological, clinical aspects and cost of the management of bronchiolitis in Bamako

M Traoré^{*1}, A Cissouma², D Sacko¹, D Kassogué⁴, I Koné¹, M Kanté¹, M Maiga⁵, KW Diallo⁶, FL Diakité³,
K Sacko³, O Koné⁷, O Diamoutène¹

Résumé

Introduction : La bronchiolite est une infection virale épidémique, saisonnière, survenant chez les enfants de moins de deux ans. Son incidence est mal connue en zone tropicale, particulièrement au Mali où les infections respiratoires aiguës constituent le 1er motif de consultation des enfants.

But : Déterminer la fréquence et le profil épidémiologique de la bronchiolite au niveau du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako.

Méthodologie : Etude prospective et descriptive de Novembre 2018 à Octobre 2019 portant sur les nourrissons vus en consultation pour toux sifflante avec ou sans difficulté respiratoire chez qui le diagnostic de bronchiolite a été retenu. Les données collectées sur des fiches d'enquête individuelle ont été analysées sur SPSS version 19.0

Résultats : 262 cas de bronchiolites sur 7554 nourrissons, soit une prévalence de 3,5%. Le sexe ratio 1,4 en faveur des garçons et les 3 à 11 mois ont été plus touchés. Les pics de fréquences ont été en Septembre et Novembre. Un tiers des enfants (34,4 %) avaient un antécédent d'asthme familial et 37,5% étaient exposés au tabagisme. Les râles sibilants ont été retrouvés chez la quasi-totalité des patients.

La désobstruction rhinopharyngée (88% des cas), la nébulisation par bêta 2 mimétique de courte durée d'action 53,3 % et la corticothérapie générale quasi systématique ont été les traitements.

L'évolution a été favorable dans 94,2% des cas. Le coût moyen de traitement a été de 11978,3f CFA (18,3 euros) avec un minimum de 3410f CFA (5,2 euros). La durée moyenne du traitement de la crise a été de 7,5 jours.

Conclusion : La bronchiolite n'est pas fréquente comparée à la fréquence générale des infections respiratoires aiguës dans notre service. Son diagnostic est facile et, ne nécessite pas un recours systématique aux examens complémentaires

Mots-clés : Bronchiolite, Nourrisson, coût, prévalence, Bamako

Abstract

Introduction: Bronchiolitis is an epidemic, seasonal viral infection occurring in children under two years of age. Its incidence is poorly known in the tropics, particularly in Mali, where acute respiratory infections are the primary reason for children's consultation in health services.

Aim: to determine the frequency, the epidemiological profile and the cost of the management of bronchiolitis

at the reference health center of commune V of Bamako.

Methodology: prospective and descriptive study during the period from November 2018 to October 2019 concerning infants from 0 to 24 months seen in consultation for wheezing cough with or without respiratory difficulty in whom the diagnosis of bronchiolitis was retained. The data was collected on individual survey cards and analyzed on software SPSS version 19.0

Results: At the end of this study, we collected 262 cases of bronchiolitis out of 7554 registered infants, a prevalence of 3.5%. The sex ratio was 1.4 in favor of boys. The age group 3 to 11 months was the most affected. The frequency peaks were mostly recorded in September and November. One-third of children (34.4%) had a history of family asthma while passive smoking exposure was found in 37.5% of children. Sibilant rattles were found in almost all patients. The treatment was disinfection and nasopharyngeal disobstruction (88% of cases), short-acting mimetic beta 2 nebulization 53.3% of children. Systemic corticosteroid therapy has been almost systematic. The immediate prognosis was favorable in 94.2% of the cases. The average therapeutic cost of a bronchiolitis attack in our study was estimated at CFAF 11978.3, about 18.3 euros with a minimum of 3410 CFA (5.2 euros). The average duration of treatment of the crisis was 7.5 days.

Conclusion: Bronchiolitis is not common compared to the general frequency of acute respiratory infections in our department. Its diagnosis is easy and does not require systematic use of complementary examinations.

Keys words: Bronchiolitis, Infant, cost, prevalence, Bamako.

Introduction

La bronchiolite est une infection virale épidémique, saisonnière, survenant chez les enfants de moins de deux ans. Elle correspond à une inflammation aigüe des

bronchioles, les plus petits conduits respiratoires des poumons. Elle se caractérise ainsi par une obstruction bronchiolaire prédominante, accompagnée de sibilants [1]. Elle est due classiquement au virus respiratoire syncytial (VRS), mais aussi aux rhinovirus humains, aux virus influenza type A ou B, à d'autres virus émergents (métapneumovirus humain, coronavirus respiratoire humain, bocavirus humain) [1]. En France, elle constitue un problème de santé publique, car on estime que 460 000 nourrissons (soit 30%) sont touchés par cette infection par an. Il existe des pics épidémiques hivernaux augmentant régulièrement d'une année à l'autre [2]. L'incidence de la bronchiolite est mal connue en zone tropicale. En Afrique, une étude menée en 2009 au CHU de Sousse en Tunisie avait retrouvé un pic de 36% au mois de janvier [3]. Au Burkina, Sawadogo et al., ont trouvé une prévalence de 11,3% de cas de bronchiolite [4]. A la Réunion, elle a une recrudescence en février et mars, et due dans 7 cas sur 10 au VRS [5]. L'absence de repères épidémiologiques, de protocoles thérapeutiques disponibles, et surtout les difficultés liées à l'accès aux médicaments pour le traitement symptomatique au niveau d'un centre de santé de référence (deuxième niveau de la pyramide sanitaire au Mali) ont motivé la présente étude. L'objectif de notre étude était de déterminer l'aspect épidémioclinique de la bronchiolite au niveau de notre centre de santé, et d'estimer le coût de sa prise en charge.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive au niveau de l'unité de pédiatrie du centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako, qui est une structure de 2^{ème} niveau de la pyramide sanitaire. Cette étude s'étend sur une période de 12 mois allant du 1er novembre 2018 au 31 octobre 2019. A l'aide d'un questionnaire validé en interne par les médecins de l'unité, des fiches d'enquête individuelles ont été élaborées pour collecter les données renseignées à chaque enfant inclus.

Les enfants inclus l'étaient suivant les critères : ayant

consulté pour une toux ou difficultés respiratoires et dont les parents ont accepté de participer volontairement et de façon éclairée à l'enquête. Etait considéré comme un cas de bronchiolite, tout nourrisson de 2 ans ou moins, vu en consultation pour toux sifflante avec ou sans difficulté respiratoire, chez qui le diagnostic a été retenu ou confirmé par un médecin.

Le questionnaire était administré par les étudiants en 7^{ème} année de médecine de la Faculté de Médecine de Bamako sous la responsabilité d'un pédiatre. Les variables étudiées sont le profil épidémiologique (âge, sexe, antécédents ...) la symptomatologie clinique et les examens complémentaires. Le consentement éclairé des parents constituait l'une des étapes essentielles de l'étude. Il a été obtenu après avoir expliqué aux parents du malade les objectifs, les risques et les attentes scientifiques liés à cette étude. Cette étude a été approuvée par la commission hospitalière du Centre de Sante de Référence de la Commune V du district de Bamako. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 19.0. Le test de χ^2 a été utilisé suivant leurs conditions d'application pour comparer les proportions. Pour la comparaison des moyennes le test de student a été utilisé.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons constaté 262 cas de bronchiolite sur un effectif de 7554 nourrissons consultés, soit une prévalence hospitalière de 3,5%. Le sex ratio était de 1,4 en faveur des garçons. La tranche d'âge entre 3 et 11 mois était la plus touchée. Les pics de fréquences ont été surtout enregistrés en Septembre et Novembre.

Plus du tiers des patients (89 enfants) soit 34,4 % avaient un antécédent d'asthme familial, pendant que l'exposition au tabagisme passif était retrouvée chez 97 enfants soit 37,5% des patients. Le reflux gastro-oesophagien RGO 99 cas (38,2%) a été l'antécédent pathologique personnel le plus souvent retrouvé chez les nourrissons. Les râles sibilants ont été retrouvés

chez la quasitotalité des nourrissons.

Le traitement a utilisé la désinfection et la désobstruction rhino-pharyngée dans 88% des cas, associée ou non à la nébulisation par bêta 2 mimétique de courte durée d'action chez 53,3% des nourrissons. La corticothérapie par voie générale a été quasi systématique. Le pronostic global a été favorable dans 94,2% des cas. Les complications les plus fréquentes ont été les otites moyennes aiguës (29%) et la surinfection bactérienne broncho-pulmonaire (13,5%). La durée moyenne du traitement de la crise était de 7,5 jours avec des extrêmes de 3 et 13 jours. Le coût thérapeutique moyen d'une crise de bronchiolite dans notre étude a été estimé à 11 978,3 f CFA, soit environ 18,3 euros avec un minimum de 5,2 euros.

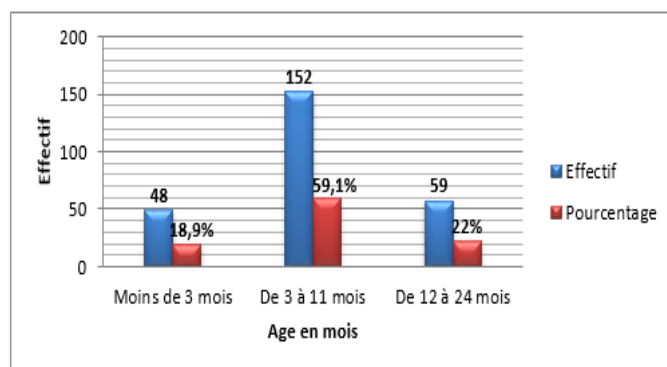


Figure 1 : Répartition des cas par tranche d'âge

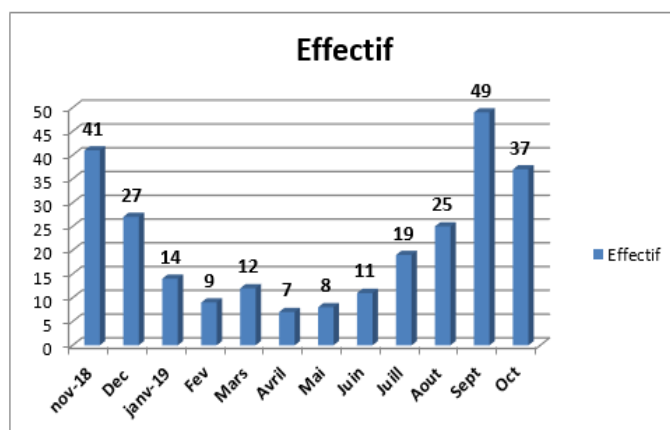


Figure 2 : répartition des cas par mois

Tableau I : Répartition des cas selon les antécédents

Antécédents pathologiques	Effectifs	Pourcentage
Prématurité	4	1,5
RGO	99	38,2
Souffrance néonatale	2	0,8
Sans antécédents particulier	154	59,5
Total	259	100

Tableau II : répartition des cas selon les complications associées

Complications associées	Effectifs	Pourcentage
Anémie	3	1,2
Dénutrition	6	2,3
Déshydratation	12	4,6
Surinfection bronchopulm	35	13,5
OMA	75	29
Décès	1	0,4
Sans complications	127	49
Total	259	100

Discussion

• Aspect épidémiologique :

Fréquence générale de la bronchiolite : Sur un effectif de 7554 nourrissons enregistrés en consultation, nous avons retenu le diagnostic de bronchiolite chez 264, soit une fréquence de 3,5%. Cette fréquence est nettement inférieure à celle observée au cours des études menées en Afrique par d'autres auteurs [3,4,6,7]. Cette différence s'explique aisément par le climat, mais aussi le lieu de l'étude (hôpitaux, urgences pédiatriques pour la plupart). Dans notre étude, le pic de bronchiolite était observé aux mois de septembre et de novembre correspondant respectivement à la saison pluvieuse et froide au Mali. Ces observations s'accordent avec celle de Bogne et al., qui soulignaient que l'épidémie de la bronchiolite était observée de septembre à novembre [7]. Le sex ratio était de 1,4 en faveur des garçons, Cette prédominance masculine est retrouvée par toutes les études et serait liée aux prédispositions génétiques,

et le fait que les bronchioles sont plus courtes et plus étroites chez le garçon [6,7]. Plus de la moitié, 57,3 % des patients avaient un âge compris entre 3 et 11 mois. Ce résultat comparable à celui de Sawadogo et al., où l'âge moyen était de 8,6 mois [4] ; 70 à 80% était dans la tranche d'âge de 2 à 10 mois pour Pin [8].

Facteurs atopiques : nous avons retrouvé respectivement la notion d'asthme, d'eczéma et d'urticaires chez 34,7% ; 18,3% et 11,8% des enfants. Ces facteurs sont retrouvés par d'autres auteurs [8].

Facteurs environnementaux : 38,2% et 16,8% des enfants étaient exposés respectivement au tabagisme passif et au contact des animaux domestiques [9].

Antécédent : 37,8% des enfants avaient un RGO et 1,5% étaient nés prématurés. Ces facteurs ont été rapportés par d'autres études et sont reconnus comme facteurs de risque d'évolution sévère de la maladie [10].

• Coût et durée du traitement :

La durée moyenne du traitement au cours de notre enquête a été de 7,5 jours (extrêmes de 3 à 13 jours). Cette durée se rapproche à celle de la plupart des auteurs [6,7,11]. Par ailleurs, Bobossi et al., ont noté un délai moyen d'hospitalisation de 8,3 jours avec une létalité élevée de 20% justifiée par le recours tardif aux soins, les moyens de réanimation limités et par la présence des facteurs de risques tel le très jeune âge des nourrissons (< 6 mois) [6]. Dans notre étude, la faible létalité 0,4% s'explique par le fait que les enfants graves sont référés directement au CHU Gabriel Touré.

Le coût moyen direct du traitement (à savoir ticket de consultation fixé 1,5 euros (1000 F CFA), les coûts de l'ordonnance et des examens complémentaires) durant notre enquête, s'élevait à 18,3 euros soit 11 978,3 F CFA. Ce coût nous paraît relativement acceptable, cependant peut paraître élevé par rapport au pouvoir d'achat des usagers d'un centre de santé de 2ème référence. Il s'explique par l'absence dans la pharmacie hospitalière de présentations adaptées à la prise en charge symptomatique de la bronchiolite et même d'accès difficile dans les officines privées. Aussi, la demande d'examen complémentaire non

indispensable et l'utilisation abusive des corticoïdes par voie générale, qui doivent être réservés aux formes particulières de la bronchiolite, justifie en partie ce coût de prise en charge.

Les complications les plus fréquentes ont été les otites moyennes aiguës (29%) et la surinfection bactérienne broncho – pulmonaire (13,5%). D'autres auteurs, ont décrit les mêmes types de complications (surinfections bactériennes et de détresses respiratoires) [7,12,13]

Conclusion

Le diagnostic de la bronchiolite est facile et ne nécessite pas un recours systématique aux examens complémentaires, qui, le plus souvent non indispensables, augmentent le coût de sa prise en charge. Peu fréquente dans notre étude, elle se voit surtout chez le nourrisson de 3 à 11 mois. Par ailleurs sa prise en charge doit évoluer en réservant la corticothérapie aux seuls cas de bronchiolite à répétition (asthme du nourrisson) et en cas de laryngite associée.

*Correspondance

Mamadou Traoré

madoutrissa@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Service de pédiatrie du centre de santé de référence de la commune 5
- 2 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso
- 3 : Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré
- 4 : Service, hôpital de Tombouctou
- 5 : Service de pédiatrie du centre de santé de la commune 6
- 6 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Mali
- 7 : INSP Institut Nationale de Santé Publique

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Faure E. La bronchiolite du nourrisson : épidémiologie, signes cliniques, étiologie. www.caducac.net/dossierspecialise/pediatrie/bronchiolite. Définition. Consulté le 10/01/2018
- [2] Grimpel E. Epidémiologie de la bronchiolite de nourrisson en France. *Arch Pédiatr*; 2001 ; 8(Suppl.1) :83-92.
- [3] Tej Dellagi R, Tagorti R, Massoudi B, Ben Salah F, Ben Bader M, Doggui N et al. Les bronchiolites du nourrisson : étude multicentrique à Tunis. *Tunis Med* 2004; 82(11):1012-8.
- [4] Sawadogo SA, Sanou I, Kam KL, Reinhardt MC, Koueta F, Dao L, et al. Bronchiolites aiguës du nourrisson en milieu hospitalier pédiatrique au Burkina Faso. *Ann Pediatr*. 1997; 44 (7): 493-99.
- [5] Institut de Veille Sanitaire de France. Epidémie de bronchiolite à la Réunion. N 87 du 27 décembre 2017 https://invs.santepubliquefrance.fr/content/.../54609/.../pe_bronchiolite_reunion_271212.pdf consulte le 28 mars 2018
- [6] Bobossi-Serengbe G, Bangué C, Mobima T. Les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des bronchiolites aiguës du nourrisson au complexe pédiatrique de Bangui (Centrafrique) *Méd Afr Noire* - 2004 ; 217-222.
- [7] Bogne JB , Chiabi A , Yatchet Tchatat D , Nguefack S , Mah E , Tchokoteu PF , et al. Bronchiolite Aiguë du Nourrisson de Moins de 24 mois à Yaoundé (À Propos de 296 Cas). *Health Sci. Dis* 2013, 14 (4):1-6.
- [8] Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. *N Engl J Med*. 1995;332(3):133-8.
- [9] Pin I. Bronchoalvéolites du nourrisson. Disponible sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/cardiopneuped/193c/lecon193c.htm> (Consulté le 10 mars 2018).
- [10] Laalaoui. S.E. Bronchiolites aiguës. [Thèse] Médecine, Alger, 2006..
- [11] Adonis LV, Tanoh FA, Ngoan AM, Camara R, Kouadio AV, Amangoua E et al. Profil général des affections respiratoires inférieures de l'enfant au CHU de Yopougon. *Publications médicales africaines*. 1994 ; 129 : 29-34.
- [12] Dutau G. Complications de la bronchiolite. *Arch Pédiatr* 2001 ; 8 (suppl1) : 58-69.

[13] Fjaerli H-O, Farstad T, Bratlid D. Hospitalisations for respiratory syncytial virus bronchiolitis in Akershus, Norway, 1993-2000: a population-based retrospective study. *BMC Ped.*2004; 4: 25. .

Pour citer cet article :

M Traoré, A Cissouma, D Sacko, D Kassogué, I Koné, M Kanté et al. Etude épidémio-clinique de la bronchiolite dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 395-400



Article original

Etat buccodentaire des patients porteurs des prothèses amovibles au CHU-CNOS de Bamako

Oral status of patients with removable prostheses at CHU-CNOS de Bamako

A Bah*¹, IB Bengaly², A Konaté², A Diaby², IH Sidibe², A Diallo¹

Résumé

Au CHU-CNOS de Bamako, les études sur l'état de santé des patients porteurs de prothèses dentaires sont peu nombreuses.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'état buccodentaire des patients porteurs de prothèses amovibles dudit centre. Méthodes et matériels : il s'agissait d'une étude descriptive transversale portant sur des patients réhabilités par prothèse amovible ayant consulté dans le service de prothèse amovible. L'enquête a été menée à l'aide de l'anamnèse et de l'examen clinique des patients. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel Epi info. L'échantillon était constitué de 60 patients. Les résultats : Le sexe féminin était le plus fréquent avec 63,3% et le sexe masculin à 37,7%, le sexe ratio était 0,6. La tranche d'âge 20 à 40 ans était la plus représentée avec 45,3%. Les patients qui se brossaient deux fois par jour représentaient 53,3%. La prothèse maxillaire et mandibulaire étaient les localisations les plus fréquentes avec 50% des cas. Les patients qui gardaient leurs prothèses dans la bouche ont été les plus représentés dans 58,4% des cas.

Mots-clés : Etat buccodentaire, Edentement, Prothèse amovible, CHU-CNOS.

Abstract

At the Bamako CHU-CNOS, studies on the state of health of patients with dental prostheses are few.

The objective of this work was to assess the oral condition of patients with removable prostheses from the said center. Methods and materials: this was a cross-sectional descriptive study of patients rehabilitated by removable prosthesis who consulted in the removable prosthesis department. The investigation was conducted using the history and physical examination of patients. Statistical analysis was performed by Epi info software. The sample consisted of 60 patients. The results: The female sex was the most frequent with 63.3% and the male sex at 37.7%, the sex ratio was 0.6. The age group 20 to 40 years was the most represented with 45.3%. Patients who brushed twice a day accounted for 53.3%. The maxillary and mandibular prosthesis were the most frequent locations with 50% of cases. Patients who kept their prostheses in their mouth were the most represented in 58.4% of cases.

Keywords: Oral condition, Edentulousness, Removable prosthesis, CHU-CNOS.

Introduction

La prothèse dentaire est un appareil destiné à remplacer artificiellement la ou les dent(s) manquante(s) et les tissus annexes (gencive, rebord alvéolaire).

Une prothèse amovible introduite en bouche plusieurs fois par jour, en absence d'une hygiène adaptée, peut constituer un vecteur microbien, perturbateur de l'écosystème buccal et dont les conséquences peuvent être locales (stomatites chéilites, hyperplasie) et ou générales.

La structure de la prothèse est propice à la création d'un biofilm prothétique impactant directement sur les conditions de la flore commensale, lorsque ce dernier ne fait pas l'objet d'une hygiène appropriée et régulière [1].

Il est donc important, pour la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste, de faire un état de lieu des différentes conditions présentes au sein de la cavité buccale (flore, salive, pH) et d'identifier les modifications induites par une prothèse amovible.

En France, 61,1% des patients âgés de 65 à 74 ans portent des prothèses amovibles [2].

Au Mali une étude portant sur 1 313 cas montre que 9% sont porteurs de prothèses [3].

Les tendances sont plus faibles dans les pays en développement comme le Sénégal où des études [4,6] révèlent que 10,1 % de la population urbaine de Dakar sont porteurs de prothèses.

Le port d'une prothèse amovible implique une participation directe ou indirecte des tissus de la cavité buccale et de la salive.

L'intégration de ce dispositif artificiel est un processus complexe influencé par des facteurs généraux (sexe, maladies systémiques, prise médicamenteuse) et des facteurs locaux (état des tissus d'appui, type de prothèse).

Les contraintes locales et la dégradation de la résine liées au port chronique de la prothèse favorisent son vieillissement ainsi que des modifications locales vasculaires et osseuses au niveau des tissus de soutien prothétique [2, 8, 9].

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale reposant sur un questionnaire individuel et portant sur un échantillon d'hommes et de femmes porteurs de prothèse amovible consultés au service de prothèse amovible du CHU CNOS.

L'étude l'enquête a duré 02 mois (allant du 1er Novembre au 31 Décembre 2016).

Notre échantillon était composé de 60 patients, soit 22 hommes et 38 femmes.

Le recrutement se faisait de façon anonyme au service de prothèse amovible.

Critères d'inclusions :

Etaient inclus dans cette étude tous les patients porteurs de prothèses amovibles qui se sont présentés en consultation et qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

Critères de non inclusion

N'étaient pas inclus dans l'étude :

- Les patients réticents à notre étude ;
- Les patients qui ne portaient pas de prothèses amovibles.

Les variables :

Les paramètres sociodémographiques

Âge, Sexe, État de santé général, Résidence, Profession

Les paramètres cliniques

Type de prothèse, Localisation de la prothèse, Indice CAO, HBD Type d'édentement, Hygiène prothétique, Type de base prothétique, Méthode de conservation de la prothèse, Âge de la prothèse, État des muqueuses, IG, Plaintes du patient et lésions provoquées par la prothèse.

Résultats

Données sociodémographiques :

Le sexe féminin était le plus fréquent avec 63,3% et le sexe masculin à 37,7%. La tranche d'âge 20 à 40 ans était la plus représentée avec 45,3% suivie des tranches d'âge 61 à 80 ans (28,3%) ; 41 à 60 ans avec 25% des cas et 81 à 90 ans avec 3,45% ; L'édentement

postérieur était plus représenté soit 60% des cas et 40% ne portaient pas.

Technique de brossage

Les patients qui se brossaient deux fois par jour sont plus représentés avec 53,3% suivis de ceux qui se brossaient une fois (33,3 %) puis ceux à 3 fois (11,7%) et autre à 1,7%. Les prothèses maxillaire et mandibulaire étaient les localisations les plus fréquentes avec 50% des cas suivie de la localisation maxillaire avec 31,7% des cas et mandibulaire avec 18,3% des cas.

Les patients qui gardaient leurs prothèses dans la bouche ont été les plus représentés avec 58,4% des cas suivis de ceux qui les conservaient dans l'eau (23,3%) suivie de la conservation à sec avec 18,3% des cas.

Etude de prévalence ou fréquence globale du CAOD
 Dans notre étude 60 patients ont été consultés et nous avons constaté que :

- le nombre des dents cariées était de 93,
- le nombre des dents absentes était de 660,
- le nombre des dents obturées était de 44.

Indice CAOD= (93 + 660 + 44) / 60= 13, 28

FGC= 51, 66%

FGA= 100%

FGO= 30%

Les patients qui n'ont pas respecté les conseils d'entretien ont représenté 71,7% des cas.

Les plaintes fonctionnelles ont représenté 20% des cas.

Les plaintes esthétiques ont représenté 26,67% des cas.

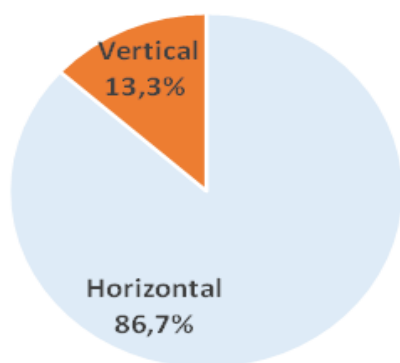


Figure 1 : répartition des patients selon les techniques de brossage

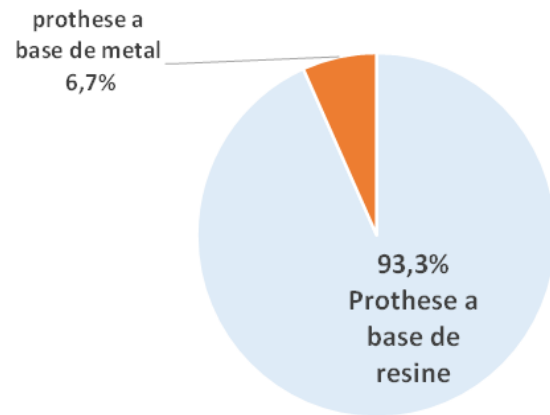


Figure 2 : répartition des patients selon la base prothétique

Discussion

Dans notre étude le sexe féminin était le plus représenté avec 63,33% et 36,67% pour le sexe masculin. Le sexe ratio était de 0,38 en faveur des femmes. Ce résultat est inférieur à celui de A Genève MIRKO BOZIN qui avait trouvé 75,9 % des femmes contre 24,1% pour les d'hommes [10] avec un sexe ratio de 0,3%.

La prédominance féminine pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont plus sensibles à l'esthétique. La tranche d'âge 20 à 40 ans était la plus représentée avec 45,3% suivie des tranches d'âge 61 à 80 ans avec 28,3% des cas ; 41 à 60 ans avec 25% des cas et (81 – 90) avec 3,45%. B THERA dans son étude en 2013 a rapporté 44,80% pour la tranche d'âge 20 à 40 ans [11].

La faible proportion des personnes âgées pourrait s'expliquer par le fait que nombre d'entre elles sont occupées par d'autres pathologies, vu que la période d'étude coïncidait avec la période de froid. L'édentement postérieur était plus fréquent avec 60%, ce taux est largement inférieur à celui de Cayrel C qui a rapporté dans son étude 73,80% d'édentements postérieurs [8]. La technique de brossage horizontal était la plus fréquentée dans notre étude avec 86,67%, Ce résultat est légèrement inférieur à celui de T SIDIBE qui avait trouvé dans son étude au Mali 91,17% de cas brossage horizontal [12].

Les patients qui se brossaient deux fois par jour sont

plus représentés avec 53,3% suivis de ceux d'une fois 33,3 % puis de 3 fois avec 11,7% et autre à 1,7%.

Les patients porteurs des prothèses bi-maxillaires étaient plus fréquents dans notre étude avec 50% et 31,67% avaient des prothèses situées au maxillaire contre 18,33% à la mandibule. Les prothèses situées au maxillaire étaient plus élevées.

Il apparaît que le maxillaire fait plus l'objet de restauration prothétique amovible que la mandibule. Cela se justifie par le fait que le maxillaire est plus exposé à l'édentation parce qu'il est moins accessible au brossage et plus sujet aux traumatismes et que les édentements antérieurs y présentent plus d'exigence esthétique [4].

Base prothétique

Dans notre étude, les prothèses à base résine étaient plus représentées avec 93,33% des cas. Ce taux est inférieur à celui de MBODJ et col. Qui ont rapporté 100% des prothèses à base résine dans leur étude au Sénégal [13]. Leur préférence est souvent motivée par leur coût moins élevé et leur plus grande disponibilité sur le marché, mais aussi par leur montage plus facile [14]. Toutefois, il s'en suit des conséquences défavorables sur l'équilibre occlusal et les fonctions de phonation et de mastication à moyen ou long terme. Les patients qui gardaient leur prothèse dans la bouche ont été les plus représentés dans 58,4% des cas suivis de la conservation dans l'eau avec 23,3% suivie de la conservation à sec avec 18,3% des cas.

Conclusion

La majorité des patients avait une mauvaise technique de brossage. Les prothèses à base de résine étaient les plus représentées.

La prise en charge passe nécessairement par l'instauration et l'intégration d'un système d'organisation des procédures de rappel des patients appareillés en vue d'un meilleur accompagnement de l'adaptation de leurs prothèses.

Dans le temps, les gènes s'accumulent, les surfaces occlusales se modifient et s'aplatissent ce qui génère au niveau des tissus mous des contraintes provoquant

à long terme des résorptions sur les tissus durs sous-jacents.

Face à ces complications, le manque d'entretien s'accroît engendrant des colonisations bactériennes et mycosiques.

***Correspondance**

Ahmed Bah

ahmed_bah88@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Centre Hospitalier Universitaire d'Odontologie - Stomatologie de Bamako ;
- 2 : Centre de Santé Communautaire et Universitaire de Koniakary, Mali (CSCOM U de Koniakary) ;

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] FAILLES Florent. La prothèse amovible est-elle un vecteur microbien à risque pour les patients vulnérables ? Thèse Chd, Nantes ; 2014 ; n° 038
- [2] Hue O et Berteretche MV. Prothèse complète. Réalités cliniques, solutions thérapeutiques. Paris : Quintessence International, 2004 ; 292p.
- [3] I H SIDIBE. Restauration prothétique à l'aide de la prothèse amovible au CHU-CNOS. Thèse de médecine, FMOS ; Bko ; 2015 ; P61
- [4] Dieng L, Seck MT, Dankoko BS et al. Evaluation du port de prothèse dentaire dans la population adulte de Dakar. Rev Col Odontol-AfrChir Maxillo-Fac; 2007; 14(3):18-22.
- [5] Mbodj EB, Ndiaye C, Seck MT et al. Impact du port de prothèse sur la qualité de vie. Dakar Med; 2010; 55(1):13-16.
- [6] Mbodj EB, Seck MT, Bâ S et al. Doléances en prothèse amovible complète : Etude chez des patients appareillés

dans la clinique de prothèse du département d'odontologie de Dakar. Rev Sen OdontolStomatolChir Maxillo-Fac; 2010; 7(1):33-38.

- [7] Mbodj EB, Diouf M, Ndindin AC et al. Port de prothèses : enquête dans les cabinets dentaires du Sénégal. Rev Col Odonto-StomatolAfrChir Maxillo-Fac; 2010; 17(4):32-35.
- [8] Cayrel C, Braud A et Hue O. Etude de l'évolution à court terme de la satisfaction après l'insertion de prothèses amovibles partielles. Strat Proth ; 2011 ; 11(1) :63-69.
- [9] Nicolas E, Veyrune JL et Lassauzay C. Evolution de la qualité de vie orale des porteurs de prothèse complète utilisant un adhésif prothétique. Cah Proth ; 2010 ; 149 :55-62.
- [10] MIRKO. B. Efficacité d'un cours de formation d'hygiène bucco-dentaire destiné au personnel des maisons de retraite. THESE n° 620 Genève 2002
- [11] THERA. B. Evaluation en besoins en prothèse dentaire au CHU-CNOS de Bamako. THESE, FMOS 2015
- [12] SIDIBE. T. Besoin de traitement parodontal chez les élèves du District de Bamako, Thèse de Med, FMOS Bko ; 2014
- [13] MBODJ El Hadj B ET COLL. Profil clinique des patients réhabilités par prothèse amovible et implications thérapeutiques : enquête au département d'odontologie de Dakar. Cah. Santé Publique, Vol. 12, n°1- 2013
- [14] Ndindin AC, Mbodji EB, Djérédou KB, N'Cho KJC et Assi KD. Contribution à l'évolution des prothèses adjacentes complètes réalisées au Centre de consultations et de traitements odontostomatologiques d'Abidjan. Rev Sen OdontolStomatolChirMaxillo-Fac ; 2010; 7(1) :18-23.. .

Pour citer cet article :

A Bah, IB Bengaly, A Konaté, A Diaby, IH Sidibe, A Diallo. Etat buccodentaire des patients porteurs des prothèses amovibles au CHU-CNOS de Bamako. Jaccr Africa 2021; 5(3): 401-405



Cas clinique

Fibrome intraventriculaire gauche chez un nourrisson : à propos d'un cas

Left ventricular fibroma in infant: a case report

CP Akagha Konde*¹, E Ayo Bivigou¹, F Ndoume Obiang¹, JB Mipinda¹, JM Mpori², WG Tessa Bengou¹, JJ Ekwa Sima¹, H Aubin Wora², LC Ndjibah Alakoua¹, MC Allognon¹, F Moubamba¹, C Yekini¹, A Guindo Samba³, CS Mayaka¹, JE Ecke Nzengue¹, F Aw³.

Résumé

Les tumeurs cardiaques primitives sont rares. Les fibromes cardiaques sont la deuxième cause de tumeurs primitives bénignes de l'enfant. Nous rapportons un cas de fibrome intraventriculaire gauche de découverte fortuite chez un nourrisson de 12 mois lors de l'exploration d'un souffle cardiaque. L'échocardiographie a mis en évidence une masse mesurant 31 mm x 47 mm, insérée dans la paroi latérale du ventricule gauche. L'indication opératoire a été posée mais l'intervention ne s'est faite que huit mois plus tard, au décours d'un tableau de détresse respiratoire avec instabilité hémodynamique. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de fibrome. Les suites opératoires étaient simples. L'objectif était de décrire l'un des aspects cliniques et évolutifs de cette affection rare.

Mots-clés : Fibrome cardiaque – échographie cardiaque – nourrisson.

Abstract

Primary cardiac tumors are rare. Cardiac fibroma are the second leading cause of primary benign childhood

tumors. We report a case of left intraventricular fibroma discovered incidentally in a 12-month-old infant during the exploration of a heart murmur. Echocardiography showed a mass measuring 31 mm x 47 mm, inserted into the side wall of the left ventricle. The indication for surgery was asked but the operation was not performed until eight months later, following a picture of respiratory distress with hemodynamic instability. Pathological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis of fibroma. The postoperative follow-up was simple. The objective was to describe one of the clinical and progressive aspects of this rare condition.

Keywords: cardiac fibroma – cardiaque echography – infant.

Introduction

Les tumeurs cardiaques primitives sont rares. Leur prévalence est de l'ordre de 0,001% à 0,003% dans les séries autopsiques [1]. On distingue les tumeurs

malignes des tumeurs bénignes. Parmi les tumeurs bénignes, les rhabdomyomes sont les plus fréquents, suivis des fibromes [2, 3]. Nous rapportons le cas d'un fibrome intraventriculaire gauche découvert lors d'un bilan pour souffle cardiaque chez un nourrisson. L'objectif de ce travail était de rapporter l'un des aspects cliniques et évolutifs de cette affection rare.

Cas clinique

Un nourrisson de sexe féminin âgé de 12 mois, au statut vaccinal correct, a été adressé par son pédiatre pour exploration d'un souffle cardiaque.

A l'examen physique, elle avait un bon état général. Elle pesait 8 kg, mesurait 72 cm et sa surface corporelle était à 0,39 m². Un souffle systolique apexien coté à 4/6, irradiant vers l'aisselle était perçu à l'auscultation cardiaque. Il n'y avait pas de signes d'insuffisance cardiaque. Le reste de l'examen était normal.

L'échocardiographie-Doppler (figure 1) montrait une masse intraventriculaire gauche ovalaire à contours réguliers, mesurant 31 mm x 47 mm, qui adhérait aux deux tiers supérieurs de la paroi latérale. Cette masse s'insérait juste en dessous de la petite valve mitrale dont elle gênait le mouvement d'ouverture et qu'elle projetait au-dessus du plan de l'anneau mitral, entraînant une fuite mitrale moyenne à sévère (VR : 46 mL ; SOR : 52 cm²) qui dilatait les cavités gauches (VG : 33 mm soit 84 mm/m² ; OG : 17 cm²). Le gradient intra-ventriculaire gauche était à 14.2 mmHg

et le gradient intra-aortique à 8.5 mmHg. La fonction systolique du ventricule gauche était conservée (FEVG = 76%). Par ailleurs, le situs était normal, les connexions étaient concordantes, l'aorte, l'artère pulmonaire et la veine cave inférieure étaient en place et de taille normale. Les septa étaient étanches, les cavités cardiaques droites étaient de taille normale et les pressions pulmonaires normales (PAPS : 11 mmHg).

L'angioscanner thoracique montrait une formation intraventriculaire arrondie, bien limitée, à contours réguliers, faiblement rehaussée après injection du produit de contraste, mesurée à 65*42 mm dans le plan axial.

Sur le plan thérapeutique, l'indication opératoire a été posée, mais la patiente, asymptomatique, a été récusée en chirurgie. Huit mois plus tard, elle a présenté un tableau de détresse respiratoire avec instabilité hémodynamique ayant nécessité une hospitalisation en soins intensifs. Au décours de cet épisode, une résection chirurgicale de la tumeur a été faite.

L'échocardiographie transthoracique post-opératoire (figure 2) montrait un espace vide d'échos au sein de la paroi latérale du ventricule gauche, témoignant de l'exérèse complète du fibrome, des cavités gauches dilatées et une dysfonction systolique moyenne du ventricule gauche. Les suites opératoires étaient simples.

L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire (figure 3) a conclu à un fibrome.

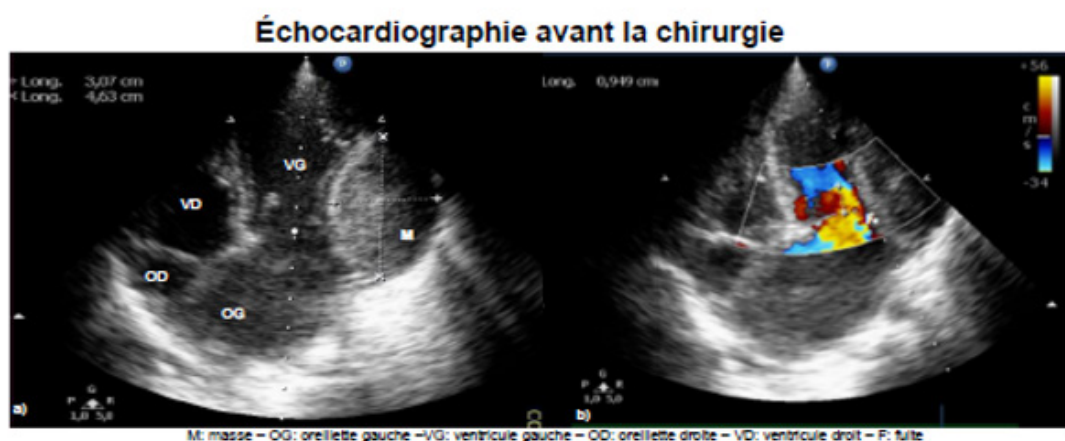


Figure 1: coupe apicale 4 cavités montrant:
 a) une masse intra-ventriculaire gauche ovalaire à contours réguliers, mesurant 30,7 mm x 46,3 mm, adhérent aux 2/3 supérieurs de la paroi latérale;
 b) une fuite mitrale sévère par prolapsus de la petite valve mitrale.

Échocardiographie après la chirurgie

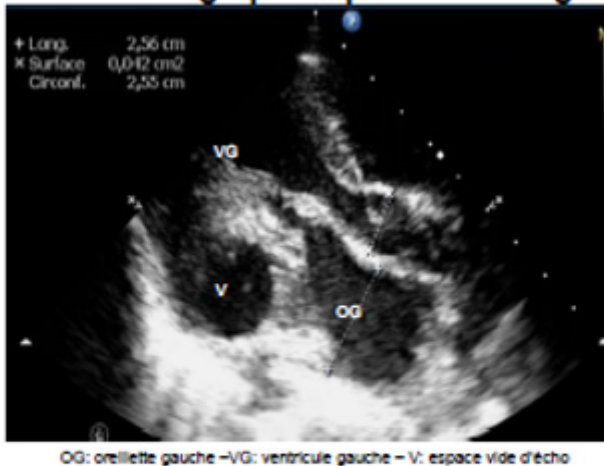


Figure 2: coupe para-sternale grand axe montrant l'espace vide d'écho laissé après l'exérèse de la tumeur.

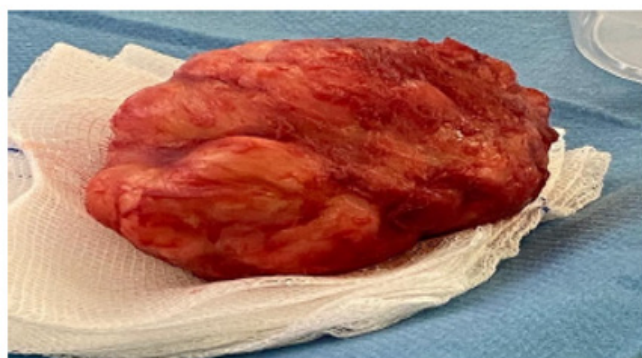


Figure 3: photographie de la tumeur intraventriculaire gauche extraite

Discussion

Les fibromes cardiaques sont la deuxième cause de tumeurs primitives bénignes de l'enfant [4,5].

Le diagnostic de fibrome cardiaque est souvent posé avant l'âge de un an [6]. Les circonstances de découverte de la masse dépendent de sa localisation, de sa taille et de son effet compressif ou non sur les structures avoisinantes [7,8]. Chez un patient asymptomatique, la découverte peut se faire de manière fortuite au cours d'un examen de routine pour une autre pathologie ou lors de l'exploration d'un souffle cardiaque, comme c'était le cas dans cette observation. Le patient peut au contraire être symptomatique, se plaignant de palpitations, de douleurs thoraciques ou de dyspnée. Un souffle peut être entendu à l'auscultation cardiaque. Le patient peut être en insuffisance cardiaque. Son

électrocardiogramme peut inscrire un trouble du rythme cardiaque ou un trouble de la conduction [2,3,7].

L'échographie transthoracique est un excellent examen d'orientation étiologique : elle décrit la masse, sa localisation, sa taille, sa mobilité, son caractère unique ou multiple, la présence ou non d'un pédicule. Si cet examen n'est pas contributif, on pourra s'aider de l'échographie transoesophagienne. La tomographie cardiaque et surtout l'imagerie par résonance magnétique faites par un opérateur entraîné permettent dans la plupart des cas une caractérisation tissulaire [4,7,9]. En cas de doute, seul l'examen anatomopathologique, lorsqu'il peut être fait, donnera le diagnostic de certitude.

Sur le plan anatomopathologique, les tumeurs primitives sont plus fréquentes que les tumeurs secondaires. Les tumeurs bénignes sont plus fréquentes que les tumeurs malignes. Les tumeurs bénignes rencontrées chez l'enfant sont, par ordre de fréquence, les rhabdomyomes, les fibromes, les fibroélastomes et les lipomes.

En pratique, le diagnostic est évoqué sur un faisceau d'arguments. Dans ce cas clinique, le bon état général de la patiente et l'absence de signes orientant vers l'atteinte d'autres organes faisaient évoquer une tumeur primitive. L'âge de la patiente orientait vers une tumeur bénigne. La taille importante de la tumeur, sa localisation et ses aspects échographiques et tomographiques orientaient vers un rhabdomyome, un myxome ou un fibrome cardiaque. Devant la rareté des myxomes chez le nourrisson, la localisation ventriculaire gauche et le caractère unique, la probabilité d'un fibrome cardiaque était plus élevée. Seul l'examen anatomopathologique a permis diagnostic de certitude.

La résolution spontanée n'est pas la règle et le traitement du fibrome intraventriculaire gauche est chirurgical. Il peut s'agir d'une résection totale ou partielle, en fonction de la localisation de la tumeur. Parfois, lorsque la tumeur est très volumineuse et intéresse le septum interventriculaire, une transplantation cardiaque est proposée [10-13]. La difficulté repose

sur le moment de poser l'indication opératoire, surtout lorsque le patient reste asymptomatique. L'indication est posée en cas d'obstacle à l'éjection, de dilatation des cavités gauches ou de signes de compression des voies aériennes par la tumeur.

Conclusion

Les fibromes cardiaques sont rares et sont souvent de découverte fortuite. Malgré l'avancée des techniques d'imagerie, l'échographie Doppler cardiaque garde une place de choix dans le diagnostic. La résection chirurgicale est faite en cas de retentissement hémodynamique ou respiratoire. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirme le diagnostic.

*Correspondance

Christelle P Akagha Konde

akaghakonde@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Service de cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, Gabon.
- 2 : Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Jeanne Ebori, Gabon
- 3 : Service de cardiologie, Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, Sénégal.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Laissy JP, Fernandez P, Mousseaux E, Crochet D. Tumeurs cardiaques. *J Radiol* 2004;85:363-9.
- [2] Becker AE. Primary heart tumors in the pediatric age group: a review of salient pathologic features relevant for clinicians. *Pediatr Cardiol* 2000;21:317-323.

- [3] Tzani A, Doulamis IP, Mylonas KS. Cardiac Tumors in Pediatric Patients :A Systematic Review. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery* 2017 ;8(5) :624-32.
- [4] Handan Ünsal, Enver Ekici. Conservative management of a left ventricle cardiac fibroma in an asymptomatic child patient. *Arch Turk Soc Cardiol* 2015;43(5):481-3.
- [5] Elderkin RA, Radford DJ. Primary cardiac tumours in a paediatric population. *J Paediatr Child Health* 2002;38:173–7.
- [6] Riberi A, Gariboldi V, Grisoli D et al. Les tumeurs cardiaques. *Revue de Pneumologie clinique* 2010 ; 66 : 95—103 .
- [7] Flores C, Lundberg J, Richardson RR et al. Utility of cardiac imaging in diagnosis of atypical presentation of cardiac fibroma. *BMJ Case Rep* 2019;12:e230333.
- [8] Liu H-T, Tiu C-M, Weng Z-C, et al. Primary cardiac fibroma in an infant: computed tomography and magnetic resonance imaging findings. *J Chinese Med Assoc* 2013;76:524–6.
- [9] De Cobelli F, Esposito A, Mellone R et al. Images in cardiovascular medicine. Late enhancement of a left ventricular cardiac fibroma assessed with gadolinium-enhanced cardiovascular magnetic resonance. *Circulation* 2005;112:242–3.
- [10] Cho JM, Danielson GK, Puga FJ et al. Surgical resection of ventricular cardiac fibromas: early and late results. *Ann Thorac Surg* 2003;76:1929–34.
- [11] Nathan M, Fabozzo A, Geva T et al. Successful surgical management of ventricular fibromas in children. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;148:2602-8
- [12] Sharma K, Rohlicek C, Cecere R, Tchervenkov CI. Malignant arrhythmias secondary to a cardiac fibroma requiring transplantation in a teenager. *J Heart Lung Transplant* 2007;26:639-41.
- [13] Kobayashi D, L'Ecuyer TJ, Aggarwal S. Orthotopic heart transplant: a therapeutic option for unresectable cardiac fibroma in infants. *Congenit Heart Dis* 2011;7:E31-6.

Pour citer cet article :

CP Akagha Konde, E Ayo Bivigou, F Ndoume Obiang, JB Mipinda, JM Mpori, WG Tessa Bengou et al. Fibrome intraventriculaire gauche chez un nourrisson : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 406-409



Article original

Aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques de la GEU à l'hôpital de Sikasso

Epidemiological, clinical, anatomopathological and therapeutic aspects of GEU at Sikasso hospital

SA Traoré*¹, M Sylla⁸, A Samaké⁷, A Cissouma⁴, O Touré¹, A Cissé¹, M Coulibaly¹, M Kanté², DBS Haidara⁹, B Traoré³, M Diassana³, Y Traoré⁵, A Diallo³, M Diassana⁶

Résumé

Introduction : L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques des grossesses extra utérine

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective descriptive sur 2 ans, du premier juillet 2018 au 31 juin 2020, portant sur 52 cas de GEU diagnostiquées au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso.

Résultat : Nous avons colligé pendant cette période 52 cas de grossesse extra-utérine et effectué 3240 accouchements soit une fréquence de 1,6%. L'âge moyen était de 28,38 ans, la gestité moyenne de 4 et la parité moyenne de 2,28. La grande majorité de nos patientes ont été reçues en urgence après la rupture de la GEU (78%). Les motifs de consultation étaient la douleur pelvienne dans 78% et métrorragies dans 67% des cas. Les méthodes diagnostiques étaient cliniques (100%), l'échographie (77%). Les étiologies infectieuses ont été les plus représentées avec 80% à l'examen anatomopathologique. Les villosités placentaires ont été retrouvées à l'examen anatomo-pathologique chez 90% des patientes, la villosité chorale dans 8% (mole ectopique) tandis que l'embryon a été retrouvé dans 86% des cas. La

chirurgie radicale a été réalisée dans 98% des cas. Nous avons eu recours à une salpingectomie dans 49 cas, une annexectomie dans 2 cas, et à l'extraction d'une grossesse abdominale dans un cas. Nous avons déploré 1 cas de décès.

Conclusion : la GEU reste une préoccupation majeure dans nos pays en développement. La réduction de sa fréquence doit passer par la lutte contre les IST. Sa prise en charge doit être rapide et adéquate.

Les mots-clés : Grossesse extra-utérine, anatomopathologie, hémopéritoine.

Abstract

Introduction: The objective was to study the epidemiological, clinical, anatomopathological and therapeutic aspects of GEU.

Methodology: This was a descriptive prospective study over 2 years, from July 1, 2018 to June 31, 2020, covering 52 cases of GEU diagnosed in the obstetric gynecology department of the Sikasso hospital.

Result: During this period, we collected 52 cases of ectopic pregnancy and performed 3240 deliveries, ie a frequency of 1.6%. The mean age was 28.38 years, the mean pregnancy was 4, and the mean parity was 2.28. The vast majority of our patients were seen in

emergency after the rupture of the GEU (78%). The reasons for consultation were pelvic pain in 78% and metrorrhagia in 67% of cases. The diagnostic methods were clinical (100%), ultrasound (77%). The infectious aetiologies were the most represented with 80% on the pathological examination. Placental villi were found on pathological examination in 90% of patients, chorionic villi in 8% (ectopic mole) while the embryo was found in 86% of cases. Radical surgery was performed in 98% of cases. We had salpingectomy in 49 cases, adnexectomy in 2 cases, and removal of an abdominal pregnancy in one case. We deplored 1 case of death.

Conclusion: GEU remains a major concern in our developing countries. Reducing its frequency must go through the fight against STIs. Its management must be rapid and adequate.

Keywords: Ectopic pregnancy, anatomopathology, hemoperitoneum.

Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) est une pathologie fréquente et grave, constituant l'une des principales pathologies du premier trimestre de la grossesse. Elle se définit comme étant l'implantation et le développement de la grossesse hors de la cavité utérine ; la localisation la plus fréquente étant tubaire [1]. Elle est la complication la plus redoutable des hémorragies du 1er trimestre de la grossesse et menace le pronostic vital avec un retentissement sur la fertilité ultérieure. En France, on estime que 15000 femmes auront une grossesse extra-utérine chaque année dont 2 à 5 auront une issue fatale ; 400 environ auront des problèmes de fertilité ultérieure et 1000 devront recourir à l'assistance médicale à la procréation (AMP) [2]. Aux Etats-Unis, malgré la haute technologie, la grossesse extra-utérine demeure un problème de santé publique [2]. En Afrique le diagnostic de la grossesse extra-utérine est le plus souvent tardif (stade de rupture) [3]. Au Mali, les grossesses extra-utérines occupent le second rang des

urgences gynéco obstétricales après la césarienne [3]. Cette situation est liée à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles. D'autres facteurs de risque sont également évoqués (avortements provoqués clandestins, chirurgie tubaire, antécédents de chirurgie pelvienne compliquée d'adhérences pelviennes, endométriose, fibromyome de la corne utérine, malformations tubaires). Le pronostic et les modalités thérapeutiques sont en relation étroite avec le stade du diagnostic de la grossesse extra-utérine. Compte tenu de la fréquence élevée de la grossesse au Mali, il nous a paru opportun d'entreprendre une étude sur les aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques dans notre service.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur tous les cas de GEU qui ont été diagnostiqués et pris en charge dans le service au cours de la période d'étude. Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso (hôpital de 2ème référence selon la pyramide sanitaire). Le service de gynécologie obstétricale de l'hôpital de Sikasso a une capacité de 33 lits et réalise environ 1650 accouchements en moyenne par an. Notre étude s'est déroulée sur une période de 2ans, du 01 juillet 2018 au 30 Juin 2020. Etaient incluses toutes les patientes admises pour grossesse extra-utérine et prises en charge dans le service de gynéco obstétrique. N'étaient pas exclus dans notre étude tous les cas grossesse extra-utérine non opérés dans le service et les patientes présentant une autre pathologie en dehors de la grossesse extra-utérine. Les données ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête, des dossiers cliniques des patientes, des registres d'admission, du bloc opératoire et du post opéré ; des comptes rendus du service d'anatomie pathologique pour les GEU opérées dans le service. Les variables étudiées ont été : les caractéristiques socio démographiques (l'âge, provenance, gestité, parité) ; les antécédents (médicaux, chirurgicaux,

notion d'avortement) ; les aspects cliniques ; les modalités de prise en charge (le traitement médical, chirurgical) ; le pronostic maternel. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS (version 20).

Résultats

Aspects épidémiologiques : Durant la période d'étude nous avons enregistré 3245 accouchements et 52 cas de GEU. La fréquence de la GEU était de 1.6%. L'âge moyen était de 28,38 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans est représenté dans la figure 1.

Les femmes au foyer représentaient 66%. La gestité moyenne était de 4 avec des extrêmes de 1 et 7. Les primigestes représentaient 14% de l'effectif. La parité moyenne était de 2,28 avec des extrêmes de 0 et 8. Les Pauci pares représentaient 34% de l'effectif. Les femmes mariées représentaient 80% de l'effectif. Trent sept patientes soit 74% provenaient de la commune VI tandis que 27% provenaient des autres localités.

Données cliniques et paracliniques : Soixante-huit pour cent (68%) des patientes ont été évacuées des structures sanitaires périphériques par ambulance tandis que 32% ont été amenées par leurs familles. Un antécédent médical de bilharziose urinaire a été retrouvé chez trois de nos patientes contre 10 cas d'antécédents chirurgicaux retrouvés chez nos patientes avec 12% d'antécédent de laparotomie pour GEU et 8% pour césarienne. L'avortement provoqué clandestin a été retrouvé chez 3 de nos patientes soit 6% tandis que 8 patientes avaient un antécédent d'avortement spontané soit 15%. Les signes cliniques retrouvés sont répartis dans le tableau N°1.

La culdocentèse a été effectuée chez 13 patientes et était positive à 100%. L'hémopéritoine a été retrouvée dans 78% des cas et variait entre 200cc et 2500cc. Les localisations tubaires représentaient 98% parmi lesquelles 90% étaient ampullaires, 6% isthmiques et 4% interstitielles tandis que nous avons retrouvé un cas de grossesse abdominale. L'échographie a été réalisée chez 40 patientes et a

évoqué la GEU dans 38 cas. Toutes nos patientes ont bénéficié un contrôle du taux d'hémoglobine avant l'intervention. Quarante-six pourcent (46%) des patientes avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl, 40% avaient un taux situé entre 7 -11g/dl tandis que 14% des patientes avaient un taux supérieur à 11g/dl. Toutes nos patientes ont bénéficié un test de réaction immunologique de grossesse qui était positif dans 100% des cas. L'examen histologique a été réalisé dans tous les cas. Les villosités placentaires ont été retrouvées à l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires chez 90% de nos patientes, la villosité choriale dans 8% (mole ectopique) des cas tandis que l'embryon a été retrouvé dans 86% des cas. Les résultats des aspects étiologiques à l'anatomie pathologique sont rapportés dans la figure 2.

Aspects thérapeutiques et pronostic :

La majorité de nos patientes ont bénéficié des mesures de réanimation à base de macromolécules et de sang en pré per et post opératoire. Nous avons eu recours à une salpingectomie dans 49 cas, une annexectomie dans 2 cas, et à l'extraction d'une grossesse abdominale dans un cas. La durée moyenne d'hospitalisation de trois jours avec des extrêmes de 2 et 7 jours. La trompe controlatérale avait un aspect normal dans 60% ; pathologique dans 28% et absente dans 12% des cas. Le pronostic maternel a été favorable dans 98% des cas.

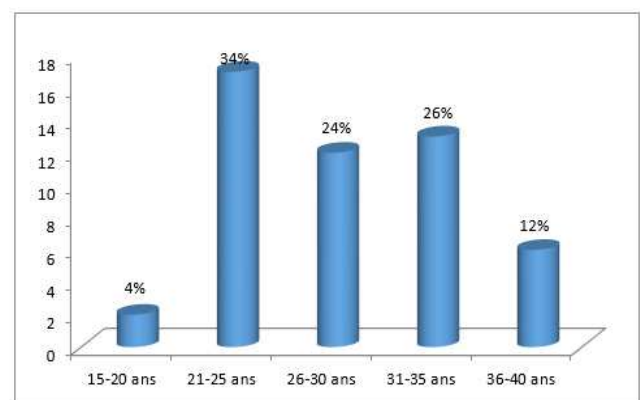


Figure 1 : Répartition des cas de GEU en fonction de tranche d'âge des patientes.

Tableau I : Répartition des patientes selon les signes cliniques

Signe clinique	Effectif	Pourcentage
Anémie	38	73
Douleur pelvienne	41	78
Métrorragie	35	67
Etat de choc	27	52
Cri de l'ombilic	41	78
Matité déclive des flancs	41	78
Masse latéro-utérine	4	7,6

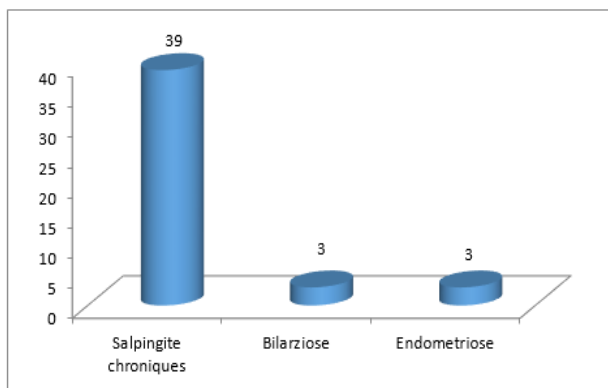


Figure 2 : Répartition selon les résultats histologiques.

Discussion

Aspects épidémiologiques : La fréquence relevée au cours de notre étude était de 1,6%, elle est nettement inférieure à celle rapportée par Cissé [4] au Mali, Lankoande [5] au Burkina Faso, Perrin [6] au Bénin qui sont respectivement de 2,5%, 3,5% et 4,5%. Pour ce qui est de l'Europe occidentale, les fréquences anciennes tournaient autour de 0,3% et la fréquence actuelle varie de 1 à 2% [7]. L'âge moyen était de 28,38 ans. Notre moyenne de 28,38 ans est proche de celles rapportées par Diallo [8] en Guinée, et Bambara [9] au BF qui sont respectivement de 28 et 28,8 ans. Notre moyenne est inférieure à celles rapportées par d'autres auteurs [10,11] qui sont respectivement de 29 et 30,74 ans. Dans notre série la parité moyenne est de 2,28. Notre moyenne de 2,28 est proche de celles rapportées par Dohbit [10] au Cameroun, Meyé [12] au Gabon et Bambara [9] au Burkina Faso qui sont respectivement de 2,24 ; 2,30 et 2,46. Dans la plupart des études, la GEU est associée à une faible parité [13, 14, 15]. Les antécédents d'avortement ont

été relevés dans 21% des cas dans notre série. Ces antécédents favorisent la survenue des grossesses extra-utérine surtout quand il y'a des manœuvres abortives. Ces constats ont été relevés dans d'autres études africaines [9, 11, 15, 8]. Dans notre étude les récurrences de grossesse extra-utérine ont été observées dans 12% des cas. Les mêmes constats ont été faits par d'autres auteurs [9,10,12]. Le risque de récurrence de la GEU chez une femme ayant un antécédent de GEU varie de 8 à 14% [16,11].

Aspects cliniques et paracliniques : Dans notre série la douleur pelvienne a été le signe le plus fréquent. Elle a été relevée dans 78% des cas. Cette même tendance a été rapportée par d'autres auteurs Africains [17,12,10,9] avec respectivement 58%, 91,1%, 94,8% et 100% des cas. Les métrorragies étaient relevées dans 67% des cas dans notre étude et entre 66,7% et 93% pour d'autres auteurs [12,9]. Dans les pays en voie de développement la plupart des GEU sont diagnostiquées à un stade tardif (stade de rupture) [9, 15, 5] ; contrairement aux pays industrialisés où le diagnostic est précoce grâce à la consultation précoce, à la disponibilité de certains examens (coelioscopie, échographie, dosage des β -hCG). Dans notre étude, les patientes consultaient tardivement et présentaient un état de choc dans 52% des cas. Notre taux est nettement supérieur à ceux rapportés par Randriambololona [11], Dohbit [10] et Bambara [9] qui étaient respectivement de 26%, 28,8%, 30,6%. Il était inférieur à celui de Lakouande [5] avec 98% des cas. La matité déclive des flancs était retrouvée dans 78% des cas dans notre série signant le plus souvent un hémopéritoine. Notre taux est proche de celui rapporté par Bambara [9] qui était de 84,7% des cas. Dans nos contextes, face à l'urgence et devant des moyens diagnostics limités, l'indication opératoire est posée sur la base de l'anamnèse, des signes de choc et des signes physiques. La culdocentèse ou ponction du Douglas, une technique peu citée pour le diagnostic de GEU dans les pays industrialisés, reste indispensable en cas d'hémopéritoine dans notre contexte de travail. L'échographie est un examen paraclinique indispensable dans le diagnostic de

la grossesse extra-utérine. Elle a été réalisée dans 77% des cas dans notre série avec des résultats très évocateurs. Notre taux de réalisation est nettement supérieur à celui rapporté dans la série de Meyé [12] et de Bamouni [18] qui étaient respectivement de 16,3% et 24% des cas.

Dans les pays développement, le diagnostic de GEU se fait de plus en plus précocement avant la rupture sur la base des éléments cliniques et de la triade paraclinique suivante (β -hCG plasmatique, échographie, coelioscopie). Dans notre série, il a été relevé 6 cas de GEU non rompue, la variété topographique la plus fréquente a été la GEU ampullaire avec 90% des cas, isthmique 6% et interstitielle 4% des cas. Ces résultats corroborent ceux de la littérature qui rapporte 75% de localisation ampullaire suivie de la localisation isthmique 20% [7]. Nos résultats sont similaires à ceux rapportés par Diallo [8] qui rapporte une localisation ampullaire dans 57,14% suivie de celle isthmique dans 10,4%. Les comptes rendus anatomopathologiques ont été réalisés dans tous les cas. Les salpingites chroniques ont été relevées dans 78% des cas, la bilharziose dans 6% et l'endométriase dans 6% des cas. Nos résultats sont proches à ceux rapportés par Meyé [12] qui étaient de 45,09% pour les séquelles inflammatoires d'origine infectieuse. Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux rapportés par Picaud [19] qui étaient de 25% pour les salpingites chroniques, 0,5% pour la bilharziose et l'endométriase ; Wato G [20] a rapporté 3% des cas pour la bilharziose.

Aspects thérapeutiques : Pour le traitement, la réanimation a été nécessaire pour l'ensemble des femmes. La laparotomie en urgence suivie de salpingectomie avec hémostase a été l'acte chirurgical essentiel, 94% des cas ; l'annexectomie s'est imposée dans 2 cas due aux adhérences de l'ovaire pris dans un magma, altérant notablement le pronostic fonctionnel de ces patientes. Nous avons procédé à l'extraction d'une grossesse abdominale dans un cas (grossesse abdominale arrêtée à 16 SA). Cela dénote de la consultation tardive des patientes. Dans les pays développés, le traitement médical et la coelioscopie

conservatrice sont les meilleures méthodes de prise en charge de la grossesse extra-utérine [8, 12]. La coelioscopie, traitement de référence de la grossesse extra-utérine dans les pays développés [21] reste de pratique limitée en Afrique.

Pronostic maternel : Nous avons enregistré un cas de décès, le pronostic fonctionnel était sombre chez 6 patientes soit 11,5% car elles étaient à leur deuxième salpingectomie totale (stérilité), il reste réservé chez les femmes qui inaugurent leur vie obstétricale par la grossesse extra-utérine ainsi que les femmes ayant la trompe controlatérale de mauvaise qualité.

Conclusion

La GEU constitue un problème de santé publique dans nos pays, elle représente la deuxième urgence chirurgicale obstétricale la plus fréquente au Mali. Son diagnostic presque toujours tardif, au stade de rupture et conduit à la réalisation d'une chirurgie mutilatrice et influence négativement aussi bien le pronostic vital immédiat que fonctionnel ultérieur. L'issue de cette pathologie est favorable dans la majorité des cas si le diagnostic est précoce avec prise en charge adéquate.

*Correspondance

Soumaila Traoré

bacoalama@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Service de gynéco- obstétrique de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 2 : Service d'Anesthésie et de réanimation hôpital de Sikasso, Mali
- 3 : Service de Chirurgie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 4 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 5 : Service de gynéco- obstétrique du CHU Gabriel Touré, Mali
- 6 : Service de gynéco- obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes, Mali
- 7 : Centre de santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako, Mali
- 8 : Centre de Santé de Référence de Bougouni, Mali
- 9 : Service Hôpital de Sikasso.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Job-Spira N., Coste J., Aublet-Cuvelier B., Germain E., Fernandez H., Bouyer J., Pouly JL. : Fréquence de la grossesse extra-utérine et caractéristiques des femmes traitées: premiers résultats du registre d'Auvergne. *La presse médicale*, 1995 ; 24(7):351-5.
- [2] Fernandez H. Grossesse extra-utérine, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. *Rev Prat (Paris)* 2000 ; 50 :2303.
- [3] Ville (Y), Leruez (M), Glowaczower (E), Fernandez (H). Fertilité après grossesse extra-utérine en Afrique. *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1991, 20, 27-32
- [4] Cisse H. : Etude épidémiologique-clinique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, Thèse, Méd. 2000
- [5] Lankoandé J, Ouédraogo CMR, Ouédraogo A et al : Aspects particuliers de la Grossesse Extra-utérine en milieu africain à propos de 124 observations en 1995 à Ouagadougou (Burkina) *Med*. 1998 ; 2(S1) :27-30
- [6] Perrin R, Bocov, Bilongo, Akpovi J, Alihonou E. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à la clinique de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou (BENIN). *Cahier santé* : 1997 :7 : 201-203.
- [7] H. De Tourris, R. Henrion, M. Delecour : Précis de Gynécologie et Obstétrique. Masson 6^e édition - Paris 1994 - P. 173-183.
- [8] Diallo F, Diallo A, Diallo T, et al. Grossesse extra-utérine (GEU) : aspects épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. *Med Afr Noire* 1999 ; 46 : 442.
- [9] Bambara M. Dao B. Dembéle A. Somé A.D. Da E.G. Bazié A.J. Lankoandé J. Grossesse extra-utérine à propos de 98 observations à la maternité du CHUSS de Bobo Dioulasso (Burkina Faso) ; *Anal de l'université de Ouagadougou. Série D* ; vol. 003, juin 2005.
- [10] J. S. Dohbit, P. Foumane, M. D. Kapche, E. T. Mboudou, M. Doumbe, et A. S. Doh. Grossesse Extra-Utérine à l'Hôpital Régional de Bafoussam : Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques 2010. C101977, 4 pages
- [11] D.M.A. Randriambololona, N.T. Anjaharisoaniaina, E.B. Rekoronirina : Grossesse extra-utérine à Madagascar : 107 observations. *Médecine et santé tropicales* 2012 ; 4, 394-7.
- [12] J. F. Meyé, A. Sima-Zue, B. Sima Olé, E. Kendjo, and T. Engongah-Béka, Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon): à propos de 153 cas, *Cahiers d'études et de recherches francophones*, 4 (2002), 405–408.
- [13] A. Cheikh, C. Tidiane, L. Bernis, O. F. El Hadj, and F. Diadiou: Grossesse extra-utérine au Sénégal, *Cahiers d'études et de recherches francophones*, 12 (2002), 271–274.
- [14] P. Kimata, N. Amar, J. L. Benifla, and P. Madelenat, Diagnostic des grossesses extra-utérines: Pathologie tubulaire, *Rev Prat*, 52 (2002), 1781–1788.
- [15] Diallo F, Idi N, Vangeendruysen C. La Grossesse Extra-utérine à la maternité de Référence de Niamey (Niger). Aspect diagnostic, thérapeutique et pronostic. *Med, Afrique Noire* 1998 ; 45 :365-369.
- [16] B. Blanc, L. Boubli : Gynécologie. Edition Médicales Internationales ; paris 1989 : P 388-394 .
- [17] Lokossou A, Denakpo J, Houndeffo T, Tonato Bagnan J, Lokossou H, Perrin R. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques de la grossesse extra-utérine à l'HOMEL de Cotonou. *Benin Med* 2007 ; 37 : 47-50.
- [18] Bamouni Y.A. Dao B. Bazié A.J et al : Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines (GEU) au CHNSS de BOBO DIOULASSO (BURKINA FASSO) de 1993 à 1995 ; *Médecine d'Afrique Noire* 1997.44 (4).
- [19] A Picaud. Evolution de la fréquence de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) de 1977à1989. *Med. Afr. Noire*; 1992-39; 12: 798-805
- [20] Wato G. GEU et Bilharziose tubaire au Sénégal à propos de 3 cas. Thèse de médecine année 2000 n° 10 ; publication 2004.
- [21] C. Chapron, H. Fernandez, J.B. Dubuisson. Le traitement de la grossesse extra-utérine en l'an 2000. *J Gynecol. Obstet Biol Reprod*. 2000; 29 : 351-361.

Pour citer cet article :

SA Traoré, M Sylla, A Samaké, A Cissouma, O Touré, A Cissé et al. Aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques de la GEU à l'hôpital de Sikasso. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 410-415



Cas clinique

Traitement chirurgical d'un volumineux cystadénocarcinome séreux bilatérale de l'ovaire au stade avancé (techniques et stratégies) : à propos d'un cas à l'hôpital de Dermatologie de Bamako

Surgical treatment of a large, serous bilateral ovarian cystadenocarcinoma in the advanced stage (techniques and strategies): about a case at the Bamako Dermatology Hospital

K Konaté¹, L Diarra¹, B Dembélé¹, MK Touré¹, M Coulibaly³, Z Saye², L Doumbia, M Ly⁴, A Togo²

Résumé

Les tumeurs malignes représentent 20 % des tumeurs de l'ovaire. Parmi celles-ci, deux tiers sont de nature épithéliale, correspondant à des adénocarcinomes. Les adénocarcinomes séreux constituent les tumeurs malignes de l'ovaire les plus fréquentes, représentant 40 % des cancers primitifs. Ils sont le plus souvent bilatéraux, volumineux [1]. Leur nature infiltrante, le plus souvent macroscopiquement évidente, repose sur une extension péritonéale massive [1]. Nous rapportons un cas d'un très volumineux cystadénocarcinome séreux.

Mots-clés : cystadénocarcinome, ovaire, chirurgie, dermatologie, Bamako.

Abstract

Malignant tumors represent 20% of ovarian tumors. Of these, two thirds are epithelial in nature, corresponding to adenocarcinomas. Serous adenocarcinomas are the most frequent malignant ovarian tumors, representing 40% of primary cancers. They are most often bilateral, bulky [1]. Their infiltrating nature, most often macroscopically evident, is based on massive peritoneal extension [1]. We report a case of a very

large serous cystadenocarcinoma.

Keywords: cystadenocarcinoma, ovary, surgery, dermatology, Bamako.

Introduction

Les cancers de l'ovaire font partie des cancers gynécologiques de la femme et ont un taux de mortalité et de morbidité élevé dans le monde et particulièrement en Afrique [2]. Ils représentent la quatrième cause de décès féminins par cancer. Sa particularité repose sur son caractère silencieux responsable d'un retard diagnostique et de difficulté thérapeutique surtout dans ses formes étendues [3]. L'amélioration du pronostic paraît compliquée puisque la majorité des cas diagnostiqués sont au stade localement avancé.[3]. Les cancers de l'ovaire représentent l'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie gynécologique étant donné le polymorphisme histologique qu'ils revêtent [4]. Leur pronostic est essentiellement fonction de leur stade anatomo-clinique et de leur réponse à la chimiothérapie [1]. La prise en charge reste difficile dans les centres

moins équipés comme le nôtre. Nous rapportons un cas d'un très volumineux cystadénocarcinome séreux

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente K.A de 70 ans G9 P9 V9 qui nous a été adressé pour une récurrence tumorale d'une volumineuse masse abdominopelvienne. Antécédents médicaux diabétique connu sous traitement au glucophage Antécédents chirurgicaux : de laparotomie médiane sous ombilicale pour un adénocarcinome ovarien en 2013. Une tomographie thoraco-abdomino-pelvienne du 13/11/2020 : montrant un processus ovarien mixte solidokystique mesurant 65 x 37 cm avec ascite de faible abondance. Pas de carcinose péritonéale ni de nodule hépatique. Absence de localisation secondaire. A partir de ses éléments la patiente a avait bénéficié de 6 cures de chimiothérapie protocole (Carboplatine combiné au paclitaxel) avec une réponse en progression. Après six cures de chimiothérapie un scanner thoraco-abdomino-pelvienne d'évaluation avait été demandé le 22/02/2021, le résultat évoquait l'apparition de ganglions axillaires secondaires, une pleurésie droite de faible abondance, nette augmentation de la taille de la tumeur ovarienne et des nodules pulmonaires bilatéraux, staging : T4N2M1, NB, d'où la conclusion la maladie en progression. Après une réunion de concertation pluridisciplinaire une chirurgie de second look a été décidée. A l'inspection, elle avait un bon état général, OMS1, les muqueuses étaient colorées, l'abdomen présentait une volumineuse masse allant du pelvis jusqu'à l'épigastre (figure 1 : image préopératoire). Elle présentait une cicatrice sous ombilicale avec une large éventration. On notait un déplissement de l'ombilic. A la palpation on notait une masse polylobée mobile et s'étendait du pelvis jusqu'au niveau épigastrique. Il n'y avait pas d'adénopathie cervicale, sus-claviculaire, ni de nodule de sœur marie joseph. Il n'y avait pas d'ascite. Au toucher vaginal : le col était souple aspiré, la paroi vaginale était souple. Ailleurs le toucher rectal objectivait une masse bombante du douglas, la paroi

rectale était libre. L'examen au speculum mettait en évidence un col macroscopiquement sain. Sous anesthésie générale et une intubation orotrachéale la patiente a été opérée le 23/03/2021. Nous avons procédé à une laparotomie médiane sus et sous ombilicale avec ablation de l'ancienne cicatrice. A la céliotomie, l'exploration on retrouvait une volumineuse tumeur ovarienne solidokystique multi-cloisonnée et polylobée dont la plus grosse masse mesurait environ 57x34 cm. Il y avait un envahissement du grêle sur deux zones respectivement à 80 et 30 cm de la jonction iléo-caecale, une tuméfaction de l'appendice. On notait aussi un envahissement pariétal de l'ombilic sur une zone de 10 cm environ. Le foie était lisse. L'utérus de taille gynécologique et le reste de l'exploration était sans particularité. L'indication d'une chirurgie régionale de l'ovaire fut réalisée qui consistait : une résection de la tumeur ; une hystérectomie totale ; une résection iléale double plus anastomose termino-terminale double ; une omentectomie ; une appendicectomie ; un curage pelvien ilio-obturateur bilatérale ; une pariéctomie ombilicale associé à une plastie. La pièce opératoire avait mesuré 67x67cm pour un poids de 17kg (figure 2, figure 3). L'étude anatomopathologie de la pièce opératoire avait évoqué : un cystadénocarcinome séreux de l'ovaire avec carcinose péritonéale et atteinte du grêle. Stade pT3cN1Mx. Une atteinte pariétale ; un appendice non infiltré. Les nodules de l'épiploon correspondent à la prolifération tumorale décrite au niveau de l'ovaire. Les suites opératoires étaient simples.

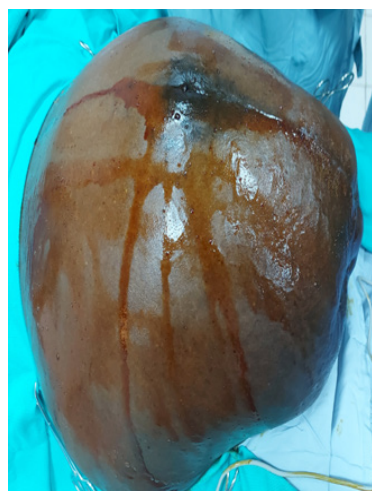


Figure 1: Volumineuse tumeur abdominale

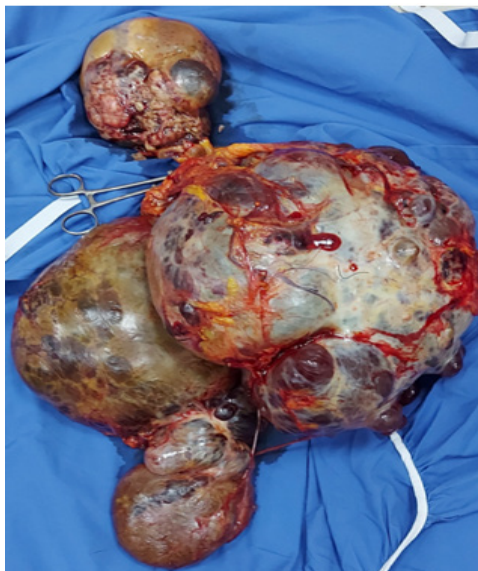


Figure 2: Pièce opératoire tumeur ovarienne bilatérale



Figure 3: envahissement intestinal

Discussion

Les adénocarcinomes séreux constituent les tumeurs malignes de l'ovaire les plus fréquentes, représentant 40 % des cancers primitifs. Ils sont le plus souvent bilatéraux, volumineux [1]. Chez notre patiente la pièce opératoire était très volumineuse. Elle a mesuré 67x67cm pour un poids de 17kg environ. Leur nature infiltrant, le plus souvent macroscopiquement évidente, repose sur une extension péritonéale massive [1]. La patiente a présenté une carcinose péritonéale et une atteinte du grêle, des nodules de l'épiploon correspondent à la prolifération tumorale

décrite au niveau de l'ovaire et une atteinte pariétale. La particularité du cancer de l'ovaire repose sur son caractère silencieux responsable d'un retard diagnostique [3]. Le cancer de l'ovaire affecte essentiellement les femmes jeunes avec une incidence qui grimpe considérablement après 40 ans pour atteindre son point culminant au cours de la huitième décennie de vie Il est donc pour l'essentiel une tumeur de la femme ménopausée ou nullipare [5]. Dans notre étude ; la patiente était une grande multipare âgée de 70 ans. La situation anatomique des ovaires fait qu'une tumeur ovarienne peut atteindre un volume important avant de provoquer des symptômes qui peuvent être très variés et ne sont jamais spécifiques[6]. Les signes cliniques de découverte d'un cancer de l'ovaire peuvent être : un simple inconfort abdominal ; des douleurs pelviennes ou abdominales, une augmentation progressive du volume abdominal due à une masse ou à une ascite, des symptômes de compression abdominopelvienne, un œdème d'un membre inférieur, une altération de l'état général.[6]. Le diagnostic précoce est difficile en raison de l'absence de symptomatologie spécifique et de la mauvaise accessibilité anatomique des ovaires [5]. Les circonstances de découverte sont souvent fortuites lors des examens échographiques à 87,1% dans la série de Fanomezantsoa R et al. L'avantage de cet examen est de pouvoir suspecter la nature maligne des tumeurs ovariennes et permet aussi de découvrir à des stades précoces les tumeurs malignes. [5]. Les cancers épithéliaux sont de très loin les plus fréquents (93,33% des cas), le cystadénocarcinome de type séreux étant le plus représenté. Cette prédominance de cancers épithéliaux est retrouvée dans toutes les séries, avec une proportion variable [7]. Les stades FIGO III et IV représentaient 50% des cas ; comme ailleurs, les cancers de l'ovaire sont souvent diagnostiqués tardivement, car les patientes ne consultent que longtemps après le début des symptômes qui sont en soi totalement aspécifiques [7]. Contrairement dans notre cas la patiente était stade IV. Le dosage du CA-125 est proposé comme premier test de dépistage pour le diagnostic d'un cancer de

l'ovaire avec une sensibilité de 79% et une spécificité de 99,9%. [8]. Actuellement, le traitement de base pour les cancers ovariens repose sur l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, omentectomie, appendicectomie, curages pelviens et lombo-aortiques avec résection de toutes les lésions macroscopiques visibles. La lymphadénectomie pelvienne ou lombo-aortique, souvent réalisée par voie transpéritonéale, permettait d'améliorer la survie sans récurrence chez les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire à un stade avancé [5]. Dans notre étude le geste réalisé était : la résection de la tumeur abdominopelvienne, l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, résection iléale double avec anastomose termino-terminale, omentectomie, appendicectomie, curage pelviens ilio-obturbateurs et lombo-aortique, résection pariétale avec plastie abdominale. Ce geste était lourd et différent des autres études cela pourrait s'expliquer par le volume de la masse et le stade. En cas de récurrence, la chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) a été proposée en toute sécurité afin d'améliorer la survie des patientes avec une morbidité acceptable et des résultats encourageants [5]. Dans notre étude, elle n'a pas été proposée par manque d'expérience.

Conclusion

Le cancer de l'ovaire est une réalité dans notre pays, il concerne surtout les patientes de plus de 40ans. La présentation clinique associée au tableau classique des pelvialgies diagnostic est souvent tardif. Le rôle protecteur de la multiparité n'est pas mis en exergue dans notre étude. La prise en charge chirurgicale associée à la chimiothérapie reste le meilleur traitement curatif ou palliatif devant cette volumineuse tumeur maligne ovarienne au stade avancé.

*Correspondance

Karim Konaté
konatekarim82@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : CHU Hôpital de dermatologie de Bamako
- 2 : CHU Gabriel Touré service de chirurgie générale
- 3 : CHU du point G service de chirurgie A
- 4 : Hôpital mère enfant le Luxembourg.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] P. Validire, J.D, Trophilme : Formes histopathologiques des tumeurs malignes de l'ovaire. *La Lettre du gynécologue* ; 1998 Mai (232) : 21-22
- [2] Statistics about ovarian cancer. <http://www.cureresearch.com/o/ovarian-cancer/stats-country.htm>, 2010.
- [3] Trétarre B, Remontet L, Ménégoz F, Mace-Lesec'h J, Grosclaude P, Buemi A et al. Ovarian cancer: incidence and mortality in france. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005; 34:154- 61.
- [4] T. Darre, K. Amegbor, A. Aboubaraki, K. Hounkpati, M. Kouyate, L. Sonhaye, B. N'timon, A. Bassowa, K. Fiagnon, R. Adama, G. Napo-koura : Tumeurs ovariennes au Togo : profil histo-épidémiologique A propos de 274 cas *Médecine d'Afrique Noire* .2013 ; 60(7) : 338
- [5] Fanomezantsoa Raherinantenaina, Solonirina David Rakotomena, Nomezarisoa Rodrigue Emile Hasiniatsy, Felantsoa, Auberlin Rakototiana, Florine Rafaramino, Hery Nirina Rakoto Ratsimba : Une étude rétrospective sur le cancer de l'ovaire avec un recul médian de 42 mois. *pamj*.2015Mars 03 ; 211(20) :1-6
- [6] Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique : Cancer de l'ovaire. Haute Autorité de Santé/ Guide - affection longue durée. Janvier 2010. www.has-sante.fr et sur www.e-cancer.fr
- [7] Z Sando, M Mboudou, T.J Fouogue, G Nganwa, J Tchuendem, J.I Essame, A.S Doh, C.Y Genton : Profil clinique et anatomopathologique des cancers de l'ovaire à Yaoundé. *Clinics in Mother and Child Health* 2010 Mai 12 ; 7(10) :1
- [8] P. Mathevet J.-F. Delaloye Dépistage du cancer ovarien

dans la population générale. Revue Médicale Suisse 2013

Octobre 23 ; (9): 1943-9

Pour citer cet article :

K Konaté, L Diarra, B Dembélé, MK Touré, M Coulibaly, Z Saye et al. Traitement chirurgical d'un volumineux cystadénocarcinome séreux bilatérale de l'ovaire au stade avancé (techniques et stratégies) : à propos d'un cas à l'hôpital de Dermatologie de Bamako. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 416-420



Cas clinique

Main fendue unilatérale isolée chez un nouveau-né : à propos d'un cas

Unilateral isolated split hand in a newborn: a case report

H Soumana Diaouga*¹, M Chaibou Yacouba², SM Issoufou Hama³, S Oumarou Soumana¹, M Maman Chaibou¹,
M Garba Rah⁴, N Idi⁵, M Nayama²

Résumé

La malformation mains et pieds fendus également appelée ectrodactylie est une anomalie congénitale rare des membres ; de transmission autosomique dominants avec pénétrance incomplète. Elle se caractérise par une absence des rayons centraux (2, 3 et/ou 4) des doigts avec une fente au niveau des mains ou des pieds donnant un aspect caractéristique en « pince de homard ». Elle peut être isolée aux membres ou associée à d'autres malformations. Le diagnostic anténatal est possible par échographie. L'objectif de la prise en charge chirurgicale est de permettre des bonnes pincées et saisir au niveau des doigts, l'apparence esthétique étant secondaire. L'ectrodactylie isolée ne nécessite pas d'intervention chirurgicale dans la plupart des cas. Nous rapportons un cas d'ectrodactylie unilatérale isolée de la main droite chez un nouveau-né pris en charge au centre de santé de la mère et de l'enfant de Tahoua afin de discuter les aspects clinique, thérapeutique et le pronostic à travers une brève revue de la littérature.

Mots-clés : Ectrodactylie, Malformation main/pied fendus, Syndactylie.

Abstract

The split hands and feet malformation, also called ectrodactyly, is a rare birth defect of the limbs; of autosomal dominant inheritance with incomplete penetrance. It is characterized by an absence of the central rays (2, 3 and / or 4) of the fingers with a slit at the level of the hands or feet giving a characteristic "lobster claw" appearance. It can be isolated to the limbs or associated with other deformities. Antenatal diagnosis is possible by ultrasound. The objective of surgical management is to allow good pinching and grasping in the fingers, the aesthetic appearance being secondary. Isolated ectrodactyly does not require surgery in most cases. We report a case of isolated unilateral ectrodactyly of the right hand in a newborn taken care of at the mother and child health center in Tahoua in order to discuss the clinical, therapeutic and prognostic aspects through a brief literature review.
Keywords: Ectrodactyly, split hand/foot malformation, syndactyly.

Introduction

Le terme mains et pieds fendus (SHFM : split hand/foot malformation) se réfère à un large spectre de malformations des membres concernant les rayons centraux de l'autopode, avec différents degrés de sévérité. Bien que le terme « ectrodactylie » soit souvent employé à la place de « SHFM », il s'agit d'une entité non spécifique correspondant à une absence de doigts [1,2]. Le terme ectrodactylie a été inventé par l'anatomiste français Isidore Geoffroy Saint-Hilaire en 1832 et signifie « absence de doigts » [3]. Etymologiquement il provient de deux mots grecs : Ektroma (absence) et Dactylos (doigts) [4]. L'ectrodactylie était initialement documentée en 1770 parmi une tribu des indiens de Guyane [5]. Souvent associée à des syndactylies avec oligodactylie, rarement une polydactylie, réalisant un aspect en « pince de homard » caractéristique [1,6]. Von Walter a décrit la déformation en « pince de crabe » en 1829 et Cruveilhier est le premier à utiliser le terme de « pince de homard » en 1842 [7]. C'est une malformation congénitale rare. Son incidence varie entre 1 à 9/100.000 naissances [8]. Le diagnostic anténatal est possible par échographie. La prise en charge chirurgicale permet dans les formes sévères d'améliorer la fonction et l'apparence des membres atteints [7, 9]. Nous rapportons un cas d'ectrodactylie unilatérale isolée de la main droite chez un nouveau-né pris en charge au centre de santé de la mère et de l'enfant de Tahoua afin de discuter les aspects clinique, thérapeutique et le pronostic à travers une brève revue de la littérature.

Cas clinique

R.H, âgée de 38 ans, treize gestités et six parités ; porteuse d'un diabète gestationnel équilibré par une insulinothérapie. Elle avait comme antécédents gynéco-obstétricaux deux césariennes non documentées à la quatrième et cinquième grossesse et sept avortements spontanés de la sixième à la douzième grossesse. La patiente a bénéficié d'un cerclage du col à 12 SA. Elle

n'avait pas de consanguinité avec son conjoint. Elle a consulté dans notre service pour des métrorragies faites de sang rouge avec une grossesse de 36 SA suivie avec trois consultations prénatales. On ne notait pas de notion d'automédication. L'examen physique avait noté un utérus souple non douloureux, une hauteur utérine à 32 cm et au toucher vaginal : un col raccourci avec fil de cerclage en place. L'échographie obstétricale montrait un placenta prævia. La biométrie était conforme au terme théorique. La césarienne en urgence ; pour placenta prævia hémorragique avait permis d'extraire un nouveau-né de sexe masculin avec un score d'Apgar à 4, 6, et 8 respectivement à la première, cinquième et dixième minute. Poids : 2240g, une taille à 45 cm, un périmètre crânien à 33 cm, une fréquence cardiaque à 130 battements/minute, une fréquence respiratoire à 34 cycles/minute et une saturation pulsée en oxygène à 98 %. Il possédait seulement deux doigts au niveau de la main droite qui était fendue à sa partie médiane donnant un aspect en « pince de homard ». (Image 1a&b). Le nouveau-né ne présentait aucune autre malformation visible (Image 2). Le bilan morphologique à la recherche des autres malformations du «VACTREL» était normal. Le nouveau-né est sorti de la maternité avec un bon état clinique, après cinq jours d'antibioprophylaxie à base d'ampicilline et gentamycine. Le suivi au long cours pour la rééducation de la main sera assuré par un chirurgien pédiatre.



Image 1A &B : Aspect en « pince de homard » ; nouveau-né avec main droite fendue possédant seulement deux doigts.



Image 2 : Ectrodactylie isolée de la main droite ; aucune autre malformation visible.

Discussion

La malformation SHFM classique correspond à une absence des rayons centraux (2, 3 et/ou 4) des doigts avec une fente au niveau des mains ou des pieds, souvent associée à des syndactylies. Néanmoins, les anomalies peuvent être très variables : d'une simple hypoplasie d'un rayon central à la monodactylie qui correspond à la présence d'un seul rayon par absence des rayons centraux et préaxiaux [1, 10]. La malformation SHFM est considérée comme typique lorsqu'elle atteint plusieurs extrémités, et à fortiori lorsqu'elle est familiale, rendant ainsi l'étiologie génétique hautement probable. Inversement, elle est considérée comme atypique lorsqu'elle ne touche qu'une des quatre extrémités et pourrait ainsi être en lien avec une cause classique, notamment des facteurs environnementaux impliquant l'apoptose au niveau de la crête apicale ectodermique (Apical Ectodermal Ridge, AER) [1,11]. Dans notre cas seule la main droite était atteinte. Cette malformation peut être syndromique ou non syndromique et a pour caractéristique une grande variabilité d'expression intrafamiliale et intra-individuelle [1]. Les SHFM non syndromiques correspondent aux SHFM isolées comme le cas de notre patient, éventuellement associées à d'autres malformations des membres comme une

atteinte des os longs. Dans ce dernier cas, l'affection est plus précisément dénommée SHFLD (SHFM with Long Bone Deficiency) [12]. Sur le plan génétique les cas familiaux sont habituellement transmis selon un mode autosomique dominant avec pénétrance incomplète et expressivité très variable [1 ; 12]. Plus, rarement, des modes de transmission liés à l'X ou autosomique récessive ont été décrits [1 ;13, 14]. Sept loci chromosomiques ont été associés à une SHFM isolée. Ce sont les SHFM 1 à 6 et le SHFM/SHFLD. Le mode de transmission autosomique dominant est associé aux SHFM 1, SHFM 3, SHFM 4 et SHFM 5. La transmission autosomique récessive et liée à l'X est rarement observée [10 ;15]. Des mutations dans la région chromosomique 7q21.3-7q22.1 causent le SHFM de type 1 transmise selon un mode autosomique dominant avec expression variable. Le SHFM de type 1 peut être associé à des malformations isolées des membres ou à d'autres syndromes malformatifs [10, 15]. Le locus SHFM6, gène WNT10B ; ce locus en 12q13 a initialement été décrit dans une famille turque où ségrège une forme non syndromique de SHFM à grande variabilité d'expression, considérée comme autosomique récessive compte tenu d'un fort degré de consanguinité [1]. Dans notre cas il n'existait aucun antécédent de malformation dans la famille. Cependant l'âge avancé de la mère et l'antécédent de sept avortements successifs constituent un argument en faveur d'une malformation chromosomique. Concernant les SHFM syndromiques, ils s'associent à des malformations autres que celles des membres ; dont le syndrome EEC (fente labio-palatine, dysplasie ectodermique), une dysostose mandibulofaciale avec un déficit auditif par malformation de l'oreille interne (35% des patients), une microcéphalie, une déficience intellectuelle [1]. Sur le plan physiopathologique, le bourgeon des membres en développement se compose de cellules mésenchymateuses couvertes par des cellules ectodermiques. Trois groupes de cellules spécialisées produisent des molécules de signalisation qui médient la formation des bourgeons de membres. Ces groupes de cellules constituent la crête ectodermique apicale (AER), la zone de

progression (PZ) et la zone d'activité polarisante (ZPA). Ces trois groupes de cellules interagissent pour déterminer le motif de développement des membres dans les dimensions proximo-distale, antéro-postérieure et dorso-ventrale. Diverses molécules de signalisations et facteurs de transcription produits par l'AER entraînent la prolifération des cellules mésenchymateuses, donnant lieu à la PZ. La prolifération constante des cellules de la PZ détermine la polarité du bourgeon du membre dans la dimension proximo-distale. Ainsi l'échec du maintien de l'AER conduit à la mise au point des SHFM. De même tous les facteurs environnementaux qui affectent l'AER peuvent également causer un SHFM [10 ; 15]. Sur le plan clinique le SHFM se caractérise par une absence des rayons centraux (2, 3 et/ou 4) des doigts avec une fente au niveau des mains ou des pieds, souvent associée à des syndactylies, réalisant un aspect en « pince de homard » caractéristique. Néanmoins, les anomalies peuvent être très variables : d'une simple hypoplasie d'un rayon central à la monodactylie qui correspond à la présence d'un seul doigt [1, 3,5,7,10]. Le diagnostic anténatal est possible par échographie. En conséquence la décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse peut être prise [10]. Nombre de tests génétiques sont disponibles ces jours-ci, qui peuvent être utilisés pour prédire les résultats éventuels d'une grossesse actuelle ou future. Le diagnostic génétique de pré-implantation au cours de la procréation médicalement assistée est une alternative au diagnostic prénatal. Sur le plan thérapeutique ; aucun traitement non chirurgical approprié n'est disponible pour la malformation type main et pied fendus (SHFM). Les prothèses peuvent être utilisées à des fins cosmétiques. La prise en charge chirurgicale doit être individualisée. L'objectif de la chirurgie est de permettre des bonnes pincées et saisir, l'apparence esthétique étant secondaire. L'équipe chirurgicale devrait guider les parents et le patient concernant les options chirurgicales, le calendrier et la séquence de chirurgie [10]. Dans notre cas, il s'agit d'une forme mineure avec un bon pronostic fonctionnel en l'absence de tout traitement.

Le nouveau-né a été adressé à une équipe de chirurgie pédiatrique pour un suivi au long cours.

Conclusion

L'ectrodactylie ou malformation de type main/pied fendus est une malformation rare des membres. La compréhension fine des mécanismes physiopathologiques en cause est encore mal connue. L'anomalie présente une grande variabilité inter-individuelle et intra-individuelle. Le diagnostic anténatal est possible par échographie obstétricale. Dans la littérature les techniques de traitement sont rarement décrites. L'ectrodactylie isolée ne nécessite pas d'intervention chirurgicale dans la plupart des cas. Lorsqu'un enfant présente des anomalies des membres ; les parents doivent être conseillés sur la possibilité de récurrence dans la future fratrie. Un examen clinique et une radiographie des extrémités doivent être réalisés pour détecter les formes asymptomatiques au sein de la famille.

***Correspondance**

Hamidou Soumana Diaouga

hamidousoumana21@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Service de gynécologie-obstétrique ; Centre de santé de la mère et de l'enfant de Tahoua, Niger
- 2 : Service de gynécologie-obstétrique ; Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger
- 3 : Service de chirurgie pédiatrique ; Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey
- 4 : Service de gynécologie-obstétrique ; Hôpital de l'amitié Niger-Turquie de Niamey, Niger
- 5 : Service de gynécologie-obstétrique ; Maternité du Centre Hospitalier Régional de Niamey, Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Florence Petit. Génétique du développement des membres : contribution à son déterminisme moléculaire à partir de modèles d'étude en pathologie humaine. Médecine humaine et pathologie. Université du Droit et de la Santé - Lille II, 2014. Français. : 2014LIL2S053.
- [2] Czeizel AE, Vitez M, Kodaj I, Lenz W. An epidemiological study of isolated split hand/foot in Hungary, 1975-1984. *J Med Genet* 1993; 30:593-6.
- [3] Andrea Emilio S, Angelo C, Massimo P. A Clinical Picture of Ectrodactyly Hand. *Journal of Clinical Rheumatology* • Volume 21, Number 3, April 2015
- [4] Pinette M, Garcia L, Wax JR, Cartin A, Blackstone J. Familial ectrodactyly. *J Ultrasound Med* 2006 ;25 :1465-7.
- [5] Durowaye M, Adeboye M, Yahaya-Kongoila S, Adaje A, Adesiyun O, Ernest SK, et al. Familial ectrodactyly syndrome in a Nigerian child : A case report. *Oman Med J* 2011 ;26 :275-8.
- [6] Duijff PH, van Bokhoven H, Brunner HG. Pathogenesis of split-hand/ split-foot malformation. *Hum Mol Genet* 2003 ;12 : R51-60.
- [7] Kalathia MB, Seta AA, Parmar PN. A case of ectrodactyly in a neonate. *J Clin Neonatol* 2013 ;2 : 151-2.
- [8] Jindal G, Parmar VR, Gupta VK. Ectrodactyly/split hand feet malformation. *Indian J Hum Genet* 2009 ;15 :140-2.
- [9] Arbués J, Galindo A, Puente JM, Vega MG, Hernández M, de la Fuente P. Typical isolated ectrodactyly of hands and feet: Early antenatal diagnosis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2005 ;17 :299-301
- [10] Divya C, Alpana S. Split Hand/Foot Malformation : A Case Report and Review of Literature. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2019 Jan, Vol-13(1) : QD05-QD06
- [11] Sulik KK, Dehart DB. Retinoic-acid-induced limb malformations resulting from apical ectodermal ridge cell death. *Teratology* 1988; 37:527-37.
- [12] Zlotogora J. On the inheritance of the split hand/split foot malformation. *Am J Med Genet* 1994; 53:29-32.
- [13] Zlotogora J, Nubani N. Is there an autosomal recessive form of the split hand and split foot malformation ? *J Med Genet* 1989; 26:138-40.
- [14] Ahmad M, Abbas H, Haque S, Flatz G. X-chromosomally

inherited split-hand/split-foot anomaly in a Pakistani kindred. *Hum Genet* 1987; 75:169-73.

- [15] Sowinska-Seidler A, Socha M, Jamsheer A. Split-hand/foot malformation-molecular cause and implications in genetic counseling. *J Appl Genet*. 2014; 55:105-15.

Pour citer cet article :

H Soumana Diaouga, M Chaibou Yacouba, SM Issoufou Hama, S Oumarou Soumana, M Maman Chaibou, M Garba Rah et al. Main fendue unilatérale isolée chez un nouveau-né : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 421-425



Article original

Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois : états des lieux dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso)

Severe acute malnutrition in children aged 6 to 59 months: state of the place in the paediatric unit at the Regional Teaching Hospital

AS Ouermi*¹, A Kalmogho², B Sanogo³, H Savadogo⁴, I Guira¹, M Barro³, F Kouéta²

Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude était de faire le point sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya au Burkina Faso.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale prospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1er janvier au 30 juin 2021 soit une période de six mois. Elle a concerné les enfants de 6 à 59 mois hospitalisés pour malnutrition aiguë sévère dans le service.

Résultats : La prévalence globale était de 6,69%. L'âge moyen des enfants était de 17,14 mois ($\sigma=11,52$); les enfants de la tranche d'âge de 9 à 23 mois étaient les plus représentés

(62,34 %). Les malnutris de sexe masculin représentaient 63,64% (sex-ratio = 1,75).

La fièvre était présente dans 74,17% des cas (54/77). La malnutrition aiguë sévère avec œdèmes a été observée dans 90, 91%. Le paludisme grave et les bronchopneumopathies aiguës étaient les principales pathologies diagnostiquées.

La durée moyenne de séjour était de 7,36 jours avec

des extrêmes de 1 et 28 jours.

Le taux de décès était de 9,09% ; les décès ont été constatés dans les 24 heures suivant l'admission dans 85,71% des cas. Six décès sur sept (85,71%) étaient survenus chez les enfants ne présentant pas d'œdèmes.

Conclusion : Sa prévalence hospitalière de la malnutrition aiguë sévère était élevée et la morbi-mortalité reste non négligeable. L'amélioration de cette situation passe par la lutte contre la pauvreté en général, la sensibilisation des populations et un renforcement des plateaux technique des hôpitaux.

Mots-clés : malnutrition aiguë sévère, complications, décès.

Abstract

Objective: The aim of this study was to take stock of the management of severe acute malnutrition in children aged 6 to 59 months in the paediatric unit at the Regional Teaching Hospital of Ouahigouya (Burkina Faso)

Methodology: This was a prospective cross-sectional study with a descriptive purpose that took place from January 1 to June 30, 2021, a period of six months. It involved children aged 6 to 59 months hospitalized

for severe acute malnutrition in the unit.

Results: The overall prevalence was 6.69%. The mean age of the children was 17.14 months ($\sigma=11.52$); children in the 9-to-23-month age group were the most represented (62.34%). Malnourished males accounted for 63.64% (sex ratio = 1.75). Malnourished males accounted for 63.64% (sex ratio = 1.75). Fever was present in 74.17% of cases (54/77). Severe acute malnutrition with edema was observed in 90.91%. Severe malaria and acute bronchopneumopathies were the main pathologies diagnosed.

The average length of stay was 7.36 days with extremes of 1 and 28 days. The death rate was 9.09%; deaths were recorded within 24 hours of admission in 85.71% of cases. Six out of seven deaths (85.71%) deaths occurred in children who did not have edema.

Conclusion: Its hospital prevalence of severe acute malnutrition was high and morbi-mortality remains significant. The improvement of this situation requires the fight against poverty in general, the raising of awareness among the population and a strengthening of the technical platforms of hospitals.

Keywords: severe acute malnutrition, complications, death.

Introduction

La malnutrition infantile reste un défi majeur pour la santé publique dans le monde entier en général et en Afrique subsaharienne en particulier [1].

Le rapport sur l'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde publié conjointement par la FAO, la FIDA, l'UNICEF, le PAM et l'OMS indique que la prévalence de la sous-alimentation est de 20 % en Afrique, 7 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, plus de 12 % en Asie. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance est de 149 millions, chiffre en recul de 10 % depuis six ans, mais ne permettant pas d'espérer atteindre la cible fixée à 2030, à savoir réduire de moitié le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance [1].

La mortalité des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère (MAS) en hospitalisation, reste encore trop élevée en Afrique subsaharienne [2]. La dénutrition jouant un rôle dans environ

45 % des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans [2]. Au Burkina Faso (BF), la baisse de la prévalence de la malnutrition aiguë globale au niveau national n'est toujours pas satisfaisante. Elle est passée de 19% en 2003 à 10,6% en 2017, toujours au-dessus du seuil de sévérité de 10% défini par l'OMS [3].

En 2018, la malnutrition aiguë sévère occupait le 6ème rang des motifs d'hospitalisations et était classée 5ème cause de décès des enfants de moins de 5ans dans les hôpitaux publics du pays avec une létalité hospitalière de 4,1% [3].

Depuis fin 2015, le Burkina Faso connaît un contexte sécuritaire particulier marqué par des conflits, des attaques de groupes armés et des violences intercommunautaires surtout dans les régions du Sahel, du Nord, du Centre Nord et de l'Est du pays [4]. Cette crise sécuritaire érode la quiétude et engendre des conséquences aux multiples facettes notamment des déplacements massifs des populations vers des sites ou des familles d'accueil [4].

Il nous a paru important d'initier ce travail afin d'étudier la morbi-mortalité de la malnutrition aiguë sévère dans notre contexte de travail afin de contribuer à une meilleure orientation des stratégies de lutte.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude préliminaire transversale prospective à visée descriptive qui s'est déroulée du 1er janvier au 30 juin 2021 dans le service de pédiatrie du CHUR de Ouahigouya soit une période de six mois. Elle a concerné les enfants de 6 à 59 mois hospitalisés pour malnutrition aiguë sévère dans le service durant la période d'étude.

Nous avons exclu de l'étude :

- Les enfants qui ont développé une malnutrition après hospitalisation.
- Les enfants qui ont développé une malnutrition sur une pathologie chronique (néphropathie, cardiopathie)

ou une malformation congénitale.

- Les enfants dont les parents n'ont pas consenti de participer à l'étude.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche individuelle à partir des fiches de référence, des dossiers médicaux, des fiches thérapeutiques et des formulaires de soins critiques.

Les paramètres suivants ont été recueillis :

- Données épidémiologiques et socio-économiques (âge de l'enfant, son sexe, âge de la mère, sa profession, sa situation matrimoniale, son niveau d'instruction, sa résidence).

- Données cliniques (motif d'hospitalisation, paramètres anthropométriques, signes physiques, pathologies associées et complications).

- Données thérapeutiques et évolutives (type de repas administré, nature du traitement médical administré, durée du séjour, devenir immédiat du patient).

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info 7.2.3. 2019 et exporté sur Excel 2016. Les tests statistiques de Mann-Whitney (variables quantitatives), de khi 2 de Pearson, de Fisher (variables qualitatives) ont été utilisés pour les comparaisons de proportions et de moyennes.

Une autorisation de collecte des données a été obtenue auprès des responsables de l'hôpital de même que le consentement éclairé des parents. L'anonymat des fiches de questionnaires a été respecté.

Résultats

Prévalence globale de la malnutrition aiguë sévère

Durant la période d'étude, le service a enregistré 1240 admissions dont 83 cas de malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois soit une prévalence globale de 6,69 %. Soixante-dix-sept enfants ont été inclus.

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

L'âge moyen des enfants malnutris était de 17,14 mois avec un écart-type de 11,52 ; les enfants de la tranche d'âge de 9 à 23 mois étaient au nombre de 48 soit 62,34 %.

Les enfants malnutris de sexe masculin représentaient 63,64% et le sex-ratio était de 1,75.

L'âge moyen des mères était de 28,31ans avec un écart-type de 6,64 (extrêmes de 20 ans et de 45 ans). Elles étaient femmes au foyer (FAF) dans 96,10 % et non scolarisés dans 88,31%.

Données cliniques

- Motif de consultation

La fièvre était présente dans 74,17% des cas (54/77).

Le tableau I indique la répartition des enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère selon le motif de consultation.

- Données de l'examen physique

Sur les 77 enfants malnutris aigus sévères, 69 (89,61%) présentaient un mauvais état général et 18 (23,38%) avaient une conscience altérée.

Concernant le type de malnutrition aiguë sévère la forme sans œdèmes a été observée dans 90, 91% (70/77), la forme avec œdèmes dans 6,49% (5/77) et celle mixte dans 2,60% (2/77).

Les principaux signes physiques retrouvés étaient la détresse respiratoire et la déshydratation sévère avec respectivement 24,67% et 19,48%.

- Pathologies associées

Le paludisme grave était la principale pathologie diagnostiquée. Le tableau II résume la répartition des enfants malnutris selon les pathologies associées.

Aspects thérapeutiques

- Traitement diététique

En phase de stabilisation, tous les 77 enfants ont reçu du lait thérapeutique F-75.

La durée de la phase de transition était inférieure à une semaine dans 90,91% des cas. En phase de transition, 75 enfants (97,40%) ont reçu du lait thérapeutique F75 et un ATPE (plumpy nut). Ces derniers ont poursuivi le traitement diététique avec de l'ATPE à la phase de récupération.

- Traitement médical

Un traitement médical a été administré à tous les patients. La transfusion sanguine a été réalisée chez tous les enfants ayant présenté une anémie sévère.

Le tableau III indique la fréquence du traitement médical chez les enfants malnutris.

*Aspects évolutifs***- Durée de séjour**

La durée moyenne de séjour était de 7,36 jours avec des extrêmes de 1 et 28 jours.

La durée de séjour était inférieure à deux semaines dans 88,31% des cas.

Le tableau IV indique la répartition des enfants malnutris aigus sévères sortis pour suivi en ambulatoire selon la durée de séjour.

Complications associées à la malnutrition aiguë sévère

L'hyperthermie était présente dans 72,73 % des cas.

Les différentes complications présentées par les enfants malnutris sont résumées au tableau V.

- Etat nutritionnel des enfants à la sortie

Durant le séjour hospitalier, le gain pondéral total obtenu par enfant malnutri était inférieur à 500g dans 50% des cas.

- Mode de sortie

Les enfants sortis pour suivi en ambulatoire étaient au nombre de 61 soit 79,22%.

Le tableau VI indique la répartition des enfants malnutris sévères selon le mode de sortie.

Le décès a été constaté dans les 24 heures suivant l'admission chez 6 enfants soit 85,71% des cas de décès.

Six décès sur sept (85,71%) sont survenus chez les enfants présentant une malnutrition aiguë sévère sans œdèmes.

Quatre enfants sur sept (57,14%) sont décédés suite à une gastroentérite avec déshydratation.

Tableau I : Répartition des enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fièvre	54	70,13
Toux	43	55,84
Diarrhée	35	45,45
Anorexie	33	42,86
Altération de l'état général	22	28,57
Difficultés respiratoires	19	24,67
Œdèmes	05	6,49
Dysurie	03	3,90

Tableau II : Répartition des enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère selon le motif de consultation.

Pathologie associée	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Paludisme grave	34	44,15
Bronchopneumopathie aiguë	29	37,66
Gastroentérite	11	14,28
Septicémie	09	11,69
Bronchiolite aiguë	06	7,79
Méningite aiguë	05	6,49
Méningoencéphalite aiguë	02	2,60
Infection du tractus urinaire	01	1,30

Tableau III : Fréquence des différents traitements médicaux chez les 77 enfants malnutris aigus sévères.

Traitement médical	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Antibiotiques	77	100
Artésunate injectable	34	44,15
Acide folique	28	36,36
Transfusion sanguine	26	33,77
Soluté hypertonique G10	18	23,38
RESOMAL	05	6,49
Antifongique	2	2,60
Solution Darrow	2	2,60

Tableau IV : Répartition des enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère sortis pour suivi en ambulatoire selon la durée de séjour.

Durée du séjour (en semaine)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
< 2	68	88,31
2-3	8	10,39
> 3	1	1,30

Tableau V : Fréquence des complications chez les enfants de 6 à 59 mois souffrant de la malnutrition aiguë sévère

Complications	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fièvre ($T^{\circ} \geq 38,5^{\circ}C$)	56	72,73
Anémie sévère (Hb <4 g/dl)	26	33,77
Troubles ioniques	12	15,58
Déshydratation	5	6,49
Hypoglycémie	3	3,90
Choc hypovolémie	2	2,60
Choc septique	2	2,60
Hypothermie	1	1,30

Tableau VI : Répartition des 77 enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère selon le mode de sortie.

Mode de sortie	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Décédé	7	9,09
Sortie contre avis médical (abandon)	8	10,39
Evacué à l'échelon supérieur	1	1,30
Suivi externe	61	79,22

Discussion

Limites et contraintes

Malgré le caractère prospectif de la collecte de données (entretien auprès des parents), notre étude a connu un biais d'information.

Prévalence de la malnutrition aiguë sévère.

La prévalence globale de la malnutrition aiguë sévère était de 6,69 %. Ce qui se rapproche du chiffre de Yaméogo et al. au BF qui rapportait 6,35% [5]. Par contre Yenan et al. en République de Côte d'Ivoire (RCI) ont noté une prévalence de 3,24% et Guindo et al. au Mali ont trouvé une fréquence de 11,3% [6, 7].

La différence de prévalence entre les pays et les structures hospitalières s'expliquerait par la différence des types d'étude et cadre de l'étude

Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

- Dans notre série, l'âge moyen des enfants malnutris était de 17,14 mois (σ 11,52) et les enfants de la tranche d'âge de 9 à 23 mois représentaient 62,34 %. Ces chiffres sont similaires à ceux de Maiga et al. Mali et Nguefack et al. au Cameroun qui rapportaient respectivement un âge moyen de 16 et 17 mois [8, 9]. Cependant, Musimwa et al. en République Démocratique du Congo (RDC) et Sanogo et al. au Mali ont rapporté respectivement un âge moyen de 24 et de 29 mois [10, 11].

Comme plusieurs auteurs l'ont noté la tranche d'âge 12 à 23 mois était la représentée : Yaméogo et al. au BF, Guindo et al. au Mali, Nguefack et al. au Cameroun, Abdou et al.

au Niger [5, 7, 9, 12].

Aussi, Kalmogho et al. BF ont constaté qu'un âge supérieur ou égal à 12 mois était un facteur de risque de malnutrition aiguë [13].

C'est pendant cette période de la vie en effet qu'interviennent la diversification alimentaire et le sevrage au lait maternel. La malnutrition survient quand cette diversification est inadéquate, faite précocement (avant 4 mois) ou tardivement (au-delà de 6 mois) ou avec des aliments de complément non adaptés et insuffisant, ou un sevrage total précoce. Les interdits alimentaires chez le nourrisson constituant également une barrière à la diversification alimentaire. En outre, chez les enfants de plus de 6 mois il y'a une baisse de l'immunité maternelle qui les rend vulnérable aux maladies.

- Les enfants malnutris de sexe masculin représentaient 63,64% (sex-ratio 1,75 dans notre étude.

Cette tendance du sex ratio en faveur des garçons est rapportée par plusieurs auteurs : Yaméogo et al. au BF (1,53), Yenan et al. en RCI (1,34), Maiga et al. au Mali (1,26), Nguefack et al. au Cameroun (59%), et Sanogo et al. au Mali (1,38) [5, 6, 8, 9, 11].

Cependant Musimwa et al. en RDC et Diarra et al. au Mali ont retrouvé une prédominance du sexe féminin avec respectivement 55,87% et 51,9% des cas [10, 14].

Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par le fait que dans nos sociétés, culturellement les garçons sont plus amenés au centre de santé car considérés comme l'avenir de la famille. Sur le plan scientifique, les auteurs ne partagent pas le même point de vue par rapport à une certaine prédisposition de la malnutrition liée au genre.

L'âge moyen des mères était de 28,31ans (σ = 6,64 ans ; extrêmes de 20 ans et 45 ans).

Ces chiffres sont comparables à ceux de Eboua et al, Aké-Tano et al en RCI qui ont noté respectivement un âge moyen de 27,6 ans (σ = 6,3 ans) et de 26,5 ans (σ = 6,2 ans ; extrêmes de 15 ans et 46 ans) [15, 16].

Nguefack et al. au Cameroun ont trouvé un âge médian de 20 ans (intervalle interquartile 19-23 ans) et une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 24

ans (83,0%) [9]. Par ailleurs, Mukuku et al. en RDC ont noté que l'âge maternel < 25 ans était un facteur prédictif de MAS [17].

Dans cette étude, les mères étaient FAF dans 96,10 % des cas et non scolarisés dans 88,31%.

Aké-Tano et al. en RCI ont noté que la majorité des mères étaient ménagères (36,5%) et non scolarisés (40,3%) ou de niveau primaire (30,4%) [16].

De même, Guindo et al., Diarra et al. au Mali ont rapporté 77,3 % et 74,4% de mères non scolarisé et pour la profession 88,8% et 75,6% de mères ménagères [7, 14].

En effet, cette situation pourrait être liée au statut de la femme (faible niveau d'instruction, faible pouvoir de décision, faible pouvoir d'achat, etc.) dans nos sociétés. L'analphabétisme favorise les croyances traditionnelles et les idées reçues sur les tabous alimentaires. Ce qui influence négativement la nutrition du jeune nourrisson.

Aspects cliniques

Dans notre étude, la fièvre, la toux et la diarrhée étaient les principaux motifs de consultation avec respectivement 70,13%, 55,84% et 45,45% des cas.

Ces résultats sont proches de ceux de Musimwa et al. en RDC qui rapportaient une prédominance de la toux (42,50 %), la diarrhée / vomissement (38,55%) et de la fièvre

(22,35%) [10]. De même, Bernal et al. en Colombie ont trouvé que la diarrhée était le premier motif de consultation avec 68.4% des cas [18].

Sanogo et al. au Mali ont noté que le faible poids (38,54%), la diarrhée (31,25%) et la fièvre (6,94%) étaient les principaux motifs de consultation [11].

La malnutrition aiguë sévère sans œdèmes était la plus représentée avec 90, 91% des cas et la forme avec œdèmes 6,49% dans notre étude.

Cette prépondérance de la forme sans œdèmes a été décrite par plusieurs auteurs :

Yaméogo au BF (86,59% ; 13,41%), Yenan en RCI (58% ; 32%), Maiga au Mali (73,74% ; 11,87%) et Eboua en RCI (marasme 93, 38% et kwashiorkor 1,5% des cas) [5, 6, 8, 15].

Des études réalisées dans d'autres régions montrent des résultats différents. Nguéack et al. au Cameroun ont rapporté 73,2% de forme mixte, 17,0% de forme avec œdèmes et 9,8% de forme sans œdèmes [9].

Aussi, Bernal et al. en Colombie ont trouvé que la forme œdémateuse était prédominante avec 60.8% des cas [18].

Le mécanisme d'apparition des œdèmes au cours de la malnutrition reste encore peu élucidé et la répartition des différentes formes n'a pas encore une explication qui fasse le consensus.

Le paludisme grave, la bronchopneumopathie, la gastroentérite aiguë (GEA) et la septicémie étaient les principales pathologies diagnostiquées avec respectivement 44,15%, 37,66%, 14,28% et 11,69% des cas.

Ces résultats se rapprochent de ceux de plusieurs auteurs africains [5, 9, 11, 14, 15] :

Yaméogo et al. (paludisme 29,40% ; pneumopathies 25,68% ; GEA 18,63%),

Ngueack et al. (VIH 41,5% ; GEA 34% ; infections respiratoires basses 31%).

Sanogo et al. (Paludisme 50,35% ; GEA 31,25% ; Pneumopathie 7,64%)

Diarra et al. (GEA 69,2% ; infections respiratoires 42,3% ; paludisme 29,5%),

et Eboua et al. (pneumonies 35,3% ; GEA 25,0% ; anémie sévère 38,2%),

Il s'agit en effet de pathologies infectieuses surtout. La malnutrition sévère est responsable d'une altération du système immunitaire chez les enfants présentant une carence nutritionnelle. Cette altération est caractérisée par une mauvaise réponse immunitaire augmentant ainsi la susceptibilité et la gravité des maladies bactériennes virales et parasitaires.

Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère

Tous les enfants ont bénéficié d'une antibiothérapie soit 100% des cas.

Nos résultats étaient proches de ceux de Bernal et al. en Colombie et de Haro et al. au Burkina Faso qui retrouvaient respectivement 99,4% et 97,3% des enfants ayant bénéficié d'une antibiothérapie [18, 19]. L'administration des antibiotiques était systématique

chez tous les enfants. La malnutrition aiguë constituant le lit de plusieurs maladies comme les infections bactériennes pulmonaires, digestives et urinaires. Elles sont fréquentes et évoluent facilement vers une septicémie.

Le traitement antipaludique a été administré dans 44,15% des cas dans notre série.

Yaméogo et al. au BF ont noté que la majorité des enfants ont bénéficié d'un traitement antipaludique soit 88,18% des cas [5].

Ces résultats pourraient être liés aux périodes et aux sites des différentes études.

La transfusion sanguine a été réalisée chez tous les enfants ayant présenté une anémie sévère dans notre étude.

Nos résultats sont différents de ceux de Yaméogo et Haro au Burkina Faso qui avaient rapporté respectivement 87,5% et 93,67% d'enfants [5, 19].

Tous les enfants déshydratés ont bénéficié d'une réhydratation à base du ReSoMal soit 100% et deux enfants présentant une déshydratation sévère ont bénéficié en plus du ReSoMal d'une perfusion à base de la solution de Darrow.

Tous les enfants en hypoglycémie ont bénéficié du sérum glucosé hypertonique 10%.

Une prise en charge efficace des complications de la malnutrition aiguë sévère garantit une issue favorable.

Devenir immédiat des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère

- La durée moyenne de séjour était de 7,36 jours (extrêmes de 1 et 28 jours).

Ces chiffres sont proches de ceux de Yenan et al. en RCI et de Nguéack et al. au Cameroun qui ont rapporté une durée moyenne d'hospitalisation de 8,5 jours (extrêmes de 1 et 30 jours) et de 13,3 jours (extrêmes de 1 et 21 jours) [6, 9].

Ce résultat était acceptable selon les recommandations de OMS pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications qui estime nécessaire une durée de 3 semaines avec une moyenne de 1 semaine pour la première phase du traitement [20]. Les comorbidités contribuant grandement à l'allongement de la durée de séjour. Ainsi, les malnutris avec

plusieurs pathologies connaissaient un séjour plus long que ceux ayant une pathologie.

- Les principales complications que nous avons enregistré étaient la fièvre, l'anémie sévère, les troubles ioniques, la déshydratation sévère avec respectivement 72,73%, 33,77%, 15,58% et 6,49% des cas. Ces complications sont classiques et ont été décrites par plusieurs auteurs.

Maiga et al. au Mali ont retrouvé 38,22% de cas de fièvre et 33,1% de diarrhée, déshydratation [8] ; Yaméogo et al. au BF, 48,18% de cas de fièvre et 17,95% d'anémie sévère [5] ; Bernal et al. en Colombie, 51,1% de cas anémie et 9% de cas sepsis [18] ;

Diarra et al. au Mali, 12,72% de cas de déshydratation [14].

- Le taux d'abandon était de 10,39% dans notre série. Ce taux répond aux critères de meilleure performance de l'OMS qui est de 15% de taux d'abandon [20].

Yaméogo et al. au BF et Yenan et al. en RCI ont rapporté respectivement 4,09% et 12% de taux d'abandon [5, 6].

Ces taux au BF, pourraient se justifier par l'adoption de la politique nationale d'exemption de paiement des soins chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes depuis 2016. Celle-ci a contribué à lever la barrière financière et a favorisé l'accès aux centres de santé et aux soins.

- Nous avons enregistré un taux guérison de 79,22% Ce taux est supérieur à ceux de Yenan et al., Nguéack et al. Sanogo et al. qui ont noté respectivement 78,67%, 75,6% et 64,58% des cas [6, 9, 11].

Il est par contre inférieur à ceux de Abdou et al. au Niger et Diarra et al. au Mali qui ont noté respectivement 93,22% et 85,9% de taux de guérison [12, 14].

De façon globale, ces chiffres sont en partie liés à la disponibilité des intrants durant les périodes d'étude et à l'application du protocole de prise en charge par les acteurs du système.

- Nous avons enregistré un taux de décès de 9,09%. Ce chiffre est acceptable selon les normes de l'OMS (inférieure à 10%) [20].

Ce chiffre se rapproche de celui de Yenan et al. en

RCI qui ont trouvé 9,33% [6].

Il est par contre supérieur aux taux rapportés par Abdou et al. au Niger (5,16%), Diarra et al. au Mali (7,7%), Bernal et al. en Colombie (5,7%) et [12, 14, 18].

D'autres auteurs ont enregistré des chiffres plus élevés [9, 11, 15] : Nguefack et al. au Cameroun (21,9%) Sanogo et al. au Mali (18,06%), et Eboua et al. en RCI (33,8%).

Ces décès pourraient avoir pour cause d'une part l'altération marquée du système immunitaire qu'entraîne la malnutrition d'où une grande vulnérabilité aux infections, d'autre part la référence tardive et l'insécurité régionale (conflits intercommunautaires ou inter-ethniques).

- Le décès a été constaté dans les 24 heures suivant l'admission dans 85,71% des cas de décès et concernaient des enfants présentant une malnutrition aiguë sévère sans œdèmes.

Ce constat a été fait par certains auteurs africains.

Yaméogo et al. au BF ont trouvé que 55% des décès sont survenus dans les premières 48 heures [5]; Yenan et al. en RCI ont rapporté que 71 % des patients décédés présentaient le marasme [6].

Selon l'étude menée par Nguefack et al. au Cameroun, tous les décès étaient enregistrés dans les 72 heures avec plus de 3/4 (78%) pendant les 48 premières [9]. Cette situation pourrait être lié au retard d'admission et à l'insuffisance du plateau technique. En effet, plusieurs parents consultent au centre de santé qu'après l'échec de l'automédication et du traitement traditionnel, les enfants arrivant dans un stade déjà avancé de leur maladie.

Conclusion

Il ressort de cette étude que la malnutrition aiguë sévère reste une préoccupation majeure dans nos pays en développement. Sa prévalence hospitalière était élevée et la morbi-mortalité reste non négligeable.

Une amélioration de cette situation passe par la lutte contre la pauvreté en général, la sensibilisation des

populations et un renforcement des plateaux technique des hôpitaux.

*Correspondance

Alain Saga Ouermi

alainouermi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Service de pédiatrie. CHU régional de Ouahigouya, Ouahigouya, Burkina Faso
- 2 : Département de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU YO)
- 3 : Département de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Burkina Faso
- 4 : Service de pédiatrie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles-De-Gaulles.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] FAO, FIDA, UNICEF, PAM, OMS. L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2017, 36p [Consulté le 15 Août 2021] <http://www.fao.org/3/I7695f/I7695f.pdf>
- [2] UNICEF, PAM. Comité permanent des Nations Unies de la nutrition, Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère : Déclaration commune de l'OMS, du PAM, de l'UNICEF et du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies. OMS, Geneva, 2007. [Consulté le 15 Août 2021]. https://www.unicef.org/french/nutrition/index_39468.html
- [3] Ministère de la Santé du Burkina Faso, Direction Générale Des Etudes et des Statistiques Sectorielles. Annuaire statistique 2019. Novembre 2020, p149
- [4] Ministère de la Santé du Burkina Faso. Enquête nutritionnelle dans les communautés et sites d'accueil des personnes déplacées internes au Burkina Faso selon la méthodologie Rapid SMART, Novembre 2019, p5.

- [5] Yaméogo R. Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 0 à 59 mois dans le service de pédiatrie du centre hospitalier régional de Koudougou (Burkina Faso) : Aspects thérapeutiques et évolution immédiate. Thèse Med. Université Pr Joseph KI-ZERBO. 2020 n°138 ; p 164.
- [6] Yenan JP, Plo KJ, Assev, Kondji YS, Yebou YKR, Ouattara KS et al. Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère à l'unité de nutrition thérapeutique du CHU de Bouaké. *Rev int sc méd* 2014 ; 16(1) :94-9.
- [7] Guindo M. Malnutrition aiguë sévère avec complication chez les enfants de 6 à 59 mois dans le service de pédiatrie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse Med. Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. 2020 ; p 170.
- [8] Maïga B. Aspects épidémiocliniques de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de cinq ans au CHU Gabriel Toure. *Health Sci. Dis.* 2019 ; 20 (3) : 74 – 7.
- [9] Nguéfack F, Adjahoung CA, Keugoung B, Kamgaing N, Dongmo R. Prise en charge hospitalière de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant avec des préparations locales alternatives aux F-75 et F-100 : résultats et défis. *Pan Afr Med J.* 2015; 21(329): 1-9.
- [10] Musimwa M. Malnutrition chez l'enfant de moins de 5 ans à Lubumbashi et ses environs Approche épidémioclinique et biochimique dans un milieu minier. Thèse Med. Université de Lubumbashi, 2017 ; p 207.
- [11] Sanogo M. Etude de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 mois à 5 ans hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. Thèse Med. Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. 2012 ; p 74.
- [12] Abdou I. Evaluation de la qualité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) du district sanitaire de Ouallam du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013. [Mémoire] Médecine 2014 p35.
- [13] Kalmogho A, Dahourou DL, Zoungrana C, Yonaba C, Ouédraogo F, Barro M et al. Prévalence et facteurs associés à la malnutrition des nourrissons âgés de 6 à 23 mois admis aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso. *MALI MEDICAL* 2020 TOME XXXV N°3 p 45 – 50.
- [14] Diarra N. Infections courantes et la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 06 à 59 mois dans le service de pédiatrie du CS réf de la commune i du district de Bamako. Thèse Med. Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako. 2014 n° ; p 108.
- [15] Eboua TKF. Complications de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans hospitalisés. *Rev int sc med.* 2017 ;19,4 supplém :353-7.
- [16] Aké-Tano O. Pratiques alimentaires des enfants de 0 à 2 ans suivis dans une structure sanitaire à Abidjan. *Rev int sc méd* 2014 ;16, 1 :89-93.
- [17] Mukuku Mukuku O, Mutombo MA, Kamona LK, Lubala TK, Mawaw PM, Aloni MN. Développement d'un score prédictif de malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans. *Pan Afr Med J.* 2018; 29(185): 1-8.
- [18] Bernal C, Vélasquez CI, Alcaraz G, Botero J. Treatment of severe malnutrition in children: experience in implementing the World Health Organization guidelines in Turbo, Colombia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* March 2008 ; 46(3) :322-8.
- [19] Haro J. Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois reçus au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle : complications et évolution immédiate. Thèse Med. Université Ouaga I Pr Joseph KI-ZERBO. 2016 n°30 ; 135p.
- [20] Ministère de la Santé du Burkina Faso. Protocole National de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë (PCIMA). 2014 : 154p.

Pour citer cet article :

AS Ouermi, A Kalmogho, B Sanogo, H Savadogo, I Guira, M Barro et al. Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois : états des lieux dans le service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso) . *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 426-434



Cas clinique

Plaie pénétrante des bourses par embrochage : à propos d'une observation et revue de la littérature

Penetrating wounds scrotal by transfixing: a case report and review of the literature

TO Diallo*¹, I Diabaté², M Barry³, A Ndiath⁴, E Kazubwenge⁵

Résumé

Les plaies pénétrantes des bourses par embrochage constituent des urgences urologiques rares dont la prise en charge est chirurgicale. Le pronostic est fonction des lésions des testicules, épидидymes et éléments du cordon spermatique. Nous rapportons un cas d'embrochage des bourses par une tige de bois chez un garçon de huit ans, pris en charge à l'hôpital régional de Kolda.

Mots-clés : Plaie pénétrante, bourses, traumatisme.

Abstract

Wounds due to scrotal penetrating injury are rare urological emergencies. Their management require surgical exploration and the prognosis depends on testicle, epididymis and spermatic cord lesions.

We report a case of scrotal penetrating wound due to a tree trunk managed at Kolda regional hospital with a literature review.

Keywords: Penetrating wound, scotum, trauma.

Introduction

Les bourses et leurs contenus sont relativement protégés lors des traumatismes, en raison de leur

mobilité, des cuisses et dans une certaine mesure par les vêtements [1].

Les plaies pénétrantes des bourses par embrochage sont rares et semblent être l'apanage des adolescents [2]. Il peut s'agir d'une tige de bois ou de métal. L'exploration chirurgicale s'impose pour évaluer les lésions, prédire le pronostic fonctionnel, et faire le parage.

Nous rapportons le cas d'un embrochage des bourses par une tige de bois chez un garçon de huit ans, pris en charge au Centre Hospitalier régional de Kolda, au Sénégal.

Cas clinique

C'est un garçon de huit ans dont le statut vaccinal n'est pas précis, mais sans antécédent pathologique particulier qui a été admis au service d'urgence de notre hôpital pour une plaie pénétrante des bourses par une tige de bois. Le traumatisme serait survenu une heure plus tôt. C'est en grim pant sur un manguier, qu'il aurait glissé et fait une chute avec réception des bourses sur une tige de bois. L'examen clinique a mis en évidence un assez bon état général, des muqueuses colorées et un état hémodynamique stable. L'examen local a objectivé une hémibourse droite transpercée

par une tige de bois, de bas en haut (figure 1).

Aucune autre lésion n'a été identifiée ailleurs. Aussitôt, la décision d'une exploration chirurgicale sous anesthésie a été prise. La numération formule sanguine et le bilan de la crase sanguine étaient dans les limites normales. A l'intervention chirurgicale sous anesthésie générale, l'abord a été une incision de l'hémi-bourse droite sur toute la longueur du trajet de la plaie permettant ainsi l'ablation de la tige de bois. L'exploration par la suite a mis en évidence une vaginale intacte sans lésion aussi bien au niveau de l'épididyme, du testicule que du cordon spermatique droit (figure 2). Le parage de la plaie et le lavage au sérum salé 0,9 % ont été effectués suivis de la fermeture en deux plans de vicryl 3/0 (figure 3). Une antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique a été instaurée depuis le bloc opératoire, de même qu'une séro-prévention antitétanique. Les suites opératoires ont été simples et la cicatrisation a été obtenue au bout de dix jours.

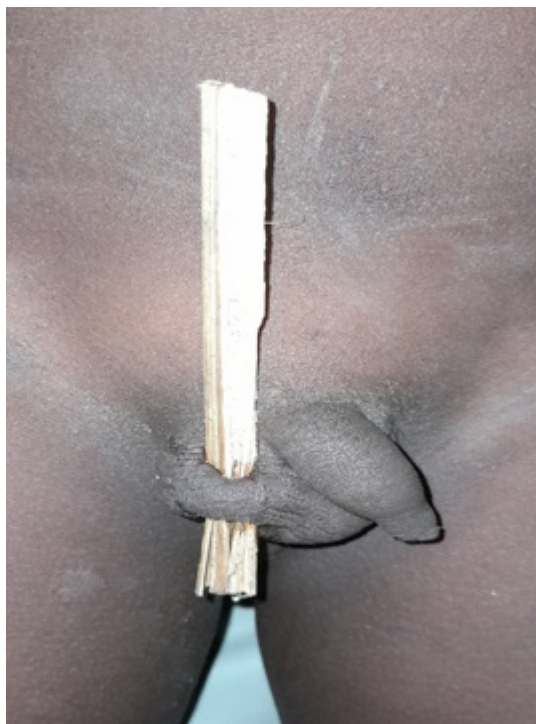


Figure 1 : Tige de bois ayant transpercé l'hémi-bourse droite



Figure 2 : Aspect opératoire : après incision des enveloppes des bourses et ablation de la tige de bois



Figure 3 : Aspect final

Discussion

Les traumatismes des organes génitaux externes sont rares. Ils arrivent en troisième position des traumatismes en urologie, après les traumatismes des reins et de la vessie [3]. Les étiologies des traumatismes ouverts des OGE sont multiples et variées. Dans la littérature, sont cités les blessures par armes à feu [4-6], par morsure humaine [8], par un objet tranchant ou pointu dans un contexte d'accident, de rixe ou d'agression [4-8]. Les embrochages des bourses sont quant à elles plus rares. Il a déjà été rapporté un cas d'embrochage des bourses par un harpon [10], deux cas par une tige de bois [2, 12]. Plus spectaculaire

encore un cas de plaie des bourses par un javelot utilisé en athlétisme a été rapporté par Victor J et al aux Etats-Unis [12].

Sur le plan clinique, l'interrogatoire précise les circonstances. Pour notre patient, il s'est agi d'une chute d'une certaine hauteur avec réception des bourses sur une tige de bois.

Cette dernière a transpercé la culotte et embroché l'hémi-bourse droite. En pareille circonstance, en milieu de soin, le blessé est débarrassé de ses vêtements en les sectionnant aux ciseaux ou à la lame. Le caractère spectaculaire de ces types de lésion motive le recours immédiat aux services de soins [2]. L'examen physique doit évaluer l'état hémodynamique, rechercher une rétention d'urine, une urétrorragie, une hématurie ou une dysurie, en faveur d'une possible lésion urétrale [11].

La prise en charge thérapeutique de l'embrochage des bourses repose sur l'exploration chirurgicale en urgence associée à une antibiothérapie et à la séro-prévention antitétanique. Elle doit être précédé d'un bilan biologique défini par l'anesthésiste et a pour but de faire : un bilan lésionnel exhaustif portant notamment sur les bourses, les testicules, les épидидymes, les éléments du cordon spermatique et l'urètre [2, 14] ; un parage le plus économe possible et une réparation des lésions. La réparation des lésions des enveloppes des bourses ne pose pas de problème particulier, comme cela a été le cas pour notre patient. En revanche des lésions funiculaires, testiculaires ou épидидymaires peuvent conduire à une orchidectomie totale ou partielle ou à une épидидymectomie. Pour ces genres de traumatisme, les séquelles à long terme sur la fertilité sont à craindre notamment en cas de lésions du testicule, de l'épидidyme ou des éléments du cordon spermatique. Pour notre patient, les lésions ne portaient que sur les enveloppes des bourses, c'est dire que ces craintes peuvent être écartées.

Conclusion

Les plaies pénétrantes des bourses par embrochage constituent une urgence urologique rare. Leur gravité

réside dans l'atteinte des testicules, des épидидymes ou des éléments du cordon spermatique. La prise en charge est chirurgicale. Le pronostic est meilleur en l'absence d'atteinte épидидymo-testiculaire et funiculaire.

*Correspondance

Thierno Oumar Diallo

thiernobgl87@gmail.com

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Hôpital Régional de Kolda, Service d'Urologie ;
- 2 : Hôpital Régional de Louga, service d'Urologie ;
- 3 : Université de Conakry, service d'Urologie de l'Hôpital National Ignace Deen ;
- 4 : Hôpital Aristide le Dantec, service d'Urologie.
- 5 : Hôpital Régional de Kolda, Service de Chirurgie.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Dubhashi SP, Kumar A, Kadam R. Blast injury of the scrotum. *J Emerg Trauma Shock* 2020; 13:233
- [2] Diallo T.M.O., Bah M.D., Kante D., Barry M.2, Bah M.B., Cissé D., Bah I., Diallo A.B., Bah O., Diallo M.B. Embrochage des organes génitaux externes : à propos d'un cas. *Uro'Andro* 202, 2(2) : 84-86
- [3] Culty T, Ravery V. Traumatismes scrotaux : stratégie de prise en charge. *Annales d'urologie – EMC Urologie* (2004), 40 : 117–125
- [4] Bah I., Diallo A.B., Diao B., N'Doye A.K., Gueye S.M., Diallo M.B., Diagne B.A.: Les lésions des organes génitaux externes par arme à feu. A propos de six observations à l'hôpital A. Le Dantec, Dakar, Sénégal. *African Journal of Urology*, 2006, 12 (1) : 55-59
- [5] Diao B., N'doye A.K., Fall P.A., Berthe H., Ondo C.Z., Niang L., Ba M., Diagne B.A. : Traumatismes des bourses:

à propos de 14 observations. *African Journal of Urology*, 2007, 13 : 151-156

- [6] Kpatcha T. M, Tengue K, Tchangai B, Kanassoua K3, Botcho G, Sikpa K, Anoukoum T, Dosseh E. D. Lésions des organes génitaux externes par arme à feu : à propos d'une observation. *Uro'Andro* 2014, 2 (1): 129-132
- [7] Ahmed A., Mbibu N.H, Aetiology and management of injuries to male external genitalia in Nigeria. *Injury, Int. J. Care Injured* (2008) 39, 128—133
- [8] Dekou A, Fofana A, Vodi C, Gowe E, Manzan K. Arrachement du scrotum par morsure humaine : présentation d'un cas et revue de la littérature. *Andrologie* (2011) 21:266-268 DOI 10.1007/s12610-011-0143-2
- [9] Mante SD, Yeboah ED, Aduse B, Edusa S. Foreign Body In Scrotum Following A Boat Engine Blast Accident. *Ghana Medical Journal* 2013, 47(1) : 50- 52
- [10] Diallo A. B., N'Doye A., Fall P. A., Ba M., Sylla C., Diagne B. A.: Plaie de la bourse par embrochage: un accident rare de pêche sous-marine. *Progrès en Urologie*. 2001 ; 11 : 334-335
- [11] Palinrungi MA, Syarif, Kholis K, Syahrir S, Putra Nasution HS, Faruk M. Penetrating scrotal injury in childhood. *Urol Case Rep*. 2021 Mar 16; 37:101635. doi: 10.1016/j.
- [12] Ferlise VJ, Haranto VH, Ankem MK, Barone JG. Management of penetrating scrotal injury. *Pediatr Emerg Care*. 2002 Apr;18(2):95-6
- [13] Pavia MP, Fabiani A, Principi E, Servi L. Ultrasound of a patient with penetrating scrotal trauma: finding a needle in a haystack. *Radiol Case Rep*. 2021 Jan 26;16(4):769-771. doi: 10.1016/j
- [14] Randhawa H, Blankstein U, Davies T. Scrotal trauma: a case report and review of the literature. *Can Urol Assoc J*. 2019;13(6 Suppl4): 67–71

Pour citer cet article :

TO Dialllo, I Diabaté, M Barry, A Ndiath, E Kazubwenge. Plaie pénétrante des bourses par embrochage : à propos d'une observation et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 435-438



Cas clinique

Sirénomélie (Mermaid Syndrome) description du premier cas dans la région de Sikasso, Mali et revue de la littérature

Sirenomelia (Mermaid Syndrome) description of the first case in the Sikasso region, Mali and review of the literature

A Cissouma*¹, M Sylla², MB Coulibaly³, SA Traoré⁴, A Kissima-Traoré⁵, AP Togo⁶, A Coulibaly⁸, Y Coulibaly⁹

Résumé

Le sirénomélie est une malformation congénitale avec une incidence limitée dans la population générale. La pathogénie vraie est inconnue bien qu'il y ait une relation claire avec le diabète maternel. Le diagnostic prénatal et les études d'imagerie permettent une reconnaissance et un diagnostic fiable. Les examens cliniques et les paracliniques nécessaires dans la période néonatale permettent d'identifier les complications probables et d'établir un pronostic. Nous présentons un cas clinique d'un nouveau-né.

Mots-clés : Sirénomélie, nouveau-né, hôpital Sikasso.

Abstract

Sirenomelia is a congenital malformation with limited incidence in the general population. True pathogenesis is unknown although there is a clear relationship with maternal diabetes. Prenatal diagnosis and imaging studies allow for reliable recognition and diagnosis. Clinical examinations and paraclinical examinations necessary in the neonatal period make it possible to identify probable complications and establish a prognosis. We present a clinical case of a newborn.

Keywords: Sirenomelia, newborn, sikasso hospital

Introduction

La sirénomélie (Mermaid syndrome) est une anomalie congénitale rare, elle se définit par une fusion des membres inférieurs (MI) [1]. Elle fut décrite pour la première fois par Rocheus en 1542 puis par Polfyr en 1553 [2]. Elle est caractérisée par un degré variable de fusion des membres inférieurs [1, 2]. Son incidence est de 1,5 à 4/100 000 naissances [3]. Plus de 50% des patients décèdent in utéro, et ceux qui naissent vivants décèdent généralement dans les 48 premières heures de vie du fait des graves malformations rénales et viscérales fréquemment associées à cette séquence [4]. Sa pathogénie est controversée [3]. En Afrique, la naissance de ces nouveau-nés dit « enfants poissons » est souvent associée à des considérations mystico-religieuses. Nous rapportons le premier cas de sirénomélie dans la région de Sikasso, observé à Bougouni, dans le sud-Est de la République du Mali.

Cas clinique

Madame C.S, Malienne âgée de 34 ans, P7G7A0D0, à 38 semaines d'aménorrhée consulte pour hydrorrhée et douleur d'enfantement. Tout au long de sa grossesse, elle n'a suivi aucune consultation prénatale et n'a pris aucun médicament ni aucun produit traditionnel. Elle n'est pas diabétique et n'a aucun antécédent personnel particulier. Aucune notion de diabète ni de malformations n'est retrouvée dans sa famille. Pas de consanguinité avec son conjoint âgé de 44 ans. A l'admission, l'état général était bon et les signes vitaux dans les normes. La hauteur utérine était de 34 cm et l'auscultation au fœtoscopie de Pinard notait les bruits du cœur fœtal à 132bts/mn. Le fœtus était en présentation de siège, le toucher vaginal mettait en évidence l'absence de membranes fœtales et permettait de palper les membres inférieurs fœtaux qui étaient collés. La patiente fut mise salle et nous avons laissé évoluer le travail d'accouchement. Au bout de 4 heures, elle accoucha un nouveau-né vivant pesant 3000 grammes et mesure 48 cm de taille et 33,5 cm de périmètre crânien. L'examen du nouveau-né notait un faciès de Potter, une détresse respiratoire, une artère ombilicale unique, des membres inférieurs complètement fusionnés. Il n'y avait une absence des organes génitaux externes, une imperforation anale, une bosse vertébrale (spina bifida) et des membres inférieurs fusionnés de leur base jusqu'aux pieds (Figure 1 et 2) et leur palpation externe donnait l'impression d'avoir probablement deux fémurs. Les deux pieds étaient reliés par leurs plantes se terminant avec un seul moignon (Figure1). Le nouveau-né avait l'aspect d'une « sirène ». Nous n'avons pas pu réaliser des radiographies des membres inférieurs chez le nouveau-né et des dosages sanguins des métaux lourds ainsi que la glycémie chez la mère pour Insuffisance de moyen financier. Le nouveau-né est décédé quelques heures après la naissance.

Discussion

La sirénomélie est une pathologie rare [1,3]. Elle peut

être partielle ou totale allant de la présence d'une extrémité rudimentaire (aucune structure osseuse) à 2 membres inférieurs complets dans un même fourreau tégumentaire (simple fusion des tissus mous) [1]. Sur ces critères morphologiques on classera cette malformation en Sympus apus (sans pied), Sympus monopus (un seul pied rudimentaire) et Sympus dipus [1,5]. Notre cas se rapproche d'un sympus monopus et nous pensons que les deux fémurs étaient fusionnés. Cependant il existe une autre classification plus détaillée de Stocker et Heifetz [6] reposant sur la présence ou non des différents éléments osseux des MI ; cette dernière n'a pas été prise en compte chez notre patient par le fait qu'avec son expérience de vie (quelques heures) nous n'avons pas eu le temps nécessaire pour faire la radiographie. L'étiologie de la sirénomélie est encore controversée [3]. Longtemps considérée comme d'origine environnementale, avec le diabète maternel insulino-dépendant comme première cause compte tenu du fait que 10 à 15% des enfants affectés sont nés de mères diabétiques d'une part [4]. Cependant pour certains, la sirénomélie serait une maladie génétique complexe [1,15]. Dans notre observation, la mère n'était pas diabétique et la grossesse n'a pas été suivie. Sur le plan de l'organogenèse, la sirénomélie survient avant la 5e semaine de développement. C'est un possible trouble du contrôle génique de la gastrulation ou un déficit majeur de la différenciation de toute la région caudale de l'embryon avec défaut de développement des mésodermes (en particulier l'intermédiaire entraînant l'agénésie rénale). Il existe alors un mauvais développement de l'aorte abdominale avec persistance de l'artère vitelline donnant l'artère ombilicale unique aberrante. La théorie du vol vasculaire, par un déficit de perfusion et une mauvaise différenciation des somites les plus bas, explique en particulier les cas observés dans les grossesses gémeillaires monozygotes [1, 7,8]. Le syndrome VACTERL est une affection congénitale associant des anomalies vertébrales, une imperforation anale, des malformations cardiaques, une anomalie trachéoesophagienne, une aplasie ou hypoplasie radiale, des anomalies rénales et des membres [1]. La

coexistence d'une sirénomélie avec un ou plusieurs signes de l'association VACTERL est possible, mais rare [1,3-4,9]. Chez notre patient imperforation anale, une anomalie vertébrale et des anomalies de membres nous pouvons dire avec certitude que son diagnostic s'intègre dans une association VACTERL et corrobore avec ceux des auteurs H. LADURE, SM DUESTERHOEFT et CI ONYEIJE [1,10-11 12]. In utero, le diagnostic de la sirénomélie repose sur l'échographie qui visualise la malformation et précise les différentes associations de la séquence [3,13]. Dans le cas de notre patient, aucune échographie n'a été réalisée dans le cadre des consultations prénatales. La sirénomélie est généralement fatale en un jour ou deux de la naissance en raison de complications liées à des anomalies [1,3,14]. Notre cas est décédé en moins de 48 heures après la naissance.

Conclusion

La sirénomélie est une malformation congénitale rare et fatale. A notre connaissance, il s'agit du premier cas documenté au Mali. Le refus par les parents de réaliser des examens complémentaires tant à la mère qu'à l'enfant a considérablement limité notre description clinique, d'où la nécessité de sensibiliser les Etats africains dans leurs politiques de santé à subventionner la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans ou des cas particuliers de pathologies rares.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Assetou Cissouma

cis_astou@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Service de pédiatrie du centre hospitalier de Sikasso, BP : 82, Mali
- 2 : Service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de Bougouni, Mali
- 3 : Service de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier de Sikasso, Mali
- 4 : Service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier de Sikasso, Mali
- 5 : Service de cardiologie du centre hospitalier de Sikasso, Mali
- 6 : Service de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré, Mali
- 7 : Service de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré, Mali
- 8 : Service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire Point G, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] H. Ladure, D. D'Hervé, P. Loget, P. Poulain ; Diagnostic anténatal d'une sirénomélie
- [2] J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006; 35: 181-185
- [3] Kampmeier OF. On sirenoform monster, with a consideration of the causation and the predominance of the male sex among them. *Anat Rec.* 1927;34:365-369.
- [4] Philippe Charlier, Anne-Sylvie Valat, Odile Boute, Stéphanie Petit, Caroline Chafiotte, Isabelle Huynh-Charlier, Bernard Gosselin, Louise Devisme Sirénomélie entrant dans le cadre d'une association VACTERL : à propos de trois cas *Annales de pathologie* (2008) 28, 176-181
- [5] Toni Kasole Lubala et al. Sirénomélie (Mermaid Syndrome): description du premier cas Congolais et revue de la Literature *The Pan African Medical Journal - ISSN* 1937-8688.
- [6] Plendl PJ. Die Symmelie (sirenomelie) bei Mensch und Tier: ein komplexes Fehlbildungs-syndrom. In <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2003/1037/>, GEB, Editor. 2003.
- [7] Stocker JT, Heifetz SA. Sirenomelia. A morphological study of 33 cases and review of the literature. *Perspect Pediatr Pathol* 1987; 10: 7-50

- [8] Valenzano M, Paoletti R, Rossi A, Farinini D, Garlaschi G, Fulcheri E. Sirenomelia. Pathological features, antenatal ultrasonographic clues, and a review of current embryogenic theories. *Hum Reprod Update* 1999; 5: 82-6.
- [9] Harika G, Gabriel R, Bory JP, Gaillard D, Quéreux C, Wahl P. La sirénomélie. Revue de la nosologie à propos d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995; 24: 49-51.
- [10] Stanton MP, Penington EC, Hutson JM. A surviving infant with sirenomelia associated with absent bladder. *J Pediatr Surg* 2003;38:1266-8.
- [11] Duesterhoeft SM, Ernst LM, Siebert JR, Kapur RP. Five cases of caudal regression with an aberrant abdominal umbilical artery. Further support for a caudal regression-sirenomelia spectrum. *Am J Med Genet A* 2007;143A(24):3175-84.
- [12] Onyeije CI, Sherer DM, Handwerker S, Shah L. Prenatal diagnosis of sirenomelia with bilateral hydrocephalus: report of a previously undocumented form of VACTERL-H association. *Am J Perinatol* 1998;15:193-7.
- [13] Vasanthan Tanigasalam , Mamatha Gowda , Nishad Plakkal ,B. Adhisivam a, B. Vishnu Bhat Sirenomelia with VACTERL association-a rare anomaly. *Pediatrics and Neonatology* (2018) 59, 410-411
- [14] Monteagudo A, Mayberry P, Rebarber A, Paidas M, Timor-Tritsch IE. Sirenomelia sequence: first-trimester diagnosis with both two- and three-dimensional sonography. *J Ultrasound Med* 2002; 21: 915-20.
- [15] Duhamel B. From the mermaid to anal imperforation: the syndrome of caudal regression. *Arch Dis Child*. 1961;36:152-5.
- [16] Gérard-Blanluet M, Bourillon A, Sinico M, Touboul C, CostaT, Roumazeilles Y, et al. Étude génétique de la sirénomélie, exclusion de gènes majeurs du développement (HLXB9, SHH,Patched.). *Med Sci* 2006;2(22 (H-S)):38.

Pour citer cet article :

A Cissouma, M Sylla, MB Coulibaly, SA Traoré, A Kissima-Traoré, AP Togo et al. Sirénomélie (Mermaid Syndrome) description du premier cas dans la région de Sikasso, Mali et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 439-442



Cas clinique

Rarissime cas de torsion bilatérale de kyste ovarien avec rupture hémorragique dans un contexte de grossesse molaire : un cas clinique

Extremely rare case of bilateral ovarian cyst torsion with hemorrhagic rupture in the context of molar pregnancy: a clinical case

L Diarra*¹, A Samaké², M Traoré⁶, M Konaté², S Camara², K Diarra⁵, S Kanté⁴, K Konaté¹, B Bengaly^{3,4}, AP Togo^{3,6}

Résumé

Les kystes au premier trimestre de la grossesse sont le plus souvent fonctionnels et disparaissent spontanément sans complication. Ils sont dans la majorité des cas asymptomatiques et peuvent être de découverte fortuite lors d'une échographie. Les complications les plus fréquentes sont la rupture du kyste et la torsion. Nous rapportons le cas d'une torsion bilatérale de kyste ovarien avec rupture hémorragique dans un contexte de grossesse molaire.

Mots-clés : Torsion, Kyste, Ovaire, Grossesse.

Abstract

Cysts in the first trimester of pregnancy are most often functional and resolve spontaneously without complications, are in the majority of cases asymptomatic and may be discovered incidentally during an ultrasound. The most common complications are rupture of the cyst and twisting. The authors report the case of bilateral bleeding and torsion of two large lutein cysts during molar pregnancy.

Keywords: Torsion, Cyst, Ovary, Pregnancy.

Introduction

Dans 10 à 37% des cas, l'hyperplasie kystique lutéinisé est notée dans le cadre d'une maladie trophoblastique comme la mole hydatiforme ou le choriocarcinome [1]. Le plus souvent asymptomatique, elle peut se révéler par une complication à type de torsion ou de rupture hémorragique [1]. Nous rapportons le cas d'une torsion bilatérale de kyste ovarien avec rupture hémorragique dans un contexte de grossesse molaire.

Cas clinique

Une patiente 2^{ème} primipare âgée de 20 ans, a été reçue aux urgences pour une douleur abdomino-pelvienne évoluant depuis 48 heures de temps. L'histoire révélait une douleur d'installation progressive après une aspiration manuelle intra utérine pour un saignement sur une suspicion de mole hydatiforme à 10 semaines d'aménorrhée environ. Cette douleur était continue, d'intensité élevée, à type de torsion permanente, à irradiation hypogastrique. Devant ce tableau la patiente avait subi un abdomen sans préparation

qui était revenu sans particularité. Ainsi devant la persistance de la douleur la patiente décide de se faire consulter à Bamako. Au cours de notre anamnèse notre patiente n'avait jamais subi d'intervention chirurgicale. Au moment de l'admission elle avait fait une fausse couche sur une grossesse molaire de 10 semaines environ pour laquelle, elle avait subi une aspiration manuelle intra utérine. A l'inspection, des conjonctives légèrement pales, un abdomen qui respirait peu ; pas de cicatrice ni de voussure. On notait des traces de sang au niveau de la vulve. A la palpation une douleur abdominale vive avec un cri de l'ombilic, une masse douloureuse palpable dans la fosse iliaque gauche. Au toucher vaginal on notait des masses latéro utérines peu mobile, de consistance ferme au gauche et rénitente à droite. il y avait le cri du Douglas. L'utérus était légèrement augmenté de taille, de consistance molle et col ouvert à un doigt, les doigtiers ramenaient une métrorragie de sang noir. Les paramètres vitaux étaient les suivants: pression artérielle : 100/60 millimètres de mercure ; température de 37 degrés Celsius, pouls de 90 pulsations par minutes ; fréquence respiratoire de 26 cycles par minute, et un poids de 60 kilogrammes. Au vu de ces paramètres cliniques différentes hypothèses diagnostiques ont été évoquées : une perforation utérine iatrogène, une rupture hémorragique de kyste ovarien gauche, une grossesse extra utérine rompue. Une échographie abdomino pelvienne demandée a montré une masse ovarienne gauche hétérogène de 12x9 centimètres, à paroi épaissie ; une masse ovarienne droite de 10x8 centimètres poly kystique à paroi épaissie, un utérus augmenté de taille avec une hématométrie. Ailleurs on notait un épanchement intra péritonéal important dont la ponction ramenait 10cc de liquide séro-hématique non coagulable (figure 1).

Un bilan préopératoire a été demandé les conclusions sont les suivantes : un groupe O+, un taux d'hémoglobine à 10g/dl, l'hématocrite à 31%. Le diagnostic retenu a été une rupture hémorragique de kyste ovarien gauche. L'indication de laparotomie urgente a été posée et la patiente a été opérée immédiatement. Nous avons réalisé une laparotomie

médiane sous ombilicale, à la coeliotomie on aspirait environ 1 litre de liquide séro hématique, l'exploration retrouvait une torsion a trois tours de spires de l'ovaire gauche avec une nécrose et rupture (figure 2), un ovaire droit avec une torsion à un tour de spire et rompu non nécrosé (figure 3).

Les gestes effectués ont été la détorsion des deux ovariens, une ovariectomie gauche et une kystectomie droite suivi d'une toilette avec deux litres de sérum physiologiques. La patiente a été transfusée avec deux poches de sang iso groupe iso rhésus. Les différentes pièces ont été envoyées à l'examen anatomopathologique : les ovaires gauche et droit, le produit de l'aspiration manuelle intra utérine pour mole. Les résultats suivants ont été fournis :

- Une mole hydatiforme
- Ovaire gauche nécrotique mesurant 14x10cm : kyste hémorragique.
- Ovaire droit non nécrotique mesurant 12x10cm : kyste lutéinique.

Les suites opératoires ont été simples après 72 heures d'hospitalisation. Après sa sortie de l'hôpital, il avait été décidé d'instaurer une surveillance de la mole sur un an.

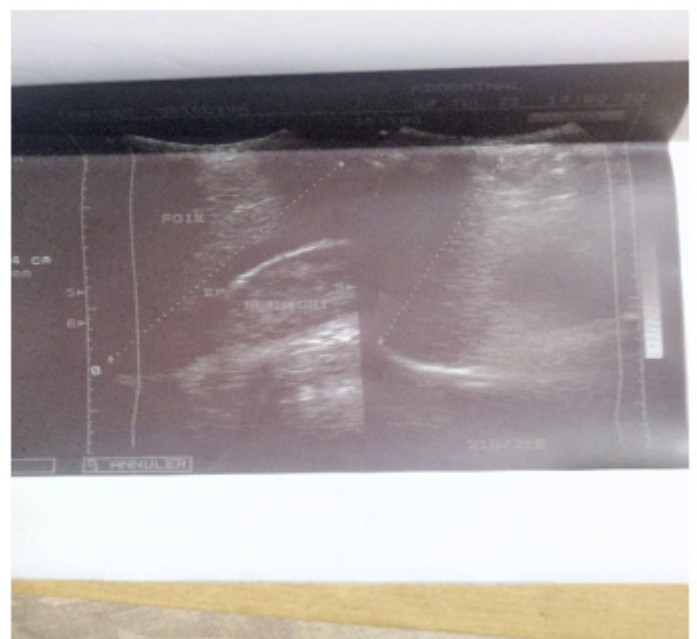


Figure 1 : image hémopéritoine



Figure 2 : ovaire gauche nécrose et rompu



Figure 3 : ovaire droit rompu



Figure 4 : utérus mou

L'utérus légèrement augmenté de taille et mou (fig.4).

Discussion

Dans 10 à 37% des cas, l'hyperplasie kystique lutéinisé est notée dans le cadre d'une maladie trophoblastique comme la mole hydatiforme ou le choriocarcinome [1]. Le plus souvent asymptomatique, elle peut se révéler par une complication à type de torsion ou de rupture hémorragique [1]. La fréquence de rupture du kyste ovarien est de 1,3 à 3,7 %. Cette rupture peut être spontanée ou secondaire à une torsion. Lorsque la rupture survient au cours du premier trimestre de la grossesse, il faudra éliminer la grossesse extra-utérine [2]. La fréquence de la torsion d'annexe estimée à 11 % pour les lésions bénignes avec une incidence de 1/5000 grossesses contre une fréquence de 2,4 % pour les tumeurs malignes [3]. Cette complication représente 2,7 % des urgences gynécologiques au cours de la grossesse. Dans 12 % des cas, la torsion survient au premier trimestre de la grossesse [3]. Elle se manifeste par des douleurs abdominales aiguës, continues, latéralisées au début puis diffusant rapidement, non calmées par les antispasmodiques. Parfois le tableau clinique est moins franc, évoquant une torsion subaigue avec des épisodes douloureux subintrants et une masse latéro-utérine sensible à l'examen[2]. Les ruptures de kystes ovariens ont représentées 36,4% des cas dans l'étude de Jeanne Hortence Fouedjio et al[4]. Dans sa série Jeanne Hortence Fouedjio et al, ont trouvés que toutes les patientes présentaient cliniquement des douleurs pelviennes, les vomissements étaient associés dans 25% des cas, 100% avaient une sensibilité abdominale[4]. Chez notre patiente présentait une douleur abdominale diffuse avec un syndrome péritonéal par une contracture abdominale, un cri de l'ombilic et du douglas, ailleurs elle ne vomissait pas. A l'examen on notait la présence de deux masses latero utérines très sensibles, un utérus mou augmenté de taille et des traces de sang aux doigtiers. Dans la littérature nous n'avons pas retrouvés de cas de rupture hémorragique bilatérale associée à une torsion. La particularité de ce cas réside dans les points suivants : torsion bilatérale de kyste, rupture

hémorragique bilatérale de kyste, une grossesse molaire. Les kystes qui se rompent sont en général des kystes folliculaires ou lutéiniques bénins. La rupture du kyste est secondaire à une hyperpression intraluminaire, résultant soit d'une hémorragie continue au sein du kyste [5]. L'apparition d'une hémorragie dans un kyste ovarien reste une situation très fréquente mais, en pratique, seul un faible nombre de ces kystes vont se rompre pour entraîner un hémopéritoine [5]. Devant cette situation, l'échographie demeure l'examen diagnostique clé [2].

Ailleurs certains auteurs ont montré que le scanner était d'un apport diagnostique important en cas d'échographie non contributive, permettant de déceler dans près de $\frac{3}{4}$ des cas le kyste rompu et dans $\frac{1}{4}$ des cas un saignement actif [6]. Dans l'étude de Jeanne Hortence Fouedjio et al [4], l'échographie avait été faite dans 75% et avait retrouvé une masse annexielle dans 88,9% des cas, un épanchement intra-abdominal dans 44,4% des cas. L'intervention chirurgicale pour masses ovariennes n'est indiquée que dans deux situations : la survenue de complications aiguës telles qu'une torsion, une rupture hémorragique [7]. La voie d'abord initiale est coelioscopique que la chirurgie soit urgente ou programmée pour une torsion de kyste [7]. Dans notre cas, nous avons réalisé une laparotomie médiane sous ombilicale après aspiration d'environ 1 litre de liquide intra-péritonéal séro-hématique. On a procédé à une détorsion de l'annexe droite suivi d'une kystectomie, à gauche après détorsion vu l'état nécrotique et saignant de l'ovaire on a procédé à une ovariectomie gauche. La prise en charge dépend souvent du diagnostic initial. Les recommandations générales pour les ruptures des kystes du corps comprennent : la gestion conservatrice de l'hémopéritoine stable / et les kystes non compliqués et la gestion chirurgicale des kystes compliqués impliquant une altération des signes vitaux [8]. Dans la série de Jessica K. Lee, 80% des patients admis dans un tableau d'hémopéritoine secondaire à la rupture du corps jaune ont bénéficiés d'un traitement chirurgical : sur 30 cas, 5 ont bénéficiés d'un traitement conservateur, 11 cas d'une laparotomie

et 14 cas d'une laparoscopie [8].

Conclusion

Les kystes mis en évidence au premier trimestre sont le plus souvent fonctionnels et disparaissent spontanément sans complication. Ils ne deviennent symptomatiques que lorsque survient une complication, telles que la rupture du kyste ou la torsion du kyste. En cas de rupture d'un kyste hémorragique, une intervention chirurgicale est indiquée pour l'hémostase. La précocité de la chirurgie après le début des symptômes augmente les chances de préservation de l'ovaire ce qui n'est pas toujours possible dans notre contexte aux ressources très limitées.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué de façon active à l'élaboration et à la rédaction de l'article.

*Correspondance

Lassény Diarra

lasseny.diarra@yahoo.fr

Disponible en ligne : 20 Septembre 2021

- 1 : Hôpital de dermatologie de Bamako (Ex-CNAM/ CVD Mali)
- 2 : Centre de santé de référence Commune VI/ Bamako
- 3 : Faculté de Médecine de l'USTTB, Bamako/MALI ;
- 4 : Service de Chirurgie B, CHU du Point G, Bamako/MALI
- 5 : Centre de santé de référence de Banamba, Mali
- 6 : Service de Chirurgie générale, CHU du Gabriel Touré, Bamako/MALI

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] C. Le vaillant, C Trimouilhac, G. Boog : L'hyperplasie kystique lutéinisée des ovaires au cours d'une grossesse normale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ; 32 :368-374.
- [2] Chimae Eddaoudi, Zakia Tazi, Abdelhay Filalii, Mohammed Hassan Alami, and Rachid Bezaad : Rupture d'un corps jaune hémorragique géant et grossesse: A propos d'un cas. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. Vol. 26 No. 1 Apr. 2019, pp. 29-33
- [3] Bassil. S, Steinhart.U, Donnez. J Successful laparoscopic management of adnexal torsion during week 25 of a twin pregnancy. *Human reproduction*, 1999, 14.
- [4] Jeanne Hortence Fouedjio^{1,2}, Florent Ymele Fouelifack^{1,3,&}, Nadège Amougou Nnang¹ , Robinson Enow Mbul :Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs ovariennes présumées bénignes à l'Hôpital Central de Yaoundé. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25:207
- [5] Ingrid Millet, Emmanuelle Bouic-Pages, Chakib Alili: L'Hémopéritoine comment gerer? *Imagerie de la Femme* (2014) 24, 84- 91.
- [6] Brian C. Lucey, MD, Jose C. Varghese, MD, and Jorge A. Soto, MD, Spontaneous Hemoperitoneum: Causes and Significance ,*Curr Probl Diagn Radiol*, September/October 2005;34:182-95.
- [7] Fatima Zahra Cherrabi¹, Imen Bensalah¹, Abdoulah Babahabib^{1,3}, Jaouad Kouach^{1,3} and Driss Rahali Moussaoui : adnexal torsion on ovarian cyst in the first trimester of pregnancy: about 3 cases. *Int. J. Adv. Res.* 6(8), 931-935. August 2018
- [8] Jessica K. Lee, Serkan Bodur¹, Richard Guido¹, The management of gynecological hemoperitoneum found to be associated with a ruptured corpus luteum cyst. *Gynecol Surg* ; 2016; 0951-7.

Pour citer cet article :

L Diarra, A Samaké, M Traoré, M Konaté, S Camara, K Diarra et al. Rarissime cas de torsion bilatérale de kyste ovarien avec rupture hémorragique dans un contexte de grossesse molaire : un cas clinique. *Jaccr Africa* 2021; 5(3): 443-447

RÉSEAU DE PROMOTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE

REPREMAF



<https://repremaf.org>

REPREMAF a pour but d'aider à la production scientifique en médecine et sciences sanitaires apparentées.

Il s'agit d'un réseau ouvert à tous les prestataires du domaine de la santé.

REPREMAF se veut un cadre d'échange fructueux et de partage scientifique d'expérience entre les praticiens du continent africain et d'ailleurs.

En outre, REPREMAF constitue une vitrine et un canal de diffusion des parutions des articles de JACCR-AFRICA (Journal africain des cas cliniques et revues) en parution online.

En plus du Journal, le REPREMAF dispose d'une maison d'édition intitulée : " Les éditions du REPREMAF" qui permet d'éditer des livres du domaine de la médecine et sciences sanitaires apparentées afin de promouvoir la recherche médicale en Afrique à travers les écrivains scientifiques africains du continent et ceux de la diaspora.

Par ailleurs, REPREMAF œuvre dans la formation continue en matière de recherche médicale par la diffusion des outils de recherche, la divulgation des rencontres scientifiques et compte rendu de congrès mais aussi l'organisation de colloques REPREMAF autour de thèmes pertinents de la Recherche médicale en Afrique. Visitez régulièrement cette page pour être au courant de nos activités en cours.

Le REPREMAF se donne aussi une mission d'accompagner les doctorants et d'autres étudiants en santé pour la rédaction de leurs thèses, mémoires et rapports de stage.

REPREMAF dispose également d'un *Moteur de Recherche* à vocation *panafricain* sur Recherche Médicale contenant des données africaines en santé et cela dans l'intention de promouvoir la Recherche Médicale sur le continent dont les données sont très peu visibles et accessibles à la communauté scientifique.

<https://www.jaccrafrica.com>

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

Jaccr Africa

ISSN 1859-5138

<https://www.jaccrafrica.com>

Volume 5, Numéro 4 (Octobre, Novembre, Décembre 2021)



JACCR-AFRICA (ISSN 1859-5138) est un journal à comité de lecture en accès libre qui concerne la médecine et les disciplines sanitaires apparentées donc multidisciplinaire.

Il s'agit d'un journal trimestriel (4 numéros par an) en parution Online. Le délai entre la soumission et la décision finale (Acceptation ou Rejet) est de 6 semaines en moyenne. Cependant, un article accepté est publié en ligne en moyenne dans deux semaines suivant l'acceptation.

La propagation du savoir-faire médical à travers les communautés scientifiques passe nécessairement par entre autres cette facette éditoriale comportant "les cas cliniques et les revues" et faisant ainsi éviter les errances diagnostiques et gage aussi d'une harmonisation des bonnes pratiques cliniques.

Les revues constituent un moyen précieux de formation continue et de mise à jour des connaissances et compétences déjà acquises. Jaccr Africa publie aussi les études prospectives et rétrospectives sous forme de revues de dossiers des malades.

JACCR-AFRICA se donne mission d'être une fenêtre de diffusion des travaux scientifiques du continent africain à travers les cas cliniques et les revues (Revue de la littérature et Revues de dossiers) en confrontant les données de la littérature aux résultats des études africaines en mettant l'accent surtout sur les aspects cliniques, environnementaux et socio-culturels.

Ceci étant, les cas cliniques occupent une place importante dans le partage scientifique médical. Quant aux images en médecine, il s'agit aussi d'une composante essentielle en matière de partage d'expérience pratique conférant une capacité de mémorisation facile des faits cliniques aux praticiens.

Par ailleurs, il est bien évident que l'examen complémentaire reste contributif même s'il est pour certains diagnostics un outil indispensable. C'est pourquoi le comité de lecture évalue surtout la clinique et l'essentiel d'arguments paracliniques pour se rassurer de la fiabilité scientifique d'un manuscrit soumis à JACCR-AFRICA en vue d'une publication donc un partage avec la communauté scientifique internationale et notamment africaine.

Enfin, dans le cadre du concept de "One Health" les fondamentalistes (Biologie, Microbiologie, Parasitologie, Immunologie, Bactériologie, Neurosciences, Histo-embryologie, Physiologie...etc.) sont aussi concernés à propos de la publication dans JACCR-AFRICA à travers leurs revues, lettres à la rédaction, short communication, description d'une technique au laboratoire et autres.

Contact : editor@jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro
(Trouvez après cette liste l'intégralité de chaque article)

La dilatation kystique congénitale du cholédoque chez le sujet âgé : à propos d'une observation

T Elabbassi, O Elyamine, N Fakhiri, MR Lefriyekh

La vaccination anti Covid 19, l'attitude du personnel soignant dans le gouvernorat de Nabeul, Tunisie

C Mrazguia, H Abouda, A Halouani, H Aloui, H Ben Salah, B Guidara, H Jaouad

Sclérite chronique révélant une polyarthrite rhumatoïde chez un jeune homme malgache

SJN Ratsimbazafy, MH Randrianarivony, HA Razafindrazaka, M Hariniaina Rakotoarisoa, SA Ralamboson, HMD Vololontiana

Levosimendan et traitement de l'insuffisance cardiaque chronique décompensée : première expérience en réanimation au Cameroun

B Jemea, S Nga Nomo, C Iroume, A Kuitchet, D Djomo Tamchom, S Nkoumou, Hamadou, Ze Minkande, F Binam

Arthrites réactionnelles au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar

A Abba, M Niasse, LM Diaby, H Ali

Lymphome T périphérique non spécifique survenu au cours de l'évolution d'un patient atteint d'hépatite B et leucémie myéloïde chronique : à propos d'un cas en consultation externe du service d'immunohématologie de Cocody

R Ayemou, RP Botti, S Koné, I Kamara, B Tale, AD Silue, SAA Bognini, L Adjoumani, R Djeket, C N'dri, JF Konan Koffi, B. Kouakou, GK. Koffi, B Ouattara

Allo-immunisation plaquettaire chez un patient cirrhotique polytransfusé au CHU Ibn Rochd, Casablanca

S Bouamama, F Haddad, K El Montacer, FZ El Rhaoussi, M Tahiri, W Hliwa, A Bellabah, W Badre

Aspects cliniques du vitiligo à l'hôpital de dermatologie de Bamako (Mali)

Y Fofana, K Tall, MB Koné, S Touré, L Kéita, N Soumahoro, F Diarra, M Sissoko, AG Dicko, R Fofana, D Samaké, A Diarra, B Guindo, M Diarra, A Kéita

Evaluation du niveau de connaissances sur les hémopathies malignes auprès du personnel médical au CHU Donka de Conakry

AS Kante, M Diakite, M Diakite, MT Barry, M Bathily, AO Bah

Dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus : analyse des campagnes de dépistage dans la région de Saint-Louis du Sénégal

O Thiam, L Gueye, O Gassa, M Diallo, CCT Sarr, DB Sow, A Diouf, M Gueye, M Mbaye, G Ferron, S Ndiaye

Cardiopathies congénitales : aspects épidémiologiques et échocardiographies à propos de 110 cas à l'hôpital de Sikasso, Mali

AK Traore, A Cissouma, G Dembélé, O Haidara, SA Traoré, D Kassogué, H Poma, P Kelema, O Traoré, M Leye, AD Kane, A Cénac

Évaluation des connaissances générales des étudiants de l'université de Kara, sur le cancer de la prostate

KH Sikpa, TM Kpatcha, KK Tengue, EV Sewa, G Botcho, KE Gueouguede, PR Plante
Intérêt de la rééducation physique précoce des déformations orthopédiques congénitales du genou chez l'enfant. Etude rétrospective à l'Institut Saint KIZITO de Bujumbura (Burundi) à propos de 124 cas

A Sinzakarayé, G Ndayizeye, JC Mbonicura, A Ndayishimiye, F Munezero, JC Niyondiko
Evaluation du niveau de connaissances sur les hémopathies malignes auprès du personnel médical au CHU Donka de Conakry

AS Kante, M Diakite, M Diakite, MT Barry, M Bathily, AO Bah
Hypertension artérielle et grossesse compliquée de mort fœtale in utero au CHU Point G. Bamako, Mali

A Coulibaly, M Sima, A Cissouma, IO Kanté, MS Traoré, D Diarra, S Z Dao, H Sissoko, T Théra, Y Traoré
Aspects clinique et bactériologique de l'infection urinaire dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point G, Bamako (Mali)

M Samaké, SB Coulibaly, S Sy, H Yattara, AS Fofana, M Coulibaly, D Maiga, AM Dolo, N Doumbia, S Fongoro
Le lambeau du muscle temporal : une alternative à la prothèse maxillofaciale dans la reconstruction des pertes de substances chirurgicales palatines

A Coulibaly, M Sanfo, C Assouan, D N'guessan, P Pare, KE Konan
Facteurs prédictifs d'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie : une cohorte historique et multicentrique

M Kabore, CAMKD Yameogo, ABM Couliadiati, B Kirakoya, A Ouattara, FA Kabore
Stratégies de dépistages du cancer du col de l'utérus à l'hôpital du Mali : cytologie ou Méthodes visuelles

A Traoré, MB Coulibaly, SO Traoré, A Sissoko, A Bocoum, Koné A Salle, M Sima, IM Diarra, K Diabaté, MA Maiga, Y Traoré, CB Traoré
Epidemiology and risk factors for venous thromboembolic disease: a Senegalese study

K Dia, AA Haggar, MM Ka, AN Fall, DM Ba, MC Mboup, PD Fall, SB Gning
Traumatismes rénaux fermés de haut grade au centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). Prise en charge en urgence, résultats et pronostic

OD Yé, A Ouattara, AK Paré, C Yaméogo, D Bayané, M Simporé, M Rouamba, G Kitio, FA Kaboré, T Kambou
Le vitiligo de l'enfant à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs

B Seck, M Diallo, B A Diatta, M T Ndiaye, A Diop, S Diadie, A Deh, Kh Diop, N Ndour, C Ndiaye, M Sarr, M Ndiaye, F Ly, S O Niang
Fractures obstétricales du fémur : à propos de 4 cas à l'hôpital de Sikasso (mali)

MB Coulibaly, A Cissouma, SA Traoré, IA Kamissoko, M Diassana, S Diaby, H Poma, B Traoré, I Amadou, OM Coulibaly, MK Djiré, M Sacko, P Kelema, A Diallo, E Ballo, T Traoré, L Touré, MA Dembélé, D Haïdara, Y Coulibaly

Connaissances et Attitudes des élèves d'un centre d'enseignement professionnel (CEP) d'Abidjan concernant la dépigmentation

YI Kouassi, HS Kourouma, AS Allou, KA Kouassi, YJDA N'dri, KKP Gbandama, KC Ahogo, K Kouame, K Kassi, M Kaloga, EJ Ecra, IP Gbery, A Sangare

Sexual function, self-esteem and marital satisfaction of women with children versus without children: a Tunisian survey

A Halouani, H Aloui, H Abouda, A Ben Amor, A Triki, A Maamri

Périostite tibiale droite chez une femme camerounaise

YR Onana, J Tambe, SM Mvondo, M Aminou, JM Amvene, E Guegang

Rétention d'urine du post partum : à propos d'un cas à l'Hôpital Régional de Kolda, Sénégal

TO Diallo, M Barry, A Diallo, OR Bah

Les hydronéphroses géantes au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso. A propos de 6 cas et revue de la littérature.

OD Yé, A Ouattara, AK Paré, CMK Yaméogo, D Bayané, M Simporé, A Millogo, M Rouamba, G Kito, SV Traoré, H Sawadogo, FA Kaboré, T Kambou

L'accouchement par césarienne à Ségou au Mali : connaissances et préférences des femmes

T Traoré, C Schantz, BA Traoré, M Ravit, K Sidibé, A Sidibé, SZ Dao, K. Sidibé, A Sanogo, SI Koné, A Diarra, F Kané, Y Traoré, I Tégouété, N Mounkoro

Indications, technique et résultats de l'amputation abdomino-périnéale : à propos d'un cas et revue de la littérature

K Dyatta Mayombo, YM Mpira, Nguele Ndjota, FCA Mbana Boukoulou, KF Kamdom, S I pouka Doussiemou, FK Diallo

Brûlure caustique grave du tractus aérodigestif supérieur : Quelle technique anesthésique ? A propos d'un cas à l'Hôpital du Mali, Bamako

K Tembiné, THM Coulibaly, N Diani, A Sidibé, MAC Cissé, K Sangho, A Dramé, B Diallo, I B Maiga, SA Beye, S Sidibé, A Maiga, A Ombotimbé, MM Traoré, C Sogodogo, MI Mangané, THM Diop, H Dicko, AH Almeimoune, MB Coulibaly, A Traoré, MK Touré, B Fané, A Kassogué, AS Dembélé, S Togo, MA Ouattara, S Yena, MD Diango, Y Coulibaly

Connaissances et pratiques du personnel soignant de 1ère ligne du système de santé de la commune de Ouahigouya sur les facteurs de risque cardiovasculaires

S Ouedraogo, Edgar W. Martial Ouedraogo, J Bamouni, N Sawadogo, O Ouedraogo

Mortalité maternelle et néonatale : facteurs favorisants à propos de 101 cas au service Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré au MALI

T Traore, C Sylla, K Sidibé, A Sanogo, SZ Dao, A Sidibé, F Kané, A Bocoum, A Bah, SA Beye, Y Traore, I Tégouété

Fréquence des facteurs de risque cardiovasculaire en milieu hospitalier à Sikasso

A Traore-Kissima, A Cissouma, SA Traoré, D Mallé, O Haidara, O Traoré, D Sanogo, Y Diouf, SA Sarr, AD Kane, CENAC Arnaud

Expulsion spontanée d'un corps étranger vésical : une histoire d'autostimulation érotique

M Allassianger, I Diabaté, N Allah-syengar, A Ndiath

Concordance et apports de l'hystérosalpingographie et de la cœlioscopie dans l'exploration tubaire en cas d'infertilité

A Traoré, S Mariko, MB Coulibaly, YL Diallo, Shen, MA Camara, I Kanté, MM Traoré, S Traoré, Y Traoré

Prise en charge en milieu de réanimation d'une thrombose veineuse de localisation inhabituelle en début de grossesse

B Jemea, S Nga Nomo, C Iroume, C Nsahlai, A Kuitchet, D Djomo Tamchom, S Nkoumou, Ze Minkande, F Binam

Risque de chute des personnes âgées en établissement à Kinshasa : bénéfices de la réadaptation fonctionnelle dans l'approche multidimensionnelle des soins

P Lofuta Olenga Vuvu, A Kipula Mboko Lutete, P Lubanzadio Mengi, G Nyembwe Njila, C Cilumba Kabundi, L Kikontwe Kalabo, A Malemba Mazina, B Nsitwayizatadi Mulemvo, M Mabanza Mahungu, H Nkakudulu Bikuku Kialoso



Article original

La vaccination anti Covid 19, l'attitude du personnel soignant dans le gouvernorat de Nabeul, Tunisie

Vaccination against Covid 19, the attitude of healthcare workers in the governorate of Nabeul, Tunisia

C Mrazguia¹, H Abouda¹, A Halouani¹, H Aloui*¹, H Ben Salah¹, B Guidara², H Jaouad³

Résumé

Introduction : Alors que le coronavirus (COVID-19) continue à faire des ravages dans le monde, les vaccins arrivent en masse. Cependant, l'acceptation de la vaccination n'est pas unanime.

Le ministère de la santé tunisien a prévu de commencer par le personnel soignant, quelle est l'attitude du personnel vis-à-vis de la vaccination et quelles sont les raisons d'acceptation ou de refus ?

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale analytique qui a été menée dans 25 structures de santé dans le gouvernorat de Nabeul, Tunisie (20 structures publiques et 5 structures privées)

Le questionnaire a été développé en se basant sur une revue de la littérature, il comportait 3 parties : la première partie s'est intéressée aux critères démographiques, la deuxième partie a porté sur les attitudes du personnel envers la vaccination anti Covid 19 et la troisième partie a relevé les propositions du personnel soignant pour améliorer l'acceptation de la vaccination.

Résultats : Le gouvernorat de Nabeul compte 2100 personnels de santé éligibles, 1840 questionnaires ont été distribués, 1241 questionnaires complets ont été récoltés et inclus dans notre étude.

Lorsque le personnel soignant a été interrogé sur son

attitude à propos de la vaccination anti Covid 19, uniquement 42,86% (532) des sujets ont exprimé leur acceptation de la vaccination, alors que 709 agents (57,13) ont exprimé leurs réticences à la vaccination. Les principales raisons d'acceptation de la vaccination anti Covid étaient l'exposition importante au virus (38,67%), le désir d'éradiquer la pandémie (41,74%), protection des sujets vulnérables (39,4%) et les bénéfices de la vaccination par rapport aux effets indésirables des vaccins (38,59%).

Les principales explications de la réticence de notre personnel étaient la peur des effets indésirables (55,92%), la campagne d'information insuffisante (53,26%), la rapidité de développement de ces vaccins (44,56%) et l'efficacité partielle des vaccins (36,9%). Discussion : Dans certains pays les campagnes de vaccination anti Covid 19 s'affrontent à plusieurs obstacles tels que la théorie de complot, certaines convictions religieuses et des messages négatifs véhiculés essentiellement par les réseaux sociaux et les médias(14).

Une enquête réalisée au USA ayant inclus 3479 agents de santé, a rapporté un taux d'acceptation de la vaccination d'environ 36% alors que 54 % étaient encore hésitants ; uniquement 8% du personnel refusaient la vaccination (1).

Nos résultats sont compatibles avec ceux d'autres études qui soulignent la réticence du personnel de santé concernant la vaccination anti Covid. Une stratégie vaccinale doit être établie pour préciser les groupes de sujets prioritaires à la vaccination et lutter contre l'hésitation due aux fausses informations (21). Conclusion : L'acceptation de la vaccination anti Covid 19 jouera un rôle majeur dans la lutte contre cette pandémie, le personnel de santé est considéré comme un groupe à haut risque et il est prioritaire pour la vaccination. L'acceptation actuelle de la vaccination anti Covid 19 reste limitée.

Mots-clés : vaccin COVID-19, agents de santé, acceptabilité.

Abstract

Introduction: As the coronavirus (COVID-19) continues to wreak havoc around the world, vaccines are arriving in droves. However, the acceptance of the vaccination is not unanimous.

The Tunisian health ministry has planned to start with the nursing staff, what is the attitude of the staff towards vaccination and what are the reasons for acceptance or refusal?

Methodology: This is an analytical cross-sectional study that was carried out in 25 health structures in the governorate of Nabeul, Tunisia (20 public structures and 5 private structures)

The questionnaire was developed based on a review of the literature, it consisted of 3 parts: the first part looked at demographic criteria, the second part focused on staff attitudes towards anti-Covid 19 vaccination and the third part party noted the proposals of health care staff to improve acceptance of vaccination.

Results: The governorate of Nabeul has 2,100 eligible health personnel, 1,840 questionnaires were distributed, 1,241 complete questionnaires were collected and included in our study.

When healthcare workers were asked about their attitude about the Covid 19 vaccination, only 42.86% (532) of subjects expressed their acceptance of the vaccination, while 709 workers (57.13) expressed their reluctance to vaccination

The main reasons for accepting the anti-Covid vaccination were significant exposure to the virus (38.67%), the desire to eradicate the pandemic (41.74%), protection of vulnerable subjects (39.4%) and the benefits of vaccination compared to the adverse effects of vaccines (38.59%).

The main explanations for the reluctance of our staff were the fear of side effects (55.92%), the insufficient information campaign (53.26%), the speed of development of these vaccines (44.56%) and the partial efficacy of vaccines (36.9%).

Discussion: In some countries, anti-Covid 19 vaccination campaigns face several obstacles such as conspiracy theory, certain religious beliefs and negative messages conveyed mainly through social networks and the media (14).

A survey carried out in the USA that included 3479 health workers, reported a vaccination acceptance rate of around 36% while 54% were still hesitant; only 8% of staff refused vaccination (1).

Our results are consistent with those of other studies that highlight the reluctance of healthcare workers to be vaccinated against Covid. A vaccination strategy must be established to specify the priority groups of subjects for vaccination and to combat hesitation due to false information (21).

Conclusion: Acceptance of the Covid 19 vaccination will play a major role in the fight against this pandemic, health workers are considered a high-risk group and they are given priority for vaccination. Current acceptance of the Covid 19 vaccination remains limited.

Keywords: COVID-19 vaccine, health workers, acceptability.

Introduction

Alors que le coronavirus (COVID-19) continue à faire des ravages dans le monde, les vaccins arrivent en masse. Cependant, l'acceptation de la vaccination n'est pas unanime.

Un rapport publié sur le serveur de medRxiv signale

en janvier 2021 que l'acceptation du vaccin a été basse même parmi le personnel soignant aux Etats-Unis, ceci représente un problème important car le personnel soignant a la tâche de convaincre la population générale de l'intérêt de la vaccination en lui communiquant des informations fiables (1).

En Tunisie, l'enregistrement pour avoir le vaccin via la plateforme de vaccination « evax.tn » connaît un refus de la population. A la date du 19 Mars 2021, seulement 602167 se sont inscrits sur la plateforme (2). Alors que l'institut national de statistique compte la population tunisienne à 11708370, à la date de janvier 2020 Ainsi, 5,14 % de la population se sont enregistrés.

Alors que l'avènement du vaccin constitue un espoir d'éradiquer la pandémie. On note une réticence à la vaccination. Le ministère de la santé tunisien a prévu de commencer par le personnel soignant, quelle est l'attitude du personnel vis-à-vis de la vaccination et quelles sont les raisons d'acceptation ou de refus ?

Pour répondre à ces questions nous proposons de réaliser une enquête, dans le milieu hospitalier concernant l'acceptation de la vaccination contre le Covid 19 parmi le personnel soignant de gouvernorat de Nabeul (Tunisie).

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale analytique qui a été menée dans 25 structures de santé dans le gouvernorat de Nabeul, Tunisie (20 structures publiques et 5 structures privées).

Notre étude était basée sur un questionnaire anonyme, rédigé en français et distribué en collaboration avec la direction régionale de la santé au niveau des différentes structures de santé de gouvernorat de Nabeul, Tunisie (hôpitaux régionaux, hôpitaux locaux et centre de santé de base). La durée de collecte des questionnaires s'est étalée sur deux mois ; du 1er Février à fin Mars.

La participation à cette enquête était volontaire, tout agent de santé âgé de 18ans et plus était éligible, le personnel administratif, le personnel à la retraite, les

agents déjà contaminés par le Covid 19 ainsi que les questionnaires incomplets ou non contributifs étaient exclus de cette étude.

Le questionnaire a été développé en se basant sur une revue de la littérature, il comportait 3 parties : la première partie s'est intéressée aux critères démographiques (âge, sexe, grade, ancienneté, comorbidités, exposition au Covid 19, vaccination contre la Grippe, la deuxième partie a porté sur les attitudes du personnel envers la vaccination anti Covid 19 (motifs d'acceptation et de refus). La troisième partie a relevé les propositions du personnel soignant pour améliorer l'acceptation de la vaccination.

- Aspects éthiques

Tout le personnel de santé était informé des objectifs de cette étude, un consentement éclairé a été obtenu avant la participation, notre étude a été approuvée par le comité d'éthique de notre institution.

- Analyse statistique

Pour l'analyse statistique nous avons utilisé le logiciel SPSS 23. Les données démographiques étaient exprimées en nombre et pourcentage. Des modèles de régression ont été réalisés afin de déterminer les facteurs liés à un refus ou à une acceptation de la vaccination.

Résultats

Le gouvernorat de Nabeul compte 2100 personnels de santé éligibles, 1840 questionnaires ont été distribués, 1241 questionnaires complets ont été récoltés et inclus dans notre étude. Les questionnaires incomplets ou non contributifs ont été exclus.

Notre population était âgée de 40,7 ans, constituée de 976 femmes (78,56%) ; 21,35% de notre personnel était célibataire ; au minimum une comorbidité a été notée chez 36,74 % des agents ayant répondu au questionnaire.

La majorité du personnel appartient à une tranche d'âge de 31 à 40 ans (52,78%). Nous avons trouvé que 64,46 % avait un âge supérieur à 40 ans Environ 60% du personnel avait une ancienneté de plus de 10 ans. Le personnel soignant qui avaient un contact direct

avec les patients atteints de Covid 19 représentaient 34,32% soit 426 cas. Uniquement 26% des agents ont été vaccinés contre la grippe au cours de cette année. Les principaux critères démographiques sont représentés par le Tableau I.

Lorsque le personnel soignant a été interrogé sur son attitude à propos de la vaccination anti Covid 19, uniquement 42,86% (532) des sujets ont exprimé leur acceptation de la vaccination, alors que 709 agents (57,13) ont exprimé leurs réticences à la vaccination. Les principales raisons d'acceptation de la vaccination anti Covid étaient l'exposition importante au virus (38,67%), le désir d'éradiquer la pandémie (41,74%), protection des sujets vulnérables (39,4%) et les bénéfices de la vaccination par rapport aux effets indésirables des vaccins (38,59%).

Les principales explications de la réticence de notre

personnel étaient la peur des effets indésirables (55,92%), la campagne d'information insuffisante (53,26%), la rapidité de développement de ces vaccins (44,56%) et l'efficacité partielle des vaccins (36,9%). L'attitude des soignants, ainsi que les principales causes de l'acceptation ou de refus sont représentées par le tableau II.

- Propositions du personnel soignant par rapport à la campagne de vaccination

La majorité (soit 91,86%) demande à avoir plus d'informations sur le fonctionnement des différents types de vaccin, comme expliqué dans le tableau III.

- Analyse statistique

Certaines variables ont été associées à l'acceptation de la vaccination anti Covid-19, comme détaillé dans le tableau IV.

Tableau I : Ancienneté du personnel

Tranche d'âge (ans)	Nombre	Pourcentage (%)
20 – 30	309	24,90
31- 40	655	52,78
41 - 50	129	10,39
51 – 60	101	8,13
Plus que 60	47	3,78
Ancienneté		
Inférieur à 5 ans	149	12
Entre 5-10	349	28,12
Supérieur à 10 ans	743	59,87
Grade		
Médecin	229	18,45
Cadre paramédical	757	60,99
Pharmacien	130	10,47
Autres*	125	10,07
Secteur d'exercice		
Publique	939	75,7
Privé	302	24,3
Contact direct avec patient Covid		
Oui	426	34,32
Non	815	65,68
Présence de comorbidités		
Oui	456	36,75
Non	785	63,25
Vaccination contre la grippe		
Oui	325	26,19
Non	916	73,81

*Le terme « autres » inclut les ouvriers, les femmes de ménage et le personnel de sécurité.

Tableau II : Attitude du personnel soignant concernant la vaccination anti Covid19

	Nombre	P(%)
Acceptation de la vaccination	532	42,86
Exposition importante à l'infection Covid 19	480	38,67
Eradication de la pandémie	518	41,74
Effets indésirables légers par rapport aux risques de la maladie	479	38,59
Confiance en laboratoires de recherche (rigueur)	384	30,94
Protection des individus vulnérables	489	39,40
Réticences et refus de la vaccination	709	57,14
Manque confiance en « le système de santé »	291	23,44
Rapidité du développement des vaccins	553	44,56
Campagne d'informations insuffisante	661	53,26
Peur des effets indésirables	694	55,92
Efficacité partielle des vaccins	458	36,9
Pas de nécessité de vaccination	102	8,21
Indisponibilité des vaccins pour tout le monde	87	7,01

Tableau III : proposition du personnel concernant la campagne de vaccination

	Nombre	P (%)
Avoir un meilleur recul et attendre les résultats des études	610	49,15
Avoir plus d'informations sur le fonctionnement des différents types de vaccin	1140	91,86
Meilleure campagne d'informations	241	19,41

Tableau IV : Acceptation du vaccin anti Covid-19

Critères	Acceptation du vaccin anti Covid-19		
	Oui	Non	P
Tranche d'âge			
20 – 30	129	180	
31- 40	237	418	
41 - 50	81	48	0,01
51 – 60	73	28	
Plus que 60	35	12	
Contact direct avec patient Covid 19			
Oui	398	28	
Non	302	513	0,238
Présence de comorbidités			
Oui	328	128	
Non	317	468	0,062
Ancienneté de l'agent			
Inférieur à 5 ans	85	64	
Entre 5-10	145	204	0,006
Supérieur à 10 ans	343	400	
Catégorie			
Médecin	151	78	
Cadre paramédical	302	455	
Pharmacien	62	68	0,014
Autres*	38	87	
Secteur d'exercice			
Publique	502	437	
Privé	115	187	< 0,001

Discussion

Depuis son apparition à Wuhan, le SARS-Cov 2 est à l'origine d'une pandémie, il continue à ravager la population mondiale causant ainsi une catastrophe sanitaire internationale, le nombre de sujets infectés et le nombre de décès sont en augmentation continue (3), vers la fin de l'année 2020 environ 80 millions personnes infectées et 1,7 millions de décès ont été rapportés (4). Le personnel de santé est considéré comme un groupe vulnérable, il représentait environ 10% des sujets infectés en Italie(5) et en Grèce(6).

Face à cette pandémie la réponse de la communauté scientifique a été rapide avec la publication massive des études qui ont essayé de tester plusieurs schémas thérapeutiques. Devant l'absence d'un traitement efficace les autorités sanitaires et la communauté médicale affirment que la vaccination sera l'outil le plus efficace pour contrôler cette pandémie (7).

Des études ont montré que la vaccination du personnel de santé contre la grippe diminue la mortalité et l'absentéisme(8) ainsi que l'impact socioéconomique de ces maladies (9) il est raisonnable d'espérer les mêmes bénéfices avec la vaccination anti Covid 19.

Depuis l'apparition des premiers vaccins, plusieurs études ont essayé d'évaluer l'acceptation de ces vaccins (10), la majorité des travaux s'est intéressée à la population générale(11). Etant donné que le personnel de santé constitue un groupe à haut risque de contamination, sa vaccination est considérée comme prioritaire dans plusieurs pays y compris la Tunisie, de plus ce personnel représente aussi une source d'information importante pour la population générale, ainsi son attitude à l'égard de la vaccination conditionnera l'attitude de la population générale (12).

Pour ralentir la propagation de la pandémie ainsi que sa mortalité, il est impératif d'obtenir une immunité collective par vaccination avant l'immunité par infection naturelle. Le seuil de l'immunité collective anti Covid 19 sera atteint en immunisant 70% de la population tout en supposant que la vaccination est efficace à 100% (13).

Malgré les effets positifs attendus de la vaccination anti Covid 19, plusieurs enquêtes ont signalé la réticence du personnel de santé à son égard, ainsi il est utile pour chaque pays d'identifier les facteurs qui sont à l'origine de la mauvaise perception de la vaccination. La compréhension des facteurs conduisant à une faible acceptation de la vaccination est fondamentale, elle permet de déterminer les préoccupations du personnel de santé et d'orienter les ressources pour augmenter son adhésion aux programmes de vaccination ; notre étude s'intègre dans cette logique. Dans certains pays les campagnes de vaccination anti Covid 19 s'affrontent à plusieurs obstacles tels que la théorie de complot, certaines convictions religieuses et des messages négatifs véhiculés essentiellement par les réseaux sociaux et les médias(14).

Une enquête réalisée aux USA ayant inclus 3479 agents de santé, a rapporté un taux d'acceptation de la vaccination d'environ 36% alors que 54 % étaient encore hésitants ; uniquement 8% du personnel refusaient la vaccination (1), ceci était en contraste avec les résultats d'une autre enquête réalisée en Avril 2020 ayant porté sur la population générale et qui a rapporté environ 50% d'acceptation de vaccination anti Covid 19 (10). Une autre étude réalisée en Mai 2020 a rapporté une acceptation de 67% (15), selon les auteurs le taux bas observé parmi le personnel de santé était attendu car cette population fonde sa décision sur les résultats des études scientifiques qui doivent prouver l'efficacité et la sûreté de cette vaccination ; ces études étaient en cours au moment de l'enquête.

Une enquête française réalisée durant les mois de Mars et Avril 2020 ayant inclus 3259 individus (population générale) a montré une acceptation de la vaccination dans 75% des cas, 48% des répondants ont accepté de participer à des essais cliniques concernant le vaccin anti Covid 19, durant cette enquête le taux d'acceptation de la vaccination parmi les professionnels de santé (1421 agents) était de 81% (16) ; les facteurs les plus associés à l'acceptation de la vaccination étaient l'âge avancé, le sexe masculin, la peur de la maladie et être un personnel de santé.

Dans une étude africaine réalisée par Kabamba Nzaji et al (17), basée sur un questionnaire distribué aux personnels de santé, les auteurs ont rapporté un taux d'acceptation de la vaccination anti Covid19 de 28% les auteurs rapportaient ce taux bas à des informations fausses véhiculées essentiellement par les réseaux sociaux.

R Shekhar et al (1) ont montré dans leur enquête que l'acceptation de la vaccination augmente avec l'âge, le niveau d'éducation et le niveau socioéconomique, par contre cette acceptation diminue chez le personnel de santé de sexe féminin, le personnel d'origine africaine et le personnel employé dans les régions rurales. L'acceptation des vaccins était élevée chez le personnel impliqué directement dans la prise en charge de sujets Covid 19 et le personnel ayant une comorbidité. Le personnel ne s'occupant pas directement des malades Covid 19 avaient le taux d'acceptation le plus bas (1), la majorité des répondants avaient confiance à leur médecins et leur soignants mais près de la moitié n'avaient pas confiance à leurs gouvernements et à leurs autorités responsables de la vaccination comme le CDC (Center Disease Control) et la FDA (Food and Drug Administration) (1).

Dans la majorité des études les sujets âgés étaient plus accepteurs de la vaccination ceci peut être expliqué par les risques potentiels de cette maladie chez la personne âgée.

Une enquête menée à Hong Kong a rapporté une faible acceptation de la vaccination par les infirmières, l'intention de se faire vacciner contre le Covid 19 était de l'ordre de 63% (18).

L'acceptation de la vaccination anti Covid 19 par le personnel de santé est très variable d'un pays à un autre et dans le même pays d'un sous groupe à un autre, les études concernant la vaccination et son intérêt pour maîtriser la pandémie sont de plus en plus publiées, leurs résultats doivent être diffusés et analysés par des experts ce qui améliore l'adhésion de personnel de santé à la vaccination. Ce personnel est très influençant dans la décision de vaccination, plusieurs travaux ont rapporté que les professionnels de santé vaccinés étaient plus susceptibles de

recommander la vaccination à leurs familles, leurs amis et leurs patients (17).

Dans une étude faite dans six pays européens, le médecin généraliste et le pharmacien sont les sources les plus dignes de confiance (20). Pour garantir le succès de la campagne de vaccination, le personnel de santé doit être confiant et adhérent aux données diffusées ainsi il est recommandé :

- Diffuser des messages clairs et assurer une sensibilisation ciblée portant sur les groupes hésitants.
- Diffuser un message unifié et cohérent par les dirigeants politiques.
- Impliquer les médias pour promouvoir les campagnes de vaccination et réserver les discussions à propos du Covid 19 aux experts.
- Lutter contre la théorie de complot et les fausses informations diffusées par les réseaux sociaux.

L'un des points forts de notre étude est l'effectif large, à notre connaissance il n'y a pas d'étude tunisienne qui a porté sur un effectif aussi important, de plus notre population était variée, elle a impliqué les deux sexes, les différentes tranches d'âge et les différentes catégories professionnelles.

Concernant la faiblesse, notre échantillon ne peut pas représenter tous le personnel de notre pays, les résultats doivent être traités avec prudence et leur extrapolation à tous le personnel peut être source d'erreur. Malgré les limites, nos résultats sont compatibles avec ceux d'autres études qui soulignent la réticence du personnel de santé concernant la vaccination anti Covid.

Notre étude a été conduite au moment où les essais cliniques concernant la vaccination continuent à paraître, mais beaucoup de secrets concernant les différents vaccins proposés restent à découvrir, ainsi il est possible que certaines découvertes vont améliorer l'acceptation de la vaccination chez le personnel de santé de notre région.

Dans les pays en voie de développement, le système de santé est souvent faible, la population est dense, les mesures de protection individuels sont non respectées, ainsi la propagation de la maladie est rapide et toute

objection à la vaccination surtout chez le personnel de santé est dévastatrice.

L'importance du personnel de santé dans la vaccination a été bien documentée (20), ce personnel est très influenceur dans la décision de vaccination, dans une étude faite dans six pays européens, le médecin généraliste et le pharmacien sont les sources les plus dignes de confiance.

Les autorités sanitaires doivent éduquer la population en diffusant des informations exactes et transparentes concernant la vaccination. Les scientifiques ont une tâche fondamentale dans l'analyse des données disponibles et la sélection des informations correctes et leur diffusion (17).

Une stratégie vaccinale doit être établie pour préciser les groupes de sujets prioritaires à la vaccination et lutter contre l'hésitation due aux fausses informations, le facteur crucial dans la mise en œuvre d'une telle stratégie est l'investissement dans la communication et les facteurs influençant le comportement, ces facteurs sont souvent sous financés par les gouvernements (21).

Fournet et al ont identifié quatre groupes vulnérables qui doivent faire l'objectif d'une bonne stratégie (22) ; un premier groupe hésitant préoccupé par la sûreté et la sécurité de la vaccination, un deuxième groupe de non concernés qui considèrent que la vaccination est non prioritaire, un troisième groupe constitué par les moins touchés par les programmes de vaccination et dont l'accès au soin est difficile, le dernier appelé les résistants actifs ; la vaccination est refusée a cause des croyances personnelles , culturelles et religieuses. Un système de santé efficace nécessite un personnel de santé sain, la protection de ce personnel est fondamentale, la vaccination anti Covid 19 parait la solution la plus efficace, mais elle s'oppose à une hésitation. Convaincre le personnel de se vacciner est un défi mondial, il permet une adhésion importante de la population générale à la vaccination.

Conclusion

L'acceptation de la vaccination anti Covid 19 jouera un rôle majeur dans la lutte contre cette pandémie, le personnel de santé est considéré comme un groupe à haut risque et il est prioritaire pour la vaccination. L'acceptation actuelle de la vaccination anti Covid 19 reste limitée, le personnel de santé préfère avoir plus de données concernant les différents vaccins disponibles, des efforts orientés doivent être fournis afin de convaincre les sous groupes réticents à la vaccination et favoriser leur adhésion.

*Correspondance

Haithem Aloui

alouihaihem85@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

- 1 : Faculté de médecine de Tunis.
- 2 : Faculté de médecine de Sfax.
- 3 : Faculté de médecine de Monastir.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Shekhar R, Sheikh AB, Upadhyay S, Singh M, Kottewar S, Mir H, et al. COVID-19 Vaccine Acceptance among Health Care Workers in the United States. *Vaccines* [Internet]. 3 févr 2021 [cité 8 mai 2021];9(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7913135/>
- [2] Vaccin anti coronavirus [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.evax.tn/index.html>
- [3] Sim MR. The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line. *Occup Environ Med*. mai 2020;77(5):281-2.
- [4] Burki T. Outbreak of coronavirus disease 2019. *Lancet Infect Dis*. mars 2020;20(3):292-3.

- [5] Chirico F, Nucera G, Magnavita N. COVID-19: Protecting Healthcare Workers is a priority. *Infect Control Hosp Epidemiol.* :1.
- [6] Maltezou HC, Dedoukou X, Tseroni M, Tsonou E, Raftopoulos V, Papadima K, et al. SARS-CoV-2 infection in healthcare personnel with high-risk occupational exposure: evaluation of seven-day exclusion from work policy. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am* [Internet]. 29 juin 2020 [cité 17 mai 2021]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7337654/>
- [7] Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: past, present and future. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* [Internet]. 19 juin 2014 [cité 8 mai 2021];369(1645). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4024226/>
- [8] Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J, et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 16 déc 2006;333(7581):1241.
- [9] Imai C, Toizumi M, Hall L, Lambert S, Halton K, Merollini K. A systematic review and meta-analysis of the direct epidemiological and economic effects of seasonal influenza vaccination on healthcare workers. *PLoS ONE* [Internet]. 7 juin 2018 [cité 31 mai 2021];13(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5991711/>
- [10] Fisher KA, Bloomstone SJ, Walder J, Crawford S, Fouayzi H, Mazor KM. Attitudes Toward a Potential SARS-CoV-2 Vaccine: A Survey of U.S. Adults. *Ann Intern Med* [Internet]. 4 sept 2020 [cité 19 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7505019/>
- [11] Romer D, Jamieson KH. Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U.S. *Soc Sci Med* 1982. oct 2020;263:113356.
- [12] Pogue K, Jensen JL, Stancil CK, Ferguson DG, Hughes SJ, Mello EJ, et al. Influences on Attitudes Regarding Potential COVID-19 Vaccination in the United States. *Vaccines* [Internet]. 3 oct 2020 [cité 12 mai 2021];8(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7711655/>
- [13] Fontanet A, Cauchemez S. COVID-19 herd immunity: where are we? *Nat Rev Immunol.* 9 sept 2020;1-2.
- [14] Khan YH, Mallhi TH, Alotaibi NH, Alzarea AI, Alanazi AS, Tanveer N, et al. Threat of COVID-19 Vaccine Hesitancy in Pakistan: The Need for Measures to Neutralize Misleading Narratives. *Am J Trop Med Hyg.* 22 juin 2020;103(2):603-4.
- [15] Malik AA, McFadden SM, Elharake J, Omer SB. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *EClinicalMedicine* [Internet]. 12 août 2020 [cité 9 mai 2021];26. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7423333/>
- [16] Detoc M, Bruel S, Frappe P, Tardy B, Botelho-Nevers E, Gagneux-Brunon A. Intention to participate in a COVID-19 vaccine clinical trial and to get vaccinated against COVID-19 in France during the pandemic. *Vaccine.* 21 oct 2020;38(45):7002-6.
- [17] Kabamba Nzaji M, Kabamba Ngombe L, Ngoie Mwamba G, Banza Ndala DB, Mbidi Miema J, Luhata Lungoyo C, et al. Acceptability of Vaccination Against COVID-19 Among Healthcare Workers in the Democratic Republic of the Congo. *Pragmatic Obs Res.* 29 oct 2020;11:103-9.
- [18] Kwok KO, Li K-K, WEI WI, Tang A, Wong SYS, Lee SS. Influenza vaccine uptake, COVID-19 vaccination intention and vaccine hesitancy among nurses: A survey. *Int J Nurs Stud.* févr 2021;114:103854.
- [19] Vaccine hesitancy and healthcare providers | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0264410X1630977X?token=4B23E4C4499EF7C28026E38C458E9C171E6635B77C968E76E0C7517812A6462FD77463F40364D14E096C1CECB8D4B9A5&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210512212314>
- [20] Wiley KE, Massey PD, Cooper SC, Wood N, Quinn HE, Leask J. Pregnant women's intention to take up a post-partum pertussis vaccine, and their willingness to take up the vaccine while pregnant: a cross sectional survey. *Vaccine.* 20 août 2013;31(37):3972-8.
- [21] French J, Deshpande S, Evans W, Obregon R. Key Guidelines in Developing a Pre-Emptive COVID-19 Vaccination Uptake Promotion Strategy. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. août 2020 [cité 13 mai 2021];17(16). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7459701/>
- [22] Fournet N, Mollema L, Ruijs WL, Harmsen IA, Keck F, Durand JY, et al. Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two

systematic reviews. BMC Public Health [Internet]. 30 janv 2018 [cité 23 mai 2021];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5789742/>

Pour citer cet article :

C Mrazguia, H Abouda, A Halouani, H Aloui, H Ben Salah, B Guidara et al. La vaccination anti Covid 19, l'attitude du personnel soignant dans le gouvernorat de Nabeul, Tunisie. *Jaccr Africa 2021; 5(4): 1-10*



Cas clinique

Sclérite chronique révélant une polyarthrite rhumatoïde chez un jeune homme malgache

Chronic scleritis revealing a rheumatoid polyarthritis in a malagasy young man

SJN Ratsimbazafy*¹, MH Randrianarivony², HA Razafindrazaka², M Hariniaina Rakotoarisoa²,
SA Ralamboson¹, HMD Vololontiana²

Résumé

Résumé : La sclérite est rarement révélatrice d'une polyarthrite rhumatoïde. Nous voudrions illustrer à travers cette observation l'importance du dépistage précoce d'une polyarthrite rhumatoïde devant une sclérite chronique. Un homme de 31 ans, sans antécédent particulier, qui était référé en consultation en médecine interne pour une sclérite antérieure gauche chronique. Sa maladie débutait un an avant la consultation par un œil rouge douloureux gauche avec photophobie et hémicrânie homolatérale, diagnostiqué comme une sclérite antérieure nodulaire qui était résistant aux traitements locaux et à la corticothérapie générale. Le reste de l'examen ne présentait aucune anomalie notable. La biologie objectivait une forte positivité des anticorps anti-CCP2 à 32 UI/ml (<7) sans syndrome inflammatoire (NFS-plaquettes, CRP, VS, électrophorèse des protéines sériques normales) et une sérologie (VIH, hépatite B et C) négative. L'examen radiologique était normal. Il avait bénéficié d'un méthotrexate jusqu'à 25 mg par semaine et d'une corticothérapie à 1 mg/kg par jour. La maladie s'aggravait par une polyarthrite touchant les métatarso-phalangiennes et les interphalangiennes à prédominance droite. Une azathioprine de 100 mg par jour était rajoutée entraînant une disparition de

la sclérite dès la quatrième semaine de traitement. Pourtant, les symptômes articulaires persistaient et le taux de l'anticorps anti-CCP2 s'élevait jusqu'à 210 UI/ml. L'association d'hydroxychloroquine (6,5 mg/kg/jour), sulfasalazine (2000 mg/jour) et méthotrexate (25 mg/semaine) engendrait une évolution spectaculaire par la disparition des symptômes arthritiques constatée après deux semaines de traitement. Devant toute sclérite chronique, penser à une maladie systémique telle que la polyarthrite rhumatoïde.

Mots-clés : Polyarthrite rhumatoïde, sclérite, anti-CCP2, azathioprine.

Abstract

Scleritis is rarely the first sign of rheumatoid arthritis. We would like to illustrate with this observation the importance of early detection of rheumatoid arthritis in patient who has chronic scleritis. A 31-year-old man, no past medical history, who consulted in internal medicine for chronic anterior left scleritis. His disease began one year before consultation by a left painful red eye with homolateral photophobia and hemicranias. Ophthalmology examination diagnosed a nodular anterior scleritis. The topic treatments and oral corticosteroids had no consequence. The other examination was normal. Biology showed a most

positivity of anti-CCP2 antibody to 32 IU / ml (<7) without inflammatory syndrome (NFS-platelets, CRP, VS, serum protein electrophoresis normal) and serology was negative (HIV, hepatitis B and C). X-ray examination was normal. He had methotrexate up to 25 mg per week and corticosteroids at 1mg/kg per day. Evolution was worse with arthritis flare in the metatarsophalangeal and interphalangeal. We added at his treatment an azathioprine of 100 mg daily. Scleritis was disappeared after fourth weeks. However, the rheumatic symptoms persisted and the anti CCP2 antibody's increased up to 210 UI/ml. The association of hydroxychloroquine (6,5 mg/kg daily), sulfasalazine (2000 mg daily) and methotrexate (25mg per week) gave a good evolution in arthritic symptom two weeks after the treatment. So, think a systemic disease such as a rheumatoid arthritis in the presence of chronic scleritis.

Key words: Rheumatoid arthritis, scleritis, anti-CCP2, azathioprine.

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques avec une prévalence de 0,5 à 1% de la population générale [1]. L'atteinte oculaire notamment la sclérite est rarement rencontrée au cours de cette pathologie mais sa présence témoigne une gravité potentielle de la maladie [2]. Nos objectifs sont de rapporter un cas de sclérite antérieure chronique révélant une PR et de souligner l'importance du dosage systématique des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés de 2ème génération (anti-CCP2) chez les sujets souffrant de sclérite chronique résistante aux traitements locaux.

Cas clinique

Un homme de 31 ans, sans antécédent particulier notamment rhumatologique, présentait un œil rouge douloureux gauche avec une photophobie et une douleur périorbitaire homolatérale évoluant

depuis un an avant sa consultation, sans notion de traumatisme oculaire en absence de signe extra-oculaire. L'examen ophtalmologique révélait une sclérite antérieure nodulaire de l'œil gauche (Figure 1). Il avait bénéficié de traitements locaux et d'une corticothérapie générale sans aucune amélioration. Il était référé pour une consultation en médecine interne. L'examen physique ne présentait qu'un œil rouge gauche douloureux sans perturbation de la vision. Le bilan inflammatoire (hémogramme sanguin, protéine C réactive (CRP), vitesse de sédimentation des hématies (VS) et électrophorèse des protéines sériques) était normal. Les bilans hépatique et rénal étaient normaux. Les sérologies virales (VIH et des hépatites B et C) étaient négatives. L'analyse des urines était normale. La recherche d'anticorps anti-nucléaires était négative. Le facteur rhumatoïde (FR) était normal (10 UI/ml) tandis que le dosage des anti-CCP2 était positive à 32 UI/ml (N<7). L'échographie et la radiographie articulaires étaient normales. La radiographie du thorax était également normale. Le diagnostic d'une sclérite rhumatoïde était retenu devant une forte positivité des anticorps anti-CCP2. Il avait bénéficié d'une corticothérapie à 1 mg/kg par jour à dose dégressive associée au méthotrexate à 10 mg par semaine jusqu'à une dose optimale de 25 mg par semaine en six semaines n'ayant entraîné aucune amélioration. Deux mois plus tard, des manifestations rhumatologiques apparaissaient à type de poussée arthritique touchant les métacarpo-phalangiennes, les interphalangiennes des deux mains plus marquées à droite avec un Squeeze test positif. La radiographie des mains et des pieds était normale. L'anti-CCP2 s'élevait à 120 UI/ml. De l'azathioprine 100 mg par jour (dose équivalente à 2 mg/kg/j) était rajoutée, qui entraînait, au bout de quatre semaines de traitement, une disparition des signes oculaires avec un examen ophtalmologique normal (Figure 2). Pourtant, les signes inflammatoires articulaires s'aggravaient et le taux de l'anticorps anti-CCP2 augmentait à 210 UI/ml. Le rajout d'hydroxychloroquine (6,5 mg/kg par jour) et du sulfasalazine (jusqu'à 2000 mg par jour) avec le méthotrexate engendrait une évolution spectaculaire

marquée par la disparition des symptômes articulaires après deux semaines de traitement.

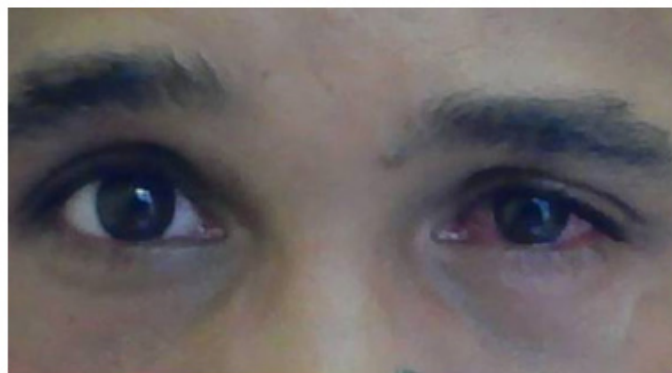


Figure 1 : Œil gauche objectivant une sclérite antérieure nodulaire à l'examen ophtalmologique

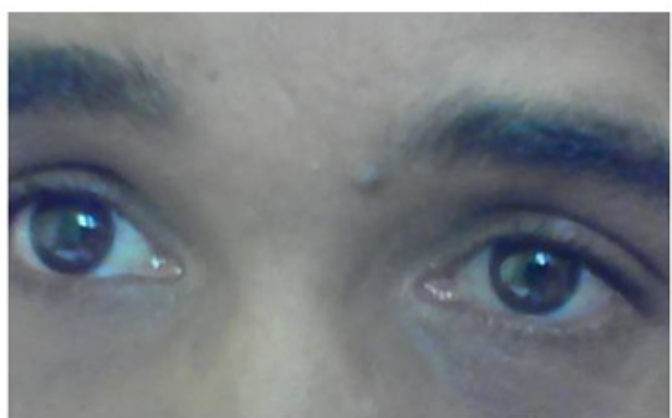


Figure 2 : Disparition de la rougeur oculaire gauche après traitement par azathioprine avec un examen du fond d'œil normal.

Discussion

La PR affecte approximativement 0,5 à 1% de la population mondiale [1]. L'atteinte oculaire est variable selon les auteurs. Elle est fréquente (81,9%) d'après l'étude de Lehlou avec une rareté de sclérite (1,9%) [2]. Mais Kouakou ne l'a pas retrouvée que dans 37,5 % de cas [4]. Les sclérites apparaissent le plus souvent plusieurs années après le diagnostic de la PR mais elles peuvent être rarement révélatrices surtout dans leurs formes diffuses et nodulaires [5]. L'unicité de notre cas ne permettait pas la comparaison avec la littérature mais il pourrait constituer un supplément de données sur le diagnostic et le traitement d'une sclérite rhumatoïde. En effet, la sclérite était au début isolée dans notre cas alors que

le taux de l'anticorps anti-CCP2 était déjà à 4,5 fois la valeur normale. Et c'était tardivement que la poussée d'arthrite était apparue. La difficulté diagnostique de ce cas repose sur l'absence de manifestation rhumatologique au début de la maladie. L'anticorps anti-CCP2 est un marqueur plus précoce d'une PR et pouvant être détecté longtemps avant l'apparition des symptômes arthritiques [6]. Notre patient avait bénéficié d'une méthotrexate jusqu'à une dose de 25 mg par semaine associée à une corticothérapie de 1 mg/kg/j à dose dégressive. Cependant, aucune amélioration n'avait pas été constatée au bout de six semaines. Devant cet échec thérapeutique, nous avons rajouté de l'azathioprine à 2 mg/kg/j qui avait entraîné la disparition des symptômes oculaires avec un examen ophtalmologique normal après quatre semaines de traitement. Par ailleurs, une triple association thérapeutique par l'hydroxychloroquine, le sulfasalazine et le méthotrexate engendrait une évolution spectaculaire des signes articulaires. La Société Française de Rhumatologie a recommandé en 2014 le début sans délai du traitement de fond par méthotrexate jusqu'à une dose optimale en quatre à huit semaines et a proposé, lors d'une efficacité insuffisante, un autre traitement de fond conventionnel ou leur association ou bien une biothérapie en cas d'échec [7,8]. Ajdid Dassié J et ses collaborateurs ont montré l'efficacité de l'anti-TNF alpha sur la sclérite rhumatoïde [9]. La commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé avait souligné la place de l'azathioprine dans le traitement des formes systémiques extra-rhumatismales de la polyarthrite rhumatoïde [10]. Et devant l'inefficacité de cette molécule sur les manifestations articulaires et du fait de l'inaccessibilité des biothérapies pour notre patient, nous avons administré l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine en association avec la méthotrexate vue la non-infériorité de cette trithérapie par rapport à l'association biothérapie anti-TNF (étanercept) + méthotrexate qui était démontrée à court terme (48 semaines) [10].

Conclusion

Une sclérite rhumatoïde est une forme extra-articulaire grave de la polyarthrite rhumatoïde. Elle devrait être recherchée devant toute sclérite chronique résistant aux traitements locaux. Son diagnostic repose essentiellement sur un bilan immunologique notamment devant une forte positivité des anticorps (anti-CCP2 et ou FR). Un traitement de fond par immunosuppresseur ou par biothérapie est nécessaire devant cette situation. Une collaboration entre ophtalmologue et rhumatologue et ou interniste doit être systématique pour éviter des complications majeures.

*Correspondance

Solohery Ratsimbazafy

solohersimbazafy@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

- 1 : Service de Médecine interne du Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo
- 2 : Service de Médecine interne de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana Antananarivo.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum* : 2006 ; 36 :182–188.
- [2] Neerav L, Stacey Lee, Hina Chaudhry, Stephen Foster C. A review of the ocular manifestations of rheumatoid arthritis. *Cogent Medicine* : 2016 ; 3 : 1243771.
- [3] Lehlou L, Alami B, Akkar O, Sekhsoukh R, Ichchou L. Prévalence et facteurs de risque des manifestations

- ophtalmologiques au cours de la polyarthrite rhumatoïde. *VIe Congrès International d'Épidémiologie / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* : 2014 ; 62 ; 5 : S22.
- [4] Kouakou ESCL, Diomandé M, Yao JC, Kodio B et al. Manifestations oculaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde: à propos de 24 cas vus à Abidjan. *Mali medical*: 2014 tome XXIX, 3; 33-35.
- [5] Gabison E, Hoang-Xuan T. Sclérite : quand évoquer une pathologie systémique ? *Journal français d'ophtalmologie* : 2010 ; 33 : 593-598.
- [6] Van Venrooij WJ, van Beers JJ, Pruijn GJ. Anti-CCP antibody, a marker for the early detection of rheumatoid arthritis. *Ann N Y Acad Sci* : 2008 ;1143 :268–285.
- [7] Gaujoux-Vialaa C, Gossecb L, Cantagrel A, Dougados M et al. Recommendations of the French Society for Rheumatology for managing rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spin* : 2014 : 1297-1319.
- [8] Loung Ba K, Gabay C. Traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Med Suisse* : 2014 ; 10 : 595-602.
- [9] Ajdid Dassié J, Tazi O, Mahieu L, Mathi A. Sclérite antérieure et polyarthrite rhumatoïde sous traitement anti-TNF alpha : à propos d'un cas. *J. Fr. Ophtalmol* : 2009 ; 32 ; 1: 1s222.
- [10] Avis de commission de transparence en juillet 2014. Traitements de fond non biologiques de la polyarthrite rhumatoïde (hors méthotrexate et léflunomide). Haute Autorité de Santé : 2015.<http://www.has-sante.fr>

Pour citer cet article :

SJN Ratsimbazafy, MH Randrianarivony, HA Razafindrazaka, M Hariniaina Rakotoarisoa, SA Ralamboson, HMD Vololontiana. Sclérite chronique révélant une polyarthrite rhumatoïde chez un jeune homme malgache. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 11-14



Cas clinique

Levosimendan et traitement de l'insuffisance cardiaque chronique décompensée : première expérience en réanimation au Cameroun

Levosimendan and the treatment of decompensated chronic heart failure:
the first experience in ICU in Cameroon

B Jemea^{1,6}, S Nga Nomo^{*2,7}, C Iroume^{1,6}, A Kuitchet^{3,8}, D Djomo Tamchom^{5,9}, S Nkoumou²,
Hamadou⁵, Ze Minkande⁶, F Binam⁶

Résumé

L'insuffisance cardiaque chronique décompensée est une entité clinique fréquemment rencontrée dans les services de réanimation polyvalente en Afrique subsaharienne [1,2,3]. Elle est grevée d'une mortalité élevée en l'absence d'une prise en charge spécialisée [1,2,3]. Le levosimendan est un nouvel agent inotrope qui augmente la force de contraction cardiaque sans augmenter sa consommation d'oxygène [4]. Son introduction depuis les années 2000 dans l'arsenal thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique a considérablement diminué le nombre d'hospitalisation de ces patients, tout en améliorant leur espérance de vie [4]. Nous rapportons ici la première cure de levosimendan chez un patient de 84 ans, dans un service de réanimation au Cameroun. L'intérêt de cette présentation est double : monter la faisabilité, dans des conditions de sécurité, de la cure itérative de levosimendan dans une réanimation d'Afrique subsaharienne, et susciter l'élaboration des indications adaptées aux réalités locales pour cette molécule.

Mots-clés : cure de levosimendan, insuffisance cardiaque chronique décompensée.

Abstract

Chronic decompensated heart failure is a clinical entity frequently encountered in general-purpose intensive care units in sub-Saharan Africa [1,2,3]. It is associated with a high mortality rate in the absence of specialized care [1,2,3]. Levosimendan is a new inotropic agent that increases the force of heart contraction without increasing oxygen uptake [4]. Its introduction since 2005 in the therapeutic arsenal of decompensated heart failure has considerably reduced the number of hospitalizations of these patients, while improving their life expectancy [4]. We report here the first levosimendan cure, in an intensive care unit in Cameroon, in an 84-year-old patient. The interest of this presentation is twofold: to ascertain the feasibility, under safe conditions, of the levosimendan protocol in an intensive care unit in sub-Saharan Africa, and to encourage the development of indications adapted to local realities for this molecule.

Keywords: Levosimendan procedure, chronic heart failure decompensated.

Introduction

Dans de nombreux pays africains, dont le Cameroun, les progrès thérapeutiques réalisés ces dix dernières années dans le domaine de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique ont favorisé l'augmentation de l'espérance de vie de cette population particulière [1,2,3]. L'impact direct de ces avancées thérapeutiques est l'augmentation du nombre d'hospitalisation pour décompensation aiguë de cette pathologie dans les services de réanimation. L'arsenal thérapeutique de l'insuffisance cardiaque chronique décompensée est composée de nombreuses molécules parmi lesquelles le levosimendan [4].

Il s'agit d'un inotrope de type particulier qui augmente la force contractile du myocarde sans modifier la consommation d'énergie du cœur, ni induire d'épisode ischémique [4,5]. En Afrique, le bas niveau socio-économique, le sous-équipement des services de réanimation et la difficulté d'accès à certains médicaments de spécialité rendent difficiles certaines procédures médicales. Nous rapportons ici la première cure itérative de levosimendan chez un sujet âgé, en milieu de réanimation au Cameroun. L'intérêt de cette présentation est double : monter la faisabilité de la cure itérative de levosimendan en réanimation d'Afrique sub-saharienne, et susciter l'élaboration des indications adaptées aux réalités locales pour cet inotrope.

Cas clinique

Il s'agit d'un patient de 84 ans, sans antécédents contributifs, pesant 70 kg, qui a eu un infarctus du myocarde en 2006. Après une stabilisation médicale initiale dans un hôpital de référence au Cameroun, il a bénéficié d'une angioplastie coronaire aux hôpitaux universitaires de Genève. L'évolution de sa pathologie a été marquée par la survenue d'une fibrillation atriale paroxystique pour laquelle il a bénéficié d'une ablation des faisceaux aberrants par radiofréquence. En juillet 2010, il lui a été diagnostiqué une cardiomyopathie

dilatée hypokinétique avec une altération grave de la fonction systolique, la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) était estimée à 20 % selon la méthode de Simpson et biplan. Son traitement associait des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine I en angiotensine II (périndopril), des diurétiques de l'anse (furosémide) et un bêtabloquant cardioselectif (nébivolol). Les quatre années suivantes ont été marquées par de nombreuses hospitalisations dont la raison principale était l'insuffisance cardiaque congestive. Les ajustements thérapeutiques effectués durant ces années ont conduit à l'adjonction de la spironolactone et de l'acide acétylsalicylique dans son arsenal thérapeutique.

En 2016, la survenue d'une tachycardie ventriculaire mal tolérée sur le plan hémodynamique et l'échec de la thérapie de resynchronisation cardiaque conduisait à la pose d'un cardiovertteur-défibrillateur implantable. Malgré un suivi régulier, l'évolution de la maladie s'est faite progressivement vers une insuffisance cardiaque stade IV de la New York Heart Association (NYHA). L'échographie cardiaque retrouvait une FEVG à 10 - 15% selon la méthode de Simpson biplan.

En février 2021, le patient était à nouveau admis en réanimation au centre hospitalier d'Essos pour la prise en charge d'une détresse respiratoire aiguë. Les investigations cliniques et paracliniques ont permis de s'orienter vers un œdème aigu du poumon avec des signes de bas débit cardiaque et une pression artérielle moyenne à 55 mmHg. Le traitement diurétique était initié, l'équipe de réanimation a décidé, après une réunion de concertation multidisciplinaire, de débiter les cures itératives de levosimendan (simdax*). Après une dose de charge de 12 µg/kg sur 10 min, le levosimendan a été maintenu en perfusion continue de 0,1 µg/kg/min pendant 24 h. La surveillance clinique per-cure portait sur les paramètres hémodynamiques et ventilatoires, l'électrocardiogramme, la diurèse et l'état de conscience. L'évolution était cliniquement favorable le lendemain de la perfusion de levosimendan. La pression artérielle moyenne était désormais à 65 mmHg. Le patient a déambulé dans le service sans signe de détresse respiratoire. Les examens

biologiques de contrôle post-cure de levosimendan étaient dans les limites physiologiques. Les fonctions rénales et hépatiques revenaient normales. L'état du patient s'était considérablement amélioré au 4ème jour de réanimation, le retour à domicile autorisé. Les contrôles échographiques réalisés à la 4ème et à la 8ème semaine après la sortie retrouvaient une amélioration de la fonction contractile du ventricule gauche (FEVG = 25-30%). Une amélioration de la qualité de vie a également été constatée.

Discussion

Le levosimendan est un nouvel agent inotrope qui augmente la force de contraction cardiaque sans augmenter la consommation d'oxygène [4,5,6]. Il est administré pendant 24 heures et maintient ses effets hémodynamiques, similaires ou supérieurs à ceux des catécholamines, pendant une semaine [4]. Son intérêt clinique dans le traitement de l'insuffisance cardiaque a été démontré par trois grandes études. Il s'agissait de l'étude RUSSLAN [7] qui a examiné des patients au décours immédiat d'un infarctus du myocarde, et des études LIDO [8] et CASINO [9] qui ont inclus des patients avec une insuffisance cardiaque sévère à bas débit. Le profil hémodynamique des patients inclus dans ces études était similaire. Il s'agissait des patients en insuffisance cardiaque congestive avec une pression artérielle et une fréquence cardiaque normales. Malgré son coût élevé, cette nouvelle classe thérapeutique est très prometteuse et connaît une large diffusion ces dernières années en Europe [4]. Les doses recommandées de levosimendan sont : un bolus de 12-24 µg/kg administré en 10 minutes, suivi d'une perfusion de 0,1 µg/kg/min pendant 24 heures [4]. Cette concentration initiale est titrée en fonction de l'effet hémodynamique au cours des premières heures et peut être augmentée jusqu'à 0,2 µg/kg/min ou réduite à 0,05 µg/kg/min [4].

À la suite d'un infarctus du myocarde, notre patient a développé une insuffisance cardiaque chronique. La fréquence élevée des hospitalisations en urgence

traduit le caractère symptomatique et instable de la dysfonction ventriculaire gauche de ce dernier. Les thérapeutiques usuelles de l'insuffisance cardiaque ont apaisé transitoirement sa symptomatologie. L'insuffisance cardiaque chronique décompensée représente l'une des principales indications du traitement au levosimendan [4,10]. L'introduction des cures itératives de levosimendan chez notre patient a permis d'obtenir des résultats favorables dans les 24 heures post-cure : régression des signes cliniques de détresse respiratoire et d'hypoperfusion tissulaire, amélioration du profil hémodynamique. L'impact à moyen terme de ce protocole thérapeutique est l'amélioration de la qualité de vie et la diminution du nombre d'hospitalisations en urgence. La surveillance clinique et biologique n'était pas contraignante.

Dans de nombreux pays d'Afrique centrale, et notamment au Cameroun, le levosimendan n'est pas encore commercialisé pour diverses raisons. Les contraintes liées à la réforme, à l'organisation, et au financement des systèmes de santé rendent difficiles l'accès aux nouvelles spécialités pharmaceutiques. En effet le système de santé camerounais est financé par trois sources principales : les clients, l'État et les financements extérieurs. La complexité des procédures d'engagement des fonds publics, et l'absence d'un régime d'assurance maladie universelle sont des leviers sur lesquels il faut agir pour rendre les soins de santé, et particulièrement les procédures spécifiques à certaines pathologies, plus accessibles à la population. Pour le cas de notre patient, l'acquisition du levosimendan s'est faite grâce à la coopération bilatérale entre le centre hospitalier d'Essos et les hôpitaux universitaires de Genève.

Conclusion

L'insuffisance cardiaque chronique est une cause importante de mortalité en Afrique subsaharienne, malgré les nombreux progrès thérapeutiques. La prise en charge des décompensations aiguës est parfois émaillée de contraintes qui aggravent la mortalité de

cette population. Le levosimendan est un nouvel agent inotrope qui augmente la force de contraction cardiaque sans augmenter la consommation d'oxygène. Il trouve une indication dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique grave décompensée. Il permet de maintenir des effets hémodynamiques supérieurs à ceux des catécholamines pendant plusieurs jours. Il est souhaitable que les politiques de santé en Afrique subsaharienne s'orientent vers l'acquisition de cette nouvelle molécule dans l'optique d'améliorer la prise en charge, la qualité et l'espérance de vie des patients en insuffisance cardiaque chronique.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Nga Nomo Serge

sergesvivier@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

- 1 : Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier universitaire de Yaoundé, Cameroun
- 2 : Service d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier d'Essos, Cameroun
- 3 : Service d'anesthésie-réanimation, hôpital régional de Maroua, Cameroun
- 4 : Service d'anesthésie-réanimation, hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Douala
- 5 : Service de Cardiologie, Hôpital Militaire de Région N°1, Yaoundé, Cameroun
- 6 : Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé I
- 7 : Institut supérieur de technologie médicale/Tutelle académique Université de Douala
- 8 : Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Ngaoundéré
- 9 : Faculté des sciences de la santé, Université de Buéa,

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Pio M, Afassinou Y, Pessinaba S, Baragou S, N'djao J, Atta B et al. Epidémiologie et étiologies des insuffisances cardiaques à Lomé. *Pan Afr Med J.* 2014 Jun 25;18:183.
- [2] Kheyi J, Benelmakki A, Bouzelmat H, Chaib A. Epidémiologie et prise en charge de l'insuffisance cardiaque dans un centre marocain [Epidemiology and management of heart failure in a Moroccan center]. *Pan Afr Med J.* 2016;24:85.
- [3] Mboup MC, Dia K, Fall PD. Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée en Afrique sub-saharienne: à propos de 32 cas [Heart failure with preserved ejection fraction in sub-Saharan Africa: about 32 cases]. *Pan Afr Med J.* 2013;16:100.
- [4] E. Bonnefoy, P. Trigo Trindade. Le levosimendan, une révolution dans le monde des inotropes ? *Rev Med Suisse* 2005;1:1425-9.
- [5] Endoh M. Mechanisms of action of novel cardiotoxic agents. *J Cardiovasc Pharmacol* 2002;40:323-38.
- [6] Kivikko M, Antila S, Eha J, Lehtonen L, Pentikainen PJ. Pharmacodynamics and safety of a new calcium sensitizer, levosimendan, and its metabolites during an extended infusion in patients with severe heart failure. *J Clin Pharmacol* 2002;42:43-51.
- [7] Moiseyev VS, Poder P, Andrejevs N, Safety and efficacy of a novel calcium sensitizer, levosimendan, in patients with left ventricular failure due to an acute myocardial infarction. A randomized, placebo-controlled, double-blind study (RUSSLAN). *Eur Heart J* 2002; 23:1422-32.
- [8] Follath F, Cleland JG, Just H, Efficacy and safety of intravenous levosimendan compared with dobutamine in severe low-output heart failure (the LIDO study) : A randomised double-blind trial. *Lancet* 2002; 360:196-202.
- [9] Cleland JG, Ghosh J, Freemantle N, Clinical trials update and cumulative meta-analysis from the American College of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2004; 6:501-8.

[10] Cleland JG, Ghosh J, Freemantle N, Clinical trials update and cumulative meta-analysis from the American College of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 2004; 6:501-8.

Pour citer cet article :

B Jemea, S Nga Nomo, C Iroume, A Kuitchet, D Djomo Tamchom, S Nkoumou et al. Levosimendan et traitement de l'insuffisance cardiaque chronique décompensée : première expérience en réanimation au Cameroun. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 15-19



Article original

Arthrites réactionnelles au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar

Reactive arthritis in Senegal: epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects at the Aristide LeDantec University Hospital in Dakar

A Abba*¹, M Niassé¹, LM Diaby¹, H Ali¹

Résumé

Introduction : Les arthrites réactionnelles (AR) sont des arthrites stériles survenant au décours immédiat d'une infection bactérienne déclenchante touchant la muqueuse intestinale ou urétrale, siégeant à distance de l'articulation, et pour lesquelles les cultures bactériologiques classiques des prélèvements articulaires demeurent stériles.

L'objectif de notre étude est de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des arthrites réactionnelles dans le service de rhumatologie de l'HALD de Dakar au Sénégal.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique entre janvier 2012 et décembre 2020, portant sur des patients atteints d'Arthrites Réactionnelles. Pour chaque patient ont été collectées : les données épidémiologiques ; les données cliniques ; les données paracliniques ; les données thérapeutiques et les données évolutives sous traitement.

Résultats : Quarante-huit Arthrites Réactionnelles ont été inclus dans notre étude, 35 femmes (72,92%) et 13 hommes (27,08%) soit un sex ratio de 2,69F/1H. L'âge moyen de nos patients était de $47,96 \pm 13,26$

au moment du diagnostic avec des extrêmes de 20 et 83 ans. Dans notre série d'étude, 19% seraient polygames, et 12% célibataires. L'Ag HLA-B27 recherché chez 46 patients était positif chez 29 (63,04% des cas), les sérologies de chlamydia, de salmonella, de mucoplasme, de ureaplasma urealyticum et de VDRL/TPHA étaient positives chez respectivement 50%, 19%, 17%, 10% et 4% de nos patients. 73% recevaient des antiinflammatoires non stéroïdiens, 54% étaient sous Méthotrexate, 100% de nos patients avaient reçu une Antibiothérapie et chez 4% des cas, nous avons eu recours à la kinésithérapie. Les indices d'activité de la maladie ont permis le suivi de la maladie.

Conclusion : Des arguments convergents ont permis d'intégrer les AR dans la famille des spondyloarthrites dont le rôle du HLA-B27 reste encore incomplètement compris à ce jour.

Mots-clés : arthrites réactionnelles ; Sénégal.

Abstract

Introduction: Reactive arthritis (RA) is a sterile arthritis that occurs immediately after a bacterial infection affecting the intestinal or urethral mucosa,

located at a distance from the joint, and for which the classic bacteriological cultures of joint samples remain sterile. The aim of our study is to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of reactive arthritis in the rheumatology department of the HALD in Dakar, Senegal.

Methodology: This was a retrospective, descriptive, analytical study between January 2012 and December 2020 of patients with Reactive Arthritis. For each patient, the following data were collected: epidemiological data; clinical data; paraclinical data; therapeutic data and data on the evolution of the treatment.

Results: Forty-eight Reactive Arthritis patients were included in our study, 35 women (72.92%) and 13 men (27.08%), i.e. a sex ratio of 2.69F/1H. The average age of our patients was 47.96 ± 13.26 at the time of diagnosis with extremes of 20 and 83 years. In our study series, 19% were polygamous and 12% single. HLA-B27 was tested in 46 patients and was positive in 29 (63.04% of the cases). Serologies for chlamydia, salmonella, mucoplasma, ureaplasma urealyticum and VDRL/TPHA were positive in 50%, 19%, 17%, 10% and 4% of our patients respectively. 73% were receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs, 54% were on methotrexate, 100% of our patients had received antibiotic therapy and in 4% of the cases we used physiotherapy. Disease activity indices were used to monitor the disease.

Conclusion: Converging arguments have made it possible to integrate RA into the family of spondyloarthritides whose role of HLA-B27 remains incompletely understood to this day.

Keywords: reactive arthritis; Senegal.

Introduction

Les arthrites réactionnelles (AR) font partie du groupe derhumatismes inflammatoires communément appelés spondylarthropathies incluant la spondylarthrite ankylosante (chef de file), l'arthrite psoriasique, les

spondylarthrites indifférenciées, les rhumatismes associés aux entérocolopathies (Rectocolite hémorragique RCH, maladie de Crohn...), ainsi que certaines spondylarthrites juvéniles. Ce sont des arthropathies inflammatoires, survenant en réaction à une infection à distance de l'articulation sans germe intra articulaire. La forme la plus évocatrice de la maladie, le syndrome uréthro-oculo-synovial ou syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, est devenue rare. Elles touchent préférentiellement l'adulte jeune (20-40), avec prédominance masculine (3/1). Le diagnostic suppose l'isolement du germe ou des arguments sérologiques ou géniques en faveur d'une infection récente à l'un des germes reconnus comme pouvant induire une telle arthrite. L'AR se caractérise par son polymorphisme clinique avec parfois des formes incomplètes pouvant rendre leur diagnostic difficile. L'évolution des AR est marquée par le risque de rechute et d'évolution vers la chronicité. Le traitement antibiotique des infections urogénitales à Chlamydia trachomatis est nécessaire car il permet de prévenir ou de diminuer la survenue de l'AR, ce qui n'est pas le cas pour les arthrites post-entéritiques. Le passage à la chronicité de ces arthrites peut justifier d'un traitement de fond comme la sulfasalazine ou les anti-TNF en cas d'échec aux anti-inflammatoires non stéroïdiens [1]. Notre étude avait comme objectif d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des arthrites réactionnelles dans le service de rhumatologie de l'HALD de Dakar au Sénégal.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique, avec un recueil de données à la fois prospectif et rétrospectif sur une période de 8 ans, entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2020, chez des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire dans le service de Rhumatologie du CHU Aristide LeDantec à Dakar, pour Arthrites Réactionnelles de diagnostic établi sur la base de tout épisode d'arthrite périphérique d'une durée de moins d'un mois associé

à une urétrite ou à une cervicite. Il n'existe pas actuellement de consensus sur les meilleurs critères à utiliser. Les AR font partie des SPA, elles en remplissent donc les critères de classification validés sur le plan international. Cette étude a concerné tous les patients dont les dossiers médicaux étaient complets, s'agissant des données sociodémographiques, des données cliniques, les examens complémentaires et les données sur l'indice de l'activité de la maladie. Les variables suivantes ont été étudiées :

- Les données sociodémographiques : (l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, la scolarité, la profession, l'origine géographique, l'ethnie, les antécédents familiaux de SpA, le mode de vie (alcool, tabac)).
- Les données cliniques : les uvéites, un antécédent d'urétrite, de cervicite, de diarrhées ou de fièvre survenant plus d'un mois avant le début des signes articulaires ;
- Les données biologiques : le bilan inflammatoire, les sérodiagnostics de chlamydia, de Yersinia, de Salmonella, de Shigella, de Campylobacter ;
- Les données radiologiques : le rachis cervical, dorsal, lombaire, le bassin et les articulations périphériques atteintes ;
- Les données thérapeutiques : les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les DMARD (disease-Modifying Antirheumatic Drugs) synthétiques et biologiques) les corticoïdes, les antibiotiques...
- Les données sur l'indice de l'activité de la maladie : EVA douleur, raideur matinale, BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAS (assessment in Ankylosing Spondylitis-Endorsed Disease Activity Score).
- Les données sur l'indice de retentissement fonctionnel : BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index).
- Les données sur l'indice de la qualité de vie : NHP, SF36 et ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of life).

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires sur la base des dossiers médicaux,

puis des examens de suivi-contrôle. Elles ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Microsoft Office Word 2007, Access 2007 et SPSS version 25. Le test de khi-deux de Pearson a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives et le test de Yates s'il y'a lieu. Pour les effectifs inférieurs à 5, nous avons utilisé le test de Fisher. Les différences constatées ont été considérées comme significatives pour un $p < 0,05$ avec un intervalle de confiance à 95%. Comme il s'agissait d'une étude en bonne partie rétrospective, il y avait des données manquantes. Ces patients étaient exclus des analyses pour les variables dont les données manquaient.

Résultats

Caractéristiques de la population d'étude

Nous avons colligé 9262 observations de patients dans le service de rhumatologie, durant la période d'étude allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2020, 770 avaient une spondyloarthropathie dont 48 une arthrite réactionnelle soit une prévalence hospitalière de 0,064% et une incidence annuelle de 0,08 pour 100.000 personne-année. L'âge moyen de nos patients était de $47,96 \pm 13,26$ au moment du diagnostic avec des extrêmes de 20 et 83 ans. La tranche d'âge la plus représentée était la tranche de [51 - 60] ans avec un pourcentage de 35% ; La prédominance féminine était notée avec 35 femmes (72,92%) et 13 hommes (27,08%) soit un sex ratio de 2,69F/1H. Dans notre série d'étude, 19% seraient polygames, et 12% célibataires. Le délai moyen du diagnostic était de 5,79 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 38 ans.

Diagnostic clinique

Le motif de consultation le plus fréquent dans notre série était dominé par les atteintes articulaires périphériques (46%) prédominant aux membres inférieurs. Un antécédent d'urétrite, de cervicite, de vulvovaginite et de diarrhées étaient relevées chez nos patients plus d'un mois avant le début de l'atteinte articulaires respectivement chez 21%, 2%, 2% et 13%. L'installation de la douleur était progressive chez

72% de nos patients. La douleur était inflammatoire dans 63% des cas et dans 79% des cas, la douleur était chronique. 58% de nos patients avaient une oligoarthritis asymétrique et 28% une polyarthrite asymétrique prédominant aux membres inférieurs. Les synovites étaient présentes chez 28 patients soit 58%. Les articulations les plus concernées étaient les genoux avec 40%, les chevilles avec 38% et les pieds avec 25%. Les enthésopathies étaient représentées avec 42% et les uvéites avec 35%. Le diagnostic d'arthrite réactionnelle était obtenu grâce aux critères d'Amor, de l'ESSG et d'ASAS. Parmi les pathologies associées les plus fréquentes étaient la spondylarthrite ankylosante (13%), les MICI (2%) et les rhumatismes psoriasiques (8%).

• Diagnostic paraclinique

Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 39 patients au moment du diagnostic. La VS était élevée chez les 39 patients avec une moyenne de 52,61 mm (extrêmes 0 et 180). La CRP était élevée chez 28 patients avec une moyenne de 28,32 mg/l (extrêmes 6 et 96). L'Ag HLA-B27 recherché chez 46 patients était positif chez 29 (63,04% des cas), les sérologies de chlamydia, de salmonella, de mucoplasme, de ureaplasma urealyticum et de VDRL/TPHA étaient positives chez respectivement 24 (50%), 9 (19%), 8 (17%), 5 (10%) et 2 (4%) de nos patients (tableau I). Sur le plan radiologique : Une sacro-iléite était retrouvée chez 44 cas soit 91%, évaluée par la classification de FORESTIER avec une atteinte supérieure au stade 2 de FORESTIER dans 13% (6 cas) des cas (tableau II).

• Aspects thérapeutiques

Les Antalgiques (Paracétamol et/ou Tramadol) ont été utilisés chez 96%, 73% recevaient des antiinflammatoires non stéroïdiens. 54% étaient sous Méthotrexate, alors que 6% étaient sous Sulfasalazine. 100% de nos patients avaient reçu une Antibiothérapie (ciprofloxacine, azythromycine, doxycycline, rifampicine + azythromycine ou rifampicine + doxycycline). Chez 4% des cas, nous avons eu recours à la kinésithérapie.

• Aspects évolutifs

L'indice d'activité a été évalué par BASDAI et ASDAS-CRP, la moyenne de BASDAI était de 5,6226 avec des extrêmes de [0 - 9,55] et de 3,9725 avec des extrêmes de [0,10 - 9] pour l'ASDAS-CRP au début du traitement. Cette moyenne a considérablement diminué tout au long du traitement ainsi donc on notait pour le BASDAI une moyenne de 2,281 avec des extrêmes de [0,40 - 7] au 3ème mois et de 2,0093 avec des extrêmes de [0,20 - 7,7] au 6ème mois et pour l'ASDAS-CRP elle était de 1,5215 avec des extrêmes de [1 - 3,6] au 3ème mois et de 1,3250 avec des extrêmes de [0,94 - 6] au 6ème mois. L'indice de retentissement fonctionnel a été évalué par BASFI, la moyenne de BASFI était de 5,6317 avec des extrêmes de [0,00 - 9] au début du traitement. Cette moyenne a considérablement diminué tout au long du traitement ainsi donc on notait une moyenne de 2,6227 avec des extrêmes de [0 - 5,2] au 3ème mois et de 2,4193 avec des extrêmes de [0 - 7] au 6ème mois. La SF36 au début du traitement : l'activité physique (64,50%), les douleurs physiques (65,36%), la santé perçue (59,71%) et le fonctionnement social (58,21%) étaient les plus représentés. S'agissant de la NHP au début du traitement : la douleur (67,68%), l'énergie (56,43%) et la mobilité (30,99%) étaient les plus représentés. Les scores de SF36 (tableau III), de NHP (tableau IV) et d'ASQOL (tableau V) étaient importants à l'initiation du traitement et relativement diminués au troisième et au sixième mois du traitement.

Tableau I : Bilan SPA

Bilan SPA	Effectifs	Pourcentage
Ag HLA B27 positif	29	63,04%
Sérologie chlamydia positive	24	50%
Sérologie salmonella positive	9	18,75%
Sérologie mucoplasme positive	8	16,66%
Sérologie ureaplasma Urealyticum positive	5	10,41%
Sérologie VDRL/TPHA positive	2	4,16%

Tableau II : Répartition des patients selon la classification de Forestier

Radiologie du bassin	Effectifs	Pourcentage
Normale	4	8,33%
Stade I bilatéral	20	41,66%
Stade II bilatéral	18	37,5%
Stade III bilatéral	4	8,33%
Stade IV bilatéral	2	4,16%
Total	48	100%

Tableau III : Répartition des patients selon le SF36

SF36	M3	M6
Activité physique	35,22%	35,05%
Limitations dues à l'état physique	26,22%	22,19%
Douleurs physiques	37,39%	36,52%
Santé perçue	36,28%	35,95%
Vitalité	27,23%	26,90%
Fonctionnement social	34,33%	32,46%
Santé psychique	33,98%	32,38%
Limitations dues à l'état psychique	24,87%	22,30%
PCS	34,92%	33,83%
MCS	29,50%	27,43%

Tableau VI : Résumé des valeurs du NHP

NHP	M3	M6
Mobilité	17,39%	16,32%
Douleur	17,52%	16,56%
Isolation sociale	8,51%	1,90%
Réaction émotionnelle	3,81%	2,16%
Energie	34,30%	30,65%
Sommeil	22,88%	20,30%

Tableau V : Résumé des valeurs de l'ASQoL

ASQoL	M3	M6
Limitation des déplacements	37,7%	36,2%
Envie de pleurer à cause de la maladie	25,3%	24,9%
Difficulté à s'habiller	24,2%	23,2%
Fatigue au cours des activités de la vie quotidiennes	24,8%	23,4%
Problèmes de sommeil	16,2%	15,9%
Vie sociale	18,5%	17,2%
Fatigue continue	31,3%	30,5%
Se reposer au cours du travail	32,6%	31,2%
Douleur insupportable	33,3%	32,6%
Raideur matinale	25,1%	24,7%
Limitation des activités de la vie quotidiennes	23,6%	22,3%
Se fatiguer rapidement	31,6%	30,9%
Frustration	23,9%	22,8%
Douleur continue	31,6%	29,9%

Discussion

• Aspects épidémiologiques

Du point de vue épidémiologique, nous avons colligé 9262 observations de patients dans le service de rhumatologie, durant la période d'étude allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2020, 770 avaient une spondyloarthropathie dont 48 une arthrite réactionnelle soit une prévalence hospitalière de 0,064% et une incidence annuelle de 0,08 pour 100.000 personnes-année. Compte tenu de la rareté de cette étude en Afrique subsaharienne, nous n'avons pu trouver une étude similaire pour comparer notre incidence et notre prévalence hospitalière. Selon la littérature occidentale basée sur l'étude de la population : Michet et al à Rochester, donne une incidence chez l'homme âgé de moins de 50 ans de 3,5 / 100 000 ; d'après cette même étude, les arthrites réactionnelles seraient aussi fréquentes chez l'homme jeune que la polyarthrite rhumatoïde [2]. Kvien et al trouvent une incidence des arthrites postchlamydiennes et postdysentériques respectivement de 4,6 / 100 000

et 5,0 / 100 000 habitants âgés entre 18 et 60 ans. Il semble que la fréquence des arthrites réactionnelles à porte d'entrée génitale soit en diminution dans les pays occidentaux ; cette donnée est confirmée par Kvien [3]. Cette diminution d'incidence est attribuable à l'utilisation croissante du préservatif après les campagnes de lutte contre le sida, et au traitement antibiotique précoce des urétrites non gonococciques [4]. Les arthrites réactionnelles à porte d'entrée génitale touchent classiquement l'homme jeune, bien que certains auteurs aient insisté sur l'absence de prédominance masculine. En effet, les cervicites passent souvent inaperçues, et un certain nombre d'arthrites en apparence isolées pourraient être réactionnelles à une infection génitale méconnue, comme en témoigne la mise en évidence d'antigènes chlamydiens dans des articulations de femmes souffrant d'arthrites en apparence isolées du genou [5]. Si l'on estime la prévalence des AR, en se limitant aux cas comportant un épisode infectieux prouvé, alors cette prévalence est faible en diminution depuis une vingtaine d'années, surtout en ce qui concerne les cas liés à une infection à Chlamydia. Ce qui pourrait s'expliquer par une meilleure protection vis-à-vis de la transmission de ces maladies, et par un usage plus large des antibiotiques. Selon les pays et les populations, la prévalence des AR varie schématiquement entre cinq et 15/100000 habitants. La fréquence des AR recensées lors des infections digestives est parfois élevée parmi les sujets exposés, de 2-3 % en cas d'infection à salmonelle ou shigelle, à plus de 30% en cas de yersiniose. L'âge moyen de nos patients était de $47,96 \pm 13,26$ au moment du diagnostic avec des extrêmes de 20 et 83 ans. La tranche d'âge la plus représentée était la tranche de [51 - 60] ans avec un pourcentage de 35,41% ; La prédominance féminine était notée avec 35 femmes (72,92%) et 13 hommes (27,08%) soit un sex ratio de 2,69F/1H. Dans la littérature le sexe ratio est proche de 1 pour les AR post-entériques, alors qu'il existe une forte prédominance masculine des Arthrites réactionnelles [6].

- Aspects diagnostiques

Du point de vue diagnostic, le motif de consultation le plus fréquent dans notre série était dominé par les atteintes articulaires périphériques (46%) prédominant aux membres inférieurs. Un antécédent d'urétrite, de cervicite, de vulvovaginite et de diarrhées étaient relevées chez nos patients plus d'un mois avant le début de l'atteinte articulaires respectivement chez 21%, 2%, 2% et 13%. 58% de nos patients avaient une oligoarthrite asymétrique et 28% une polyarthrite asymétrique prédominant aux membres inférieurs. Les synovites était présent chez 28 patients soit 58%. Les articulations les plus concernées étaient les genoux avec 40%, les chevilles avec 38% et les pieds avec 25%. Les enthésopathies étaient représentées avec 42% et les uvéites avec 35%. Le diagnostic d'arthrite réactionnelle était obtenu grâce aux critères d'Amor, de l'ESSG et d'ASAS. La fréquence des arthrites réactionnelles est moindre dans la race noire du fait de la plus grande rareté de l'antigène HLA B27. Les études épidémiologiques sont difficiles à organiser et à interpréter en raison de la grande variabilité clinique et de l'absence de critères diagnostiques précis [6]. Il n'existe pas actuellement de critères de diagnostic ou de classification satisfaisants pour les arthrites réactionnelles. Les critères proposés par l'ACR en 1981 s'appliquent essentiellement aux arthrites postvénériennes et les critères de classification des spondylarthropathies manquent de sensibilité, notamment dans les atteintes articulaires mineures. En pratique le diagnostic se base sur des éléments anamnestiques : contact sexuel ou symptomatologie génito-urinaire est recherché systématiquement. Un épisode de diarrhée, parfois fruste, peut être retrouvé à l'interrogatoire 1 à 3 semaines avant le début des signes articulaires. La topographie des arthrites prédominant aux membres inférieurs est surtout évocatrice pour les arthrites chlamydiennes [7]. L'association des fessalgies ou d'une enthésopathie inflammatoire a une valeur d'orientation [7]. Plusieurs systèmes de critères ont été proposés pour le diagnostic d'AR. Cependant, aucun n'est actuellement admis de façon consensuelle. Le plus simple est celui de Wilkens, qui

considère comme syndrome de Reiter tout épisode d'arthrite périphérique d'une durée de plus d'un mois associé à une urétrite ou à une cervicite [8]. Ces critères sont particulièrement larges, puisqu'ils permettent de porter le diagnostic d'AR, même en l'absence d'infection déclenchante prouvée. Bien que ces critères soient les plus couramment utilisés, ils sont donc souvent considérés comme imparfaits. Il n'existe pas actuellement de consensus sur les meilleurs critères à utiliser. Les AR font partie des SPA, elles en remplissent donc les critères de classification validés sur le plan international [8]. Dans notre étude l'Ag HLA-B27 recherché chez 46 patients était positif chez 29 (63,04% des cas). Comme pour les autres variétés de SPA, il existe une forte association entre l'antigène majeur d'histocompatibilité de classe I, HLA-B27 et la survenue d'AR. Alors que la prévalence de l'allèle B27 est de 7,5% dans la population générale caucasienne, sa fréquence chez les patients atteints d'AR varie de 60% en cas d'AR postchlamydienne, à 70-80% pour les formes succédant à une infection digestive. La recherche isolée du B27 se justifie dans les formes incomplètes d'AR (en particulier lorsque les critères de SPA ne sont pas par ailleurs remplis). Mais il existe des faux négatifs [1] et avant de conclure à la négativité de cette recherche, il vaut mieux en vérifier le résultat en faisant pratiquer un typage HLA-B, qui identifiera précisément les allèles présents au locus HLA-B. Ce typage permet l'identification des deux allèles, le plus souvent différents (ce qui correspond aux individus hétérozygotes). Si aucun de ces allèles n'est le B27, on exclut sa présence avec certitude. Toutefois lorsqu'un seul allèle non B27 est identifié, ce qui est le cas chez les individus homozygotes, on ne peut exclure formellement un problème de détection du B27 [1]. Dans notre étude les sérologies de chlamydia, de salmonella, de mucoplasme, de ureaplasma urealyticum et de VDRL/TPHA étaient positives chez respectivement 24 (50%), 9 (19%), 8 (17%), 5 (10%) et 2 (4%) de nos patients. Un nombre limité de germes sont reconnus comme pouvant induire une arthrite réactionnelle. Les preuves microbiologiques de l'arthrites réactionnelles seront

acquises d'autant plus facilement que le patient est vu tôt après l'épisode d'urétrite ou de gastroentérite. Mais souvent au moment où s'installent les manifestations articulaires, les cultures des prélèvements au niveau de la porte d'entrée s'avèrent négatives [5]. Dans les arthrites à porte d'entrée digestive, la coproculture n'est que rarement positive. Le prélèvement urétral ou l'écouvillonnage endocervical doit être réalisée, même en l'absence d'urétrite symptomatique [7]. La sérologie de chlamydia fait appel à l'immunofluorescence (IF) ou d'immunoenzymologie (IE). La détection d'IgM et/ou d'IgA a la meilleure sensibilité (63 %) avec une spécificité de 81 %. Cependant, certains patients souffrant d'une authentique arthrite réactionnelle postchlamydienne n'ont pas d'anticorps antichlamydiens, et l'absence d'IgM et/ou d'IgA ne peut donc permettre d'exclure le diagnostic. La recherche par biologie moléculaire d'ADN de *C. trachomatis* dans les urines du premier jet, semble particulièrement facile et intéressante à réaliser. Les sérologies pour les Shigellas, ne possèdent pas d'intérêt. Les tests de Felix et Widal ont de fréquentes réactions croisées. Les sérodiagnostics utilisant la technique ELISA dirigées contre le lipopolysaccharide de *Yersinia* ou de *Salmonella*, ou le Western-blot dirigées contre l'outer membrane protein (OMP) de *Yersinia* ont de bonnes performances diagnostiques si l'on s'intéresse au taux des IgM, et plus encore des IgA spécifiques mais leurs valeurs prédictives positives et négatives restent mal établies. La recherche d'antigènes bactériens dans le liquide articulaire ou les biopsies synoviales pourrait avoir un grand intérêt diagnostique mais n'est pas réalisé de routine [9, 10]. Sur le plan radiologique dans notre étude : une sacro-iléite était retrouvée chez 44 cas soit 91%, évaluée par la classification de FORESTIER avec une atteinte supérieure au stade 2 de FORESTIER dans 13% des cas. Les radiographies standards sont normales au début mais peuvent montrer une ostéopénie au niveau juxta-articulaire. Au cours de l'évolution, peuvent apparaître des zones d'érosions en regard des zones d'arthrites, puis d'ossifications au niveau du calcanéum, de la rotule,

des tubérosités tibiales ou ischiatiques. Une sacro iléite radiologique est présente dans 5 à 10 % des cas dans les premiers symptômes et 70 % dans les formes chroniques. L'IRM ou surtout l'échographie, dont plusieurs travaux soulignent l'intérêt pour le diagnostic d'enthésite périphérique, peuvent ainsi contribuer au diagnostic d'arthrite réactionnelle [11].

- Aspects thérapeutiques

Sur le plan thérapeutique, les Antalgiques (Paracétamol et/ou Tramadol) ont été utilisés chez 96% de nos patients, 73% recevaient des anti-inflammatoires non stéroïdiens. 54% étaient sous Méthotrexate, alors que 6% étaient sous Sulfasalazine. 100% de nos patients avaient reçu une Antibiothérapie (ciprofloxacine, azythromycine, doxycycline, rifampicine + azythromycine ou rifampicine + doxycycline). Chez 4% des cas, nous avons eu recours à la kinésithérapie. Le mode présumé de déclenchement des AR, ainsi que l'occasionnelle mise en évidence de germes au sein du tissu synovial rendait logique le recours aux antibiotiques dans cette indication et les arguments semblent encore plus solides lorsque la porte d'entrée est urogénitale. En effet, le chlamydia semble persister sous forme active au sein des articulations atteintes, contrairement aux germes d'origine digestive. L'utilité de traitements antibiotiques prolongés, longtemps contestée, a connu un récent regain d'intérêt, tout particulièrement dans les formes d'AR faisant suite à des infections urogénitales à Chlamydia. En cas de porte d'entrée digestive initiale, l'antibiothérapie s'est révélée décevante. Toute infection génitale à Chlamydia trachomatis, doit bénéficier d'un traitement antibiotique ainsi que chez le partenaire par azythromycine (1g en mono dose) ou doxycycline (200mg/j pendant 6 jours) [12], ceci semble avoir une efficacité préventive sur le développement et la sévérité des arthrites, à condition d'être administré avant leur début. De plus, une étude contrôlée récente démontre l'efficacité d'une combinaison d'antibiotiques (rifampicine + azythromycine) ou (rifampicine + doxycycline) administrée durant 6 mois sur les manifestations articulaires établies (arthrites, dactylites) des AR à Chlamydia [13], cependant

les résultats d'une étude menée par Putschky et al [14] n'a pas montré de supériorité du traitement par doxycycline au long cours (4 mois) par rapport au traitement de 10 jours. Dans les formes chroniques des arthrites réactionnelles résistantes aux AINS, la sulfasalazine et le méthotrexate sont une alternative thérapeutique, même si l'intensité de leur effet semble modeste. Récemment a été rapporté une arthrite réactionnelle chez un patient infecté par le VIH, sous traitement antiviral efficace résistant au méthotrexate associé aux corticoïdes, et chez lequel un traitement par anti TNF a été efficace [15]. Cependant il n'y a pas d'indication officielle actuellement des anti-TNF dans les arthrites réactionnelles malgré leur efficacité démontrée dans la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique.

- Aspects évolutifs

Evolution sous traitement : dans notre étude les scores de NHP, de SF36 et d'ASQOL étaient importants à l'initiation du traitement et relativement diminués au troisième et au sixième mois du traitement. L'évolution des arthrites réactionnelles a longtemps été considérée comme bénigne, mais des études avec un recul prolongé ont remis en cause cette notion. Pour les arthrites réactionnelles postvénériennes, les récurrences sont fréquentes. Certaines de ces réactivations peuvent être liées à des infections par d'autres agents susceptibles de déclencher des arthrites réactionnelles ou des réinfections vénériennes, mais beaucoup surviennent sans nouvelle infection et pourraient être dues à la réactivation de foyers infectieux articulaires ou extra-articulaire, ou à la libération d'antigènes provenant de ces foyers. Plus de 50 % des arthrites postchlamydiennes évolueraient sur un mode chronique après plusieurs années. L'évolution des arthrites postshigelliennes est souvent émaillée de rechutes, en particulier chez les porteurs du HLA B27 [12]. L'évolution immédiate des AR se fait vers la rémission spontanée, d'autant plus lente à survenir que les manifestations inflammatoires initiales ont été plus intenses. Cette décroissance s'étale en moyenne sur 4 à 5 mois, pouvant parfois se prolonger au-delà de 12 mois. L'HLA-B27 favorise

la persistance plus prolongée des symptômes. Pour la majorité des patients, la rémission est assimilable à une guérison. Cependant, une forte proportion de patients (de 20 à 50% selon les études), développe des manifestations chroniques ou récidivantes à type d'arthrites, ou d'urétrites, et pour 10 à 20% d'entre eux une spondylarthrite ankylosante typique [14].

Conclusion

Les arthrites réactionnelles (AR) sont des arthrites stériles, survenant à distance d'une infection bactérienne d'origine digestive ou urogénitale. Des arguments convergents ont permis d'intégrer les AR dans la famille des spondyloarthrites dont le rôle du HLA B27 reste encore incomplètement compris à ce jour. Le passage à la chronicité de ces arthrites peut justifier d'un traitement de fond comme le méthotrexate, la sulfasalazine ou les anti-TNF en cas d'échec aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

*Correspondance

Abbase Abba

abbasseabba03@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

1 : Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire
Aristide LeDantec, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Aho K, Ahvonen P, Lassus A, Sievers K and Tiilikainen A. HLA reactive antigen B27 and reactive arthritis. *Lancet* 1973 ; 21 ; 2 ; 7821: 157
- [2] Michet C, Machado E, Ballard D, McKenna C. Epidemiology

- of Reiter syndrome in Rochester, Minnesota : 1950-1980. *Arthritis Rheum* 1988 ; 31 ; 3: 428-431.
- [3] Kvien TK, Glennas A, Melby K et al. Reactive arthritis : incidence, triggering agents and clinical presentation. *J Rheumatol* 1994 ; 21 ; 1: 115-22.
- [4] Iliopoulos A, Karras D, Ioakimidis D et al. Change in the epidemiology of Reiter's syndrome (reactive arthritis) in the post-AIDS Era ? An analysis of cases appearing in the Greek army. *J Rheumatol* 1995 ; 22 ; 2: 252-4.
- [5] Keat A, Thomas BJ, Hughes R, Taylor-Robinson D. Chlamydia trachomatis in reactive arthritis. *Rheumatol Int* 1989 ; 9 ; 3-5: 197-200.
- [6] Olivieri I, van Tubergen A, Salvarani C, et al. Seronegative spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002 ; 16 ; 5: 723-39.
- [7] Aho K. Reactive arthritides : how and why are they reactive ? *Clin Exp Rheumatol* 1987 ; 5 Suppl 1: S15-8.
- [8] Willkens, R. F., Arnett, F. C., Bitter, T., Calin, A., Fisher, L., Ford, D. K., Good, A. E. and Masi, A. T. Reiter's syndrome. Evaluation of preliminary criteria for definite disease. *Arthritis And Rheumatism* 1981 ; 24 ; 6: 844-9.
- [9] Bardin T. Les arthrites chlamydiennes. *L'actualité rhumatologique* 1999 ; 39: 21-31.
- [10] Pertuiset E, Bardin T. Arthrites réactionnelles : le point. *L'actualité rhumatologique* 2003 ; 45: 73-90.
- [11] Fendler C, Laiko S, Sörensen H, Gripenberg-Lerche C, Groh A, Uksila J, et al. Frequency of triggering bacteria in patients with reactive arthritis and undifferentiated oligoarthritis and the relative importance of the test used of diagnosis. *Ann Rheum Dis* 2001 ; 60 ; 4: 337-43.
- [12] Bébéar C, de Barbeyrac B. Genital Chlamydia trachomatis infections. *Clinical Microbiology and Infection* 2009 ; 15 ; 1: 4-10.
- [13] Carter JD, Espinoza LR, Inman RD, Sneed KB, Ricca LR, Vasey FB, Valeriano J, Stanich JA, Oszust C, Gerard HC et Hudson AP. Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis. A double-blind, placebo-controlled, prospective trial. *Arthritis Rheum.* 2010 ; 62 ; 5: 1298-1307.
- [14] Putseky N, Pott HG, Kuipers JG, Zeidler H, Hammer M, Wollenhaupt J. Comparing 10-day and 4 month doxycycline courses for treatment of Chlamydia trachomatis-reactive arthritis : a prospective, double-blind trial. *Ann Rheum Dis*

2006 ; 65 ; 11: 1521-4.

[15] Gaylis N. Infliximab in the treatment of an HIV-positive patient with Reiter's syndrome. *J Rheumatol* 2003 ; 30 ; 2: 407-11.

Pour citer cet article :

A Abba, M Niasse, LM Diaby, H Ali. Arthrites réactionnelles au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 20-29



Cas Clinique

Lymphome T périphérique non spécifique survenu au cours de l'évolution d'un patient atteint d'hépatite B et leucémie myéloïde chronique : à propos d'un cas en consultation externe du service d'immunohématologie de Cocody

Non-specific peripheral T lymphoma Occurred during the evolution of a patient with hepatitis B and chronic myeloid leukemia: about an outpatient case at the Cocody immunohematology department.

R Ayemou¹, RP Botti*¹, S Koné¹, I Kamara², B Tale², AD Silue², SAA Bognini², L Adjoumani², R Djeket², C N'dri¹, JF Konan Koffi¹, B. Kouakou², GK. Koffi², B Ouattara¹

Résumé

Le lymphome T NOS et la LMC sont deux hémopathies couramment rencontrés en pratique clinique. La découverte de ces deux pathologies chez un même individu constitue un fait inhabituel. Les auteurs rapportent un cas d'association morbide observé en consultation externe au service d'immunohématologie du CHU de Cocody.

Mots-clés : LMC, Lymphome T, hépatite B.

Abstract

T NOS lymphoma and CML are two hemopathies commonly encountered in clinical practice. The discovery of these two pathologies in the same individual constitutes an unusual fact. The authors report a case of morbid association observed in an outpatient clinic at the immunohematology department of the CHU of Cocody.

Keywords: CML, Lymphoma T, hepatitis B.

Introduction

La leucémie myéloïde chronique (LMC) est un modèle de cancérogenèse. Son pronostic a été exceptionnellement amélioré grâce aux inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK) (imatinib, dasatinib, nilotinib, bosutinib, ponatinib). Mais son association à un lymphome T NOS et une hépatite B est rare ce qui suscite un intérêt épidémiologique, étiopathogénique, thérapeutique et évolutif.

Cas clinique

Monsieur NJ âgé de 53 ans, avec notion d'exposition aux pesticides et herbicides. Atteint d'hépatite B depuis 2018 sous tenofovir inobservant. Il présentait en décembre 2019 une distension progressive du volume de l'abdomen avec sensation d'une masse à l'hypochondre gauche. L'examen clinique notait un bon état général (OMS 1), une splénomégalie type III de Hackett et une hépatomégalie à 15 cm sur la ligne médio claviculaire. Les aires ganglionnaires

étaient libres. Au plan paraclinique l'on notait à l'hémogramme une hyperleucocytose à 307580 élément/mm³, une anémie à 6,1 g/dl normochrome normocytaire (VGM 85fl, TCMH 32 pg, CCMH 32 g/dl) et une thrombopénie à 136000 élément/mm³. Le frottis sanguin était en faveur d'une myélémie importante et polymorphe. La cytogénétique révélait une translocation 9-22 avec pseudo diploïdie.

Le bilan pré thérapeutique (rénale, hépatique, métabolique, sérologie HIV et hépatite C) était normal en dehors de la charge virale hépatite B qui était à 11130 ui/l.

Il a reçu en février 2020 un traitement à base de glivec 400 mg initié deux semaines après la reprise régulière du Tenofovir. L'évolution était marquée par une disparition de l'hépatomégalie et la splénomégalie, avec une normalisation de l'hémogramme après 6

mois de traitement. Par la suite on a assisté à une perte de compliance thérapeutique au glivec dont la dose a été réduite de moitié (200 mg) du fait de cytopénies profondes intermittentes. L'évolution était marquée 3 mois plus tard par l'apparition d'adénopathies cervicales d'environ 2 à 3 cm bilatérales asymétriques non inflammatoire. L'examen immunohistochimie de la pièce de biopsie ganglionnaire avait conclu à Lymphome T périphérique non spécifique.

Du point de vue pronostique ce patient était classé risque faible (LDH normal, OMS 1, pas de localisation profonde), le bilan pré thérapeutique est normal en dehors de la sérologie HTLV 1 qui est en cour de réalisation. La prise en charge associera les ITK, la poly chimiothérapie type CHOEP et le tenofovir. Le pronostic d'une telle association demeure sombre.

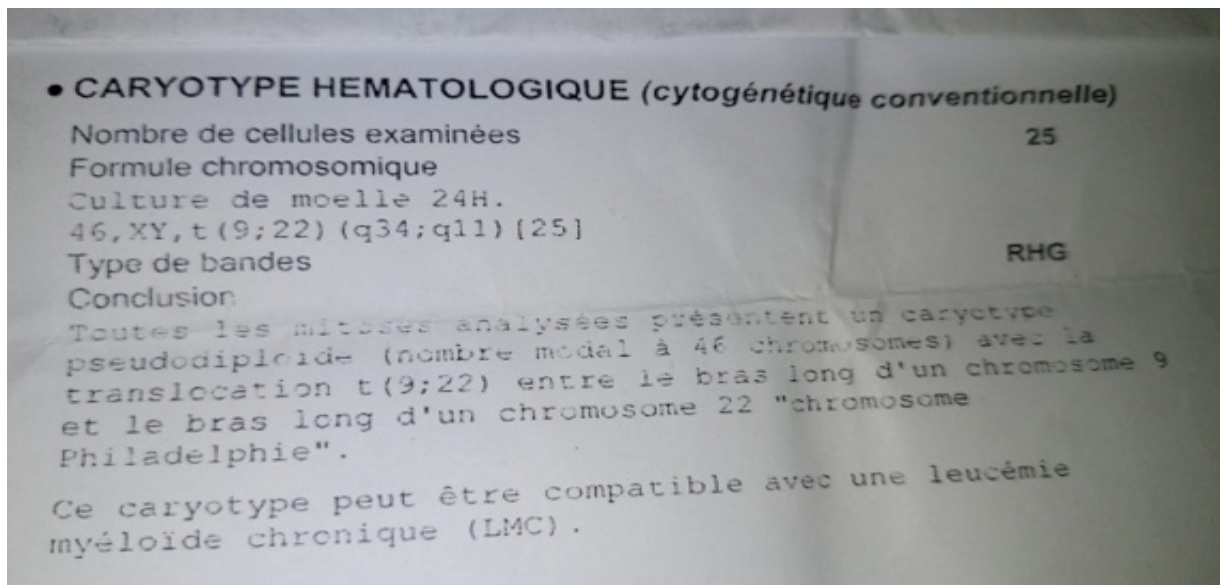


Figure 1 JPEG : Caryotype

Sérologie	UI	Resultat	Intervalle
Antigène HBe		Négatif	
Antigène Hbs quantitatif		11130	UI/ml

Figure 2 JPEG : Charge virale de l'hépatite B

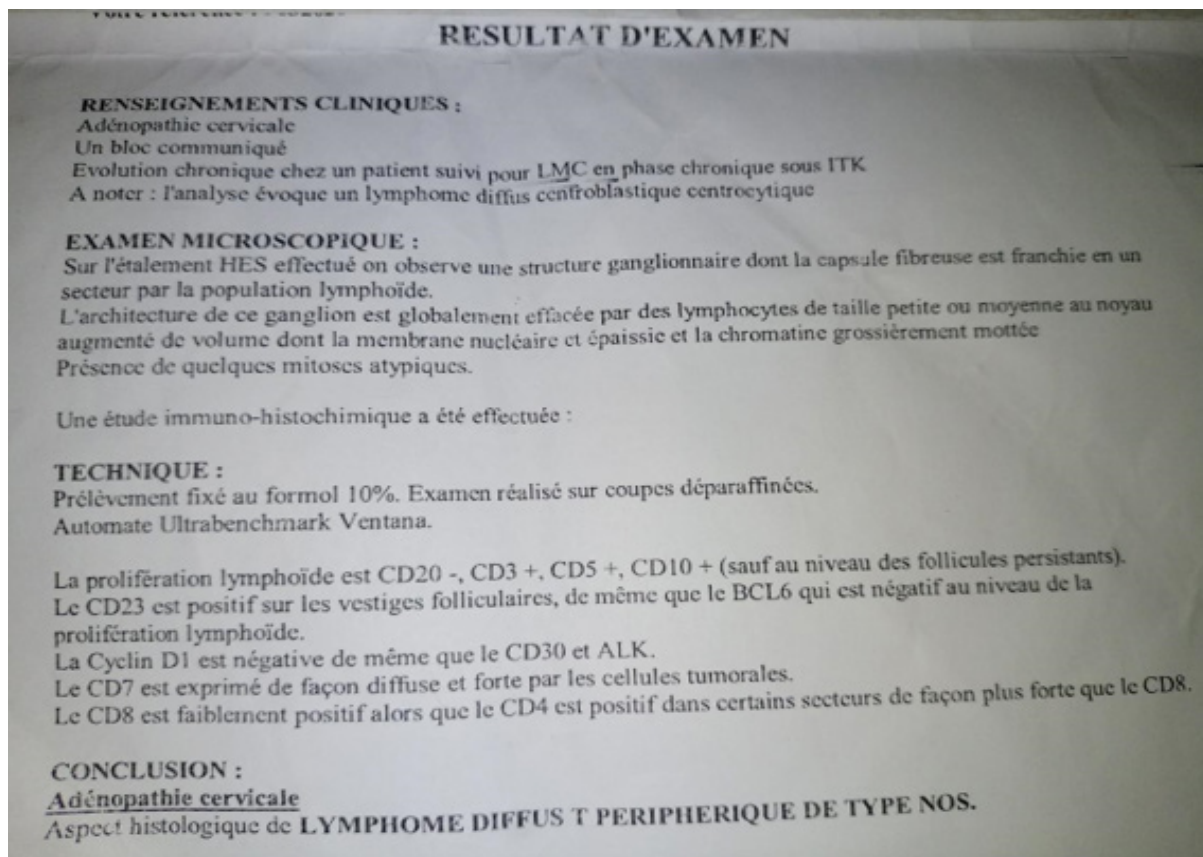


Figure 3 JPEG : Immunohistochimie

Discussion

L'association d'hémopathies lymphoïdes et myéloïdes, qu'elle soit simultanée ou séquentielle chez un même patient est rare avec une incidence globale de 1% [1]. Leur signification mérite d'être discuté, même si aucune conclusion formelle ne peut être retenue pour l'instant. Une coexistence fortuite paraît hautement improbable en raison de la rareté relative de chacune des deux pathologies [2]. Dans la littérature nous avons retrouvé quelques cas dont une association simultanée d'un lymphome et une LMC avec caryotype inhabituel qui semble être le premier cas décrit en 1984 [3 ;4]. Par contre la plupart des cas (66%) retrouvés sont de présentation séquentielle [5] comme chez notre patient.

De cette association se dégage 2 hypothèses principales de lymphomagenèse : d'une part, celle d'une dérégulation immunitaire secondaire à l'hépatite B chronique en phase de répllication virale active et à la LMC, qui favoriserait une instabilité génétique avec survenue de nouvelles anomalies génétiques clonales.

D'autre part celle d'anomalie probablement partagé des voies de signalisation impliquant la tyrosine kinase retrouvé dans la LMC et la dérégulation des gènes PDGFRA (platelet-derived growth factor receptor) à activité tyrosine-kinase retrouvé dans les lymphomes T périphériques sans spécificité. Par ailleurs, dans les lymphomes T NOS un réarrangement clonal des gènes du TCR est habituellement retrouvé, mais il n'est pas constant. Les anomalies géniques, détectées en cytogénétique conventionnelle sont fréquentes, mais aucune translocation récurrente n'a jusqu'ici été décrite hormis la translocation t (5;9) responsable de l'expression de la tyrosine-kinase de fusion oncogénique ITK-SYK [6 ; 7]. Parmi les gènes susceptibles d'avoir des implications thérapeutiques, on peut souligner le PDGFRA (platelet-derived growth factor receptor) à activité tyrosine-kinase, qui est inhibé par l'imatinib, et CYR61 (cysteine-rich 61) qui pourrait participer à la résistance aux chimiothérapies [6].

Dans tous les cas le traitement prendra en compte celui de la LMC par les ITK, du lymphome T NOS

par le protocole CHOEP () et de l'hépatite B par le TENOFOVIR. Le pronostic d'une telle association est sombre.

Conclusion

Il s'agit d'une association morbide qui pose un problème pathogénique et thérapeutique.

*Correspondance

Renee-Paule Botti

renepaulebotti@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

Université Alassane Ouattara de Bouaké. BP V 1801, Bouaké

1 : Service de médecine interne. Université Felix Houphouët Boigny de Cocody. BP V34, Abidjan 01

2 : Service d'immunologie et hématologie du CHU de Cocody

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Hauck G, Jonigk D, Kreipe H, Hussein K. Simultaneous and sequential concurrent myeloproliferative and lymphoproliferative neoplasms. *Acta haematologica* ; 2013 ;129 (3) :187-196.
- [2] Monoharan A, Catovsky D, Clein P. Simultaneous or spontaneous occurrence of lympho and myeloproliferativ disorders : a report of four cases. *Br J Haemat* ; 1981 : 49 :111-6.
- [3] Acar H, Ecirli S, Gundogan F. Simultaneous occurrence of chronic myelogenous leukemia and non Hoggkin lymphoma at diagnosis. Departement of medical genetics sekuk university, konya, turkey. *Cancer genet cytogenet.* 1999 Jan 15 ; 108 (2) : 171-4.
- [4] Vannier JP, Bizet M, Bastard C. Simultaneous occurrence

of a T- cell lymphoma and a chronic myelogenousleukemia with an unusial karyotype. *Leuk Res* 1984 ; 8 (4) : 647-57.

- [5] Fujiwara SI, Shirato Y, Ikeda T. Successful treatment of follicular lymphoma with second-generation tyrosine kinase inhibitor administered for coexisting chronic myeloid leukemia. *International Journal of Hematology* ; 2018 ; 107 (6) :712-715.
- [6] G. Delsol. Les anomalies moléculaires dans les lymphomes. *Bulletin du cancer.* Volume 97, Issue 11, November 2010, Pages 1347-1364
- [7] Christophe Martinaud, Physiopathologie des néoplasies myéloprolifératives *Revue Francophone des Laboratoires* Volume 2017, Issue 492, May 2017, Pages 41-50

Pour citer cet article :

R Ayemou, RP Botti, S Koné, I Kamara, B Tale, AD Silue et al. Lymphome T périphérique non spécifique survenu au cours de l'évolution d'un patient atteint d'hépatite B et leucémie myéloïde chronique : A propos d'un cas en consultation externe du service d'immunohématologie de Cocody. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 30-33



Cas Clinique

Allo-immunisation plaquettaire chez un patient cirrhotique polytransfusé au CHU Ibn Rochd, Casablanca

Platelet alloimmunization in a polytransfused cirrhotic patient at CHU Ibn Rochd, Casablanca

S Bouamama*¹, F Haddad¹, K El Montacer¹, FZ El Rhaoussi¹, M Tahiri¹, W Hliwa¹, A Bellabah¹, W Badre¹

Résumé

L'allo-immunisation antiplaquettaire résulte de l'exposition au cours des transfusions par les produits de sang labiles à des déterminants allo-typiques. C'est une situation fréquemment rencontrée chez les patients ayant des besoins transfusionnels importants et récurrents en l'occurrence des cas de cirrhose dont l'évolution naturelle est émaillée d'épisodes de décompensation hémorragique secondaire à l'hypertension portale. Toutefois chez le patient cirrhotique, faire la part de causalité entre la thrombopénie due à la consommation plaquettaire dans le cadre de l'hypersplénisme et l'origine allo-immune est d'un intérêt majeur dans la prise en charge thérapeutique du saignement. Ainsi l'observation sous-illustrée permettra de souligner la morbidité qui découle d'une allo-immunisation chez un patient aux besoins transfusionnels constants.

Mots-clés : Allo-immunisation plaquettaire, polytransfusion, cirrhose.

Abstract

Antiplatelet alloimmunization results from exposure to allo-typical determinants during transfusion with labile blood products. This situation is frequently encountered in patients with significant and recurrent

transfusion needs, in this case cases of cirrhosis whose natural evolution is punctuated by episodes of hemorrhagic decompensation secondary to portal hypertension. However, in the cirrhotic patient, it is of major interest in the therapeutic management of bleeding to distinguish between thrombocytopenia due to platelet consumption in the context of hypersplenism and allo-immune origin. Thus, sub-illustrated observation will highlight the morbidity that results from alloimmunization in a patient with constant transfusion needs.

Keywords: Alloimmunization, polytransfusion, cirrhosis.

Introduction

La thrombopénie chez un malade cirrhotique est habituelle du fait de l'hypersplénisme quoique son degré de sévérité et la diminution de l'efficacité transfusionnelle doivent soulever l'éventualité d'une allo-immunisation plaquettaire constituant un enjeu majeur tantôt diagnostique que thérapeutique [1]. Nous rapportons le cas particulier d'un patient âgé de 28 ans, suivi pour une cirrhose d'étiologie indéterminée, ayant développé des auto-anticorps anti-plaquettes à

la suite de transfusions itératives, entravant ainsi la prise en charge des décompensations hémorragiques qui compliquent l'hypertension portale sévère.

Cas clinique

Mr L.A., âgé de 28 ans, est sans historique médicale particulière, ne se plaignant d'aucune comorbidité, ne présentant aucun risque de contage viral et ne rapportant aucune notion de prise médicamenteuse hépatotoxique ou de phytothérapie. Aucun cas similaire familial n'a été noté. Le patient est suivi dans notre formation depuis 2010 pour une cirrhose d'étiologie non encore déterminée en décompensation ictérique et hémorragique. Le bilan étiologique avait écarté l'origine virale (B et C), l'hépatopathie de surcharge (bilan de cuivre et d'hémochromatose) et la cause auto-immune avec un profil de foie négatif (anticorps anti-nucléaires, anticorps anti-DNA, anticorps anti muscles lisses type actine et anticorps anti mitochondries type M2). Des épisodes de décompensation hémorragique ont aggravé à plusieurs reprises l'évolution naturelle de la cirrhose chez notre malade. Le patient avait bénéficié de 12 séances de ligatures de varices œsophagiennes, puis a reçu le propranolol.

Les hémorragies digestives hautes récidivantes survenant à la suite de rupture des varices œsophagiennes chez notre malade, étaient responsables d'une déglobulisation et d'une instabilité hémodynamique nécessitant des transfusions multiples. L'évolution était marquée par l'aggravation progressive de la thrombopénie notée sur l'ensemble des résultats des numérations formules sanguines au cours des différents séjours hospitaliers. La réponse aux transfusions plaquettaires est devenue de plus en plus médiocre.

Sur le plan clinique, l'examen physique était constant objectivant un ictère sans cholestase et une splénomégalie volumineuse dont le bord inférieur est palpé au niveau de l'ombilic. Des signes d'hypertension portale sont retrouvés aux échographies abdominales. Cependant l'hypersplénisme explique peu les taux

de plaquettes profondément diminués et la résistance aux transfusions. Ceci entravait à la stabilisation hémodynamique du malade et retardait les gestes endoscopiques déterminant dans la prise en charge thérapeutique des ruptures des varices œsophagiennes. Ainsi le diagnostic d'une séquestration plaquettaire splénique était-il remis en question.

Le diagnostic d'une allo-immunisation était retenu après calcul du rendement post-transfusionnel inférieur à 0,2 et des anticorps antiplaquettaires positifs. Le patient a été mis sous 1mg/kg /j de corticothérapie orale augmenté à 2 mg/kg /j malgré le risque infectieux. L'objectif thérapeutique n'était pas atteint. Le malade gardait une thrombopénie fluctuante entre 12000 et 60000/mm³ gênant toujours les gestes d'hémostase endoscopique. Le patient avait même développé des hyperglycémies iatrogènes ayant incité une dégression rapide des doses de la corticothérapie jusqu'à l'arrêt limitant ainsi la prise en charge thérapeutique à des transfusions en cas de besoin par des culots globulaires phénotypés et réservant le traitement stéroïdien à un taux de plaquettes inférieur à 20000/mm³. Les immunoglobulines n'ont été utilisées vu leur non disponibilité et leur effet connu transitoire voire incertain.

Le patient avait également bénéficié d'un myélogramme ayant objectivé un syndrome myélodysplasique. Certes ce dernier pourrait expliquer l'origine centrale de l'anémie, cependant une association des deux pathologies est possible aggravant encore plus le pronostic initial. L'évolution chez notre malade était également marquée par la survenue d'une thrombose portale cruorique sans extension mésentérique et sans troubles de perfusion hépatique, à découverte radiologique. Un carcinome hépatocellulaire était écarté sur les données d'imagerie et une alpha foeto-protéine négative. Est-ce une thrombose liée au déséquilibre hémostatique connu chez le cirrhotique ou est-ce une complication du syndrome myélodysplasique diagnostiqué ?

Notre malade était un candidat au TIPS (anastomose porto-systémique intra-hépatique), devant la stabilité de l'insuffisance hépatique et l'absence

d'encéphalopathie hépatique ; ceci aurait pu lui épargner les conséquences de transfusions itératives nécessaires au décours des épisodes de décompensations hémorragiques, exposant non seulement au risque d'allo-immunisation mais également à un risque infectieux viral, pouvant ainsi aggraver l'atteinte hépatique.

Discussion

La transfusion plaquettaire, quoiqu'elle soit incontournable, expose à des complications graves, notamment infectieuses et auto-immunes. Le conflit immunologique en particulier conduit à un état réfractaire à l'apport transfusionnel, évalué le plus souvent par une numération plaquettaire post transfusionnelle ou par les formules de rendement post transfusionnel (RTP) et d'augmentation corrigée du compte plaquettaire [2].

L'inefficacité transfusionnelle plaquettaire est définie lorsque 24 heures après une transfusion adaptée au poids du receveur, avec un concentré plaquettaire ABO compatible datant de moins de 48 heures, le RTP est inférieur à 0,2 ou le CCI (Corrected Count Increment) inférieur à 7 [3]. Les receveurs qui sont réfractaires aux transfusions plaquettaires représentent environ 10% de tous les receveurs de plaquettes [4] et 15% des receveurs chroniques [5]. Dans le cas de notre malade, les impasses transfusionnelles étaient survenues une année après que le diagnostic de la cirrhose ait été posé, compliquée d'une hypertension portale sévère responsable de décompensations hémorragiques récurrentes nécessitant des transfusions fréquentes. Les écarts entre les besoins transfusionnels et la réponse mal adaptée aux apports en produits de sang labiles affirmés après le calcul du RTP retrouvé inférieur à 0,2, devenaient de plus en plus contraignant et entravaient à la prise en charge endoscopique adéquate des épisodes hémorragiques. Le constat d'inefficacité transfusionnelle plaquettaire impose une enquête étiologique exhaustive [2]. Celle-ci devrait éliminer d'abord une cause iatrogène puis explorer les causes non immunologiques représentées

essentiellement par l'insuffisance quantitative et/ou qualitative plaquettaire, l'hypersplénisme secondaire à l'hypertension portale (HTP), les anomalies de coagulation liées à un processus infectieux, une maladie du greffon contre l'hôte, une maladie veino-occlusive du foie et une micro-angiopathie thrombotique [6]. Notre patient était suivi pour une cirrhose compliquée d'HTP. L'hypersplénisme était certes longtemps incriminé dans les thrombopénies notées sur les numérations sanguines de notre malade ; cependant la baisse inhabituellement profonde des taux de plaquettes a soulevé des drapeaux rouges, lançant ainsi les investigations.

Chez un malade, transfusé fréquemment, le diagnostic de l'allo-immunisation anti-HLA (Human Leucocyte Antigen) de classe I a été largement rapporté par de nombreux auteurs [1,2]. Cependant Triulzi et al avaient démontré que la prévalence des anticorps n'est pas significativement différente chez les hommes transfusés par rapport aux hommes jamais transfusés (1,7 % versus 1 %) [1] [7]. Toutefois l'étude de Van De Watering avait révélé un taux d'anticorps anti-HLA augmenté dans 28.7% des cas malgré la deleucocytation des produits de transfusion [8]. Compte tenu de l'allo-immunisation anti-HPA après transfusion plaquettaire, elle demeure un évènement rare [1] [9] et le purpura transfusionnel par allo-immunisation en est encore plus exceptionnel [10].

La confirmation de l'allo-immunisation plaquettaire est basée sur l'identification chez le receveur des principaux allo-anticorps mis en cause, à savoir les anticorps anti-HLA et anti-HPA [2] [11]. Un taux dix fois plus élevé d'allo-anticorps a été retrouvé chez des receveurs polytransfusés [11] [12]. Les anticorps anti-HLA sont les plus fréquemment retrouvés [13], cependant tous les patients avec des anticorps anti-HLA ne sont pas forcément réfractaires aux transfusions de plaquettes [13]. Dans le cas de notre patient, l'allo-immunisation étant un diagnostic d'élimination, un myélogramme était réalisé afin d'écartier une origine centrale de la thrombopénie, posant ainsi le diagnostic de syndrome myélodysplasique. Des anticorps anti-HPA étaient toutefois positifs. L'association de

ces deux pathologies chez notre malade, après une recherche exhaustive dans la littérature n'est qu'un épiphénomène imposé par les circonstances des besoins de l'hépatopathie sous-jacente.

Le diagnostic étant posé, l'administration de plaquettes compatibles permettra d'obtenir une réponse post transfusionnelle satisfaisante à l'exception du cas de purpura thrombopénique post transfusionnel. Dans ces cas, les transfusions plaquettaires devraient être réservées aux événements hémorragiques, lors des symptômes neurologiques ou au décours des thrombopénies très sévères $10-15 \times 10^9$ plaquettes/l [14].

D'autres alternatives telles les corticoïdes, les immunosuppresseurs, l'administration intraveineuse d'immunoglobuline, la splénectomie tentées sans succès [14, 15, 16]. L'utilisation de la Trombopoéitine (TPO) n'est désormais sujette qu'aux essais cliniques, étant cliniquement bien tolérée mais l'augmentation de la numération plaquettaire après l'injection est variable et imprévisible [17]. Le pronostic vital chez notre malade est mis en jeu chaque fois qu'une décompensation hémorragique survienne. Le contrôle de l'état hémodynamique devenait de plus en plus difficile. Une corticothérapie à forte dose était instaurée, dont le bénéfice était transitionnel.

Du fait de la difficulté de gestion des conséquences de l'allo-immunisation plaquettaire post transfusionnelle, la prévention demeure la règle. Elle repose sur l'utilisation de concentrés plaquettaires d'aphérèse provenant d'un seul donneur, séro-compatible, dé-leucocytés ainsi que la sélection de produits plaquettaires par un cross-match en tenant compte des anticorps anti-HLA mais également anti-HPA [1].

Conclusion

L'allo-immunisation constitue un véritable tournant dans l'évolution des maladies aux besoins transfusionnels astreignant, telle la cirrhose hépatique, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Ainsi la prévention du conflit immunologique via les apports en produit de sang labiles compatibles et phénotypés,

demeure la règle. Néanmoins la disponibilité, à portée de main, des produits de transfusion sanguine demeure un défi majeur d'où l'importance non seulement de la création d'unités spécialisées, de préférence mobiles, dédiées aux services traitant les pathologies consommant considérablement les réserves des centres de transfusion mais également d'impliquer la population en encourageant les dons de sang.

*Correspondance

Sophia Bouamama

bouamamasophia@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

1 : Service d'Hépto-Gastro-Entérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Basire, A., & Picard, C. (2014). Stratégies d'exploration de l'allo-immunisation plaquettaire pour la prévention et la prise en charge des inefficacités transfusionnelles plaquettaires. *Transfusion clinique et biologique*, 21(4-5), 193-206.
- [2] Moalic, V., & Ferec, C. (2005). Etat réfractaire aux transfusions de plaquettes chez les patients adultes: revue de la littérature. *Médecine thérapeutique*, 11(3), 182-189.
- [3] Recommandations, A. (2003). Transfusion de plaquettes: produits, indications, alternatives.
- [4] Rebullà, P. (2001). Platelet transfusion trigger in difficult patients. *Transfusion clinique et biologique*, 8(3), 249-254.
- [5] Coluccio, E., & Rebullà, P. (2002). Platelet transfusion.
- [6] Fabris, F., Soini, B., Sartori, R., Randi, M. L., Luzzatto, G., & Girolami, A. (2000). Clinical and laboratory factors that affect the post-transfusion platelet increment. *Transfusion*

science, 23(1), 63-68.

- [7] Triulzi, Darrell J., et al. «The effect of previous pregnancy and transfusion on HLA alloimmunization in blood donors: implications for a transfusion-related acute lung injury risk reduction strategy.» *Transfusion* 49.9 (2009): 1825-1835.
- [8] Van de Watering, L., Hermans, J., Witvliet, M., Versteegh, M., & Brand, A. (2003). HLA and RBC immunization after filtered and buffy coat-depleted blood transfusion in cardiac surgery: a randomized controlled trial. *Transfusion*, 43(6), 765-771.
- [9] Peterson, J. A., McFarland, J. G., Curtis, B. R., & Aster, R. H. (2013). Neonatal alloimmune thrombocytopenia: pathogenesis, diagnosis and management. *British journal of haematology*, 161(1), 3-14.
- [10] Kaeffer, N., Papion, H., Menguy, E., Peillon, C., & Bastit, D. (1993, January). Thrombopénie réfractaire par immunisation anti-HLA chez une patiente polytransfusée. In *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* (Vol. 12, No. 1, pp. 60-63). Elsevier Masson.
- [11] Mercadier, A., Charpentier, F., Cabaud, J. J., Muller, J. Y., & Rouger, P. (2003). Transfusion policies in 2003. *Hématologie*, 9(3), 250-264.
- [12] Novotny, V. M., van Doorn, R., Witvliet, M. D., Claas, F. H., & Brand, A. (1995). Occurrence of allogeneic HLA and non-HLA antibodies after transfusion of prestorage filtered platelets and red blood cells: a prospective study [see comments]. *Blood*, 85(7), 1736-1741.
- [13] Brand, A. (2002). Immunological aspects of blood transfusions. *Transplant immunology*, 10(2-3), 183-190.
- [14] Pierre Moncharmont et al, la recherche des anticorps antiplaquettes : étude de 701 dépistages positifs, aspects pratiques. *Revue Française des Laboratoires*, novembre 2002, N° 347.
- [15] Hogge, D. E., Dutcher, J. P., Aisner, J., & Schiffer, C. A. (1984). The ineffectiveness of random donor platelet transfusion in splenectomized, alloimmunized recipients. *Blood*, 64(1), 253-256.
- [16] Lee, E. J., Norris, D., & Schiffer, C. A. (1987). Intravenous immune globulin for patients alloimmunized to random donor platelet transfusion. *Transfusion*, 27(3), 245-247.
- [17] Wendling, F., & Vainchenker, W. (1999). La thrombopoïétine: un bilan des essais thérapeutiques. *Hématologie*, 5(4), 289-94.

Pour citer cet article :

S Bouamama, F Haddad, K El Montacer, FZ El Rhaoussi, M Tahiri, W Hliwa et al. Allo-immunisation plaquettaire chez un patient cirrhotique polytransfusé au CHU Ibn Rochd, Casablanca. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 34-38



Article original

Aspects cliniques du vitiligo à l'hôpital de dermatologie de Bamako (Mali)

Clinical aspects of vitiligo at the dermatology hospital in Bamako (Mali)

Y Fofana*¹, K Tall², MB Koné³, S Touré², L Kéita⁴, N Soumahoro², F Diarra⁵, M Sissoko⁶, AG Dicko²,
R Fofana², D Samaké¹, A Diarra¹, B Guindo², M Diarra², A Kéita²

Résumé

Le vitiligo est une pathologie affichante qui touche 1,5 à 2% de la population mondiale. Le but de ce travail était de décrire les aspects cliniques du vitiligo à l'hôpital de dermatologie de Bamako (Mali).

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive allant du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2019. Cent trente-trois cas de vitiligo ont été inclus sur 25858 patients ayant fait une consultation dermatologique. La fréquence hospitalière de cette affection était de 0,51%.

L'âge des malades variait entre 5 et 81 ans avec une moyenne d'âge de 29±5,2

La durée d'évolution variait de 3 mois à 8 ans avec une durée moyenne de 2 ans.

L'eczéma était la pathologie dermatologique la plus associée au vitiligo (15,5%). Le vitiligo vulgaire était la forme clinique la plus fréquente soit 60,9%.

Les lésions étaient essentiellement localisées à la tête (39%), aux membres supérieurs (21,05%) et inférieurs (15,8%).

Mots-clés : Vitiligo, clinique, Bamako, Mali.

Abstract

Vitiligo is a pathology that affects 1.5 to 2% of the world's population. The aim of this work was

to describe the clinical aspects of vitiligo at the dermatology hospital of Bamako (Mali).

We conducted a descriptive cross-sectional study from January 1, 2019 to December 31, 2019. One hundred and thirty-three cases of vitiligo were included out of 25858 patients who had a dermatological consultation. The hospital frequency of this condition was 0.51%.

The age of the patients ranged from 5 to 81 years with an average age of 29±5.2 years.

The duration of evolution varied from 3 months to 8 years with an average duration of 2 years. Eczema was the dermatological pathology most associated with vitiligo (15.5%). Vitiligo vulgaris was the most frequent clinical form (60.9%). The lesions were mainly localized to the head (39%), upper limbs (21.05%) and lower limbs (15.8%).

Keywords: Vitiligo, clinical, Bamako, Mali.

Introduction

Le vitiligo est une pathologie affichante qui touche 1,5 à 2% de la population mondiale (1). Il peut se manifester à tout âge mais préférentiellement avant l'âge de 25 ans (2)

Cette maladie touche les deux sexes sans distinction

de races et est le plus souvent d'origine acquise, c'est-à-dire non transmise génétiquement, bien qu'il existe un risque familial clairement identifié dans les études récentes (1).

Cette affection est bénigne et non contagieuse, caractérisée par l'apparition de macules hypochromiques touchant de façon préférentielle et bilatérale la face dorsale des mains et des pieds, les coudes, le visage, le tronc, le sexe, l'abdomen et le cuir chevelu (3).

Les sujets à carnation foncée qui en souffrent sont régulièrement confrontés à une gêne esthétique avec un retentissement psychosocial et professionnel qui peut aller à la perte de l'emploi et au divorce.

Malgré la demande croissante des malades pour faire disparaître leurs taches, malgré l'intensité des recherches concernant cette maladie, le Vitiligo pose encore des difficultés pour les praticiens.

Très peu d'études ont été effectuées sur le vitiligo en Afrique subsaharienne. Dans ces conditions, une meilleure connaissance des tableaux cliniques peut permettre d'améliorer la prise en charge lors des consultations de routine.

Le but de ce travail était de décrire les aspects cliniques du vitiligo à l'hôpital de dermatologie de Bamako (Mali).

Méthodologie

Du 1er Janvier 2019 au 30 Décembre 2019, nous avons mené une étude transversale descriptive sur une cohorte de malades consultant dans le service de dermatologie de l'hôpital de dermatologie de Bamako, qui représente le plus centre de référence dermatologique du pays. L'enquête a consisté à recenser, au cours de la consultation, tous les malades présentant des troubles pigmentaires hypochromiques. Ainsi, ont été inclus dans l'étude, tous les malades, quelque soit l'âge et le sexe, et acceptant de participer à l'étude et dont le motif principal de consultation était une macule blanche non prurigineuse et indolore évoquant un vitiligo. Le diagnostic de vitiligo était clinique et un bilan biologique était demandé à la

recherche de maladies auto-immunes associées. L'enquête consistait à recueillir les données socio-démographiques, la durée d'évolution, les antécédents du malade, les aspects cliniques, le siège des lésions et le nombre de lésions. Les pathologies associées étaient systématiquement recherchées. Les données cliniques et biologiques ont été recueillies sur le questionnaire, puis saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 18.0.

Résultats

Durant la période d'étude, 25858 malades ont été vus en consultation dermatologique parmi lesquels 133 avaient un vitiligo, soit une fréquence hospitalière de 0,51%. Les malades se répartissaient en 57 hommes (42,9%) et 76 femmes (57,1%). Le sex-ratio était de 0,75. L'âge des malades variait entre 5 et 81 ans avec une moyenne d'âge de $29 \pm 5,2$. La tranche d'âge de 15 à 25 ans représentait 28,6% (Figure 1).

Tous les groupes ethniques présents au Mali étaient représentés : Bamanan (38,3%), Peulh (19,5%), Soninké (19,5%), Malinké (6,5%) et les autres (16,2%).

Sur le plan clinique, les antécédents familiaux de vitiligo étaient retrouvés chez 36 patients (27%) et absents chez 97 patients (73%). La durée d'évolution variait de 3 mois à 8 ans avec une moyenne de 2 ans. Les formes cliniques se répartissaient comme suit : 7 cas de vitiligo focal (5,3%) (Figures 3 et 4), 81 cas de vitiligo vulgaire (60,9%) (Figure 5), 45 cas de vitiligo segmentaire (33,8%) et zéro cas de vitiligo universalis (Tableau I).

Selon l'aspect des lésions, 61 lésions étaient achromiques (45,9%), 68 étaient des lésions en confettis (51,1%) et 4 étaient trichromes.

En ce qui concerne le nombre de lésions, 85 patients avaient entre 1 à 4 (63,9%), 18 patients avaient entre 5 à 10 (13,5%), 8 patients avaient entre 11 à 20 (6%) et 22 patients avaient plus de 20 (16,5%).

Les lésions étaient localisées à la tête chez 53 patients (39%), aux membres supérieurs chez 28 patients (21,05%), aux membres inférieurs chez 21 patients

(15,8%), au cou chez 12 patients (9,02%), au tronc chez 10 patients (7,51%) et aux organes génitaux chez 9 patients (6,76%) (Figure 2).

Parmi les co-morbidités retrouvées l'eczéma représentait (15,5%), le pityriasis versicolor (0,75%), le diabète (11,27%) et l'anémie (1,5%)
Tableau II.

Tableau I : Répartition des patients en fonction des formes cliniques.

Formes cliniques	Effectifs	Pourcentage (%)
Vitiligo localisé	7	5,3
Vitiligo diffus	81	60,9
Vitiligo segmentaire	45	33,8
Vitiligo universalis	00	00
Total	133	100,0

Tableau II : Répartition des patients selon la présence ou non de pathologies auto-immunes

Co-morbidités	Effectifs	Pourcentage (%)
Eczéma	18	15,5
Pityriasis versicolor	1	0,75
Diabète	15	11,28
Anémie hémolytique	2	1,5
Pas de pathologies	116	87,22
Total	133	100

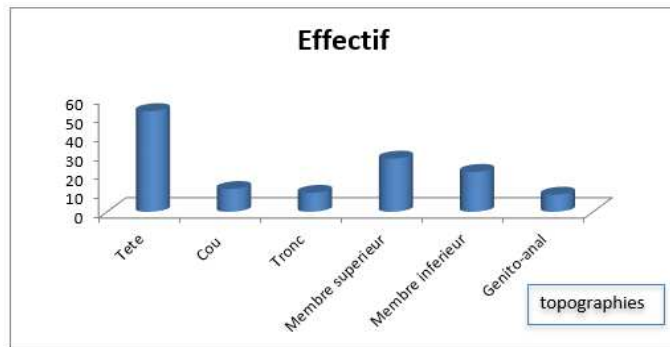


Figure 2 : Répartition des patients en fonction de la localisation des lésions



Figure 3 : vitiligo segmentaire de la région mandibulaire droite et cervicale chez une femme

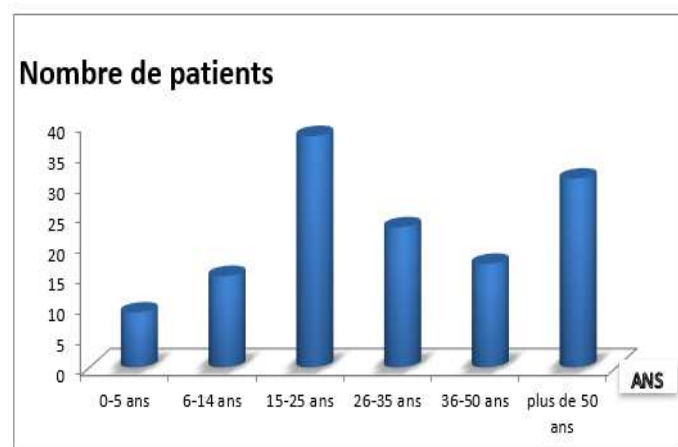


Figure 1 : Répartition des patients en fonction du groupe d'âge

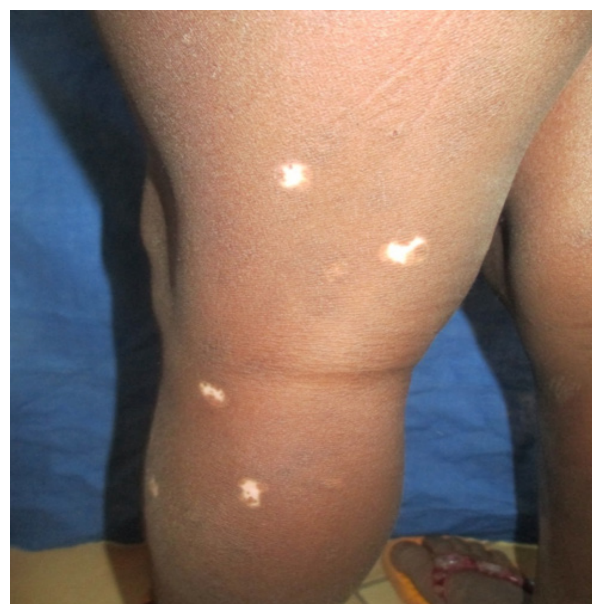


Figure 4 : vitiligo segmentaire du membre inférieur gauche chez une femme.



Figure 5 : vitiligo vulgaire du dos et de la racine des membres supérieurs

Discussion

Il s'agit à notre connaissance de la première étude réalisée sur les aspects cliniques du vitiligo à l'hôpital de dermatologie de Bamako (Mali).

Le but de ce travail était de décrire les aspects cliniques du vitiligo à l'hôpital de dermatologie de Bamako. L'étude a été réalisée dans le plus grand centre de référence dermatologique du pays et sur la cohorte de consultants d'une année.

Dans notre étude, le diagnostic était essentiellement basé sur l'examen clinique et selon l'orientation clinique, d'autres examens étaient réalisés à la recherche de pathologies associées.

Cette étude a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques et cliniques du vitiligo dans notre contexte de travail.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 15 à 25 ans. Dans l'ensemble, 46 % de nos patients souffraient de vitiligo avant l'âge de 25 ans. Ce résultat est similaire aux études réalisées à Abidjan et en Turquie (4, 5)

Cette tendance pourrait s'expliquer par le caractère affichant de la maladie auquel les sujets jeunes sont plus sensibles et viennent plutôt en consultation.

Dans notre série, les femmes étaient les plus

représentées (57,1%) avec un sex-ratio de 0,75. Nos résultats corroborent ceux de Shajil et coll en Inde (6), Paravar et coll. aux USA (7), Askour et coll. Au Maroc (8) aboutissent aux mêmes constats.

Cela peut s'expliquer par cette préoccupation de la femme à avoir une peau uniforme, belle sans aucune tache ou lésions affichantes surtout sur peau foncée et, donc par conséquent, elle a tendance à consulter plus souvent.

Les antécédents familiaux de vitiligo ont été habituellement retrouvés chez 27,1% des malades. Ce taux est similaire à celui retrouvé en Turquie et au Maroc (5, 8). En revanche ce taux est largement supérieur à celui retrouvé à Abidjan qui était de 8% et au Bénin 1,2% (4, 9). Ces différences pourraient être liées à la méthode de recensement de cette variable qui est essentiellement basé sur l'interrogatoire.

Notre enquête a révélé que la forme clinique du vitiligo la plus rencontrée était le vitiligo vulgaire avec 60,9%. Le constat est le même au Bénin (9) avec des valeurs respectives (66% et 52,14%). Contrairement à une étude réalisée à Abidjan (4) où le vitiligo localisé était le plus fréquent avec (78%).

Nous pensons que cette prédominance serait due au fait qu'il est associé au vitiligo vulgaire un phénomène de Koëbner important. En effet, la peau humaine est en permanence exposée à des stimuli mécaniques en général regroupés sous le terme de frottement. Ainsi, il survient volontiers au niveau des zones de friction et de pression continues suite aux divers traumatismes à répétitions au quotidien.

Dans notre étude, le vitiligo était surtout localisé sur les zones photo-exposées.

Cette localisation élective a également été observée en Tunisie par Zeglaoui et coll. (10), en Turquie par Gönüllü et coll (5) et à Abidjan par Ahogo et coll (4) dans leurs études respectives.

Nous sommes d'avis que le soleil agirait par phénomène de Koëbner (photo-traumatisme) sur les régions photo-exposées (11). Cela s'explique également par le fait que le vitiligo a tendance à se manifester au niveau des extrémités et des zones péri-orificielles (par exemple la bouche, les yeux, le

nez) (9, 11).

Au cours de notre étude, la pathologie dermatologique la plus associée avec le vitiligo était l'eczéma avec 15,5%. Cette observation est superposable à celle rapportée par Handa et coll. qui ont noté des associations significatives du vitiligo avec l'eczéma (12). On ne peut pas dire avec certitude, si l'eczéma observé est la cause du vitiligo du fait des frottements répétés ou au contraire le résultat des traitements agressifs utilisés par les malades qui sont prêts à faire tout pour trouver satisfaction

L'association vitiligo et pathologies dysimmunitaires est souvent évoquée. L'association diabète et vitiligo retrouvée chez 11% de notre série reste encore à élucider.

Cette association peu fréquente retrouvée dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait qu'elle n'a pas été systématiquement recherchée chez tous les patients, du fait de l'absence d'orientation clinique. Il faut aussi noter que la probabilité de trouver le diabète chez nos malades était assez faible du fait de leur jeune âge (46,7% ayant moins de 25 ans).

Conclusion

Cette étude a montré une fréquence faible du vitiligo dans nos consultations et près de la moitié des demandes de soin étaient formulées par les jeunes. Elle a permis également de montrer que la fréquence du vitiligo familial était élevée ce qui confirme une théorie selon laquelle cette affection serait d'origine héréditaire. Des études de plus grande envergure doivent compléter nos résultats à la recherche d'autres pathologies associées.

Engagement au nom de tous les co-auteurs : les règles d'éthiques ont été respectées lors de l'élaboration du travail.

*Correspondance

Youssouf Fofana

youssouffofana346@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

- 1 : Hôpital Sominé Dolo de Mopti, Mali
- 2 : Hôpital de dermatologie de Bamako, Mali
- 3 : Centre de santé de référence commune IV, Bamako, Mali
- 4 : Centre de santé de référence commune II, Bamako, Mali
- 5 : Hôpital Fousseyni de Kayes, Mali
- 6 : Hôpital de Gao, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Yaghoobi R, Omidian M, Bagherani N. Vitiligo: a review of the published work. *J Dermatol.* 2011; 38 (5): 419-31.
- [2] Majumder PP, Nordlund JJ, Nath SK. Pattern of familial aggregation of vitiligo. *Arch Dermatol.* 1993; 129 (8): 994-8.
- [3] Taieb A, Picardo M. Vitiligo. *N Engl J Med.* 2009; 360 (2):160-9.
- [4] Ahogo K. C, Gbery I. P, Sangaré A, et al. Vitiligo: profil épidémio-clinique et aspects thérapeutiques sur peau noire à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique noire.* 2012 ; 59 (10) : 482-486.
- [5] Gönül M, Cakmak SK, Oğuz D, et al. Profile of vitiligo patients attending a training and research hospital in Central Anatolia: A retrospective study (Turquie). *J dermatol.* 2012; 39 (2): 156-9.
- [6] Shajil EM , Deepali Agrawal, Krishna Vagadia et coll. Vitiligo: Clinical profiles in Vadodara, Gujarat. *J Indien Dermatol.* 2006; 51 (2): 100-4.
- [7] Paravar T, Lee DJ. Vitiligo in an urban academic setting. *Int J Dermatol.* 2010; 49(1): 39-43.
- [8] Askour M, Hamada S, Ouidan Y, et al. Vitiligo et Pathologies Auto-immunes de la thyroïde. *Annales de dermatologie et vénéréologie.* 2016 ; 143(Suppl. 1) : S49.

- [9] Dégboé B, Atadokpèdé F, Saka B, et al. Vitiligo on black skin: epidemiological and clinical aspects in dermatology, Cotonou (Benin). *Int J Dermatol.* 2017; 56 (1): 92-96.
- [10] Zeglaoui F, Souissi A, Ben Ayed A, et coll. Epidemiological and clinical profile of vitiligo in Tunisia. *Tunis Med.* 2007; 85(12): 1016-9.
- [11] Ammour A, Jouary T, Taieb A, et al. Le vitiligo de l'enfant. *Annales de dermatologie et vénéréologie* 2010 ; 137 (10) : 654-658.
- [12] Handa S, Kaur I. Vitiligo: clinical findings in 1436 patients. *J Dermatol.* 1999; 26 (10): 653-7.

Pour citer cet article :

Y Fofana, K Tall, MB Koné, S Touré, L Kéita, N Soumahoro et al. Aspects cliniques du vitiligo à l'hôpital de dermatologie de Bamako (Mali). *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 39-44



Article original

Evaluation du niveau de connaissances sur les hémopathies malignes auprès du personnel médical au CHU Donka de Conakry

Assessment of the level of knowledge on malignant hemopathies among medical staff at the Donka University Hospital in Conakry

AS Kante*¹, M Diakite², M Diakite³, MT Barry¹, M Bathily⁴, AO Bah⁵

Résumé

Objectif : L'objectif était d'évaluer les connaissances du personnel médical sur les hémopathies malignes afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif d'une durée de deux (2) mois allant du 13 juin au 13 août 2020. Nous avons ciblé tout le personnel médical exerçant dans l'un des services concernés au cours de la période d'étude.

Résultats : Au cours de notre étude 113 personnels médicaux ont été contactés dans les six (6) services parmi lesquels 100 ont participé à l'enquête soit un taux de participation de 88,49%. Le personnel du service d'hématologie a été le plus représenté. La tranche d'âge de 25 à 35 ans représentait 88%. L'âge moyen était de 30,15 ans avec les extrêmes de 25 ans et de 46 ans. Le sex-ratio était de 1,7. Les personnels médicaux avaient en général une connaissance moins bonne des hémopathies malignes. La presque totalité des personnels enquêtés utilisaient les revues médicales (89,85%) et les sites médicaux (85,5%). Plus de la moitié se disaient être très intéressés soit (72%).

Conclusion : La réalisation d'une étude à l'échelle

nationale en prenant compte d'autres aspects de la question serait nécessaire pour permettre de mieux cerner le problème.

Mots-clés : hémopathie maligne, personnel médical, CHU Donka, Conakry.

Abstract

The objective was to assess the knowledge of medical staff about hematologic malignancies in order to improve patient care.

Methodology: This is a descriptive cross-sectional study lasting two (2) months from June 13 to August 13, 2020. We targeted all medical staff working in one of the departments concerned during the study period. Results: During our study 113 medical personnel were contacted in the six (6) departments, of which 100 participated in the survey, ie a participation rate of 88.49 %. The staff of the hematology department were the most represented. The 25-35 age group accounted for 88%. The average age was 30.15 years with the extremes of 25 years and 46 years. The sex ratio was 1.7. Medical staff generally had less knowledge of hematologic malignancies. Almost all of the personnel surveyed used medical journals

(89.85%) and medical sites (85.5%). More than half said they were either very interested (72%).

Conclusion: A national study taking into account other aspects of the issue would be necessary to better understand the problem.

Keywords: hematological malignancies, medical staff, Donka University Hospital, Conakry.

Introduction

Les hémopathies malignes (HM) se définissent comme des proliférations monoclonales de cellules hématopoïétiques au sein des tissus hématopoïétiques et non hématopoïétiques [1]. Les étiologies de ces cas ne sont pas connues, mais on pense que le rôle des facteurs de risque environnementaux et infectieux est déterminant dans l'augmentation de leur fréquence. Les données récentes rapportent une association fréquente avec les maladies infectieuses émergentes comme le SIDA [2]. Les Hémopathies malignes se manifestent généralement par des syndromes anémiques, infectieux, hémorragiques et tumoraux [3].

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif d'une durée de 2 mois allant du 13 juin au 13 août 2020.

La fréquence élevée des hémopathies malignes lors des consultations dans le service d'Hématologie, la diversité du tableau clinique, les difficultés diagnostiques et de prise en charge ont motivé le choix de ce thème dont l'objectif général était d'évaluer les connaissances du personnel médical sur les hémopathies malignes afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif d'une durée de 2 mois allant du 13 juin au 13 août 2020. La population enquêtée était constituée de 100 personnels médicaux représentés par des spécialistes, des généralistes et des étudiants en préparation de

thèse. Étaient inclus dans cette étude, le personnel médical de tout âge et de tout sexe exerçant dans l'un des services concernés, quel que soit l'ancienneté professionnelle, présent sur les lieux au moment de l'enquête et ayant donné un consentement éclairé. Un questionnaire a été administré au personnel consentant adaptée à la catégorie professionnelle. Une grille de notation a permis d'apprécier le niveau de connaissance du personnel en matière d'hémopathies malignes. Le niveau de connaissance était évalué par 16 questions. Chaque question comprenait plusieurs réponses (au moins une ou deux réponses justes et au moins une réponse fausse). Le participant ayant coché toutes les réponses justes sans réponse fausse, était considéré comme ayant une bonne connaissance de la question posée. Celui qui avait coché deux, trois ou la moitié des réponses justes même s'ils ont coché une réponse fausse, étaient considérés comme ayant une connaissance moins bonne de la question posée. Le fait d'avoir coché au moins une réponse fausse sans réponse juste était considéré comme ayant une connaissance mauvaise de la question posée. Une autre catégorie de question concernait les sources d'informations et de connaissances sur les hémopathies malignes. En fin une dernière catégorie de question sur l'attente des personnels médicaux enquêtés a permis de connaître leur besoin de suivre une formation sur les hémopathies malignes.

Une fiche individuelle nous a permis de recueillir des données sociodémographiques et professionnelles (service d'exercice, âge, sexe, grade professionnel, nombre d'années de service), les connaissances des hémopathies malignes sur l'épidémiologie (incidence, facteurs de risque, hémopathies plus fréquentes), la connaissance clinique (caractère commun des HM, grands syndromes cliniques, causes du syndrome infectieux, syndrome anémique, syndrome hémorragique).

Les logiciels du pack office 2016 ont servi pour la saisie du document et la présentation des données qui ont été analysés à l'aide du logiciel Epi Info 7.2.2.6 dans sa version française.

Résultats

Parmi les 113 personnels médicaux enquêtés, 100 personnels ont participé à l'enquête avec le taux de participation de 88,49% dont 63% de sexe masculin et 37% de sexe féminin. Le sex-ratio était 1,7. L'âge moyen était de 30,15 ans avec des extrêmes de 25 ans et 46 ans. La tranche d'âge 25 à 35 ans était dominante soit 88% des cas. Les personnels médicaux enquêtés étaient de 11 spécialistes, 28 médecins généralistes et 61 étudiants en situation de thèse. La majorité des personnels médicaux enquêtés (82%) avait une expérience professionnelle de moins de cinq (5) ans et 64% d'entre eux ont fréquenté un service d'hématologie.

Sur la question d'interrogation des personnels sur les hémopathies malignes, seulement 28% d'entre eux étaient souvent interrogés par leurs patients et 95% pensaient être capables de répondre aux questions de leurs patients.

Concernant l'augmentation de l'incidence des hémopathies malignes ces cinq (5) dernières années en Guinée, la majorité des personnels enquêtés avait un niveau de connaissance mauvais soit 63,64% des cas.

Sur les facteurs de risque en lien avec les hémopathies malignes, la majorité des personnels enquêtés

avaient une connaissance moins bonne avec une prédominance des étudiants en situation de thèse soit 83,63% des cas.

Quant à la connaissance des hémopathies malignes les plus fréquentes, les personnels médicaux enquêtés avaient, en majorité un niveau de connaissance moyen, avec une prédominance des généralistes.

Plus de la moitié des personnels enquêtés avaient une connaissance moins bonne de la caractéristique commune des hémopathies malignes, avec une prédominance des étudiants en situation de thèse soit 42,62%

Sur la connaissance des grands syndromes cliniques des hémopathies malignes, la majorité des personnels enquêtés avait une connaissance moins bonne avec une prédominance des spécialistes soit 81,82%.

Concernant leur formation sur les hémopathies malignes, 74% des personnels enquêtés ont déclaré avoir suivi une formation et pour 78% c'est au cours du cursus universitaire.

Les revues médicales et les sites médicaux ont été les principales sources d'information des personnels enquêtés sur les hémopathies avec respectivement 89,85% et 85,5%.

Interrogés sur leur besoin de suivre une formation sur les hémopathies malignes, la majorité a affirmé être intéressée.

Tableau I : Taux de participation des 100 personnels médicaux enquêtés par service

Service	Personnel contacté N= 113	Personnel Participant N= 100	Proportion
Dermatologie	12	11	11 %
Hématologie	35	34	34 %
Médecine interne	8	5	5 %
Néphrologie	19	17	17 %
Oncologie	23	22	22 %
Pédiatrie	16	11	11 %
Total	113	100	100 %

Taux de participation global = $100/113 = 88,49\%$

Tableau II : comparaison du niveau de connaissance des 100 personnels enquêtés sur les hémopathies malignes en fonction de leur grade professionnel

Variables		Niveau de connaissance			Total
Paramètres étudiés		Bon	Moyen	Mauvais	
Augmentation de l'incidence des hémopathies malignes	Spécialistes	0 (00%)	4 (36,36%)	7 (63,64%)	11(100%)
	Généralistes	3 (10,71%)	8 (28,57%)	17(60,72%)	28(100%)
	Etudiants en thèse	3 (4,92%)	29(47,54%)	29(47,54%)	61(100%)
Facteurs de risque en lien avec les HM	Spécialistes	1 (9,09%)	6 (54,54%)	4 (36,36%)	11(100%)
	Généralistes	4 (14,28%)	22(78,57%)	2 (7,15%)	28(100%)
	Etudiants en thèse	5 (8,16%)	51(83,63%)	5 (8,16%)	61(100%)
Hémopathies malignes les plus fréquentes	Spécialistes	3 (27,27%)	8 (72,72%)	0(00%)	11(100%)
	Généralistes	2 (7,14%)	24(85,71%)	2 (7,14%)	28(100%)
	Etudiants en thèse	14(22,95%)	47(77,05%)	0 (00%)	61(100%)
Caractère commun des hémopathies malignes	Spécialistes	3 (27,27%)	3 (27,27%)	5(45,46%)	11(100%)
	Généralistes	8 (28,57%)	10(35,71%)	10(35,71%)	28(100%)
	Etudiant en situation de thèse	9 (14,76%)	26(42,62%)	26(42,62%)	61(100%)
Grands syndromes clinique des hémopathies malignes	Spécialistes	1 (9,1%)	9 (81,82%)	1 (9,1%)	11(100%)
	Généralistes	5 (17,86%)	20(71,43%)	3 (10,71%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	20(32,79%)	37(60,66%)	4 (6,65%)	61(100%)
Les causes de l'infection	Spécialistes	2 (18,18%)	5 (45,45%)	4 (36,36%)	11(100%)
	Généralistes	9 (32,14%)	12(42,86%)	7 (25%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	6 (9,83%)	38(62,30%)	17(27,93%)	61(100%)
Signes orientant vers une hémopathie maligne	Spécialistes	0 (00%)	10(90,90%)	1 (9,1%)	11(100%)
	Généralistes	0 (00%)	22(81,48%)	6 (21,42%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	3 (4,92%)	47(77,05%)	11(18,03%)	61(100%)
Eléments du Syndrome anémique	Spécialistes	2 (22,22%)	9 (77,78%)	0 (00%)	11(100%)
	Généralistes	6 (21,43%)	18(66,67%)	4 (11,9%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	26(42,62%)	32(52,45%)	3 (4,93%)	61(100%)
Eléments du Syndrome hémorragique	Spécialistes	5 (45,46%)	6 (54,54%)	0 (00%)	11(100%)
	Généralistes	13(46,43%)	15(53,57%)	0 (00%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	27(44,26%)	33(54,10%)	1 (1,64%)	61(100%)

Discussion

La prédominance de la tranche d'âge de 25-35 ans dans notre étude pourrait s'expliquer d'une part, par le fait que la population guinéenne est majoritairement jeune et d'autre part par l'accessibilité et la forte représentativité de cette couche dans les différents services hospitaliers du pays.

La prédominance du sexe masculin pourrait s'expliquer par le faible niveau de scolarisation des filles dans la population générale.

Dans notre étude, les étudiants en situation de thèse ont été la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée. En effet la plupart des activités des services sont tenues par les faisant fonction interne en situation de thèse qui constituent la cheville ouvrière du CHU. Par contre, nous avons trouvé un faible taux de participation des spécialistes. Cette faible proportion des médecins spécialistes dans notre étude, serait due, d'une part, par la faible représentativité des médecins spécialistes dans les différents services enquêtés et d'autre part, par leur indisponibilité à participer à l'enquête due à leurs multiples préoccupations.

Concernant le niveau connaissance mauvais des personnels enquêtés par rapport à l'augmentation de l'incidence des hémopathies ces 5 dernières années, nous avons noté la prédominance des spécialistes. Cependant il a été observé une augmentation de la prévalence des hémopathies malignes en Guinée dont la fréquence est passée de 3,5% [4] à 9,1% [5] entre 2012 à 2019.

Sur la connaissance des facteurs de risque en lien avec les hémopathies malignes, le niveau de connaissance moyen des personnels médicaux enquêtés montre que peu de praticiens disposent d'informations sur les hémopathies malignes.

Sur la connaissance des grands syndromes cliniques des hémopathies malignes, le niveau moyen des personnels médicaux enquêtés pourrait s'expliquer par le manque de formation continue sur les hémopathies malignes cependant la majorité a fréquenté un service d'hématologie d'où ils pourraient en entendre parler.

Par rapport aux sources d'informations. Nos résultats sont différents de ceux de Marie F [6] qui, dans sa thèse de doctorat en médecine en France avait montré que les revues médicales étaient citées par 75%, les revues scientifiques par 38%. En revanche, seulement 30% disaient utiliser Internet.

Sur la nécessité de suivre une formation sur les hémopathies malignes nos résultats sont proches de ceux de Marie F [6] en France en 2014 dans sa thèse de doctorat qui a montré que la totalité des médecins interrogés s'est dite intéressé pour suivre une formation continue sur le thème cancer et environnement si on la leur proposait, mais pour 26% d'entre eux, ce n'était pas la priorité.

Conscients de la nécessité qu'ils ont d'améliorer leurs connaissances dans ce domaine afin de pouvoir répondre à leurs patients, les personnels médicaux sont disposés à se former. Face à l'enjeu de santé publique que représentent les hémopathies malignes, il sera important de leur offrir rapidement les moyens de faire des formations dans ce domaine et faciliter leur accès à l'information existante serait un bon départ.

Conclusion

La connaissance du personnel médical enquêté sur les hémopathies malignes était insuffisante. Cette faible connaissance pourrait d'une part être influencée en grande partie par le manque de programme de formation continue du personnel médical sur ces cas, d'autre part le manque de matériels et d'équipement nécessaires à la réalisation des examens dont la confirmation pourrait améliorer la connaissance sur les hémopathies malignes.

*Correspondance

Ansoumane Sayon Kante

ansoumanek@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

- 1 : Service d'Hématologie de Donka ;
- 2 : Service d'Hématologie d'Ignace Deen ;
- 3 : Laboratoire central de Guinée ;
- 4 : Service d'Hématologie du Pont G ;
- 5 : Néphrologie Donka

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Ferlay J, Shin HR et coll: GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC cancer-Base N°.10. <http://globocan.iarc.fr>.
- [2] Mbanya DN, Minkoulou EM, Kaptue LN. HIV-1 infection in adults with haematological malignancies in Yaounde, Cameroon. *West Afr J Med*, 2002 Jul- Sep ; 21 (3): 183-4.
- [3] IKB. Hématologie ; Onco-Hématologie 4ème Edition 2017 - Jérôme PAILLASSA - Charles HERBAUX.
- [4] BAH H ; thèse 2012. Hémopathies malignes : aspects épidémiologiques, clinique, et évolutif au service d'hématologie oncologie de l'hôpital national Donka. Page 34-42. N° 245
- [5] DJAYOU NANA Marie N : Prévalence des hémopathies malignes au service d'hématologie oncologie de l'hôpital national Donka. Guinée thèse Med 2019 Page 48. N° 545
- [6] Marie Fehrenbach. Évaluation de la perception et des connaissances des médecins généralistes de la Gironde sur les facteurs de risque environnementaux cancérogènes. *Médecine humaine et pathologie*. 2014. <dumas-01101717> N°157

Pour citer cet article :

AS Kante, M Diakite, M Diakite, MT Barry, M Bathily, AO Bah. Evaluation du niveau de connaissances sur les hémopathies malignes auprès du personnel médical au CHU Donka de Conakry. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 45-50



Article original

Dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus : analyse des campagnes de dépistage dans la région de Saint-Louis du Sénégal

Screening for precancerous cervical lesions: analysis of screening campaigns in the Saint-Louis region of Senegal

O Thiam*¹, L Gueye², O Gassa³, M Diallo³, CCT Sarr⁴, DB Sow⁴, A Diouf⁴, M Gueye³, M Mbaye¹,
G Ferron⁵, S Ndiaye⁶

Résumé

Nous avons mené une étude transversale dans la région de Saint-Louis du Sénégal plus particulièrement à la maternité de l'hôpital régional de Saint-Louis, à la maternité du centre hospitalier de Ndoum et au poste de Santé de Podor. Elle porte sur l'ensemble des cas de dépistage du cancer du col utérin par IVA et IVL lors des campagnes. Elle s'est déroulée du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2019, soit 5 ans. Les données ont été collectées à partir des formulaires. L'exploitation et l'analyse ont été réalisées grâce au logiciel EpiInfo 3.7. Nous avons inclus dans l'étude les femmes âgées de 25 à 65 ans.

Résultats : Durant la période de l'étude, nous avons effectué 1025 cas de dépistage du cancer du col. Le test était positif chez 91 patientes, soit un taux de positivité de 9%. Les femmes âgées de plus de 35 ans étaient plus représentées avec 54 % des cas. Les patientes avaient bénéficié d'une surveillance dans 97,5% des cas après le dépistage. Nous avons réalisé une colposcopie chez 1,5% des cas. Une biopsie a noté un carcinome épidermoïde. La cryothérapie était effectuée chez près de 1% des cas.

Conclusion : L'analyse des résultats montre que la

prévalence des lésions précancéreuses est relativement élevée. On note une faible implication des femmes de moins de 35 ans. La prise en charge est dominée par les traitements destructeurs.

Mots-clés : Dépistage, Col, Inspection, Visuelle, Acide, Lugol.

Abstract

We conducted a cross-sectional study in the Saint-Louis region of Senegal, more specifically in the maternity ward of the Saint-Louis regional hospital, the maternity ward of the Ndoum hospital and the Podor health centre. It focused on all cases of cervical cancer screening by VIA and VILI during the campaigns. It took place from 1 January 2015 to 31 December 2019, i.e. 5 years. The data were collected from the forms. The exploitation and analysis were done using EpiInfo 3.7 software. We included in the study women aged between 25 and 65 years.

Results: During the study period, we performed 1025 cervical cancer screening tests. The test was positive in 91 patients, a positivity rate of 9%. Women over 35 years of age were more represented with 54% of cases. The patients had received surveillance in 97.5%

of cases after screening. Colposcopy was performed in 1.5% of cases. A biopsy noted a squamous cell carcinoma. Cryotherapy was performed in almost 1% of cases.

Conclusion: Analysis of the results shows that the prevalence of precancerous lesions is relatively high. Low involvement of women under 35 years of age. Effective management of positive cases by cryotherapy or colposcopy.

Keywords: Screening, Cervix, Inspection, Visual, Acid, Lugol.

Introduction

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes avec 570 000 cas incidents et 311 000 décès en 2018. Quatre vingt cinq pour cent des décès surviennent dans les pays à ressources limitées [1]. Le cancer du col de l'utérus est un véritable problème de Santé publique dans les pays en développement. Au Sénégal, on note plus de 2.000 cas incidents de cancer du col par an. Une des raisons principales, expliquant cette importante incidence du cancer du col est le manque de programmes de dépistage efficaces pour détecter et traiter les lésions précancéreuses du col utérin. Dans les pays en développement, selon l'OMS la couverture du dépistage par le frottis cervico-utérin était de 19%, contre 64 % dans les pays développés. Pour améliorer la couverture du dépistage dans ces pays, l'OMS a recommandé une approche plus adaptée. Elle consiste d'abord à l'Inspection Visuelle du col de l'utérus après application de l'Acide Acétique 3-5% (IVA) et du Lugol. Ensuite, les anomalies évoquant des lésions précancéreuses vont être traitées. Ainsi, nous avons effectué des campagnes de dépistage du cancer du col utérin dans la région de Saint-Louis dont l'objectif général était déterminer la prévalence des lésions précancéreuses du cancer du col utérin. Les objectifs spécifiques étaient de :

- déterminer le profil des femmes présentant une lésion précancéreuse du col utérin ;

- traiter la lésion précancéreuse ;
- assurer un suivi régulier pour ces femmes.

Méthodologie

- *Sites de Campagne*

Les campagnes se sont déroulées au Centre Hospitalier régional de Saint-Louis, au Centre hospitalier de Ndioum et au Centre de Santé Podor.

- *Type d'étude*

Nous avons mené une étude transversale descriptive à recrutement prospectif sur 5 années, allant du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2019, au centre hospitalier régional de Saint- Louis, au centre de santé de Ndioum et au niveau du Poste de santé de Podor.

- *Critères inclusion*

Nous avons inclus :

Toutes les patientes âgées de 25-65 et ayant signé le consentement.

- *Critères de non inclusion*

Nous avons exclu de l'étude toutes les patientes qui sont :

- en période de menstruation ;
- dans le post partum ;
- dans le post-avortement.

- *Méthode de dépistage*

Les méthodes de l'inspection visuelle du col après application d'acide acétique (IVA) à 5% et de Lugol (IVL) ont été utilisées pour le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin. L'IVA consistait à appliquer une solution d'acide acétique à 5% sur le col de l'utérus, puis on regarde après une minute l'existence d'un changement de couleur au niveau de la zone de jonction cylindro-pavillamenteuse (ZJCP). Les patientes IVA négative ne présentent aucun changement de couleur. Par contre, les patientes IVA positive présentent une coloration blanchâtre dense, acidophile, bien définie, proche ou à l'intérieure de la JPC. Par contre, les patientes IVA positive présentent une coloration blanchâtre dense, acidophile, bien définie, proche ou à l'intérieure de la ZJPC. Quant à l'IV, il consistait à l'application d'une solution iodée sur le col utérin, puis en l'observation

des modifications de couleur de la ZJPC. Chez les patientes IVL négative, on observe une coloration du col en noir ou acajou. En cas d'IVL positive, la JPC se colore en jaune safran ou jaune moutarde

Par la suite, les patientes étaient immédiatement traitées soit par cryothérapie, soit par thermocoagulation, à l'exception des femmes avec de larges lésions non éligibles pour le traitement immédiat qui ont été reconvoquées pour un traitement approprié.

• *Collecte des données*

Les données ont été collectées à partir des formulaires confectionnés pour notre étude après signature du consentement éclairé. Les caractéristiques sociodémographiques, les signes fonctionnels, les résultats de l'inspection visuelle, les résultats une minute après l'application d'acide acétique à 5% (IVA), les résultats après l'application du soluté de Lugol (IVL), les prélèvements de biopsie et les modalités de prise en charge ont été étudiés.

• *Analyse des données*

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel EPI info dans sa version 20.0.

Pour chaque variable quantitative, nous avons déterminé la moyenne et son écart type, la médiane entourée des extrêmes. Pour chaque variable qualitative, nous avons déterminé la fréquence relative et absolue.

Résultats

• *Caractéristiques socio-démographique*

Durant la période d'étude, nous avons effectué 1025 cas de dépistage du cancer du col. L'âge moyen des patientes de notre étude était de 36,2 ans avec des extrêmes de 14 et 76 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des plus de 35 ans. La parité moyenne était de 6 aux extrêmes 0 et 16. Les multipares étaient les plus représentées dans notre étude, soit 90%. Elles étaient mariées dans près 99% des cas, l'âge au premier rapport était en moyenne de 17 ans aux extrêmes de 15 et 35 ans.

Elles étaient sous contraception dans 8% des cas des patientes. Parmi les méthodes contraceptives utilisées

les oestro-progestatifs ont été les plus utilisées.

• *Aspects cliniques*

Les patientes ne présentaient aucun signe fonctionnel dans 88 % des cas. Ces signes fonctionnels étaient dominés par les leucorrhées, les douleurs pelviennes et les métrorragies.

A l'examen au spéculum, le col était sain dans 75% des cas. Dans d'autres cas nous avons retrouvé : une cervicite, un ectropion. Un col suspect était noté et a bénéficié d'une biopsie.

L'inspection visuelle à l'acide acétique était positive chez 60 cas, soit un taux de positivité de 6 %. L'inspection visuelle au lugol était positif chez 91 cas, soit 9%.

Les patientes avaient bénéficié d'une surveillance dans 97,5% des cas après le dépistage.

Celle-ci était réalisée au moyens d'une colposcopie chez 1,5% des cas. Une biopsie a noté un carcinome épidermoïde. La cryothérapie était effectuée chez près de 1% des cas.

Tableau I : Prise en charge des patientes après inspection visuelle (N :1025 cas).

Orientation de la PEC	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Surveillance	999	97,5
Colposcopie	15	1,5
Cryothérapie	11	1,07
Total	1025	100

Discussion

Les problèmes rencontrés durant l'étude étaient liés au recueil des données et à la complétude de l'enregistrement de la prise en charge des patientes testées positives. En effet, dans certains cas, les suites de la prise en charge n'étaient pas toujours notifiées dans les formulaires.

Des études menées dans le monde ont montré l'importance du dépistage de masse par les méthodes

visuelles dans la réduction de la morbidité et de la mortalité liée au cancer du col utérin. Le dépistage organisé présenterait un impact meilleur car, il permet d'inclure plus de population féminine dans le programme. A cela, s'ajoute le renforcement de compétences des prestataires à différents niveaux de la pyramide sanitaire pour une effectivité routinière du dépistage du cancer du col utérin.

Dans notre étude nous avons retrouvé une prévalence de 9% de lésion précancéreuse du col de l'utérus. Cette prévalence est inférieure par rapport aux données nationales qui était de 12,6 % [2]. Elle était supérieure à celle trouvée par P.M. TEBEU et coll. dans leur étude réalisée à Bali, zone rurale du Cameroun qui avait trouvé une prévalence des lésions précancéreuses du col utérin de 7,9% chez les femmes de 30 à 60 ans [3].

Cette prévalence faible dans notre étude était liée à u défaut de sensibilisation des femmes sur le dépistage, un faible niveau d'acceptabilité du dépistage par la communauté et surtout les barrières socio-culturelles. Dans notre série nous avons 91 patientes testées positives à l'IVA ou à l'IVL. Ces résultats sont inférieurs à ceux de l'étude de Ghazouani à Rabat au Maroc où 100% des patientes avaient bénéficiés de colposcopie et FCV [4].

Cette différence s'explique par le manque de prestataire formes sur les techniques de dépistage du cancer du col.

Dans notre série, 54% des patientes avaient plus de 35 ans avec un pic à 30 ans et un âge moyen à 36 ans. La faible implication des femmes âgées de moins de 35 ans pourrait s'expliquer par une faiblesse des campagnes de sensibilisation de la population concernée d'une part, et d'autre part par la non n'acceptation du dépistage [5,6] Contrairement à Ghazouani au Maroc [7] et LANKOANDE J. au Burkina [8] qui retrouvaient respectivement 45 et 48 ans. Dans les pays en développement, l'inaccessibilité géographique et financière des moyens de dépistages explique le retard au dépistage. Ainsi, les lésions précancéreuses et cancéreuses sont dépistées tardivement après 40 ans [5,9].

La multiparité est un facteur de risque dans la survenue du cancer du col utérin [2]. Durant notre étude, nous avons noté que 94% de multipares avec moyenne de 3. Cette vulnérabilité des multipares est liée d'une part au traumatisme occasionné par les accouchements sur le col utérin en général et plus particulièrement la zone de jonction. D'autre part par le fait que la grossesse diminue l'immunité locale et favorise la survenue de modifications physiologiques telle que l'ectropion pouvant favoriser la greffe virale HPV sur le col utérin [10].

Les patientes mariées représentaient 96% de la population d'étude, ces résultats étaient inférieurs à ceux de Pyrrhus qui trouvait un taux de 81,9% [10].

La précocité des rapports sexuels est considérée comme facteur de risque de survenue du cancer du col de l'utérus. Les lésions précancéreuses du col de l'utérus touchent en majorité les femmes en âge de procréer. Dans notre série l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15 ans, contrairement à Pyrrhus qui retrouvait 20 ans [10].

Des facteurs de risques sont retrouvés tels que la sexualité et les grossesses précoces. Ces données sont identiques à celles retrouvées dans la littérature [11]. Dans la plupart de nos pays les choix du traitement sont limités. La cryothérapie était réalisée chez 1,07 % des cas. Parfois les femmes sont vues à des stades très avancés de la maladie où la prise en charge se limite à des moyens palliatifs.

Conclusion

L'analyse des résultats montre que la prévalence des lésions précancéreuses est relativement élevée. On note une faible implication des femmes de moins de 35 ans. La prise en charge des cas positifs était faite par la cryothérapie. Ainsi, pour améliorer la couverture dans notre zone d'intervention, il convient, de former les prestataires sur le dépistage, de rendre disponibles les consommables pour le dépistage dans les points de prestation des services de santé, de sensibiliser d'avantage les femmes, d'avoir un engagement des autorités sanitaires locales.

*Correspondance

Ousmane Thiam

ousmane.thiam@ugb.edu.sn / cassoumane@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

- 1 : Enseignant Chercheur, Gynécologue-Obstétricien, Université Gaston Berger, SAINT-LOUIS
- 2 : Enseignant Chercheur, Gynécologue- Obstétricien, Université Iba Der THIAM, THIES, SENEGAL.
- 3 : Enseignant Chercheur, Gynécologue-Obstétricien Université cheikh Anta DIOP, DAKAR, SENEGAL.
- 4 : Praticien Hospitalier, Gynécologue -Obstétricien, Centre Hospitalier Régional Lt Colonel Mamadou DIOUF, SAINT-LOUIS, SENEGAL
- 5 : Chercheur, Oncologue Chirurgicale, Institut Universitaire de cancer de Toulouse, France
- 6 : Enseignant Chercheur, Sociologue, Université Gaston BERGER, SAINT-LOUIS, SENEGAL

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] FERLAY J. ET COLL. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2018
- [2] MATHERS LJ, WIGTON TR, LEONHARDT JG. Screening for cervical neoplasia in an unselected rural Guatemalan population using direct visual inspection after acetic acid application: a pilot study. *J Lower Genit Tract Dis* 2005;9:232-5.
- [3] ALLIANCE FOR CERVICAL CANCER PREVENTION
- [4] Strategies for Supporting Women With Cervical Cancer, *Cervical Cancer Prevention Issues in Depth*, n° 2 (2004).
- [5] TEBEU P.M., SANDJONG I., NKELE N., FOKUA S., ACHU P., KOUAM L. ET SAMADOH A. Lésions précancéreuses du col en zone rurale : étude transversale.

- Médecine d'Afrique Noire 2005 - 52 (1), 5p.
- [6] CHAOUKI N. ET COLL. The viral origin of cervical cancer in Rabat, Morocco.
- [7] *Int J Cancer* 2012 ; 75 : 546-554.
- [8] MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE Le vaccin contre le cancer du col de l'utérus officiellement dans le PEV. Agence informatique de l'état.2020
- [9] OMS
- [10] La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles, 2007.
- [11] GONTHIER C. Impact du profil d'utilisation des services de santé sur le diagnostic du cancer du col utérin au Québec, Mémoire présenté à la faculté des études supérieures de l'université LAVAL, Décembre, 2007.2013
- [12] FERLAY J. ET COLL. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. GLOBOCAN 2002. IARC CancerBase N°5, Version 2.0
- [13] LANKOANDE J., SAKANDE B., OUEDRAGO A. Le cancer du col utérin dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier national de Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). Aspects épidémiocliniques et anatomo-pathologiques.
- [14] *Médecine d'Afrique noire*. 1998 ; 45 (7) : 4
- [15] Sankaranarayanan R., Chatterji R., Shastri S., Wesly R., Basu P., Mahe C., Muwonge R., Seigneurin D., Somanathan T., Roy C., Kelkar R. et chinoy r.
- [16] Accuracy of human papillomavirus testing in primary screening of cervical neoplasia: results from a multicentre study in India.
- [17] IARC multicentre study group on cervical cancer prevention in India 2004.
- [18] FOTSO-FOTSO P. La place de la colposcopie dans la stratégie de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col utérin. Thèse de doctorat de médecine, Dakar, 2009.
- [19] Daniel William Athanase Leno , Fatoumata Diaraye Diallo , Anoumane Yassima Camara , Mamadou Magassouba , Faya dendo Komano , Ayelama Traore , Delphine Niamy , Julien Tolno , Oumou Cissoko , Mbalia Bangoura , Namory Keita :Analyse des résultats des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus à Conakry, Guinée. *Bull Cancer* 2017; 104: 914-920
- [20] ASI AF A, AHMAD ST, MOHAMMAD SO, ZARGAR

MA. Review of the current knowledge on the epidemiology, pathogenesis, and prevention of human papillomavirus infection. *Eur J Cancer Prev* 2014;23:206–24

Pour citer cet article :

O Thiam, L Gueye, O Gassa, M Diallo, CCT Sarr, DB Sow et al. Dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus : analyse des campagnes de dépistage dans la région de Saint-Louis du Sénégal. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 51-56



Article original

Cardiopathies congénitales : aspects épidémiologiques et échocardiographies à propos de 110 cas à l'hôpital de Sikasso, Mali

Congenital heart disease: epidemiological aspects and echocardiography of 110 cases at Sikasso Hospital, Mali

AK Traore¹, A Cissouma², G Dembélé³, O Haidara¹, SA Traoré⁴, D Kassogué⁵, H Poma, P Kelema², O Traoré¹, M Leye⁶, AD Kane⁷, A Cénac⁸

Résumé

Notre travail avait pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques et écho-cardiographiques des cardiopathies congénitales à l'hôpital de Sikasso. Pour se faire, nous avons mené sur une période d'une année du 1er Janvier 2020 au 31 décembre 2020. Une étude rétrospective des comptes rendus d'échocardiographie Doppler des patients vus dans le service de cardiologie pour hospitalisation et ou consultation. Nous avons utilisé un appareil SONOSITE (TITAN) munie d'une sonde cardiaque C15 de 4- 2 MHz. Durant la période d'étude, 598 examens écho-cardiographiques ont été réalisés et ont permis de mettre en évidence 110 cas de cardiopathies congénitales avec 140 entités nosologiques différentes. Les cardiopathies congénitales représentaient 1,33 % des 8216 entrées pour hospitalisation et ou consultation. Les souffles étaient au premier rang des motifs de demande de l'échographie Doppler cardiaque soit 36,76%. Les CIV étaient au premier plan des cardiopathies congénitales (28,57%), suivies des CIA (21,42%), des sténoses pulmonaires (19,28%), des Tétralogie de Fallot (10,71%). Dans leur forme isolée, les CIA étaient les plus fréquentes

avec 21,95% des cas, suivies des CIV avec 20,73%. Sur 140 cas de cardiopathies congénitales (chez 110 enfants), 68 cas ont été observés chez des enfants de sexe féminin et 72 cas chez des enfants de sexe masculin soit un sexe ration de 1,1. La tranche d'âge présentant une fréquence élevée de cardiopathie congénitale est celle de 1mois- 30 mois avec 55% des cas. Les cardiopathies congénitales de l'enfant sont une réalité en Afrique, leurs fréquences dans toutes les séries rapportées sont certainement sous estimées en raison de l'inaccessibilité de l'échocardiographie doppler dans toutes les structures sanitaires.

Mots-clés : Cardiopathies Congénitales, enfants, hôpital Sikasso.

Abstract

The objective of this study was to determine the epidemiological and echocardiographic aspects of congenital heart disease at the Sikasso hospital. To do this, we conducted over a period of one year from January 1, 2020 to December 31, 2020. A retrospective study of Doppler echocardiography reports of patients seen in the cardiology department for hospitalization and / or consultation. We used a

SONOSITE device (TITAN) fitted with a C15 4-2 MHz cardiac probe. During the study period, 598 echocardiographic examinations were performed and revealed 110 cases of congenital heart disease with 140 different nosological entities. Congenital heart disease represented 1.33% of the 8,216 admissions for hospitalization and / or consultation. Murmurs were the first reason for requesting cardiac Doppler ultrasound at 36.76%. VICs were in the foreground of congenital heart disease (28.57%), followed by AIC (21.42%), pulmonary stenosis (19.28%), Tetralogy of Fallot (10.71%). In their isolated form, CIA were the most common with 21.95% of cases, followed by VICs with 20.73%. Out of 140 cases of congenital heart disease (in 110 children), 68 cases were observed in female children and 72 cases in male children, i.e. a sex ration of 1.1. The age group with a high frequency of congenital heart disease is 1 month to 30 months with 55% of cases. Childhood congenital heart disease is a reality in Africa, its frequencies in all reported series are certainly underestimated due to the inaccessibility of doppler echocardiography in all health structures.

Keywords: Heart disease; Congenital; Cardiology; Sikasso Hospital.

Introduction

La prévalence des cardiopathies infantiles en Afrique sub-saharienne est estimée à environ 8 pour mille naissances vivantes pour les cardiopathies congénitales et au moins 1 à 14 pour mille pour les cardiopathies rhumatismales (CR) [1]. La prise en charge de ces cardiopathies infantiles dans les pays d'Afrique au sud du Sahara et au Mali en particulier posent encore d'énormes difficultés de diagnostic et d'accès au traitement notamment chirurgical contribuant ainsi à une augmentation de la mortalité et de la morbidité infantiles [2]. Des études de prévalence réalisées ont retrouvé des prévalences de 5,8% au Cameroun [3] et 0,61% au Burkina-Faso [4]. Au Mali jusqu'à une période récente les études

réalisées sur les cardiopathies étaient surtout basées sur la clinique [5] et de nos jours, l'apport croissant de l'échocardiographie [5,6] a facilité le diagnostic dans les services de cardiologie. Au Mali plusieurs travaux sur les cardiopathies congénitales ont été réalisés, les prévalences atteignent 2,77% [6,7]. Elles sont donc relativement fréquentes. Une meilleure connaissance des cardiopathies congénitales de l'enfant en milieu hospitalier pédiatrique devrait permettre de proposer des mesures en vue de mieux organiser leur prise en charge ; c'est l'objectif de ce travail qui vise à décrire les aspects épidémiologiques et échocardiographiques des cardiopathies congénitales de l'enfant à l'hôpital de Sikasso.

Méthodologie

Notre étude a été réalisée à l'hôpital de Sikasso dans le service de cardiologie. La région de Sikasso est la 3ème région administrative du Mali, elle est située dans la partie méridionale du Mali, avec une superficie de 71.790 km². Elle est limitée au Nord par la région de Ségou, au Sud par la République de Côte d'Ivoire, à l'Ouest par la République de Guinée Conakry, à l'Est par le Burkina Faso et au Nord-ouest par la région de Koulikoro. L'hôpital de 2ème référence situé au quartier lafiabougou non loin du commissariat de police du 2ème Arrondissement sur la route de Missirikoro en face du village CAN est facilement accessible à la majorité de la population. Notre travail s'est déroulé dans le service de cardiologie pendant une période d'une année du 1er Janvier 2020 au 31 Décembre 2020. Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive des comptes rendus d'échocardiographies Doppler pédiatrique. Nous avons utilisé une sonde cardiaque C15 de 4- 2 MHz avec mode doppler couleur, pulsé et continu sur appareil SONOSITE (TITAN). Tous les comptes rendus des patients âgés de 0 à 15 ans chez qui l'échocardiographie-doppler a permis de retenir le diagnostic de cardiopathie congénitale et dont le compte-rendu contenait des renseignements sur l'identité du patient, la date de réalisation de

l'examen, l'indication de l'examen, les données de l'examen échocardiographique ont été inclus dans notre étude. La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel Epi Info version 7.2 L'analyse statistique a fait appel au test du Chi 2. Le seuil de significativité de p était de 0,05.

Résultats

Durant la période d'étude, 598 examens échocardiographiques ont été réalisés et ont permis de mettre en évidence 110 cas de cardiopathies congénitales avec 140 entités nosologiques différentes. Les cardiopathies congénitales représentaient 1,33% des 8216 entrées pour hospitalisation et ou consultation au service de cardiologie. La figure 1 donne la répartition des cas de cardiopathie congénitale selon les données échocardiographiques. Certains enfants (27cas) étaient porteurs de plusieurs types de cardiopathies associées : 11 cas de CIV + Sténose pulmonaire, 8 cas de CIV + CIA. Quarante-trois cardiopathies congénitales isolées ont été identifiées. La CIA était la cardiopathie congénitale isolée la plus fréquente avec 18 cas (21,95%), suivie de la CIV avec 17 cas soit 20,73%. Parmi les associations, la CIV associée à la sténose pulmonaire était la plus fréquente avec 40,74% suivie de la CIV associée à la CIA avec 29,63%. Le Tableau I nous donne la répartition nosologique des 140 cas de cardiopathie congénitale. Les CIV étaient au premier plan avec 40 cas (soit 28,57%), suivies des CIA avec 30 cas (soit 21,42%), des sténoses pulmonaires (19,28%) et de la Tétralogie de Fallot (10,71%). L'âge moyen au moment de la réalisation de l'échocardiographie Doppler était de 15,25 mois avec des extrêmes d'un (01) jour et 15 ans. La tranche d'âge compris entre un 01 et 30 mois était la plus représentée avec 60 cas (55%), suivie des nouveaux nés avec 32 cas (29,4%). Il n'y avait pas de différence significative dans l'âge de diagnostic des cardiopathies congénitales en fonction du sexe ($X^2= 0,33$; $p= 0,95$). La répartition des différents types de cardiopathies en fonction de l'âge est décrite dans la figure 2. Les CIA isolées (10 cas/18), la CIA

associée à la CIV (5 cas/8), la PCA (5cas/7) ont été les cardiopathies les plus souvent diagnostiquées. Nous avons noté 53 filles porteuses de cardiopathie congénitale contre 56 garçons soit un sex- ratio de 1,05. Le Tableau II donne la répartition nosologique des 140 cas de cardiopathies congénitales en fonction du sexe. En effet sur les 140 cas de cardiopathies congénitales diagnostiquées (observées chez 109 enfants), 68 cas ont été observés chez des enfants de sexe féminin et 72 cas chez des enfants de sexe masculin. Le souffle cardiaque (36,76 %), suivie de la détresse respiratoire (22,05 %) et de la cyanose (11,02 %) étaient les motifs les plus fréquents de demande de l'échographie Doppler cardiaque. Le Tableau III donne la distribution des motifs de demande de l'échocardiographie.

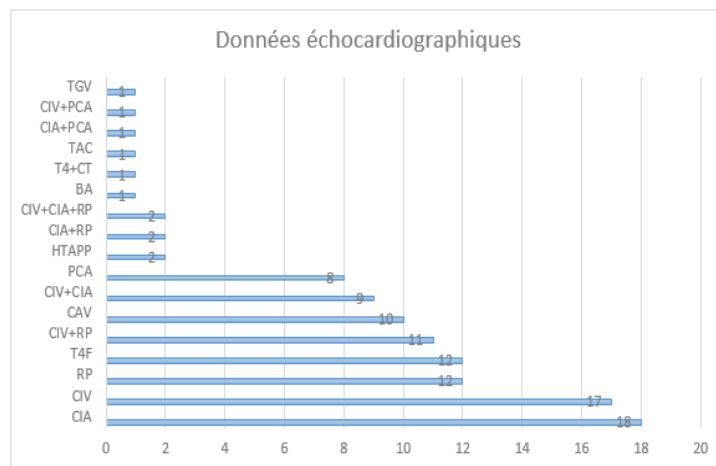


Figure 1 : Répartition des cas de cardiopathies congénitales selon les données échocardiographiques.

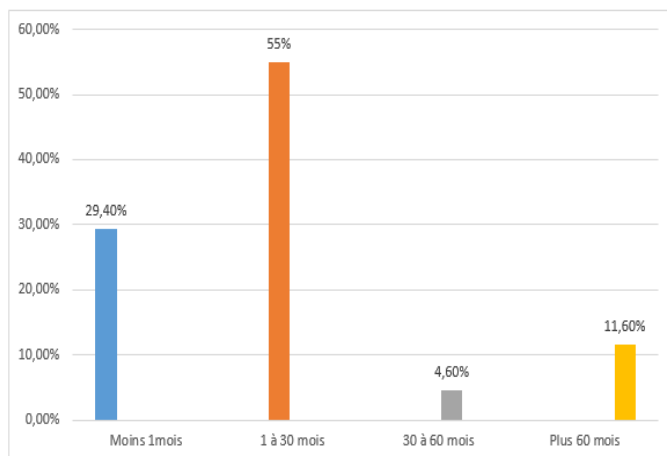


Figure 2 : répartition des enfants porteurs de cardiopathie congénitale en fonction de l'âge.

Tableau I : Répartition nosologiques des 140 cas de cardiopathies congénitales

Entité nosologique de cardiopathie congénitale	Fréquence	%
Communication Interventriculaire (CIV)	39	27,85%
Communication Interauriculaire (CIA)	30	21,42%
Sténose pulmonaire (RP)	27	19,28%
Tétralogie de Fallot (T4)	15	10,71%
Canal Atrio-Ventriculaire (CAV)	11	7,85%
Persistance du Canal artériel (PCA)	10	7,14%
Ventricule unique (VU)	2	1,42%
Hypertension Artérielle Pulmonaire (HTAP) primitive	2	1,42%
Cœur triartrial (CT)	1	0,71%
Bicuspide aortique (BA)	1	0,71%
Transposition des Gros Vaisseaux (TGV)	1	0,71%
Tronc Artériel Commun (TAC)	1	0,71%
Total	140	100%

Tableau II : Répartition des cas de cardiopathies en fonction du sexe

Type de cardiopathie	Masculin	Féminin	Total
CIV	22	17	39
CIA	16	14	30
RP	13	14	27
T4	6	9	15
CAV	5	6	11
PCA	5	5	10
VU	1	1	2
HTAPP	1	1	2
BA	1	0	1
CT	0	1	1
TGV	1	0	1
TAC	1	0	1
Total	72	68	140

Tableau III : Répartition des cas selon les motifs de demande échographiques

Motif de demande	Fréquence	%
Souffle cardiaque	50	36,76%
Détresse respiratoire	30	22,05%
Cyanose	15	11,02%
Bilan de Malformation	10	7,35%
Broncho-pneumopathie	11	8,08%
Cardiomégalie radiologique	10	7,35%
Retard de croissance	4	2,94%
Insuffisance cardiaque	6	4,41%
Total	136	100%

Discussion

• Limites et contraintes de l'étude

Le caractère rétrospectif de notre étude ne nous a pas permis d'être exhaustif dans la collecte des informations nécessaires à l'étude ; ce qui a certainement entraîné une sous-estimation du nombre de cardiopathies congénitales. Malgré ces limites nous avons pu comparer nos résultats à d'autres auteurs et mener notre discussion.

• Résultats globaux

La fréquence: dans notre étude, les cardiopathies congénitales occupaient 1,33% des entrées au service de cardiologie. Plusieurs études, [9,10,11,12] rapportées par différents auteurs africains montrent des fréquences variables soient respectivement 4,18%, 5,09%, 0,72%, 64%, et 0,1%. Cependant, ces séries soulignent toutes de manière concordante le caractère préoccupant que revêtent les cardiopathies congénitales en Afrique. Ces différences de prévalence pourraient être liées aux facteurs suivants: séries pédiatriques dans certaines études [9] et enfin série échographique [10].

Sexe : Le sexe masculin prédominait dans notre étude avec un sex-ratio à 1,1. Ceci rejoint les résultats de Kinda, Touré, M'pemba-Loufoua [8,13,14] qui notaient une prépondérance du sexe masculin avec

respectivement un sex-ratio de 1,6 ; 1,5 ; 1,3. Pour la plupart des auteurs, le sexe n'était pas incriminé dans la genèse des cardiopathies congénitales.

Age : L'âge moyen des enfants dans notre série était de 15,25 mois avec des extrêmes de 1 jour et 15 ans. La tranche d'âge de 1 à 30 mois était la plus représentée avec 60 cas (55%); Ceci est en accord avec Abéna [11] et Cloarec [15] qui ont remarqué que la plupart des cardiopathies congénitales était diagnostiquée dès le bas âge entre 0 et 2 ans respectivement 70% et 61%. Ce taux élevé des cas de cardiopathie congénitale dans la tranche d'âge de 1 à 30 mois par rapport aux âges de plus de 30 mois dans notre étude s'expliquerait par le fait que : Certaines cardiopathies congénitales comme les CIV, les CIA et la PCA qui représentaient 69,27% des cas dans notre étude peuvent évoluer spontanément vers la fermeture [16,17]; les cardiopathies congénitales de découverte tardive sont le plus souvent bénignes et compatibles avec une vie quasi normale. Alors ces patients ne consultent pas et ne sont souvent pas recensés.

Les indications de l'échocardiographie : Les souffles étaient au premier rang des motifs de demande de l'échographie Doppler présent dans 36,76% des cas dans notre série, suivie de la détresse respiratoire 22,05%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le souffle est un signe quasi constant dans les cardiopathies congénitales chez les enfants [18]. En ce qui concerne la détresse respiratoire, les infections respiratoires récurrentes sont de fréquentes circonstances révélatrices des cardiopathies congénitales [11] favorisées par des facteurs locaux (mauvaise hygiène, étroitesse des voies aériennes dans les syndromes poly-malformatifs) et généraux (inondation et hypersécrétion pulmonaire, déficit immunitaire complexe).

Les différentes cardiopathies rencontrées : La cardiopathie la plus fréquemment retrouvée dans notre étude et dans la plupart des études en Afrique [8,11,12,19] et dans le monde [20, 21] était la CIV. Elle est unique (avec prépondérance de la forme périmembraneuse : 98,4%) ou associée à d'autres cardiopathies ; dans ce cas, c'est l'association avec la

sténose pulmonaire qui était la plus fréquente avec 11 cas. Ces résultats sont similaires à ceux de Sawadogo [22] au Burkina-Faso et à ceux de Glen et al. [23] en Angleterre. La prédominance de cette association pourrait s'expliquer par le fait que la sténose pulmonaire représente une évolution anatomique des CIV comme il est décrit dans la littérature [18].

Conclusion

Ce travail rétrospectif a permis de confirmer que les cardiopathies congénitales de l'enfant sont une réalité avec une fréquence de 1,33 % des entrées au service de cardiologie de l'hôpital de Sikasso. Cette fréquence est probablement sous-estimée en raison de l'irrégularité de la disponibilité de l'échocardiographie à l'hôpital. Notre étude ayant considéré uniquement les aspects épidémiologiques et échocardiographiques des cardiopathies congénitales chez l'enfant, d'autres études à grand échelle méritent d'être réalisées dans le but de déterminer leur prévalence dans la région de Sikasso, pour une meilleure organisation de la prise en charge de cette pathologie à l'hôpital de Sikasso.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

*Correspondance

Abdoulaye Kissima Traoré

abdoulayediablo@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

- 1 : Service de Cardiologie de l'hôpital de Sikasso BP 82, Mali
- 2 : Service de Pédiatrie de l'hôpital de Sikasso,
- 3 : Service de Pédiatrie, Hôpital du Mali, Bamako,
- 4 : Service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso,
- 5 : Service de Pédiatrie, Hôpital de Tombouctou, Mali
- 6 : Service de Cardiologie Université de Thiès Dakar, Sénégal
- 7 : Service de Cardiologie Université Gaston Berger de Saint Louis Dakar, Sénégal

8 : Faculté de Médecine de Brest, Université de Bretagne Occidentale, Brest, France

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Zuhlke L, Mirabel M. et al. Congenital heart disease and rheumatic heart disease in Africa: Recent advances and currents priorities. *Heart*2013;99:1554-1561.
- [2] Mocumbi AO, Lameira E, Yaksh A and al. Challenges on the management of congenital heart disease in developing countries. In *J Cardiol* 2011; 148:285-288.
- [3] Nkoke C, Lekoulou A, Dzudie A et al. Echocardiographic pattern of rheumatic valvular disease in a contemporary sub-Saharan African pediatric population: an audit of a major cardiac ultrasound unit in Yaounde, Cameroon. *BMC Pediatrics* 2016;16:43
- [4] Tougouma SJ-B, Kissou S-LA, Yaméogo AA, et al. Les cardiopathies de l'enfant au CHU Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso: aspects échocardiographies et thérapeutiques. *The Pan African Medical Journal*. 2016;25:62. doi:10.11604/pamj.2016.25.62.9508.
- [5] Diallo Ba, Touré MK - Etude épidémiologique, clinique et évolutive de 96 cas de valvulopathies rhumatismales. *Cardiologie Tropicale* 1994 ; 20 : 121-124.
- [6] BAHO., Maiga AK., Daffé S., et al. Aspects épidémiologiques et cliniques des cardiopathies infanto-juvéniles *Ann. Afr. Chir. Thorac. Cardiovasc.* .2013;8(2):77-81
- [7] Profil épidémiologique, Clinique et évolutif des cardiopathies congénitales au service de néonatalogie au service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré – Bamako these de Medecine. <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4116>
- [8] Kinda G. Cardiopathies congénitales : aspects épidémiologiques cliniques, évolutifs et thérapeutiques dans le service de cardiologie du CHU Aristide Le DANTEC de Dakar (à propos de 94 cas). Mémoire CES de cardiologie. Université Cheikh Anta Diop de Dakar 2008 ;143:155p. PubMed.
- [9] Mayanda HF, Bobossi G, Malonga H et al. Malformations congénitales observées dans le service de néonatalogie du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. *Méd Afr Noire*. 1991; 38(7): 505-9. PubMed.
- [10] Niakara A, Ouédraogo BJ, Ouédraogo N et al. Apport et limite de l'échographie trans-thoracique sans Doppler dans l'évaluation des cardiopathies : à propos de mille examens réalisés à Ouagadougou. *Burkina médical*. 1999; 2: 53-9. PubMed
- [11] Abena-Obama MT, Muna WFT, Leckpa JP et al. Cardiovascular disorders in sub-Saharan African children: a hospital based experience. *Cardiol Trop*. 1995; 21(81): 5-11. PubMed.
- [12] Amon-Tanoh Dick F, Gouli J-C, Ngouan-Domoua AM, Aka J, Napon-Kini H. Epidémiologie et devenir immédiat des malformations du nouveau-né au CHU de Yopougon Abidjan (Côte d'Ivoire). *Rev Int Sc Méd*. 2006 ; 8(2): 7-12. PubMed.
- [13] M'pomba Loufoua Lemay AB, Johnson EA, N'Zingoula S. Les cardiopathies congénitales observées dans le service de pédiatrie « Grands Enfants » du CHU de Brazzaville à propos de 73 cas : aspects épidémiologiques. *Méd Afr Noire*. 2005; 52(3): 173-177. PubMed.
- [14] Touré IA, Gaultier Y, Wafy D. Incidence des cardiopathies congénitales au Niger à propos de 123 cas. *Cardiologie tropicale*. 1995; 21(81): 13-8. PubMed.
- [15] Cloarec S, Magontier N, Vaillant M C, Paillet C, Chantepie A. Prévalence et répartition des cardiopathies congénitales en Indre et Loire : évaluation du diagnostic anténatal : 1991-1994. *Arch Pediatr*. 1999; 6(10):1059-1065. PubMed.
- [16] Fischer H, Sonnweber N, Sailer M, Fink C, Trawogger R, Hammerer I. Incidence of congenital heart disease in tyrol, Austria 1979-1983. *Padiatr Padol*. 1991; 26(1):57-60. PubMed.
- [17] Manetti A, Pollini I, Cecchi F et al. The epidemiology of cardiovascular malformations, III; The prevalence and follow up of 46,895 live births at Careggi Maternity Hospital, Florence, in 1975-1984. *G Ital Cardiol*. 1993; 23(2):145-52. PubMed
- [18] Dadez E, Cormier B. Echocardiographie Doppler: principes physiques, examen normal. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Cardiologie-Angéologie*1996;11-005-A-10 :14p.
- [19] Agboton H. Les communications inter-ventriculaires en Afrique de l'Ouest. *Cardiol Trop*.1985; 12(n° spécial): 41-46. PubMed.

- [20] Joly H, Dauphin C, Montreff P, Boeuf B, Lusson JR. Communication interventriculaire du nourrisson: évolution à court terme (série prospective de 89 cas) /Ventricular septal defect of neonate. Arch Mal Coeur Vaiss. 2004;97(5): 540-5. PubMed.
- [21] Sable CA. Ultrasound of congenital heart disease: a review of prenatal and postnatal echocardiography. Semin Roentgenol. 2004; 39(2): 215-33. PubMed.
- [22] Sawadogo G. Cardiopathie congénitale de l'enfant : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Thèse méd Université de Ouagadougou 2007;1281 :147p.
- [23] Glen S, Burns J, Bloomfield P. Prevalence and developpement of additional cardiac abnormalities in 1448 patients with ventricular septal defects. Heart. 2004; 90(11): 1321-5. PubMed.

Pour citer cet article :

AK Traore, A Cissouma, G Dembélé, O Haidara, SA Traoré, D Kassogué et al. Cardiopathies congénitales : aspects épidémiologiques et échocardiographies à propos de 110 cas à l'hôpital de Sikasso, Mali. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 57-63



Article original

Évaluation des connaissances générales des étudiants de l'université de Kara, sur le cancer de la prostate

Assessment of general knowledge of Kara University students on prostate cancer

KH Sikpa*¹, TM Kpatcha¹, KK Tengue², EV Sewa², G Botcho¹, KE Gueouguede¹, PR Plante¹

Résumé

Introduction : Le cancer de la prostate est le premier cancer de l'homme en termes de fréquence et le 3^e en termes de mortalité par cancer chez l'homme. Il est admis que les hommes de race noire ont un risque plus élevé d'être atteint de cancer de la prostate. Pourtant c'est une pathologie qui reste méconnue de la population générale en Afrique ; et il existe des préjugés et des fausses croyances en ce qui concerne le cancer de la prostate en Afrique noire. Des études ont été menées en occident pour évaluer les connaissances des populations sur le cancer de prostate ; peu d'études ont été réalisées en Afrique à ce sujet ; le but de notre étude était d'évaluer les connaissances sur le cancer de la prostate, en milieu étudiant à Kara au Togo.

Objectif : évaluer les connaissances générales des étudiants de l'université de Kara sur le cancer de la prostate

Patients et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, qui avait porté sur les étudiants de l'université de Kara ; les étudiants en médecine étant exclus. La durée de l'étude était d'un mois, de mai 2018 à juin 2018. Le choix des enquêtés avait été fait par sondage aléatoire. Un questionnaire individuel, à remplir de façon anonyme, leur a été remis.

Sur 100 questionnaires remis, 68 étaient exploitables, vingt questionnaires n'ont pas été récupérés et douze n'étaient pas remplis complètement.

Les données ont été traitées avec le logiciel épi info 3.5.4

Les variables étudiées étaient les suivantes :

- L'âge
- Les connaissances sur l'urologie
- Les connaissances théoriques sur les signes cliniques révélant une maladie prostatique (dysurie, pollakiurie nocturne)
- Les connaissances théoriques sur la prostate et le cancer de la prostate

Résultats :

La moyenne d'âge des étudiants qui ont participé à l'enquête était de 23,6 ans, avec des extrêmes de 20 et 33 ans ; la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-25 ans avec 64,7 % des cas (n=44).

Dans notre étude, 29,4 % (n=20) des enquêtés prétendaient savoir ce que c'est que l'urologie (spécialité médicale) ; dans 67,6 % (n=46) des cas, ils trouvaient que la pollakiurie nocturne était anormale, et 20,5 % (n=14) n'en avaient aucune notion ; pour 26,4 % (n=18), l'installation d'une dysurie avec l'âge était anormale et 41,1 % (n=28) n'en avaient aucune notion. En ce qui concerne les connaissances

sur la prostate, 73,5 % (n=50) prétendaient savoir ce que c'est que la prostate ; sur cette population, 20 % (n=10) prétendaient que la prostate était une maladie. Dans notre étude, 61,7% (n=42) avaient déjà entendu parler du cancer de la prostate. L'âge, et l'hérédité, étaient considérés comme facteurs de risque respectivement dans 17,6 % (n=12) et 2,94 % (n=2) des cas ; les activités sexuelles, et le niveau socio-économique étaient considérés comme facteurs de risque dans respectivement 26,4 % (n=18) et 14,7 % (n=10) des cas. Notons que 47 % prétendaient que le cancer de la prostate pouvait être dépisté.

Conclusion : Le niveau de connaissance des étudiants de l'université de Kara sur le cancer de la prostate était faible. Il est nécessaire d'élever ce niveau, par une meilleure communication sur la prostate et le cancer de la prostate. Ainsi, le dépistage du cancer de la prostate serait populaire, le diagnostic plus précoce, et la prise en charge meilleure.

Mots-clés : cancer de la prostate ; connaissances générales ; évaluation ; Kara.

Abstract

Introduction: Prostate cancer is the number one cancer in men in terms of frequency and the second in terms of mortality. It is believed that black men have a higher risk of developing prostate cancer. Yet it is a pathology that remains unknown to the general population in Africa; and there are prejudices and false beliefs regarding prostate cancer in black Africa. Studies have been carried out in the West to assess the knowledge of populations on prostate cancer; few studies have been carried out in Africa on this subject; the aim of our study was to assess knowledge about prostate cancer in a student setting in Kara.

Objective: to assess the general knowledge of students of the University of Kara on prostate cancer

Patients and methods: it was a descriptive cross-sectional study, which involved students from Kara University; medical students being excluded. The duration of the study was one month, from May 2018 to June 2018. The choice of respondents was made by random sampling. An individual questionnaire, to be

completed anonymously, was given to them. Out of 100 questionnaires submitted, 68 were usable, twenty questionnaires were not retrieved and twelve were not completely completed

The data were processed with the *epi info 3.5.4* software

The variables studied were as follows:

- the age
- knowledge of urology
- theoretical knowledge on the clinical signs revealing prostate disease (dysuria, nocturnal pollakiuria)
- theoretical knowledge about prostate and prostate cancer

Results:

The average age of the students who participated in the survey was 23.6 years, with extremes of 20 and 33 years; the most represented age group was that of 20-25 years with 64.7% of cases (n = 44).

In our study, 29.4% (n = 20) of respondents claimed to know what urology (medical specialty) is; in 67.6% (n = 46) of cases, they found nocturnal pollakiuria to be abnormal, and 20.5% (n = 14) had no idea; for 26.4% (n = 18), the onset of dysuria with age was abnormal and 41.1% (n = 28) had no concept. Regarding knowledge about the prostate, 73.5% (n = 50) claimed to know what the prostate is; of this population, 20% (n = 10) claimed that the prostate was a disease. In our study, 61.7% (n = 42) had heard of prostate cancer. Age, and heredity, were considered as risk factors in 17.6% (n = 12) and 2,94% (n = 2) of cases, respectively; sexual activities and socioeconomic level were considered as risk factors in 26.4% (n = 18) and 14.7% (n = 10) of cases, respectively. Note that 47% claimed that prostate cancer could be detected. we noted that 29.4% believed that prostate cancer could be cured, while 11.8% believed that it could not be cured, and 58.8% believed that they had none notion

Conclusion: The level of knowledge of Kara University students about prostate cancer was low. There is a need to raise this level, through better communication about prostate and prostate cancer. Thus, prostate cancer screening would be popularized, diagnosis earlier, and management better.

Keywords: prostate cancer; general knowledge; Evaluation; Kara

-Les connaissances théoriques sur la prostate et le cancer de la prostate.

Introduction

Le cancer de la prostate est le premier cancer de l'homme en termes de fréquence et le 3^e en termes de mortalité par cancer chez l'homme [1,2]. Il est admis que les hommes de race noire ont un risque plus élevé d'être atteint de cancer de la prostate [3,4]. Pourtant, c'est une pathologie qui reste méconnue de la population générale en Afrique ; il existe par ailleurs des préjugés et des fausses croyances en ce qui concerne le cancer de la prostate en Afrique noire. Des études ont été menées en occident pour évaluer les connaissances des populations sur le cancer de prostate [5,6] ; peu d'études ont été réalisées en Afrique à ce sujet ; le but de notre étude était d'évaluer les connaissances sur le cancer de la prostate, en milieu étudiant à Kara au Togo.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, qui avait porté sur les étudiants de l'université de Kara ; les étudiants en médecine étant exclus. La durée de l'étude était d'un mois, de mai 2018 à juin 2018. Le choix des enquêtés avait été fait par sondage aléatoire. Un questionnaire individuel, à remplir de façon anonyme, leur a été remis. Sur 100 questionnaires remis, 68 étaient exploitables, vingt questionnaires n'ont pas été récupérés et douze n'étaient pas remplis complètement.

Les données ont été traitées avec le logiciel épi info 3.5.4

Les variables étudiées étaient les suivantes :

- L'âge
- Les connaissances sur l'urologie
- Les connaissances théoriques sur les signes cliniques révélant une maladie prostatique (dysurie, pollakiurie nocturne)

Résultats

La moyenne d'âge des étudiants qui ont participé à l'enquête était de 23,6 ans, avec des extrêmes de 20 et 33 ans ; la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-25 ans avec 64,7 % des cas (n=44). La figure 1 montre la répartition des étudiants selon les tranches d'âge.

Dans notre étude, 29,4 % (n=20) des enquêtés prétendaient savoir ce que c'est que l'urologie (figure 2) ; dans 67,6 % (n=46) des cas, ils trouvaient que la pollakiurie nocturne était anormale, et 20,5 % (n=14) n'en avaient aucune notion (figure 3) ; pour 26,4 % (n=18), l'installation d'une dysurie avec l'âge était anormale et 41,1 % (n=28) n'en avaient aucune notion (figure 4). En ce qui concerne les connaissances sur la prostate, 73,5 % (n=50) prétendaient savoir ce que c'est que la prostate ; sur cette population, 20 % (n=10) prétendaient que la prostate était une maladie. Dans notre étude, 61,7% (n=42) avaient déjà entendu parler du cancer de la prostate. L'âge, et l'hérédité, étaient considérés comme facteurs de risque respectivement dans 17,6 % (n=12) et 2,94 % (n=2) des cas ; les activités sexuelles, et le niveau socio-économique étaient considérés comme facteurs de risque dans respectivement 26,4 % (n=18) et 14,7 % (n=10) des cas.

Le tableau 1 montre les avis des étudiants, sur la possibilité ou non d'éviter le cancer de la prostate

Le tableau 2 montre les avis des étudiants, sur la possibilité ou non de dépister le cancer de la prostate.

Le tableau 3 montre les avis des étudiants, sur la possibilité ou non de soigner le cancer de la prostate

Dans notre étude, nous avons noté que 29,4 % pensaient qu'on pouvait guérir du cancer de la prostate, alors que 11,8 % estimaient qu'on ne pouvait pas en guérir, et 58,8 % estimaient qu'ils n'en avaient aucune notion.

Discussion

La population ciblée dans notre étude était très jeune, avec un âge moyen de 23,6 ans. D'autres auteurs ont eu pour cible, une population avec une moyenne d'âge de 49,52 ans [7]. Le but de notre étude, était d'évaluer les connaissances des étudiants de l'université de Kara, sur le cancer de la prostate. Kara, ville située à environ 400 km au nord de Lomé, la capitale du Togo, est un milieu semi urbain. La ville de Kara abrite l'Université de Kara, qui est la 2^e université publique du Togo. On sait que dans nos régions africaines, les patients souffrant de cancer de la prostate, sont admis à l'hôpital, à une phase très avancée de la maladie [8], souvent par faute d'informations ; il était important pour nous, de savoir quel est le niveau d'information de leur entourage. Les étudiants d'une ville comme Kara, avaient été choisis, car ils sont souvent considérés comme des intellectuels dans leur famille ; famille dont les parents, parfois, n'ont pas eu l'occasion de faire des études. Ces étudiants deviennent donc des sources d'information importantes pour leurs parents. Cependant ont-ils les bonnes informations ?

Dans notre étude, seulement 29,4 % (n=20) des enquêtés prétendaient savoir ce que c'est que l'urologie. L'urologie est une spécialité médico-chirurgicale, permettant de prendre en charge les affections de l'appareil urinaire des deux sexes, et de l'appareil génital masculin. On pourrait expliquer la méconnaissance de cette spécialité au Togo, par le fait que pendant longtemps, il y avait très peu d'urologues togolais ; et certaines affections urologiques, notamment prostatiques, étaient prises en charge par les chirurgiens généralistes. L'absence d'urologues en dehors de Lomé, la capitale, pourrait également expliquer cela.

Les symptômes qui emmènent le patient à consulter sont essentiellement : la dysurie, la pollakiurie, et l'urgenturie. Dans notre étude, 26,5% des étudiants estimaient que la dysurie était anormale avec l'âge. De tout temps, la dysurie était considérée dans nos cultures africaines comme normale chez une personne âgée ; les patients du 3^e âge, ne voyaient donc pas

la nécessité de consulter, puisqu'ils estimaient que leur difficulté à uriner était normale, vu leur âge. Quand enfin, ils se décident à consulter, ils se tournent premièrement vers les tradipraticiens [9]. Ce n'est qu'en cas de rétention d'urine, qu'il consulte en urgence dans un centre hospitalier pour prise en charge. Certains auteurs comme Cunningham-Burley et Coll [10] aux USA retrouvaient ses mêmes croyances chez les noirs américains, expliquant ainsi le fait qu'ils ne consultaient pas pour les symptômes du bas appareil urinaire

Dans notre étude, 73,5 % (n=50) prétendaient savoir ce que c'est que la prostate ; sur cette population de 50 étudiants, 20 % (n=10) prétendaient que la prostate était une maladie. La confusion est fréquente entre « prostate (organe) » et « cancer de la prostate ». Il n'est pas rare d'entendre en consultation, un patient suivi pour pathologie prostatique dire : « Docteur, j'ai la prostate » Il faudrait plus d'émissions radiotélévisées sur la prostate, des journées annuelles consacrées à la prostate et aux maladies prostatiques. KILBRIDGE aux USA, avait retrouvé que 25 % de ses patients avec cancer de la prostate, faisaient cette confusion [11].

L'âge, et l'hérédité, étaient considérés comme facteurs de risque respectivement dans 17,6 % (n=12) et 2,94 % (n=2) des cas. Dans notre étude, très peu connaissaient les facteurs de risque du cancer de la prostate. Certains ayant remarqué que c'est une pathologie qui touche les personnes âgées, ont pu faire le lien entre le cancer de la prostate et l'âge avancé ; pourtant, certains auteurs comme [12] ont retrouvé que 49 % de leurs enquêtés, pensaient que les jeunes hommes avaient plus de risque d'avoir le cancer de la prostate. La race noire est beaucoup moins connue comme facteur de risque [13] ; il en est de même pour les facteurs hormonaux, les facteurs génétiques, et les facteurs environnementaux

On note que 47 % (n=32) de la population étudiée, prétendaient que le cancer de la prostate pouvait être dépisté. Le dépistage du cancer de la prostate est individuel, et se fait annuellement lors d'une consultation urologique, durant laquelle un toucher rectal est réalisé, ainsi qu'un dosage du PSA. Le

dépistage se fait chez les patients de plus de 45-50 ans [1]. Il est admis que le dépistage permet de réduire le taux de mortalité lié au cancer de la prostate [14,15]. Les sociétés savantes préconisent un dépistage à partir de l'âge de 45 ans, s'il existe un antécédent de cancer de prostate dans la famille, et à partir de 50 ans si ce n'est pas le cas.

Nous avons remarqué que 41,1% (n=28) de la population étudiée, estimait que le cancer de la prostate pouvait être soigné. En Afrique, le terme « cancer » rime avec décès. Le manque d'informations sur les pathologies cancéreuses, le passage chez les tradipraticiens, font que les patients arrivent à un stade très avancé de la maladie, et mouraient peu de temps après le début de la prise en charge en milieu hospitalier, avec un taux de mortalité avoisinant les 15 % [8].

Conclusion

Pathologie encore peu connue dans nos sociétés, sa prise en charge est difficile quand la consultation en milieu hospitalier est faite tardivement. Il devient urgent d'organiser des sessions d'informations sur le cancer de la prostate, afin d'améliorer son diagnostic précoce et sa prise en charge adéquate.

*Correspondance

Komi Jean Noel SIKPA

khsikpa@outlook.com

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

1 : CHU Kara

2 : CHU Sylvanus Olympio de Lome

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Rozeta F, Hennequina C, Beauvala JB, Beuzeboca P, Cormiera L, Fromont-Hankarda G et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU, Actualisation 2018—2020 : cancer de la prostate. *Prog Urol.* 2018 ; 28 : s79-s130
- [2] Darré T, Amégbor K, Kpatcha M, Tengue K, Sonhaye L, Doh K et al. Cancers urologiques au Togo : profil histoépidémiologique à propos de 678 cas. *J Afr Cancer.* 2014 ; 6 : 27–31
- [3] Ahaghotu C, Baffoe-Bonnie A, Kittles R, Pettaway C, Powell I, Royal C et al. Clinical characteristics of African-American men with hereditary prostate cancer : the AAHPC study. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2004 ; 7 (2) : 165–169.
- [4] Taitt HE. Global Trends and Prostate Cancer : A Review of Incidence, Detection, and Mortality as Influenced by Race, Ethnicity, and Geographic Location. *Am J Mens Health.* 2018 Nov ; 12 (6) : 1807–1823
- [5] Morère JF, Touboul C, Lhomel C, Rouprêt M. Dépistage du cancer de la prostate en France : résultats des enquêtes EDIFICE. *Prog Urol.* 2020 ; 6 (30) : 332-338
- [6] Steele CB, Miller DS, Maylahn C, Uhler RJ, Baker CT. Knowledge, Attitudes, and Screening Practices Among Older Men Regarding Prostate Cancer. *Am J Public Health.* 2000 ; 90 (10) : 1595–1600
- [7] Yeboah-Asiamah B, Yirenya-Tawiah D, Baafic D, Ackumey MM. Perceptions and knowledge about prostate cancer and attitudes towards prostate cancer screening among male teachers in the Sunyani Municipality, Ghana. *AJU.* 2017 ; 23 : 184-191
- [8] Tengue K, Kpatcha TM, Botcho G, Leloua E, Amavi AK, Sikpa K, et al. Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate au Togo. *AJU.* 2016 ; 22 : 76-82.
- [9] Mbonu OO. Knowledge and perception of prostate cancer. *J West Afr Coll Surg.* 2014 Jan-Mar ; 4 (1) : 10-12
- [10] Cunningham-Burley S, Allbutt H, Garraway WM, Lee AJ, Russell EB. Perceptions of urinary symptoms and health-care-seeking behavior amongst men aged 40-79 years. *Br J Gen Pract.* 1996 Jun ; 46 (407) : 349–352
- [11] Kilbridge K, Gertrude F, Murray K, Elizabeth MN, Mark C, Randall B et al. Lack of Comprehension of Common

Prostate Cancer terms in a Underserved Population. *J Clin Oncol.* 2009 avril ; 27 (12) : 2015-21

- [12] Ogunsanya ME, Pharm B, Brown CM, Odedina FT, Barner JC, Adedipe TB et al. Knowledge of Prostate Cancer and Screening Among Young Multiethnic Black Men. *American Journal of Men's Health.* 2017, 11(4) : 1008–1018
- [13] Nzamba BPL, Odo BA, Nziengui TC, Kouassi KKY, Kagambega ZAG, Toure M. Cancer de la prostate chez le sujet de race noire en Côte d'Ivoire. *Rev int sc méd Abj.* 2021 ; 23 (1) : 49-54
- [14] Bartsch G, Horninger W, Klocker H, Reissigl A, Oberaigner W, Schonitzer D. et al. Prostate Cancer Screening Group: Prostate cancer mortality after introduction of prostate-specific antigen mass screening in the Federal State of Tyrol, Austria. *Urology.* 2001; 58 (3): 417-424.
- [15] Roberts RO, Bergstralh EJ, Katusic SK, Lieber MM, Jacobsen SJ. Decline in prostate cancer mortality from 1980 to 1997, and an update on incidence trends in Olmsted County, Minnesota. *J. Urol.* 1999; 161(2): 529-533.

Pour citer cet article :

KH Sikpa, TM Kpatcha, KK Tengue, EV Sewa, G Botcho, KE Gueouguede et al. Évaluation des connaissances générales des étudiants de l'université de Kara, sur le cancer de la prostate. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 64-69



Article original

**Intérêt de la rééducation physique précoce des déformations orthopédiques congénitales du genou chez l'enfant.
Etude rétrospective à l'Institut Saint KIZITO de Bujumbura (Burundi) à propos de 124 cas**

Interest of early physical rehabilitation of congenital orthopedic deformities of the knee in child.

Retrospective study at the Saint KIZITO Institute of Bujumbura (Burundi) about 124 cases

A Sinzakaraye*¹, G Ndayizeye², JC Mbonicura², A Ndayishimiye³, F Munezero¹, JC Niyondiko²

Résumé

But : Déterminer la fréquence et les types de déformations orthopédiques congénitales du genou ainsi que l'intérêt d'une rééducation physique précoce dans la récupération fonctionnelle.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de trois ans. Elle a porté sur 124 enfants qui ont été pris en charge en rééducation à l'Institut Saint Kizito de Bujumbura (Burundi) pour déformations orthopédiques congénitales du genou.

Résultats : Au cours de l'étude, 2209 enfants ont consulté l'Institut Saint KIZITO de Bujumbura pour rééducation, 187 avaient des déformations orthopédiques congénitales du genou (8,46%). La tranche d'âge la plus représentée était de 2 à 3 ans (43,54%). Une prédominance masculine a été notée à 62,90%. Le genu valgum était la déformation orthopédique congénitale la plus retrouvée (62,90%). Les déformations orthopédiques du genou étaient associées à certaines anomalies dont le pied plat dans 13,70% des cas. La majorité des patients (43,54%) ont débuté la rééducation à l'âge de 2 à 3 ans. La durée de rééducation pour la plupart (76%) était de 3 à 6 mois, avec une évolution favorable. L'angle fémoro-

tibial évalué à la fin de la rééducation était nul pour la majorité de nos patients (73,38%). Les distances intercondylienne et inter malléolaire interne étaient respectivement nulle pour 89,58% et 91,02% des cas. Conclusion : Les déformations orthopédiques congénitales du genou chez l'enfant sont une réalité à Bujumbura. L'âge de constatation de ces déformations coïncide avec l'âge de la marche. La rééducation des déformations orthopédiques congénitales du genou donne de très bons résultats si elle est commencée précocement.

Mots-clés : Déformations congénitales, genou, rééducation, récupération.

Abstract

Aims: To determine the frequency and types of congenital orthopedic deformities of the knee as well as the interest of early physical rehabilitation in functional recovery.

Methodology: This is a retrospective study over a period of three years. It involved 124 children who were treated in rehabilitation at the Saint Kizito Institute in Bujumbura for congenital orthopedic deformities of the knee.

Results: During the study, 2209 children consulted the Saint KIZITO Institute of Bujumbura for Rehabilitation, 187 had congenital orthopedic deformities of the knee (8.46%). The most represented age group was 2 to 3 years (43.54%). A male predominance was noted at 62.90%. The genu valgum was the most recovered congenital orthopedic deformity (62.90%). Orthopedic deformities of the knee were associated with some abnormalities, the most represented the flat foot in 13.70% of cases. The majority of patients (43.54%) started rehabilitation at 2 to 3 years of age. The duration of rehabilitation for most (76%) was 3 to 6 months, with a favorable evolution. The femoral-tibial angle evaluated at the end of the rehabilitation was zero for the majority of our patients (73.38%). The intercondylar and intermalleolar internal distances were respectively nil for 89.58% and 91.02% of the cases.

Conclusion: Congenital orthopedic deformities of the knee in children are a reality in Bujumbura. The age of recognition of these deformities coincides with the age of walking. Rehabilitation of congenital orthopedic deformities of the knee gives very good results if it is started early.

Keywords: Congenital deformities, knee, rehabilitation, recovery.

Introduction

Le genou est une articulation du membre inférieur qui permet de plier et d'étendre le membre quand on marche. Il articule la cuisse avec la jambe [1]. Lors de la croissance de la majorité des enfants, des variations parfois importantes de l'angulation des genoux sont observées. Les déformations peuvent être: genu varum, genu valgum, genu recurvatum et genu flectum [2,3].

Le diagnostic clinique de ces déformations est souvent évident. L'appréciation de l'axe de la déviation se fait sur le plan clinique par la mesure de la distance intermalleolaire et intercondylienne et sur le plan radiologique par la mesure de l'angle femorotibial

[3].

Une étude faite en Allemagne, sur une cohorte de 226 enfants a montré une haute prévalence (15%) des déformations orthopédiques du genou de l'enfant [4]. Ces déformations, souvent physiologiques, se corrigent sans traitement. Certaines d'entre elles peuvent dépasser les limites de la normale et nécessiter des traitements précoces [5]. La rééducation occupe une place très importante dans le traitement des déformations du genou de l'enfant et de bons résultats sont observés si le traitement est envisagé très tôt [6]. Les centres de prise en charge rééducative sont insuffisants au Burundi. Nous nous proposons dans cette étude de déterminer la fréquence, le type de déformations orthopédiques congénitales du genou et l'intérêt d'une rééducation précoce, dans la récupération de ces déformations.

Méthodologie

Cette étude s'est déroulée à l'Institut Saint KIZITO de Bujumbura, un centre de rééducation et de Réadaptation, de niveau national, spécialisé dans la prise en charge des enfants avec des déficiences physiques conduisant au handicap notamment. Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective sur trois ans (de janvier 2015 à décembre 2017). Etaient inclus dans l'étude, tout enfant âgé de moins de 5 ans, suivi à l'Institut Saint KIZITO de Bujumbura pour déformations orthopédiques congénitales du genou, ayant fait toutes les séances de rééducation et dont les dossiers étaient complets. Ont été exclus les perdus de vue en cours du traitement. Nos sources de données étaient les registres de consultation et les dossiers des patients. Les données ont d'abord été recueillies sur les fiches et ont été traitées manuellement à l'aide d'une machine calculatrice et saisies avec les logiciels MICROSOFT WORD et EXCEL 2013.

Résultats

Au cours de notre étude, 2209 patients ont consulté le service de rééducation de l'Institut Saint KIZITO

de Bujumbura, 187 avaient des déformations orthopédiques du genou soit une fréquence de 8,46%. L'étude a concerné 124 cas. La tranche d'âge de 2 à 3 ans était prédominante à 43,54 %. Le sexe masculin était plus représenté que le sexe féminin avec un sexe ratio de 1,7.

Dans cette série, il y avait une prédominance du genu valgum suivi par le genu varum (Tableau II)

L'atteinte bilatérale était prédominante avec 92 cas (74,19 %). L'atteinte isolée du genou gauche chez 19 cas (15,32 %) et celle du genou droit dans 13 cas (10,48%).

Chez tous les patients (100%), l'âge de constatation des déformations était l'âge de début de la marche qui était aux environs de 12 mois.

La rigidité du genou était le seul signe associé retrouvé et était associée au genu valgum et varum respectivement dans 4,03 % et 1,61 %.

Les déformations associées à distance du genou étaient faites essentiellement du pied plat dans 19,33% des cas.

L'âge de début de la rééducation le plus représenté était de 2 à 3 ans suivi de celui de 1 à 2 ans avec

respectivement 43,54 % et 30,64 %.

La majorité des patients (76%) ont été traités pendant 3 à 6 mois tandis que 24% ont été traités pendant plus de 6 mois.

Beaucoup de nos patients avaient un angle fémorotibial nul à la fin de la rééducation. L'angle fémoro-tibial moyen était de 9,94 degrés à droite et de 9,95 degrés à gauche au début de la rééducation (Tableau I).

La majorité des patients (89,58%) avec genu varum avaient une distance intercondylienne nulle à la fin de la rééducation alors qu'au début, aucun patient n'avait une distance intercondylienne nulle (Tableau III).

Inversement, beaucoup de patients avaient, au début de la rééducation, une distance intercondylienne supérieure à 3 cm soit 39 patients (81,25%) mais à la fin de la rééducation aucun patient n'avait une distance intercondylienne supérieure à 3 cm.

A la fin de la rééducation, la majorité des patients (91,02%) qui présentaient un genu valgum avaient une distance intermalléolaire nulle alors qu'au début, il n'y avait aucun patient avec une distance intermalléolaire nulle (Tableau IV).

Tableau I : Tableau comparatif des angles fémoro-tibiaux au début et à la fin du traitement

Angles (degrés)	Début				Fin			
	Droit		Gauche		Droit		Gauche	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
0	0	0	0	0	91	73,38	102	82,25
0-20	104	83,87	112	90,32	18	14,51	14	11,29
> 20	4	3,22	4	3,22	0	0	0	0
Total	109	87,90	116	93,54	109	87,90	116	93,54

Tableau II. Répartition des patients selon le type de déformation

Types de déformations	Effectif	%
Valgum	78	62,90
Varum	48	38,70
Flessum	1	0,80
Recurvatum	10	8,06

Tableau III: Tableau comparatif des distances intercondyliennes au début et à la fin du traitement

Distance inter-condylienne (cm)	Début		Fin	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)
0	0	0	43	89,58
0-3	9	18,75	5	10,41
>3	39	81,25	0	0
Total	48	100	48	100

Tableau IV : Tableau comparatif des distances intermalléolaires au début et à la fin du traitement

Distance intermalléolaires (cm)	Début		Fin	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)
0	0	0	71	91,02
0-5	17	21,79	7	8,97
>5	61	78,20	0	0
Total	78	100	78	100

Discussion

Les patients qui avaient des déformations orthopédiques du genou étaient au nombre de 187 soit une fréquence de 8,46%. Le constat est que les déformations orthopédiques du genou représentent une part non moins importante des autres déformations rencontrées dans le service de MPR de l'Institut Saint Kizito de Bujumbura. Ayite A. et Coll. au Togo, ont trouvé que la fréquence des déformations orthopédiques du genou était de 1,39% des consultations annuelles, ce qui ne concorde pas avec nos résultats [7].

La tranche d'âge de 2 à 3 ans était la plus représentée à 43,54 % suivie de celle de 1 à 2 ans à 30,64 %. Dans son étude, Fernando C. et Coll. ont trouvé que l'âge le plus représenté était inférieur ou égal à 3 ans [8]. Gbenou A.S. et Coll. ont trouvé des résultats semblables aux nôtres ; la tranche d'âge la plus représentée était de 20 mois à 3 ans [9].

Le sexe masculin était plus représenté (62,90 %) que le sexe féminin (37,09%). Fernando et coll., ont dans leur étude, trouvé des résultats similaires aux nôtres soit 70,50% pour le sexe masculin contre 29,50% pour le sexe féminin [8]. Gbenou A.S. et coll. au

Bénin, ont trouvé une légère prédominance de sexe féminin sur le sexe masculin avec 53,85 % contre 46,15 % [9].

Dans notre série, il y avait une prédominance du genu valgum suivi par le genu varum avec respectivement 78cas (62,90%) et 48 cas (38,70%). Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité des consultations se font de 2 à 3 ans, période pendant laquelle prédominent les genu valgum [10]. Joseph A ont trouvé la prédominance du genu valgum suivi du genu varum avec respectivement 64,77 % et 13,63 % [11]. Gbenou A.S. et coll. ont trouvé une prédominance du genu varum bilatéral suivi du genu valgum bilatéral avec respectivement 43,11 % et 26,36% [9].

Dans notre série, l'atteinte bilatérale du genou était prédominante à 74,19 % suivi par l'atteinte du genou gauche à 15,32 %. Ceci serait dû au fait que les déformations physiologiques du genou sont bilatérales, et si elles ne régressent pas, la plupart d'entre elles resteraient bilatérales. La prédominance de l'atteinte bilatérale a aussi été évoquée par Brueton au Malawi 85,4% [12]. Itangishaka J.M. a trouvé une prédominance des atteintes bilatérales dans 87,06% pour le genou varum et de 81,52% pour le genou valgum [13].

Chez tous nos patients (100%), l'âge de constatation des déformations était l'âge de début de la marche qui était aux environs de 12 mois. Ceci s'expliquerait par le fait que c'est à l'âge de début de la marche que l'articulation du genou commence à supporter le poids du corps.

Nos résultats sont proches de ceux de Joseph A. qui a trouvé que l'âge de constatation des déformations du genou de l'enfant était de 14 mois en moyenne [11].

La déformation associée la plus fréquente était le pied plat. Elle était associée au genu valgum et genu varum respectivement chez 17 cas soit 13,70 % et 6 cas soit 4,83 %. Selon les données de la littérature, presque tous les enfants à l'âge de 2 ans ont des pieds plats dus à l'hyperlaxité ligamentaire et la présence d'un pannicule adipeux au niveau du bord interne [13], ce qui pourrait expliquer nos résultats.

L'âge de début de la rééducation le plus fréquent

était de 2 à 3 ans (43,54 %) suivi de celui de 1 à 2 ans (30,64 %). Selon la littérature, le genu varum est présent dès la naissance à 2 ans, pathologique s'il est sévère (supérieur à 20 degrés) ou asymétrique et le genu valgum commence à partir de 2 ans jusqu'à 6 ans avec une fréquence maximale à 3 ans [3].

La majorité de nos patients (76%) ont été traités pendant 3 à 6 mois tandis que 24% ont été traités pendant plus de 6 mois. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients ont débuté la rééducation tôt. Nounahon J, dans son étude, a trouvé la durée de rééducation de 28 semaines pour 97% des patients [14].

Après les séances de rééducation, la grande majorité de nos patients ont eu de bons résultats. En effet, l'angle fémorotibial moyen était de 9,94 degrés et de 9,95 degrés respectivement pour le côté droit et le côté gauche au début de la rééducation; tandis qu'à la fin de la rééducation, l'angle était de 0,59 degrés et de 0,49 degrés respectivement pour le côté droit et gauche. Cela montre que la grande majorité de nos patients ont débuté la rééducation très tôt avant que l'angle fémorotibial soit supérieur à 20 degrés.

Nos résultats concordent avec ceux d'Anurag B. et Coll. qui ont trouvé un angle fémorotibial moyen de 6,34+/-2,620 degrés à la fin de la rééducation alors qu'au début, il était de 22,210 +/- 2,210 degrés [15]. Guzman et coll. ont trouvé des résultats similaires aux précédents [16].

La distance intercondylienne moyenne était de 5,04 cm et de 0,17 cm respectivement au début et à la fin de la rééducation. Anurag B. et Coll. ont trouvé une distance intercondylienne moyenne de 3,22+/-0,16 cm au début et une distance neutre à la fin de la rééducation [15].

La distance intermalleolaire moyenne était de 8,41 cm et de 0,52 cm respectivement au début et à la fin de la rééducation. Anurag B. et Coll. ont trouvé une distance intermalleolaire interne moyenne de 3,63+/-0,35 cm au début et une distance de 0,73 +/-0,43 cm à la fin de la rééducation [15]. On évoquerait aussi ici le début précoce du traitement chez la quasi-totalité de nos patients et le respect des protocoles thérapeutiques

qui seraient à l'origine des meilleurs résultats obtenus à la fin de la rééducation.

Conclusion

Les déformations orthopédiques congénitales du genou chez l'enfant sont une réalité à Bujumbura. L'âge de constatation de ces déformations coïncide avec l'âge de la marche. Une prédominance masculine est évidente. Le genu valgum et genu varum constituent les principales déformations orthopédiques congénitales du genou observées chez l'enfant. L'atteinte est majoritairement bilatérale. La rééducation des déformations orthopédiques congénitales du genou donne de très bons résultats si elle est commencée précocement. Les échecs dans la correction de ces déformations sont dus au début tardif du traitement et au non-respect des protocoles thérapeutiques.

*Correspondance

Sinzakaraye Alexis

sinzalex@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

- 1 : Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, département de médecine physique et de réadaptation
- 2 : Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, département de chirurgie
- 3 : Centre hospitalo-universitaire de Kamenge, département de pédiatrie

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Dimeglio A., Bonnel F., Muller C.H. Le genou de l'enfant et l'adolescent. In Croissance du genou, Paris, Masson

- 1991, 1-15
- [2] Frédéric M., De Laby J.P. Genu varum, genu valgum de l'enfant. Paris: kinésithérapie scientifique, 2004, 448: 11-13.
- [3] Docquier, P.L. Troubles statiques des membres inférieurs de l'enfant : genu varum et genu valgum. In: Banse X., Barbier O. Docquier P.L. Manuel pratique d'orthopédie et de traumatologie, Université catholique de Louvain : Bruxelles-Woluwe 2015, p. 1-8
- [4] Hintzpeter B, Scheidt-Nave C, Müller MJ, Schenk L et Mensink G.B. Higher prevalence of vitamine D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany-Journal of Nutrition 2008; 138: 1482-1490.
- [5] Heath C.H., Staheli L.T. Normal limits of knee angle in white children: genu varum and genu valgum. J Pediatr Orthop 1993;13: 259-262.
- [6] Albert M. Entraînement musculaire et isocinétisme excentriques en pratique sportive et en rééducation orthopédique. Paris. Masson, 1997, 18: 122-127.
- [7] Ayite A.,Minyoarebe N.,Tchatagba K., Etey K. Genu valgum au CHU de Lomé- Togo. A propos de 85 cas opérés. Médecine d'Afrique Noire, 1996, 43: 603-606
- [8] Fernando C.,Breno L, Mateus de Oliveira T., Mateus V. Epidemiological evaluation of genu valgum and flatfeet in the children. Experience of the martagaogesteira children's hospital; Brazil, 2016, 2: 1-5.
- [9] Gbenou A.S., Kpadonou G. T., Fiogbe M. A., Koura A., Hounnou G .M. Agossou-Voyeme A. K. Les desaxations frontales non paralytiques du genou chez l'enfant au CHD-Zou/collines: Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et économiques. Rev. CAMES-Série A, 2012, 13: 157-161
- [10] Paterson C.M. Fractures in rickets due to vitamin D deficiency. Current orthopedic practice 2015; 26: 261- 264
- [11] Joseph A., Njiki O.P. Etiologies des déformations des membres inférieurs chez les enfants d'âge préscolaire à Yaoundé. Science and Technology review. (Health.sc) 1995, 3: 67-80.
- [12] Brueton R.N. The aetiology of angular deformities of the lower limb in children in Malawi: a review of 35 patients. Trop Doct, 2006, 36: 122-125.
- [13] Pfeiffer M., Kotz R., Ledl T., Hauser G., Sluga M. Prevalence of flatfoot in preschool-aged children. Pediatrics, 2006; 118: 634-639
- [14] Nounahon J. Prise en charge orthopédique d'un genu valgum. :http://congres 2013.fatoafrique.org.
- [15] Anurag B., Abhishek A., Saurabh S., Raghav P. S., Vineet S., Santosh K. Evaluation of rate correction of angular deformities of knee using tension band plate. International journal of Contemporary Medical Reseach 2016, 3: 2034-2037.
- [16] Guzman H., Yaszay B., Scott V.P., Bastrom T.P., MUBARAK S.J. Early experience with medial femoral tension band plating an idiopathic genu valgum. Journal of children's orthopedics. 2011, 5: 11-17

Pour citer cet article :

A Sinzakaraye, G Ndayizeye, JC Mbonicura, A Ndayishimiye, F Munezero, JC Niyondiko. Intérêt de la rééducation physique précoce des déformations orthopédiques congénitales du genou chez l'enfant. Etude rétrospective à l'Institut Saint KIZITO de Bujumbura (Burundi) à propos de 124 cas. Jaccr Africa 2021; 5(4): 70-75



Article original

Evaluation du niveau de connaissances sur les hémopathies malignes auprès du personnel médical au CHU Donka de Conakry

Assessment of the level of knowledge on malignant hemopathies among medical staff at the Donka University Hospital in Conakry

AS Kante*¹, M Diakite², M Diakite³, MT Barry¹, M Bathily⁴, AO Bah⁵

Résumé

Objectif : L'objectif était d'évaluer les connaissances du personnel médical sur les hémopathies malignes afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif d'une durée de deux (2) mois allant du 13 juin au 13 août 2020. Nous avons ciblé tout le personnel médical exerçant dans l'un des services concernés au cours de la période d'étude.

Résultats : Au cours de notre étude 113 personnels médicaux ont été contactés dans les six (6) services parmi lesquels 100 ont participé à l'enquête soit un taux de participation de 88,49%. Le personnel du service d'hématologie a été le plus représenté. La tranche d'âge de 25 à 35 ans représentait 88%. L'âge moyen était de 30,15 ans avec les extrêmes de 25 ans et de 46 ans. Le sex-ratio était de 1,7. Les personnels médicaux avaient en général une connaissance moins bonne des hémopathies malignes. La presque totalité des personnels enquêtés utilisaient les revues médicales (89,85%) et les sites médicaux (85,5%). Plus de la moitié se disaient être très intéressés soit (72%).

Conclusion : La réalisation d'une étude à l'échelle

nationale en prenant compte d'autres aspects de la question serait nécessaire pour permettre de mieux cerner le problème.

Mots-clés : hémopathies maligne, CHU Donka, Conakry.

Abstract

The objective was to assess the knowledge of medical staff about hematologic malignancies in order to improve patient care.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study lasting two (2) months from June 13 to August 13, 2020. We targeted all medical staff working in one of the departments concerned during the study period.

Results: During our study 113 medical personnel were contacted in the six (6) departments, of which 100 participated in the survey, ie a participation rate of 88.49 %. The staff of the hematology department were the most represented. The 25-35 age group accounted for 88%. The average age was 30.15 years with the extremes of 25 years and 46 years. The sex ratio was 1.7. Medical staff generally had less knowledge of hematologic malignancies. Almost all of the personnel surveyed used medical journals

(89.85%) and medical sites (85.5%). More than half said they were either very interested (72%).

Conclusion: A national study taking into account other aspects of the issue would be necessary to better understand the problem.

Keywords: hematological malignancies, CHU Donka, Conakry.

Introduction

Les hémopathies malignes (HM) se définissent comme des proliférations monoclonales de cellules hématopoïétiques au sein des tissus hématopoïétiques et non hématopoïétiques [1]. Les étiologies de ces cas ne sont pas connues, mais on pense que le rôle des facteurs de risque environnementaux et infectieux est déterminant dans l'augmentation de leur fréquence. Les données récentes rapportent une association fréquente avec les maladies infectieuses émergentes comme le SIDA [2]. Les Hémopathies malignes se manifestent généralement par des syndromes anémiques, infectieux, hémorragiques et tumoraux [3].

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif d'une durée de 2 mois allant du 13 juin au 13 août 2020.

La fréquence élevée des hémopathies malignes lors des consultations dans le service d'Hématologie, la diversité du tableau clinique, les difficultés diagnostiques et de prise en charge ont motivé le choix de ce thème dont l'objectif général était d'évaluer les connaissances du personnel médical sur les hémopathies malignes afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif d'une durée de 2 mois allant du 13 juin au 13 août 2020. La population enquêtée était constituée de 100 personnels médicaux représentés par des spécialistes, des généralistes et des étudiants en préparation de

thèse. Étaient inclus dans cette étude, le personnel médical de tout âge et de tout sexe exerçant dans l'un des services concernés, quel que soit l'ancienneté professionnelle, présent sur les lieux au moment de l'enquête et ayant donné un consentement éclairé. Un questionnaire a été administré au personnel consentant adaptée à la catégorie professionnelle. Une grille de notation a permis d'apprécier le niveau de connaissance du personnel en matière d'hémopathies malignes. Le niveau de connaissance était évalué par 16 questions. Chaque question comprenait plusieurs réponses (au moins une ou deux réponses justes et au moins une réponse fausse). Le participant ayant coché toutes les réponses justes sans réponse fausse, était considéré comme ayant une bonne connaissance de la question posée. Celui qui avait coché deux, trois ou la moitié des réponses justes même s'ils ont coché une réponse fausse, étaient considérés comme ayant une connaissance moins bonne de la question posée. Le fait d'avoir coché au moins une réponse fausse sans réponse juste était considéré comme ayant une connaissance mauvaise de la question posée. Une autre catégorie de question concernait les sources d'informations et de connaissances sur les hémopathies malignes. En fin une dernière catégorie de question sur l'attente des personnels médicaux enquêtés a permis de connaître leur besoin de suivre une formation sur les hémopathies malignes.

Une fiche individuelle nous a permis de recueillir des données sociodémographiques et professionnelles (service d'exercice, âge, sexe, grade professionnel, nombre d'années de service), les connaissances des hémopathies malignes sur l'épidémiologie (incidence, facteurs de risque, hémopathies plus fréquentes), la connaissance clinique (caractère commun des HM, grands syndromes cliniques, causes du syndrome infectieux, syndrome anémique, syndrome hémorragique).

Les logiciels du pack office 2016 ont servi pour la saisie du document et la présentation des données qui ont été analysés à l'aide du logiciel Epi Info 7.2.2.6 dans sa version française.

Résultats

Parmi les 113 personnels médicaux enquêtés, 100 personnels ont participé à l'enquête avec le taux de participation de 88,49% dont 63% de sexe masculin et 37% de sexe féminin. Le sex-ratio était 1,7. L'âge moyen était de 30,15 ans avec des extrêmes de 25 ans et 46 ans. La tranche d'âge 25 à 35 ans était dominante soit 88% des cas. Les personnels médicaux enquêtés étaient de 11 spécialistes, 28 médecins généralistes et 61 étudiants en situation de thèse. La majorité des personnels médicaux enquêtés (82%) avait une expérience professionnelle de moins de cinq (5) ans et 64% d'entre eux ont fréquenté un service d'hématologie.

Sur la question d'interrogation des personnels sur les hémopathies malignes, seulement 28% d'entre eux étaient souvent interrogés par leurs patients et 95% pensaient être capables de répondre aux questions de leurs patients.

Concernant l'augmentation de l'incidence des hémopathies malignes ces cinq (5) dernières années en Guinée, la majorité des personnels enquêtés avait un niveau de connaissance mauvais soit 63,64% des cas.

89,85% et 85,5%.

Interrogés sur leur besoin de suivre une formation sur les hémopathies malignes, la majorité a affirmé être intéressée.

Sur les facteurs de risque en lien avec les hémopathies malignes, la majorité des personnels enquêtés avaient une connaissance moins bonne avec une prédominance des étudiants en situation de thèse soit 83,63% des cas.

Quant à la connaissance des hémopathies malignes les plus fréquentes, les personnels médicaux enquêtés avaient, en majorité un niveau de connaissance moyen, avec une prédominance des généralistes.

Plus de la moitié des personnels enquêtés avaient une connaissance moins bonne de la caractéristique commune des hémopathies malignes, avec une prédominance des étudiants en situation de thèse soit 42,62%

Sur la connaissance des grands syndromes cliniques des hémopathies malignes, la majorité des personnels enquêtés avait une connaissance moins bonne avec une prédominance des spécialistes soit 81,82%.

Concernant leur formation sur les hémopathies malignes, 74% des personnels enquêtés ont déclaré avoir suivi une formation et pour 78% c'est au cours du cursus universitaire.

Les revues médicales et les sites médicaux ont été les principales sources d'information des personnels enquêtés sur les hémopathies avec respectivement

Tableau I : Taux de participation des 100 personnels médicaux enquêtés par service

Service	Personnel contacté N= 113	Personnel Participant N= 100	Proportion
Dermatologie	12	11	11 %
Hématologie	35	34	34 %
Médecine interne	8	5	5 %
Néphrologie	19	17	17 %
Oncologie	23	22	22 %
Pédiatrie	16	11	11 %
Total	113	100	100 %

Taux de participation global = $100/113 = 88,49\%$

Tableau II : comparaison du niveau de connaissance des 100 personnels enquêtés sur les hémopathies malignes en fonction de leur grade professionnel

Variables		Niveau de connaissance			Total
Paramètres étudiés		Bon	Moyen	Mauvais	
Augmentation de l'incidence des hémopathies malignes	Spécialistes	0 (00%)	4 (36,36%)	7 (63,64%)	11(100%)
	Généralistes	3 (10,71%)	8 (28,57%)	17(60,72%)	28(100%)
	Etudiants en thèse	3 (4,92%)	29(47,54%)	29(47,54%)	61(100%)
Facteurs de risque en lien avec les HM	Spécialistes	1 (9,09%)	6 (54,54%)	4 (36,36%)	11(100%)
	Généralistes	4 (14,28%)	22(78,57%)	2 (7,15%)	28(100%)
	Etudiants en thèse	5 (8,16%)	51(83,63%)	5 (8,16%)	61(100%)
Hémopathies malignes les plus fréquentes	Spécialistes	3 (27,27%)	8 (72,72%)	0(00%)	11(100%)
	Généralistes	2 (7,14%)	24(85,71%)	2 (7,14%)	28(100%)
	Etudiants en thèse	14(22,95%)	47(77,05%)	0 (00%)	61(100%)
Caractère commun des hémopathies malignes	Spécialistes	3 (27,27%)	3 (27,27%)	5(45,46%)	11(100%)
	Généralistes	8 (28,57%)	10(35,71%)	10(35,71%)	28(100%)
	Etudiant en situation de thèse	9 (14,76%)	26(42,62%)	26(42,62%)	61(100%)
Grands syndromes clinique des hémopathies malignes	Spécialistes	1 (9,1%)	9 (81,82%)	1 (9,1%)	11(100%)
	Généralistes	5 (17,86%)	20(71,43%)	3 (10,71%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	20(32,79%)	37(60,66%)	4 (6,65%)	61(100%)
Les causes de l'infection	Spécialistes	2 (18,18%)	5 (45,45%)	4 (36,36%)	11(100%)
	Généralistes	9 (32,14%)	12(42,86%)	7 (25%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	6 (9,83%)	38(62,30%)	17(27,93%)	61(100%)
Signes orientant vers une hémopathie maligne	Spécialistes	0 (00%)	10(90,90%)	1 (9,1%)	11(100%)
	Généralistes	0 (00%)	22(81,48%)	6 (21,42%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	3 (4,92%)	47(77,05%)	11(18,03%)	61(100%)
Eléments du Syndrome anémique	Spécialistes	2 (22,22%)	9 (77,78%)	0 (00%)	11(100%)
	Généralistes	6 (21,43%)	18(66,67%)	4 (11,9%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	26(42,62%)	32(52,45%)	3 (4,93%)	61(100%)
Eléments du Syndrome hémorragique	Spécialistes	5 (45,46%)	6 (54,54%)	0 (00%)	11(100%)
	Généralistes	13(46,43%)	15(53,57%)	0 (00%)	28(100%)
	Etudiant en thèse	27(44,26%)	33(54,10%)	1 (1,64%)	61(100%)

Discussion

La prédominance de la tranche d'âge de 25-35 ans dans notre étude pourrait s'expliquer d'une part, par le fait que la population guinéenne est majoritairement jeune et d'autre part par l'accessibilité et la forte représentativité de cette couche dans les différents services hospitaliers du pays.

La prédominance du sexe masculin pourrait s'expliquer par le faible niveau de scolarisation des filles dans la population générale.

Dans notre étude, les étudiants en situation de thèse ont été la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée. En effet la plupart des activités des services sont tenues par les faisant fonction interne en situation de thèse qui constituent la cheville ouvrière du CHU. Par contre, nous avons trouvé un faible taux de participation des spécialistes. Cette faible proportion des médecins spécialistes dans notre étude, serait due, d'une part, par la faible représentativité des médecins spécialistes dans les différents services enquêtés et d'autre part, par leur indisponibilité à participer à l'enquête due à leurs multiples préoccupations.

Concernant le niveau connaissance mauvais des personnels enquêtés par rapport à l'augmentation de l'incidence des hémopathies ces 5 dernières années, nous avons noté la prédominance des spécialistes. Cependant il a été observé une augmentation de la prévalence des hémopathies malignes en Guinée dont la fréquence est passée de 3,5% [4] à 9,1% [5] entre 2012 à 2019.

Sur la connaissance des facteurs de risque en lien avec les hémopathies malignes, le niveau de connaissance moyen des personnels médicaux enquêtés montre que peu de praticiens disposent d'informations sur les hémopathies malignes.

Sur la connaissance des grands syndromes cliniques des hémopathies malignes, le niveau moyen des personnels médicaux enquêtés pourrait s'expliquer par le manque de formation continue sur les hémopathies malignes cependant la majorité a fréquenté un service d'hématologie d'où ils pourraient en entendre parler.

Par rapport aux sources d'informations. Nos résultats sont différents de ceux de Marie F [6] qui, dans sa thèse de doctorat en médecine en France avait montré que les revues médicales étaient citées par 75%, les revues scientifiques par 38%. En revanche, seulement 30% disaient utiliser Internet.

Sur la nécessité de suivre une formation sur les hémopathies malignes nos résultats sont proches de ceux de Marie F [6] en France en 2014 dans sa thèse de doctorat qui a montré que la totalité des médecins interrogés s'est dite intéressé pour suivre une formation continue sur le thème cancer et environnement si on la leur proposait, mais pour 26% d'entre eux, ce n'était pas la priorité.

Conscients de la nécessité qu'ils ont d'améliorer leurs connaissances dans ce domaine afin de pouvoir répondre à leurs patients, les personnels médicaux sont disposés à se former. Face à l'enjeu de santé publique que représentent les hémopathies malignes, il sera important de leur offrir rapidement les moyens de faire des formations dans ce domaine et faciliter leur accès à l'information existante serait un bon départ.

Conclusion

La connaissance du personnel médical enquêté sur les hémopathies malignes était insuffisante. Cette faible connaissance pourrait d'une part être influencée en grande partie par le manque de programme de formation continue du personnel médical sur ces cas, d'autre part le manque de matériels et d'équipement nécessaires à la réalisation des examens dont la confirmation pourrait améliorer la connaissance sur les hémopathies malignes.

*Correspondance

KANTE Ansoumane Sayon

ansoumanek@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

- 1 : Service d'Hématologie de Donka ;
- 2 : Service d'Hématologie d'Ignace Deen ;
- 3 : Laboratoire central de Guinée ;
- 4 : Service d'Hématologie du Pont G ;
- 5 : Néphrologie Donka

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Ferlay J, Shin HR et coll: GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC cancer-Base N°.10. <http://globocan.iarc.fr>.
- [2] Mbanya DN, Minkoulou EM, Kaptue LN. HIV-1 infection in adults with haematological malignancies in Yaounde, Cameroon. *West Afr J Med*, 2002 Jul- Sep ; 21 (3): 183-4.
- [3] IKB. Hématologie ; Onco-Hématologie 4ème Edition 2017 - Jérôme PAILLASSA - Charles HERBAUX.
- [4] BAH H ; thèse 2012. Hémopathies malignes : aspects épidémiologiques, clinique, et évolutif au service d'hématologie oncologie de l'hôpital national Donka. Page 34-42. N° 245
- [5] DJAYOU NANA Marie N : Prévalence des hémopathies malignes au service d'hématologie oncologie de l'hôpital national Donka. Guinée thèse Med 2019 Page 48. N° 545
- [6] Marie Fehrenbach. Évaluation de la perception et des connaissances des médecins généralistes de la Gironde sur les facteurs de risque environnementaux cancérogènes. *Médecine humaine et pathologie*. 2014. <dumas-01101717> N°157

Pour citer cet article :

AS Kante, M Diakite, M Diakite, MT Barry, M Bathily, AO Bah. Evaluation du niveau de connaissances sur les hémopathies malignes auprès du personnel médical au CHU Donka de Conakry. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 76-81

*Article original***Hypertension artérielle et grossesse compliquée de mort fœtale in utero au CHU Point G. Bamako, Mali**

High blood pressure and pregnancy complicated by fetal death in utero
at the Center University Hospital Point G. Bamako, Mali

A Coulibaly^{*1}, M Sima¹, A Cissouma³, IO Kanté¹, MS Traoré¹, D Diarra¹, S Z Dao²,
H Sissoko⁴, T Théra¹, Y Traoré⁵

Résumé

La mort fœtale in utero est un problème fréquent dans la pratique obstétricale. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, l'incidence de la mort fœtale in utero et le pronostic maternel. Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude transversale avec collecte rétro prospective des données sur 3 ans, du 1er Janvier 2012 au 31 décembre 2014 dans le service de gynécologie obstétrique CHU Point G, Bamako (Mali), qui est un centre de dernière référence du pays (niveau III). La population d'étude était constituée par l'ensemble des gestantes et parturientes reçues dans le service pendant la période d'étude chez qui une hypertension artérielle a été diagnostiquée (pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140mmhg et ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmhg). Ont été incluses, toutes les gestantes et parturientes porteuses d'un fœtus mort in utero et dont la mort était une complication directe ou indirecte de l'hypertension artérielle. N'ont pas été incluses toute autre cause de mort fœtale retrouvée chez la patiente. Le recueil des données a été fait à partir du dossier

des malades, et le registre d'accouchement. L'identité d'aucune patiente n'a été mentionnée sur nos supports de collecte. Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS 10.0. Le test statistique utilisé a été le Khi2 de Pearson nous avons fait recours à la correction de continuité selon Yates ou au test exact de Fisher à bon escient. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 0,05. Résultat : La mort fœtale in utero a concerné, 183 patientes sur un total de 4360 cas d'hypertension artérielle et grossesse soit 4,19%. Le profil épidémiologique est celui d'une primigeste (35%), ménagère 69,4%, d'âge compris entre 20 et 30 ans (41%), porteuses d'une grossesse de 22 à 39 semaines d'aménorrhée ; elles ont été référées dans (75,4%) des cas, 23, 5% n'avaient effectué aucune consultation prénatale. Elles avaient un antécédent d'accouchement prématuré dans 62,2%, et de mort né dans 97,3%. Les patientes ont accouché par voie basse dans 78,7 %, la majorité des complications se sont déroulé entre 28-36 SA (Khi2 = 58,302 et P=0,01) avec une prédominance de Pré éclampsie soit 61,8 % et 7 patientes soit 3,82% sont décédées. Plus le prestataire en CPN était hautement qualifié, moins étaient les complications avec un Khi2 Pearson

à 37,484 et $P=0,05$

Conclusion : La mort fœtale in utero reste encore une pathologie fréquente dans nos pays. Elle constitue un drame pour la famille et un échec pour l'obstétricien. Sa cause inconnue dans certains cas et peut découler de complications maternelles. Une consultation prénatale de qualité et un respect des règles de la référence évacuation permettent de prendre en charge précocement et de façon efficiente les causes.

Mots-clés : Mort fœtale, hypertension artérielle, pronostic maternel, profil épidémiologique, Bamako, Mali.

Abstract

Fetal death in utero is a frequent problem in obstetric practice. The objectives of this study were to determine the socio-demographic and clinical characteristics, the incidence of fetal death in utero and the maternal prognosis. Material and method: We carried out a cross-sectional study with retro-prospective data collection over 3 years, from January 1, 2012 to December 31, 2014 in the obstetric gynecology department CHU Point G, Bamako (Mali), which is a last reference center country (level III). The study population consisted of all pregnant and parturient women received in the department during the study period in whom arterial hypertension was diagnosed (systolic arterial pressure greater than or equal to 140mmhg and or diastolic arterial pressure greater than or equal to 90 mmhg). All pregnant and parturient women with a fetus that died in utero and whose death was a direct or indirect complication of high blood pressure were included. Any other cause of fetal death found in the patient was not included. Data collection was made from the patient's file, and the delivery register. The identity of any patient has not been mentioned on our collection media. Data were analyzed on SPSS 10.0 software. The statistical test used was Pearson's Chi2; we used Yates continuity correction or Fisher's exact test to good effect. The threshold of statistical significance was set at 0.05. Result: Fetal death in utero affected 183 patients out of a total of 4360 cases of arterial hypertension and pregnancy, ie 4.19%.

The epidemiological profile is that of a primigravidae (35%), a housewife 69.4%, aged between 20 and 30 years (41%), carrying a pregnancy of 22 to 39 weeks of amenorrhea; they were referred in (75.4%) of cases, 23.5% had not performed any prenatal consultation. They had a history of preterm delivery in 62.2%, and stillbirth in 97.3%. 78.7% of the patients gave birth vaguely, the majority of complications took place between 28-36 WA (Chi-square = 58.302 and $P=0.01$) with a predominance of pre-eclampsia or 61.8% and 7 patients or 3.82% died. The more highly skilled the author of the ANC, the fewer the complications with a Chi2 Pearson at 37.484 and $P=0.05$ Conclusion: Fetal death in utero is still a frequent pathology in our countries. It is a tragedy for the family and a failure for the obstetrician. Its cause unknown in some cases and may arise from maternal complications. A quality prenatal consultation and compliance with the rules of the evacuation referral make it possible to deal with the causes early and efficiently.

Keywords: Fetal death, arterial hypertension, maternal prognosis, epidemiological profile, Bamako, Mali.

Introduction

La grossesse bien qu'étant un phénomène physiologique, peut fortement engager le pronostic vital de la mère et /ou du fœtus lorsqu'elle est associée à certaines pathologies. C'est le cas de l'hypertension artérielle (HTA) qui peut elle aussi se compliquer de mort fœtale au cours de la grossesse.

Il existe une grande disparité entre les chiffres rapportés dans les différentes régions du monde. En Afrique les taux de mort fœtale varient d'un pays à l'autre : Kalenga[1] a trouvé en RDC 30,80 %, Baeta[2] au Togo a obtenu 19,55 %, Koffi en RCI a obtenu 25,50 % [3]. Au Mali, au CHU du Point G le taux de mortalité fœtal est passé de 40,88% en 1995 à 30,7 % en 2000 [4]. L'association HTA et grossesse représente en Afrique noire le premier groupe nosologique de la pathologie cardiovasculaire au cours de la grossesse. Elle constitue la troisième

cause de mortalité maternelle (après les hémorragies et les infections) et la première cause de mortalité périnatale [5]. L'HTA est une cause majeure de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de mort fœtale in utero (MFIU), de prématurité, de morbidité et de mortalité périnatale etc. [5,6]. Après 10 ans d'une première étude sur Hypertension artérielle et grossesse au CHU Point G nous sommes intéressés à cette étude dont les objectifs étaient de déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, l'incidence de la mort fœtale in utero et le pronostic maternel.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale avec collecte rétro prospective des données sur 3 ans, du 1er Janvier 2012 au 31 décembre 2014 dans le service de gynécologie obstétrique CHU PointG, Bamako (Mali), qui est un centre de dernière référence du pays (niveau III). La population d'étude était constituée par l'ensemble des gestantes et parturientes reçues dans le service pendant la période d'étude chez qui une hypertension artérielle a été diagnostiquée (pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140mmhg et ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmhg). Ont été incluses, toutes les gestantes et parturientes porteuses d'un fœtus mort in utero et dont la mort était une complication directe ou indirecte de l'hypertension artérielle. N'ont pas été incluses toute autre cause de mort fœtale retrouvée chez la patiente. Le recueil des données a été fait à partir du dossier des malades, et le registre d'accouchement. L'identité d'aucune patiente n'a été mentionnée sur nos supports de collecte. Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS 10.0. Le test statistique utilisé a été le χ^2 de Pearson nous avons fait recours à la correction de continuité selon Yates ou au test exact de Fisher à bon escient. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 0,05.

Résultats

Nous avons enregistré 4360 cas d'hypertension artérielle sur grossesse dont 183 cas compliqués de mort fœtale in utero soit 4,19%.

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	%
14-19 ans	51	27,9
20-30 ans	75	41,0
31-49 ans	57	31,1
Total	183	100,0

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	%
Ménagère	127	69,4
Fonctionnaire	3	1,6
Elève / Etudiante	20	10,9
Commerçante	6	3,3
Vendeuse	17	9,3
Coiffeuse	4	2,2
Aide Ménagère	6	3,3
Total	183	100,0

Tableau III : Répartition selon la gestité

Gestité	Effectifs	%
Primigeste	64	35,0
Paucigeste	38	20,8
Multigeste	27	14,8
Grande multigeste	54	29,5
Total	183	100,0

Tableau IV : Répartition selon les ATCD de grossesse compliquée

ATCD Obstétricaux	Effectifs	%
Grossesse compliquée d'éclampsie		
Non	140	76,5
Oui	43	23,5
Grossesse compliquée d'accouchement Préaturé		
Non	69	37,7
Oui	114	62,2
Grossesse Compliquée d'HRP		
Non	115	62,8
Oui	68	37,2
Grossesse compliquée d'OAP		
Non	179	97,8
Oui	4	2,2
Toxémie Gravidique Antérieure		
Non	174	95,1
Oui	16	8,7
Total	183	100,0

Tableau V : Répartition selon l'âge d'arrêt de la grossesse.

Age d'arrêt de la grossesse	Effectifs	%
22-27 SA	22	12,0
28-36 SA	67	36,6
≥37 SA	17	9,3
Non déterminé	77	42,1
Total	183	100,0

Tableau VI : Répartition des patientes selon les Complications en fonction de l'âge de la grossesse.

Complication		Age de la grossesse				Total
		<27 SA	28-36 SA	≥ 37 SA	Non déterminé	
Décès Maternel	Effectif	0	1	0	6	7
	%	0,0	14,3	0,0	85,7	100
CIVD	Effectif	0	0	0	1	1
	%	0,0	0,0	0,0	100	100
HRP	Effectif	3	19	6	32	60
	%	5,0	31,7	10,0	53,3	100
Eclampsie	Effectif	5	10	3	16	34
	%	14,7	29,4	8,8	47,1	100
Accouchement Prématuré	Effectif	1	6	0	1	8
	%	12,5	75,0	0,0	12,5	100
Avortement	Effectif	4	0	0	1	5
	%	80	0,0	0,0	20,0	100
OAP	Effectif	0	0	0	1	1
	%	0,0	0,0	0,0	100,0	100
Eclampsie/HELLP Syndrome	Effectif	1	1	1	4	7
	%	14,3	14,3	14,3	57,1	100
Eclampsie/ HRP	Effectif	0	2	0	2	4
	%	0,0	50	0,0	50	100
Pré éclampsie	Effectif	4	21	3	6	34
	%	11,8	61,8	8,8	17,6	100
Aucun	Effectif	4	7	4	7	22
	%	18,2	31,8	18,2	31,8	100
Total	Effectif	22	67	17	77	183
	%	12,0	36,6	9,3	42,1	100

Tableau VII : Répartition des patientes selon les complications en fonction des auteurs des CPN.

Complication		Auteurs			Total
		Sage femme / Auxiliaires	Médecin Généraliste	Gynécologue	
Décès Maternel	Effectif	3	0	0	3
	%	100	0,0	0,0	100
CIVD	Effectif	46	1	0	47
	%	97,9	2,1	0,0	100
HRP	Effectif	18	2	0	20
	%	90	10	0,0	100
Eclampsie	Effectif	5	0,0	2	7
	%	71,4	0,0	28,6	100
Accouchement prématuré	Effectif	2	1	1	4
	%	50	25	25	100
Avortement	Effectif	1	0	0	1
	%	100	0,0	0,0	100
OAP	Effectif	6	0	0	6
	%	100	0,0	0,0	100
Eclampsie/ Hellp Syndrome	Effectif	2	1	0	3
	%	66,7	33,3	0,0	100
Eclampsie/ HRP	Effectif	3	0	0	3
	%	100	0,0	0,0	100
Pré éclampsie	Effectif	26	1	2	29
	%	89,7	3,4	6,9	100
Aucun	Effectif	21	0	0	21
	%	100	0,0	0,0	100
Total	Effectif	130	6	5	141
	%	92,2	4,3	3,5	100

Discussion

Fréquence

Du 1er Janvier 2012 au 31 décembre 2014 soit 3 ans nous avons enregistré 4360 cas d'hypertension artérielle sur grossesse dont 183 cas compliqué de mort fœtale in utero soit 4,19%. Kalenga [1] en RDC, Baeta [2] au Togo, Koffi [3] en RCI ont trouvé respectivement 30,80 %, 19,55 % et 25,50 % de mort fœtale in utero. Soumaré M D [7] en 2000 au CHU Point à trouvé 30,7 %. Notre fréquence est très inférieure à ces taux. Ce taux faible observé dans notre étude pourrait s'expliquer par une amélioration de la prise en charge de l'HTA et grossesse au CHU Point G.

Caractère sociodémographique et clinique

La moyenne d'âge était de $26,27 \pm 8,04$ avec des extrêmes allant de 14 à 43 ans. Ce résultat est comparable à celui de Guindo O D [8] qui a trouvé 27,52 ans comme moyenne d'âge avec des extrêmes allant de 30 à 34 ans ; mais inférieur à celui d'EL- M' ZAH S [9] qui trouve une moyenne de 30,12 ans avec des extrêmes de 17 à 48 ans. Ces moyennes d'âges correspondent aux périodes de pleines activités obstétricales.

Dans notre étude les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 69,4%. Diarra I [10] et Papiernick [11] ont trouvé respectivement 78,8% et 45,9% de femmes au foyer. La profession étant le reflet du niveau socio économique, celle-ci peut avoir une influence sur la prise en charge de la grossesse qui permet de diagnostiquer et de prendre en charge les facteurs de risque.

Un antécédent de mort né a été retrouvé chez 97,3% de nos patientes. Guindo O D [8] a trouvé dans son étude que 83,6% des femmes ne présentaient aucun antécédent de mort fœtale contrairement au résultat de Traoré M [12] qui trouve que l'antécédent de mort fœtale est fortement associé à la survenue d'une nouvelle mort fœtale avec $P = 0,008$ et Sharma S, rapporte [13] 9,2 % d'antécédent de mort fœtale.

Dans notre étude plus de la moitié de l'effectif avait réalisé au moins une consultation prénatale soit

76,5%, contraire aux résultats de Mountongo [13] et de Guindo O D [8] qui trouvent respectivement que 31% et 34,4% de leur population n'avait pas réalisée de consultation prénatale. Nous constatons qu'au cours de ces différentes études, malgré un nombre élevé de CPN, le taux de mort fœtale antépartum reste également élevé. Ce résultat paradoxal suscite une interrogation et nous pensons que la qualité des prestations demeure importante dans la découverte de ces morts fœtales.

La grossesse s'était arrêtée dans l'intervalle de 28-36 SA chez 36,6% de nos patientes. Ce résultat est comparable, à celui de Guindo O D [8] qui trouve que 37% des parturientes avaient un âge gestationnel de 33 SA et à celui de Mountongo [13] qui a également trouvé 33 SA comme âge gestationnel. A la lumière de ces résultats nous pouvons noter que la fréquence de mort fœtale augmente aux alentours de 33SA.

La grande majorité des CPN étaient réalisées par le couple sage femme/ auxiliaires avec 92,2% contre 3,5% pour les médecins spécialistes. Fomba D [14] trouve que les sages femmes dominaient dans son étude avec 52,9%. L'analyse de ces résultats peut s'expliquer qu'au Mali, les sages femmes sont en première ligne quant au suivi d'une grossesse sauf si complications.

Pronostic

L'accouchement a été non instrumental dans notre étude avec 78,7% des cas. Semblable aux résultats de Mohamed M Traoré [12], N'diaye M [15] et Ongoiba O [16] qui ont trouvé respectivement 86,07%, 86% et 74% d'accouchement non instrumental. Ceci peut s'expliquer par le fait que devant un cas de mort fœtale in utero, c'est la voie basse qui est indiquée en première intention sauf contre indication.

Au cours de notre étude nous n'avons pas pu noter une relation statistiquement significative entre le nombre de CPN et l'issue de la grossesse. Contrairement à Beaufile M [17] et aux données de la littérature où nous constatons qu'un nombre réduit de consultations prénatales combiné à la faible qualité des prestations effectuées augmentent le risque de complications materno-fœtales. Cette différence peut s'expliquer par

une taille réduite de notre échantillon, d'où l'intérêt de la poursuite de l'étude.

Les complications diminuent en fonction de l'élévation du niveau du prestataire soit $p=0,001$. Affirmation soutenue par Beaufile M [17] qui trouve que les CPN de qualité permettent de réduire au maximum la survenue des complications liées à l'HTA au cours de la grossesse, elles sont indispensables dans le dépistage précoce et la prise en charge des pathologies pendant la grossesse.

Conclusion

La mort fœtale in utero reste encore une pathologie fréquente dans nos pays. Elle constitue un drame pour la famille et un échec pour l'obstétricien. Sa cause inconnue dans certains cas et peut découler de complications maternelles. Une consultation prénatale de qualité et un respect des règles de la référence- évacuation permettent de prendre en charge précocement et de façon efficiente les causes.

*Correspondance

Ahmadou Coulibaly

coulimpewo@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

- 1 : Service de gynécologie obstétrique du CHU Point G. Mali
- 2 : Service de gynécologie obstétrique du Centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, Mali
- 3 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 4 : Service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako, Mali
- 5 : Service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Kalenga MK1, Mutach K, Nsungula K, Kabyala, Odimba FK. Considération épidémiologique sur les accouchements des mort-nés à la maternité Gecamines Sendwe de Lubumbashi(Zaire). rev. fr. gynécol. Obst. Janvier 1992 ; 87(1) : 26-9.
- [2] Baeta S, Akpadja K, Hodonou AK S, Idder-Abdoulaye Z. Etiologies des morts fœtales : à propos de 308 cas observés de janvier 1984 à juin 1985. Publications médicales africaines. 1991 ; 118(6) : 14- 22
- [3] Koffi A, Gado, D Koné N, N'Guessa K Diallo 1, Bokassa E, Kodjo Bohoussou-KM. Mortinatalité facteurs de risque à propos de 780 cas colligés en deux ans à la maternité d'Abobo sud à Abidjan, au cinquième congrès de la SAGO à Dakar ; Décembre 1998
- [4] Katile M. Facteur de risque de la mortinatalité dans service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national du point G de 1987-1996 [Thèse : Med]. Bamako : université de Bamako ; 2000
- [5] Merger R, Levy J, Melchior J. Syndromes vasculo-rénaux au cours de la grossesse. Précis d'obstétrique, Cinquième édition revue et augmentée, 1979. PP. 415-443.
- [6] COULIBALY M. L. Etude comparative Nifédipine, Clonidine dans la prise en charge de l'HTA du travail dans le Centre de Santé de Référence commune V. [Thèse : Med]. Bamako : université de Bamako ; 2001-2002.
- [7] Soumaré M D. Hypertension artérielle et grossesse : pronostic fœto-maternel dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du point G à propos de 296 cas [Thèse : Med]. Bamako : université de Bamako ; 2002.
- [8] Dellé O Guindo. La mort fœtale antépartum dans le service de gynécologie obstétrique du centre de référence de la commune V du district de Bamako de janvier à décembre 2005[Thèse : Med]. Bamako : université de Bamako ; 2005-2006
- [9] Mme Sana EL-M'ZAH. Pronostic maternel et périnatal de l'hypertension artérielle gravidique [Thèse : Med]. Marrakech : Université de Cadi Ayyad ; 2010
- [10] Diarra I. Etude de la mort fœtale in utero à la maternité du CHU Gabriel Touré de Bamako [Thèse : Med]. Bamako : université de Bamako ; 2008
- [11] Papiernick E, De cannes F, Bucourt M, Combien E, Goffiner

F. Epidémiologie des morts fœtales avant le travail dans l'enquête périnatale de la seine Saint-Denis J. Gynecol-obst et Biol-reprod. 1996 ; 26 : 153-9.

[12] Mohamed M Traoré. Etude de la mort fœtale in utero à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako [Thèse:Med]. Bamako : USTTB ; 2013-2014

[13] Susmita Sharma, Harpreet Sidhu, Sukhbir Kaur. Analytical Study of intra uterine fetal death cases and associated maternal conditions. 2016; (1):11-13.

[14] Dramane N'dji Fomba. Hypertension artérielle et grossesse dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II [Thèse : Med]. Bamako : université de Bamako ; 2005-2006.

[15] N'diaye M. La mort fœtale in utero à la maternité René Cissé d'Hamdalaye : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge [Thèse : Med]. Bamako : université de Bamako ; 2003

[16] Ongoïba O. La mortalité néonatale au CHU Hassan II de FES [Thèse :Med]. FES : université de FES ; 2010

[17] Beaufile M : Hypertensions gravidiques Rev. Med. Interne. 2002 ; 23 : 927 938.

Pour citer cet article :

A Coulibaly, M Sima, A Cissouma, IO Kanté, MS Traoré, D Diarra et al. Hypertension artérielle et grossesse compliquée de mort fœtale in utero au CHU Point G. Bamako, Mali. Jaccr Africa 2021; 5(4): 82-88



Article original

Aspects clinique et bactériologique de l'infection urinaire dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point G, Bamako (Mali)

Clinical and bacteriological aspects of urinary tract infection in the nephrology and hemodialysis department of the G point University Hospital, Bamako (Mali)

M Samaké^{*1,2}, SB Coulibaly³, S Sy^{4,5}, H Yattara^{4,5}, AS Fofana¹, M Coulibaly⁶, D Maiga⁷, AM Dolo⁷, N Doumbia^{2,8}, S Fongoro^{4,5}

Résumé

L'infection urinaire est l'une des infections les plus fréquentes en pratique néphrologique. Dans notre service, il n'existe pas de données sur ce sujet d'où l'intérêt de cette étude pionnière qui avait pour objectifs de déterminer la prévalence et les aspects clinique et bactériologique de cette infection dans notre service de néphrologie.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du 1er janvier 2016 au 31 Mars 2017 soit 15 mois. Etaient inclus les patients hospitalisés pendant la période d'étude pour pathologie rénale et qui ont réalisé un ECBU.

Résultats : Nous avons colligé 207 patients, parmi lesquels 111 avaient une infection urinaire soit une prévalence de 53,62%. Les femmes étaient plus touchées avec un sex ratio de 1,06 (P=0,0012). L'âge moyen était de 43±8 ans. Les signes d'appels urinaires étaient dominés par les brûlures mictionnels, 56 cas (50,51%). Les signes généraux étaient marqués par l'asthénie physique (91 cas) soit 82%, céphalées (59 cas) soit 62,2%, fièvre, prurit et frisson. Les germes retrouvés étaient l'Escherichia coli (41 cas), Klebsiella pneumoniae (16 cas) et Pseudomonas aeruginosa

(5 cas) soit respectivement 36,9%, 14,4% et 4,5%.

Les diagnostics retenus étaient la cystite (50 cas), la bactériurie asymptomatique (44 cas), prostatite (7 cas), néphrite interstitielle aigue infectieuse (7 cas) et la pyélonéphrite (3 cas). Conclusion L'infection urinaire est fréquente en pratique néphrologique. Sa fréquence est plus élevée chez la femme. Elle présente un polymorphisme clinique et les bacilles gram négatifs sont les plus retrouvés à l'uroculture.

Mots-clés : Infection urinaire, néphrologie, CHU Point G, Mali.

Abstract

Urinary tract infection is one of the most frequent infections in nephrological practice. In our department, there is no data on this subject hence the interest of this pioneer study which had for objectives to determine the prevalence and the clinical and bacteriological aspects of this infection in our nephrology service.

Methodology: This was a retrospective study conducted from January 1, 2016 to March 31, 2017 or 15 months. Patients hospitalized during the study period for renal pathology and who performed an ECBU were included.

Results: We collected 207 patients, among whom 111 had a urinary tract infection, i.e. a prevalence of 53.62%. Women were more affected with a sex ratio of 1.06 (P=0,0012). The average age was 43±8 years. Urinary signs were dominated by urinary burning, 56 cases (50.51%). General signs were marked by physical asthenia (91 cases) or 82%, headache (59 cases) or 62.2%, fever, pruritus and chills. The germs found were *Escherichia coli* (41 cases), *Klebsiella pneumoniae* (16 cases) and *Pseudomonas aeruginosa* (5 cases), i.e. respectively 36.9%, 14.4% and 4.5%. The diagnoses retained were cystitis (50 cases), asymptomatic bacteriuria (44 cases), prostatitis (7 cases), acute infectious interstitial nephritis (7 cases) and pyelonephritis (3 cases).

Conclusion Urinary tract infection is common in nephrology practice. Its frequency is higher in women. It presents a clinical polymorphism and gram-negative bacilli are the most frequently found in uroculture.

Keywords: Urinary tract infection, nephrology, CHU Point G, Mali.

Introduction

L'infection urinaire est l'une des infections les plus fréquentes en pratique hospitalière. Elle recouvre un ensemble de situations cliniques de symptomatologie et de gravité variables allant de la simple bactériurie asymptomatique aux pyélonéphrites aiguës compliquées bactériémiques [1]. Leur fréquence est plus élevée chez la femme (20 %) que chez l'homme [1]. Chez l'homme la fréquence augmente après 50 ans en relation avec la pathologie prostatique. Chez l'enfant l'infection urinaire très fréquente est souvent le témoin d'une uropathie malformative, en particulier chez le garçon (20 à 30 % des cas) [1]. L'infection urinaire est une complication importante au cours de la grossesse, du diabète, de la polykystose rénale, de la transplantation rénale, des uropathies malformatives et des vessies neurologiques [2]. Aux Etats Unis presque 50 % des femmes auront

une infection urinaire au cours de leur vie, de plus les infections urinaires sont responsables de plus de 100000 admissions hospitalières par année [3]. Une étude réalisée au Maroc a retrouvé une fréquence de l'infection urinaire estimée à 9 % chez les hospitalisés dans un service de néphrologie [4]. Au Mali, sur 200 patients hospitalisés, l'infection urinaire était retrouvée chez 83 patients soit 41,5 % [5]. Une autre étude rapportait 30,6 % d'infection urinaire avec une prédominance féminine [6]. L'infection urinaire peut se limiter à la vessie (essentiellement chez la femme) n'intéressant superficiellement que la muqueuse de l'urothélium ou à l'inverse envahir un parenchyme plein (les reins dans les deux sexes ; la prostate chez l'homme) ; l'expression clinique, les risques et les traitements de ces deux formes opposées sont extrêmement différents [7]. Le diagnostic d'infection urinaire bactérienne est microbiologique : présence d'une leucocyturie et/ou d'une bactériurie significative à l'étude cyto bactériologique des urines (ECBU) [8]. La bandelette urinaire doit être largement utilisée devant des signes fonctionnels urinaires et/ou des douleurs lombaires et/ou de la fièvre non compliquée [8].

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du 1^{er} janvier 2016 au 31 Mars 2017 soit 15 mois. Etaient inclus les patients hospitalisés pendant la période d'étude pour pathologie rénale et qui ont réalisé un ECBU.

Etaient inclus tous les patients présentant à l'examen cyto bactériologique des urines :

- Une bactériurie au moins égale à 100 000 germes/ml d'urine ou plus.
- Une leucocyturie et/ou une hématurie au moins égale à 10 000/ml d'urine.
- Une uroculture positive.

Etaient exclus tous les patients n'ayant pas réalisé un ECBU et/ou ayant un ECBU négatif.

Le recueil des données était effectué à l'aide d'un questionnaire individuel qui portait sur :

- Données administratives et sociodémographiques : identification, date d'admission, âge, sexe, résidence, nationalité, ethnie, profession, motif de d'hospitalisation, mode d'admission.
- Données cliniques : Antécédents médicaux et chirurgicaux, terrain, signes fonctionnels, signes physiques.
- Données paracliniques :
 - Biologie : NFS-VS, une glycémie, une créatininémie, une hémoculture, un ECBU à la recherche d'infection urinaire, de leucocyturie, d'hématurie microscopique, un antibiogramme, une protéinurie des 24 heures.
 - Imagerie : ASP, échographie des reins et des voies urinaires, cystoscopie.
- Traitement : Médical ou chirurgical.

Définitions opérationnelles : •Infection urinaire: examen cytot bactériologique des urines (ECBU) positif associé à au moins un des signes suivants:

-Température $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ou hypothermie $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$

-Dysurie

-Pollakiurie

-Brûlures mictionnelles

-Tension sus-pubienne

-Incontinence urinaire récente

-Somnolence, apparition ou aggravation d'une anorexie, désorientation, dépendance. L'ECBU est dit positif si : * en absence de sondage : leucocyturie $>10^5\text{UFC/ml}$ avec 1 ou 2 espèces de bactéries à la culture, * avec sondage aller-retour : leucocyturie $>10^2\text{UFC/ml}$ avec 1 ou plusieurs espèces de bactéries à la culture [9].

•La colonisation urinaire ou bactériurie asymptomatique: C'est la présence d'un micro-organisme dans les urines sans manifestations cliniques associées. Il n'y a pas de seuil de bactériurie, sauf chez la femme enceinte, où un seuil de bactériurie à 10^5UFC/ml est classiquement retenu. •patient âgé :

toute personne de plus de 65 ans, qu'elle soit retraitée, valide ou invalide avec au moins 3 critères de fragilité ou de plus de 75 ans [10, 11].

•Cystites récidivantes: Elles sont définies par la survenue d'au moins 4 épisodes pendant 12 mois consécutifs [11].

•Pyélonéphrite : inflammation microbienne du bassinet associée à l'envahissement de l'interstitium par des traînées suppuratives. Elle peut être primitive (sans lésions urologiques) ou secondaire (consécutive à une uropathie ou un obstacle), aigue ou chronique.

•Infections urinaires simples : infection urinaire (IU) survenant chez des patients sans facteur de risque de complication [11].

•Infections urinaires graves

Ce sont les pyélonéphrites aiguës et les IU masculines associées à :

- un sepsis grave,

- un choc septique,

- une indication de drainage chirurgical ou interventionnel (risque d'aggravation du sepsis en péri-opératoire) [11].

•Infections urinaires à risque de complication : Ce sont des IU survenant chez des patients ayant au moins un facteur de risque pouvant rendre l'infection plus grave et le traitement plus complexe [11].

•facteurs de risque de complication sont :

- toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, quelle qu'elle soit (résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, acte récent...).

- sexe masculin, du fait de la fréquence des anomalies anatomiques ou fonctionnelles sous-jacentes.

- grossesse.

- sujet âgé : patient de plus de 65 ans avec > 3 critères de fragilité (critères de Fried), ou patient de plus de 75 ans.

- immunodépression grave

- insuffisance rénale chronique sévère (clairance $< 30\text{ml/min}$) [11].

•Critères de Fried :

-perte de poids involontaire au cours de la dernière année,

-vitesse de marche lente,

-faible endurance,

-faiblesse/fatigue,

-activité physique réduite [11].

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 17.0 et saisie sur le logiciel Word. Nous avons utilisé le test de Khi deux et le test exact de Fisher avec un seuil de signification $< 0,05$ pour comparer nos proportions.

Considérations éthiques :

Afin d'assurer la confidentialité des résultats, l'anonymat des dossiers médicaux a été strictement respecté.

Résultats

Nous avons colligé 207 patients, parmi lesquels 111 avaient une infection urinaire soit une prévalence de 53,62%. Les femmes étaient plus touchées que les hommes 57 cas vs 54 cas avec un sex ratio de 1,06 ($P=0,0012$). L'âge moyen était de 43 ± 8 ans, L'infection urinaire n'était pas liée à l'âge mais les patients âgés de 60 ans et plus étaient les plus touchés avec 27 cas (69,23 %). L'insuffisance rénale (IR) représentait le principal motif de consultation, 73 cas soit 92,8 % (Cf. tableau 1). Les signes d'appels urinaires étaient dominés par les brûlures mictionnels, 56 cas (50,51%) (Cf. tableau 2). Les signes généraux étaient marqués par l'asthénie physique (91 cas) soit 82%, céphalées (59 cas) soit 62,2%, fièvre, prurit et frisson avec respectivement 25 cas (22,5%), 15 cas (13,5%) et 4 cas (3,6%). Le sondage urinaire à demeure était retrouvé chez 6 (5,4%) de nos patients. L'échographie de l'arbre urinaire et prostatique montrait les reins de petites tailles chez 55,86% (Cf. tableau 3). Les urines étaient jaune-citrin à l'examen macroscopique chez 66 (59,5%) des patients, respectivement trouble et hématurie chez 43 (38,7%) et 2 (1,8%) des patients. A l'examen cytologique des urines, la leucocyturie isolée, hématurie microscopique avec leucocyturie et l'hématurie microscopique isolée étaient respectivement retrouvées chez 70 (63,1%), 32 (28,8%) et 9 (8,1%) des patients. A la coloration

Gram, les bacilles étaient Gram négatifs chez 71 (64%) patients (Cf. tableau 4). Les germes retrouvés étaient l'Escherichia coli (41 cas), Klebsiella pneumoniae (16 cas) et Pseudomonas aeruginosa (5 cas) soit respectivement 36,9%, 14,4% et 4,5% (Cf. tableau 5). Les diagnostics retenus étaient la cystite (50 cas) soit 45%, la bactériurie asymptomatique (44 cas) soit 39,6%, prostatite (7 cas) soit 6,3%, néphrite interstitielle aigue infectieuse (7 cas) soit 6,3% et la pyélonéphrite (3 cas) soit 2,7%. La cystite était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ($p=0,022$), elle était survenue chez les patients ayant une protéinurie significative (supérieure à 500 mg/24h) avec $p=0,045$. L'association amoxicilline+acide clavulanique (43 cas) soit 38,74% était l'antibiothérapie la plus utilisée (Cf. tableau 6). La durée de l'antibiothérapie était de 7 à 9 jours chez 79 patients soit 71,2%. L'évolution était marquée par une persistance de l'infection urinaire dans 12 cas après le premier contrôle soit 16,90%.

Tableau I : Répartition des patients en fonction du motif de consultation.

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentages
IR	73	65,8
IR+HTA	20	18
IR+IC	6	5,4
IR+ Syndrome œdémateux	4	3,6
OMI+ protéinurie	3	2,7
Anurie	3	2,7
Syndrome œdémateux	2	1,8
Total	111	100

IR : Insuffisance Rénale. HTA : Hypertension Artérielle. IC : Insuffisance Cardiaque. OMI : Œdème des Membres Inférieurs.

Tableau II : Répartition des patients en fonction des signes d'appel urinaire.

Signes urinaires	Effectifs	Pourcentages
Brulures mictionnelles	56	50,5
Pollakiurie	42	37,8
Dysurie	15	13,5
Hématurie macroscopique	11	9,9
Pyurie	1	0,9

Tableau III : Répartition en fonction des anomalies à l'échographie de l'arbre urinaire et prostatique

ECHOGRAPHIE		
TAILLE DES REINS		
	Effectifs	Pourcentages
Normale	41	36,93
Diminuée	62	55,86
Augmentée	8	7,21
Dilatation des voies excrétrices		
	Effectifs	Pourcentages
Oui	12	1,80
Non	99	89,19
Lithiases rénales		
	Effectifs	Pourcentages
Oui	2	1,80
Non	109	98,20
Hypertrophie prostatique (n=54)		
	Effectifs	Pourcentages
Oui	6	11,11
Non	48	88,89
Epaississement paroi vésicale		
	Effectifs	Pourcentages
Oui	6	5,41
Non	105	94,59

Tableau IV : Répartition en fonction de la coloration de Gram.

Table 4: Distribution according to Gram stain.

Germes	Effectifs	Pourcentages
Bacille Gram négatif	71	64
Cocci Gram positif	29	26,1
Levures	6	5,4
Cocci Gram négatif	5	4,5
Total	111	100

Tableau V : Répartition en fonction de la coloration de Gram et de l'uroculture.

Germes isolés	Effectifs	Pourcentages
BGN =71		
Escherichia coli	41	36,9
Klebsiella pneumoniae	16	14,4
Pseudomonas aeruginosa	5	4,5
Enterobacter cloacae	3	2,7
Klebsiella oxytoca	2	1,8
Enterobacter sp	1	0,9
Enterobacter asburiae	1	0,9
Serratia liquefaciens	1	0,9
Proteus mirabilis	1	0,9
CGP = 29		
Staphylococcus aureus	8	7,2
Staphylococcus à coagulase négative	8	7,2
Streptococcus non groupable	6	5,4
Streptococcus à coagulase négative	3	2,7
Streptococcus D	2	1,8
Streptococcus B	1	0,9
Staphylococcus epidermidis	1	0,9
CGN=5		
Acinetobacter sp	3	2,7
Acinetobacter baumannii	1	0,9
Acinetobacter junii	1	0,9
LEVURES=6		
Candida albicans	4	3,6
Levures non identifiées	2	1,8

BGN : Bacille Gram Négatif. CGP : Cocci Gram Positif. CGN : Cocci Gram Négatif.

Tableau VI : Répartition en fonction du traitement et des formes cliniques.

Traitement	Formes cliniques					total	
	B.A	Cystite	Pyélonéphrite	prostatite	NIAI	N	%
Ceftriaxone	1	2	-	-	-	3	2,70
Chloramphenicol	3	10	-	1	3	17	15,32
Amoxi+Ac clavulanique	22	17	1	2	1	43	38,74
Ciprofloxacine	1	-	-	-	1	1	0,90
Ampiciline	4	2	-	1	-	7	6,31
Cefotaxime	4	11	-	2	1	18	16,22
Gentamycine	1	2	-	-	-	3	2,70
Erythromycine	1	-	-	-	-	1	0,90
Pefloxacin	-	1	-	-	1	2	1,80
Oxacilline	2	-	-	-	-	2	1,80
Amikacine	-	-	-	-	1	1	0,90
Cotrimoxazole	1	-	1	-	-	2	1,80
Pristinamycine	-	1	-	-	-	1	0,90
Aucun traitement	4	4	1	1	-	10	9,01
Total	44	50	3	7	7	111	100

B.A : Bactériurie Asymptomatique. NIAI : Néphrite Interstitielle Aigue Infectieuse.

Discussion

Dans notre série de 207 patients, 111 avaient une infection urinaire soit une prévalence de 53,62%. Au CHU du point G, cette prévalence est variable d'un service à un autre, MAIGA [12], TRAORE. [4], SISSOKO [13] ont rapporté respectivement des prévalences de 60% et 41,5% en 1994 et en 2006. Elle était de 14,1% des patients hospitalisés dans le service de néphrologie et dialyse du CHU de Brazzaville [14]. En France, la prévalence de l'infection urinaire varie de 40 à 60 % chez les patients hospitalisés [15]. Les femmes étaient plus touchées que les hommes avec $P=0,0012$. Le sexe féminin est un facteur de risque important pour contracter l'infection urinaire [14, 16, 17]. L'infection urinaire n'était pas liée à l'âge

mais les patients âgés de 60 ans et plus étaient les plus touchés avec une fréquence à 69,23 %. L'infection urinaire est plus fréquente chez les sujets âgés de 60 ans et plus que chez les autres sujets [18]. Loumingou et al. ont rapporté un âge moyen de $37\pm 14,7$ ans, avec des extrêmes de 18 ans et 75 ans. Les brûlures mictionnelles (50,5 %), la pollakiurie (37,8%), la douleur lombaire (14,4 %), la dysurie (13,5 %) et la douleur sus pubienne (6,7 %) étaient les principales manifestations de l'infection urinaire symptomatique. Les signes généraux étaient dominés par : l'anorexie (73%), les nausées (62%), les vomissements (51,4%), la fièvre (22,5%). TRAORE [4] a rapporté les de vomissements (58,7 %); fièvre (46,74 %); douleur lombaire (15,8 %) et brûlures mictionnelles (11,96 %). A Casablanca, Bourquia A. et coll ont rapporté une

prédominance de brûlures mictionnelles (57 %) et de douleur lombaire (41 %) [19].

EPOK [16] trouve que les signes urinaires ont été dominés par la dysurie (12,94 %) ; la brûlure mictionnelle (10,33 %); la pyurie (6,47 %) et la fièvre (3,8 %).

Macroscopiquement les urines étaient troubles (59,46 %); jaune-claires (38,74 %) et hématuriques (1,80 %).

Sur le plan microscopique, la leucocyturie isolée était présente dans 63,06 % des cas, associée à une hématurie microscopique dans 28,83 % et l'hématurie microscopique isolée dans 8,11 % des cas.

TRAORE [4] a rapporté 82,6 % de leucocyturie, 30,44 % de leucocyturie+hématurie microscopique, 84,3 % de bactériurie et 15,7 % de levures.

A Casablanca Bourquia A. et coll [19] rapportent 80 à 90 % de leucocyturie; 45

% d'hématurie et 72,41 % de bactériurie.

Les germes retrouvés à la coloration de GRAM sont variés. Ce sont par ordre de fréquence, les bacilles gram négatif (BGN) à 64 %, les cocci gram positif (CG +) à 29 %, les levures (5,4 %), les cocci gram négatif (CG) à 4,5 %.

Une étude au Maroc trouve 60,68 % de BGN et 11,72 % de CG+ [19]. SISSOKO [13] trouve dans un échantillon de 604 patients 71,16 % de BGN et au Niger, Garba AA et al [20] ont rapporté 88% des BGN.

MBACOP a trouvé 61,3 % de BGN en 2002 [18]. GILSTRAP et collaborateurs ont isolé 90 % de BGN en France [5].

L'uroculture a permis d'isoler en majorité par ordre de fréquence *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* et *Pseudomonas aeruginosa* dans respectivement 41 (36,9%), 16 (14,4%) et 5 (4,5%). D. Sangaré et al. Ont trouvé l'*Escherichia Coli*, *Klebsiella Pneumoniae* et *Pseudomonas aeruginosa* représentaient 39,28%, 14,28% et 10,71% des cas [21]. Selon. Sekhsokh Y ce constat est en rapport avec la physiopathologie de l'IU qui est en général ascendante. En effet il existe une forte colonisation du périnée par les entérobactéries d'origine digestive, en particulier *E. coli*. À cela s'ajoutent des facteurs spécifiques

d'uropathogénicité. *E. coli* possède des adhésines, capables de lier la bactérie à l'épithélium urinaire et d'empêcher son élimination par les vidanges vésicales [22]. Une codominance de *Staphylococcus aureus* et de *Staphylococcus* à coagulase négatif dans 27,59 % des CG + chacun; *Candida albicans* est la seule levure isolée et *Acinetobacter sp*, *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter junii* pour les CG(-).

SISSOKO [13] trouve 40,20 % d'*E. Coli* au CHU du point G en 2006. PHILIPPE DOROZ [6] a isolé 80 à 90 % d'*E. Coli* en milieu hospitalier. PERRIN et collaborateurs [7] ont trouvé *E. coli* (63,6 %) et *K. pneumoniae* (6,3 %). A.VALERI et collaborateurs [8] ont isolé 80 % d'*E.coli*, *K. pneumoniae*, *Proteus*, *Enterobacter* 10 % et *Pseudomonas aeruginosa* 5 %.

DIASSANA [23] a isolé 48,57 % d'*E.coli*, 11,42 % de *K. pneumoniae* et 2,85 % de *Pseudomonas aeruginosa* en 2000.

L'étude cyto bactériologique des urines, les signes d'appel urinaire et les signes généraux ont permis de retenir le diagnostic de cystite (45 %); la bactériurie asymptomatique (39,60 %); la prostatite (6,30 %); la NIAI (6,30 %) ; la pyélonéphrite (2,70 %). TRAORE [4] rapporte 44,6% de bactériurie asymptomatique ; 18,1 % de pyélonéphrite ; 18,1 % de NIAI ; 15,5 % de cystite et 3,6 % de prostatite. MBACOP [18] trouve 25,8 % de cystite.

La fréquence de la cystite n'est ni liée à l'âge ni au sexe [4], mais notre étude trouve une prédominance féminine à 64 %.

Les patients âgés de 30 à 39 ans et ceux âgés de 60 ans et plus ont été les plus touchés. MBACOP fait presque le même constat en trouvant une prédominance chez les patients âgés de 60 ans et plus [18].

Les germes les plus fréquemment retrouvés au cours de la cystite sont les BGN dans 72 % des cas. TRAORE trouve 69,2 % de BGN en 2006 [4]. JARDIN rapporte une prédominance des BGN au cours de la cystite [24].

La cystite est survenue le plus souvent sur un terrain d'IRC. Sur 50 patients, 36 avaient une IRC soit 72 %. TRAORE fait le même constat avec 85 % d'IRC [4]. La bactériurie asymptomatique (B.A) est intervenue

en deuxième position après la cystite avec une fréquence à 39,6 %.

La B.A est survenue dans 68,18 % sur un terrain d'IRC. Cela s'expliquerait par la présence de neuropathie urémique. Elle doit nous amener à toujours réaliser un examen urinaire chez les patients hospitalisés, même en dehors du contexte infectieux.

Les germes les plus retrouvés étaient les BGN avec 71,42 %. La NIAI a été fréquente au cours de l'IRC (42,86%) suivie du diabète (28,57%). Dans la littérature, les germes en cause dans la pyélonéphrite sont les BGN [8].

L'association amoxicilline+acide clavulanique (38,74%), le cefotaxime (16,21%) et le chloramphénicol (15,32%) sont les antibiotiques les plus utilisés.

La durée de traitement était de 7 à 9 jours chez 79 patients soit 71,2%.

Au cours de l'étude 102 patients soit 91,89% ont bénéficié d'une adaptation posologique en fonction de la clairance de la créatininémie.

L'évolution était marquée par une persistance de l'infection urinaire dans 12 cas après le premier contrôle soit 16,90%.

TRAORE [4] rapporte 7 cas de réinfection, 2 cas de persistance, 1 cas de pyonéphrose et 1 cas de rechute. MBACOP [18] trouve 15 cas de réinfection, 6 cas de persistance ; il ne trouve ni pyonéphrose, ni rechute. SIBY [25] trouve 12,4% de réinfection et 11,5% de rechute.

Au Maroc, la récurrence a été observée dans 17 cas (12%) ; la rechute et la réinfection sont dues le plus souvent aux bacilles gram négatifs [19]. TRAORE [4] trouve 45,20% de positivité de l'ECBU après un premier contrôle.

Seulement deux(2) patients ont bénéficié d'un deuxième contrôle de l'ECBU et les deux urocultures étaient négatives.

Conclusion

L'infection urinaire est fréquente en pratique néphrologique. Sa fréquence est plus élevée chez la

femme. Elle présente un polymorphisme clinique et les bacilles gram négatifs sont les plus retrouvés à l'uroculture.

Remerciement : Nous remercions tout le personnel de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, de l'hôpital de Kayes, du CHU Point G et de l'hôpital Mali-GAVARDO de Sébenicoro.

*Correspondance

Magara Samaké

samake_magara@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

- 1 : Unité de néphrologie de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, Mali.
- 2 : Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), Bamako, Mali
- 3 : Unité de néphrologie de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti, Mali
- 4 : Service de néphrologie et d'hémodialyse de Centre hospitalier universitaire du Point G, Bamako/Mali.
- 5 : Faculté de Médecine de Bamako, Mali
- 6 : Unité de néphrologie de l'hôpital Mali GAVARDO de Sébenicoro, Bamako/Mali
- 7 : Unité de néphrologie de l'hôpital de Sikasso, Mali
- 8 : Service de médecine de l'Hôpital du Mali. Bamako/Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Pilly E. Maladies infectieuses. La Madeleine : Crouan et Roques, 1997 ; 658p.
- [2] Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic cost. *Am J Med* 2002;113(Suppl 1A):5S-13S.
- [3] Khoury S. Urologie : Pathologie infectieuse et parasitaire. Paris : Masson, 1985 ; 123p.
- [4] Traoré H. Les infections urinaires dans le service de

- néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital du point G. Thèse Med, Bamako, 2006.
- [5] Gilstrap LC, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obst et Gynecol Clin North Am* 2001 ;28 :581-91.
- [6] Doroz P. Guide pratique des médicaments. Paris: Maloine, 2002; 1850p.
- [7] Perrin M, Legarzik J, Tas A et Avril JL. Infections urinaires communautaires et nosocomiales à Bacille Gram négatif en milieu gériatrique. *Med Mal Infect* 1998 ; 28 :505-10.
- [8] Valeri A, Joulin V, Fournier G. Prostatites. *Encycl Med Chir, Néphrologie-Urologie*, 1998.
- [9] McGeer A, Campbell B, Emori TG, Hierholzer WJ, Jackson MM, Nicolle LE, et al. Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities. *Am J Infect Control* 1991;19:1-7.
- [10] Delamare V, Garnier M. Définition de la personne âgée. In : *Dictionnaire des termes de médecine*. 29^{ème} éd. Paris : Maloine 2006
- [11] Caron F. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Mise au point. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. 2014. <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-infections_urinaires-court.pdf> (Consulté le 02 Janvier 2015).
- [12] Maïga AB. Intérêt du culot urinaire dans le diagnostic et le suivi des infections urinaires. Thèse Med, Bamako, 1993.
- [13] Sissoko T. Infections urinaires à Bamako : Aspects épidémiologique, bactériologique et clinique. Thèse Pharm, Bamako, 2006.
- [14] R. Loumingou; DT Eyesi Sinomono; G.C. Gassongo Koumou; JL Mobengo. Les Infections Urinaires de l'Adulte dans le Service de Néphrologie du CHU de Brazzaville : Aspects Cliniques et Évolutif. *Health Sci. Dis: Vol 21 (3) March 2020*
- [15] Leppetier D, Caroff N, Raynaud A et Richet H. Enquête épidémiologiques sur les infections urinaires à *Escherichia coli* au centre hospitalier universitaire de Nantes. *Rev Epidemiol. Santé Publ* 1997 ; 31 : 45.
- [16] Epok JC. Les infections urinaires à Bamako : aspects épidémiologiques et étiologiques. Thèse Pharm, Bamako, 1999.
- [17] Kodio A. Etude des infections urinaires au laboratoire de l'hôpital national du Point G (à propos de 200 examens bactériologiques) Thèse Pharm, Bamako, 1979.
- [18] Mbacop B. Profil clinique et bactériologique des infections urinaires dans le service de néphrologie et d'hémodialyse de l'hôpital du Point G. Thèse Med, Bamako, 2003.
- [19] Bourquia A, Hamdani B, Sahni K, Zaid D. Profil de l'infection urinaire dans un service de néphrologie. *Med Maghreb* 1992 ; 33 :11-6.
- [20] Abdoul-Aziz GARBA, Mahamadou Douchi, Lawali Maman, Diongole Hassan, Halidou Maazou, Iliassou Aboubacar, Ibrahim Alkassoum, Eric Adehossi. Étude Bactériologique des Infections Urinaires chez l'Adulte au Laboratoire de Microbiologie de l'Hôpital National de Zinder. *Health Sci. Dis: Vol 21 (3) March 2020*
- [21] Sangare, D., Samake, M., Doumbia, N., Fofana, A.S., Cisse, S.M., Sy, S., Kodio, A., Coulibaly, M., dit Baba Coulibaly, S., Sy, D., Soucko, K.A., Dembele, M. and Fongoro, S. (2021) Profile of Urinary Tract Infections in the Elderly in the Internal Medicine Department of the University Hospital Center of Point G, Bamako, Mali. *Open Journal of Nephrology*, 11, 217-229.
- [22] Diassana HK. Infection urinaire et grossesse à la maternité Renée Cissé de Hamdallaye : à propos de 35 cas. Thèse de Med, Bamako, 2000.
- [23] Sekhsokh Y, Chadli M, El Hamzaoui SA. Fréquence et sensibilité aux antibiotiques des bactéries isolées dans les urines. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2008 Jun;38(6):324-7.
- [24] Jardin A. Les cystites. *Rev Prat* 1986 ; 36 : 2957 – 60.
- [25] Siby-Diallo FB. Etude clinique, biologique et thérapeutique des infections urinaires dans les services de médecine interne de l'hôpital du Point G. Thèse Med, Bamako, 1992..

Pour citer cet article :

M Samaké, SB Coulibaly, S Sy, H Yattara, AS Fofana, M Coulibaly et al. Aspects clinique et bactériologique de l'infection urinaire dans le service de néphrologie et d'hémodialyse du CHU du point G, Bamako (Mali). *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 89-97



Cas clinique

Le lambeau du muscle temporal : une alternative à la prothèse maxillofaciale dans la reconstruction des pertes de substances chirurgicales palatines

The temporal muscle flap: an alternative to maxillofacial prosthesis in the reconstruction of loss of palatine surgical substances

A Coulibaly*¹, M Sanfo¹, C Assouan², D N'guessan², P Pare¹, KE Konan²

Résumé

Introduction : L'exérèse des tumeurs maxillaires dans notre contexte, est souvent responsable de pertes de substances palatines nécessitant une reconstruction immédiate. Cette reconstruction peut être faite par lambeau ou par prothèse obturatrice. Nous rapportons deux cas cliniques de reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal en lieu et place de la prothèse obturatrice maxillofaciale.

Cas cliniques : Le premier cas clinique a concerné une patiente âgée de 48 ans chez qui le diagnostic de carcinome épidermoïde du palais évoluant depuis environ deux ans a été posé. Le deuxième cas clinique était une patiente de 22 ans chez qui le diagnostic d'adénome pléomorphe du maxillaire évoluant depuis environ 10 ans a été posé. Une maxillectomie subtotale a été réalisée chez la première patiente et une maxillectomie gauche chez la deuxième occasionnant des pertes de substances maxillaires et palatines. Les pertes de substances palatines dans les deux cas ont été immédiatement reconstruites par lambeau du muscle temporal.

Les résultats post-opératoires ont été jugés satisfaisants avec une restauration des fonctions manducatrices.

Toutefois une dépression temporale du site donneur et une édentation maxillaire ont été notées à des degrés variables chez les deux patientes.

Conclusion : Le lambeau du muscle temporal donne de bons résultats dans la reconstruction immédiate des pertes de substances palatines. Elle constitue ainsi une alternative fiable à la prothèse dans notre contexte.

Mots-clefs : maxillectomie, reconstruction palais, lambeau muscle temporal.

Abstract

Introduction: The excision of maxillary tumors or maxillectomy in our context, is often responsible for loss of palatal substances requiring immediate reconstruction. This reconstruction can be done by flap or by obturator prosthesis. We report two clinical cases of reconstruction of the palate using a temporal muscle flap instead of the maxillofacial obturator prosthesis.

Clinical case: The first clinical case concerned a 48-year-old patient in whom the diagnosis of squamous cell carcinoma of the palate, evolving for about 02 years, was made. The second clinical case

was a 22-year-old patient diagnosed with pleomorphic adenoma of the maxilla which had progressed for approximately 10 years. A subtotal maxillectomy was performed in the first patient and a left maxillectomy in the second, causing loss of maxillary and palatal substances. The losses of palatal substances in both cases were immediately reconstructed by flap of the temporalis muscle.

The postoperative results were considered satisfactory with restoration of the manducator functions. However, temporal depression of the donor site and maxillary edentation were noted to varying degrees in the two patients.

Conclusion: The temporal muscle flap gives good results in the immediate reconstruction of the loss of palatal substances. It thus constitutes a reliable alternative to the prosthesis in our context.

Keywords: maxillectomy, palate reconstruction, temporal muscle flap.

Introduction

L'exérèse de certaines tumeurs maxillo-faciales dans notre contexte, est source de vastes pertes de substances. Ces pertes de substances ont des retentissements morphologiques, fonctionnels et psychologiques [1]. Leur reconstruction s'impose pour le confort vital et la réinsertion sociale du patient. Les pertes de substances chirurgicales palatines, quant à elles, consécutives à une maxillectomie partielle ou totale sont à l'origine d'une communication bucco-sinusale et / ou bucco-nasale. Il en résulte une perturbation des fonctions de déglutition, de mastication, de phonation-élocution et de respiration. La reconstruction immédiate du palais après cette maxillectomie devient ainsi une nécessité vitale et fonctionnelle afin d'assurer une restauration partielle ou totale de ses fonctions. Cette reconstruction des pertes de substances palatines a été pendant longtemps synonyme de reconstruction prothétique [2]. Les progrès constants dans les techniques chirurgicales et anesthésiologiques ont permis actuellement

l'utilisation de lambeaux pour la reconstruction [3]. Plusieurs lambeaux ont été décrits dont, le lambeau pédiculé du muscle du temporal, les lambeaux micro-vascularisés antébrachial et fibulaire [3 ;4]. Ce type de reconstruction est parfois une alternative à la prothèse dans notre contexte. En effet, le coût de la prothèse n'est pas accessible à la grande majorité de nos patients dans notre contexte.

Le lambeau pédiculé du muscle temporal utilisé depuis de nombreuses années, a montré sa fiabilité dans la reconstruction des pertes de substances palatines après maxillectomie [5 ; 6].

Nous rapportons deux cas cliniques de reconstruction du palais après maxillectomie par lambeau du muscle temporal comme alternative à la prothèse maxillofaciale dans notre contexte.

Cas cliniques

Cas N°1 :

La première observation clinique était celle d'une patiente âgée de 48 ans reçue pour tuméfaction douloureuse de l'hémiface droite étendue à la quasi-totalité du palais dur évoluant depuis deux ans (figure 1). Les explorations cliniques et paracliniques ont conclu à un carcinome épidermoïde du maxillaire droit. Une maxillectomie droite plus reconstruction immédiate du palais par lambeau du muscle temporal a été indiquée (figure 2).

L'intervention a consisté à une maxillectomie subtotale suivie d'une reconstruction immédiate du palais par lambeau du muscle temporal. Une incision hémicoronale, circonscrivant la fosse temporale suivie d'une dissection du tissu cellulaire sous-cutané a permis la levée du lambeau cutané exposant le muscle temporal. Une incision du périoste au-dessus de la ligne temporale supérieure a servi de plan de rugination sous-périostée permettant de lever le muscle temporal. Le passage du lambeau dans la cavité orale a été possible grâce à une tunellisation sous l'arcade zygomatique. Les suites opératoires ont été simples en dehors de la dépression temporale droite et d'une

édentation maxillaire quasi-totale. Après un recul de 18 mois le lambeau s'était totalement épithéliasé sans récurrence tumorale et le palais bien étanche (figure 3).

Cas N°2 :

La deuxième observation a concerné une patiente de 22 ans présentant une volumineuse tumeur de l'hémiface gauche étendue au palais et comblant la quasi-totalité de la cavité orale évoluant depuis 10 ans (figure 4). Les explorations cliniques et paracliniques ont conclu à un adénome pléomorphe du maxillaire. Une maxillectomie gauche a été

indiquée plus reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal gauche (figure 5). La technique de prélèvement du lambeau a été identique à la première observation. Toutefois l'ostéotomie de l'arcade zygomatique a été utilisée en lieu et place de la tunellisation sous l'arcade zygomatique pour faire passer le lambeau dans la cavité orale. Les suites opératoires ont été simples en dehors de la dépression temporale gauche et d'une édentation maxillaire gauche. Après un recul de 21 jours le lambeau s'était bien épithéliasé et le palais bien étanche (figure 6).

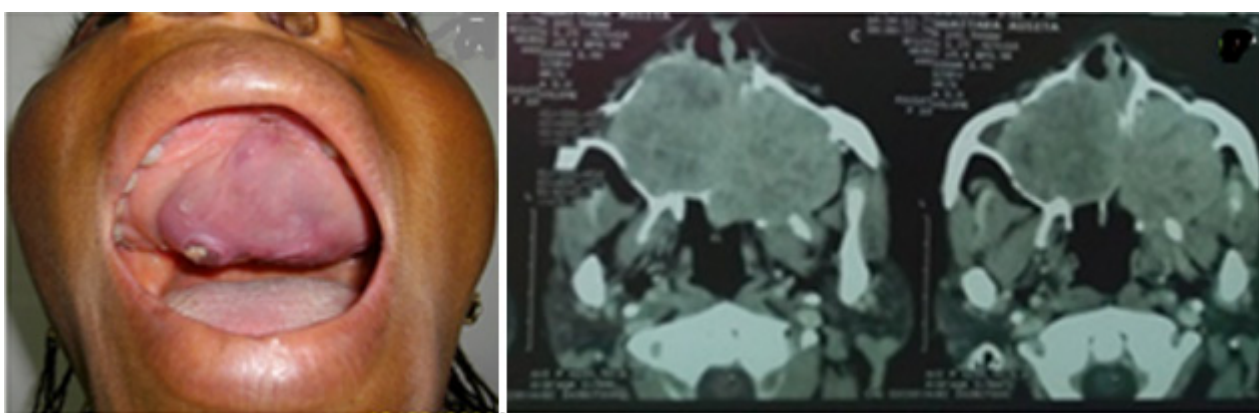


Figure 1 : tumeur maxillaire droite étendue à la quasi-totalité du palais dur



Figure 2 : reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal après exérèse tumorale

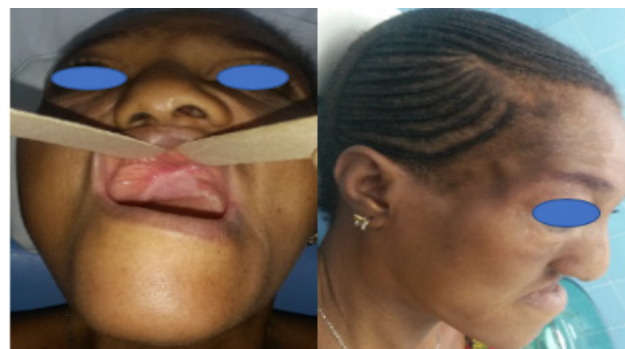


Figure 3 : patiente après un recul de 18mois

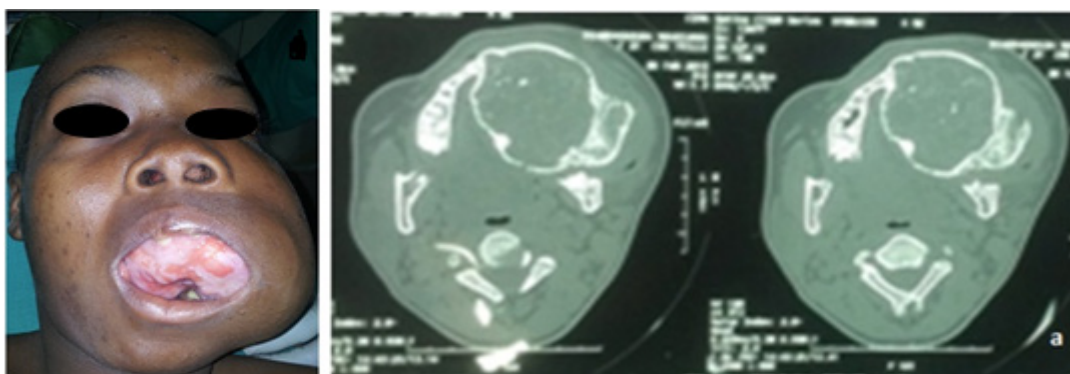


Figure 4 : tumeur maxillaire gauche étendue au palais

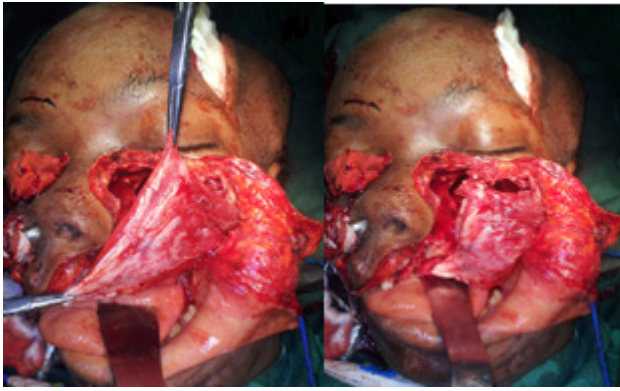


Figure 5 : reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal après exérèse tumorale



Figure 6 : patiente après un recul de 21 jours

Discussion

La reconstruction des pertes de substances chirurgicales palatines est une nécessité vitale et fonctionnelle pour le patient [1]. La voûte palatine constitue une barrière anatomique entre cavités orale et sinuso-nasale et rend possible les fonctions de respiration, d'alimentation et de phonation-élocution. Deux techniques de reconstruction sont rapportées dans la littérature. Il s'agit de la reconstruction soit par prothèse soit par lambeaux [7]. Toutefois ces deux techniques de reconstruction ne font pas l'objet de consensus.

La réhabilitation par prothèse constitue la méthode la plus ancienne de reconstruction du palais mais elle reste encore d'actualité. Particulièrement adaptée aux défauts limités de la voûte palatine, cette technique simple de reconstruction rétablit rapidement les fonctions essentielles de mastication, d'élocution-

phonation et de respiration [2].

En revanche, la reconstruction chirurgicale après maxillectomie a progressivement évolué dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients. Une série de lambeaux dont le lambeau du muscle temporal peut être utilisée pour la fermeture d'une perte de substance palatine après maxillectomie [3 ; 4]. Dans nos deux cas cliniques, le lambeau pédiculé du muscle temporal a été utilisé comme alternative à la prothèse obturatrice maxillofaciale pour la reconstruction des pertes de substances palatines. Ce choix repose sur la qualité du lambeau du muscle temporal et surtout l'inaccessibilité financière à la prothèse dans notre contexte. Le lambeau du muscle temporal permet une reconstruction immédiate de la perte de substance. Ce type de reconstruction ne permet pas une inspection suffisante de la cavité pour la détection précoce d'une récurrence tumorale comme c'est le cas dans la reconstruction prothétique. Toutefois, les techniques d'imagerie actuelle (nasoendoscopie à fibres optiques, scanner, IRM) ont éliminé la nécessité d'une surveillance visuelle du site d'exérèse car elles peuvent évaluer avec précision ce dernier [8]. En outre la reconstruction chirurgicale par lambeau du muscle temporal permet d'éviter le reflux et l'inconfort nasal associés à un obturateur prothétique. En effet, la prothèse en plus de son coût qui n'est pas accessible à tous les patients, doit être entretenue et nécessite de ce fait une évacuation fréquente du dispositif pour le nettoyage. Les troubles de la parole et de la déglutition, les problèmes d'étanchéité de la prothèse à l'origine des fuites et les régurgitations oro-nasales sont des rappels constants de la défiguration occasionnant ainsi un retentissement psychologique important [2 ; 7]. Cependant, la prothèse fournit un support pour les tissus de la joue et donc une meilleure apparence du visage [7]. De même la procédure opératoire dans la reconstruction chirurgicale est prolongée que dans la prothèse obturatrice et le site donneur constitue une morbidité supplémentaire.

La technique de prélèvement du lambeau du muscle temporal est relativement facile et rapide [10 ; 11]. Toutefois, la voie d'abord, la technique de dissection

et de l'évée du lambeau puis la rotation et l'introduction du lambeau dans la cavité orale requièrent une certaine expérience du chirurgien [12]. Une ostéotomie de l'arcade zygomatique ou une tunnelisation sous l'arcade a été recommandée selon les auteurs pour faire passer le lambeau dans la cavité orale afin de ne pas comprimer le pédicule [6 ; 13].

Dans notre étude , nous avons préféré la dépose partielle de l'arcade zygomatique chez la patiente du cas clinique N°2 en raison de l'importance du volume du muscle temporal comparativement au diamètre du tunnel.

Certaines complications dont la parésie et la paralysie de la branche frontale du VII peuvent être observées après prélèvement du muscle temporal [14]. La connaissance de l'anatomie de la région temporale ainsi qu'une dissection chirurgicale délicate sont nécessaires pour minimiser l'apparition de ces complications [12]. La dépression temporale et l'édentation maxillaire ont été les seules séquelles chirurgicales dans nos cas cliniques. Le comblement de la dépression temporale se fait généralement par l'utilisation de biomatériaux[9]. Toutefois pour MANI cette dépression peut se faire par le prélèvement de la moitié antérieure du muscle temporal tandis que la moitié postérieure sera translatée en avant pour combler la fosse temporale, l'évidement étant plus prononcé dans la région antérieure [10].

Cette reconstruction du palais par lambeau du muscle temporal peut être considérée comme une bonne alternative à la prothèse maxillofaciale car elle a permis d'avoir une fermeture étanche du palais et une restauration partielle des fonctions manducatrices.

Conclusion

La reconstruction des pertes de substances du palais après maxillectomie dans notre contexte est une hantise pour le chirurgien et relève d'un véritable challenge. En effet, le choix du type de reconstruction se trouve réduit d'une part, par le plateau technique qui est insuffisant et d'autre part par l'indigence financière de nos patients. Cependant, le lambeau du

muscle temporal a été utilisé avec succès dans nos deux cas cliniques avec une restauration plus ou moins partielle des fonctions manducatrices . Toutefois, une dépression temporale et une édentation maxillaire ont constitué les seules séquelles chirurgicales.

Ainsi, le lambeau du muscle temporal est une alternative fiable à la prothèse dans la reconstruction des pertes de substances palatines dans notre contexte. Cependant une reconstruction secondaire osseuse du maxillaire de même que la réhabilitation dentaire permettrait d'améliorer l'esthétique et la fonction manducatrice des patients.

*Correspondance

Arsène COULIBALY

arsencool@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

1 : Service de Chirurgie Maxillofaciale; CHU Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

2 :

3 : Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillofaciale; CHU Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] BOUTAULT F, PAOLI JR, LAUWERS F. Reconstruction chirurgicale des pertes de substances des maxillaires. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-087-E-10. 2005 [p. 1-18].
- [2] HURYN JM, PIRO JD. The maxillary immediate surgical obturator prosthesis. J PROSTHET DENT.1989 ;61 :343-347.
- [3] KOLB F, JULIERON M. Mise au point, Chirurgie réparatrice en cancérologie ORL : principales méthodes et

indications. *Cancer Radiother.*2005 ;9 :16-30.

- [4] COSTA H, ZENHA H, SEQUEIRA H. Microsurgical reconstruction of the maxilla: algorithm and concepts. *J plast reconstructr aesth surg.*2014;12:002
- [5] VEYSSIERE A, TAUPIN A, LEPROVOST N, CAILLOT A, COMPERE JF, BENATEAU H. Le lambeau de muscle temporal dédoublé vascularisé par le pédicule temporal superficiel. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.*2013 ;114 :377-380.
- [6] [6] ABUBAKER AO, ABOUZGIA MB. The temporalis muscle flap in reconstruction of intraoral defects: an appraisal of the technique. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*2002 ;94 :24-30
- [7] ALI A, FARDY MJ, PATTON DW. Maxillectomy- to reconstruct or obturate? Results of a UK survey of oral and maxillofacial surgeons. *Brit J oral Maxillofac surg.*1995 ; 33 :207-210
- [8] WEBSTER, JP. Temporalis muscle transplants for defects following orbital exenteration. In *Transactions of the First International Congress of Plastic Surgery.* Williams & Wilkins, Baltimore 1957 :291.
- [9] LALOZE J, BRIE J, CHAPUT B, USSEGLIO J. Depression after temporal muscle flap: A systematic review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg.* 2019 ; 47 : 1104-1109
- [10] MANI V, PANDA AK. Versatility of temporalis myofascial flap in maxillofacial reconstruction : analysis of 30 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.*2003 ; 32 :368-372.
- [11] AHMED DK, LI Z, LI ZB. Temporalis muscle flap for immediate reconstruction of maxillary defects: review of 39 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.*2011 ; 40 :715-721.
- [12] DALLAN I, LENZI R, SELLARI-FRANCESCHINI S, TSCHABITSCHER M, MUSCATELLO L. Temporalis myofascial flap in maxillary reconstruction : anatomical study and clinical application. *J Craniomaxillofac Surg.*2009 ;37 :96-101.
- [13] ABU-EL NI, LEISER Y, LIBERMAN R, PELED M. The use of the temporalis myofascial flap in oral cancer patient. *J Oral Maxillofac Surg.*2010 ; 68 :578-583.
- [14] CLAUSER L, CURIONI C, SPANIO S. The use of the temporalis muscle flap in facial and craniofacial reconstructive surgery. A review of 182 cases. *J Craniomaxillofac Surg.*1995;2:203-214..

Pour citer cet article :

A Coulibaly, M Sanfo, C Assouan, D N'guessan, P Pare, KE Konan. Le lambeau du muscle temporal : une alternative à la prothèse maxillofaciale dans la reconstruction des pertes de substances chirurgicales palatines. *Jaccr Africa 2021; 5(4): 98-103*



Article original

Facteurs prédictifs d'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie : une cohorte historique et multicentrique

Predictive factors for improvement in sperm parameters after varicocelelectomy:
a historical, multicenter cohort

M Kabore¹, CAMKD Yameogo¹, ABM Couliadiati¹, B Kirakoya¹, A Ouattara², FA Kabore*¹

Résumé

Introduction : Dans la littérature plusieurs études suggèrent une amélioration des paramètres spermatiques après traitement chirurgical de la varicocèle. Cependant le traitement chirurgical de la varicocèle n'est pas toujours associé à une amélioration de la qualité du sperme et de la fertilité masculine. L'objectif de la présente étude était d'identifier les facteurs associés à l'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie.

Méthodologie : Une étude observationnelle analytique multicentrique de type cohorte historique a été réalisée.

Ont été inclus dans l'étude les patients ayant eu une varicocélectomie entre janvier 2015 et juin 2016. Les patients ont été répartis en deux groupes : ceux qui ont connu une amélioration des paramètres spermatiques et ceux qui n'ont pas connu d'amélioration. Une régression logistique a été réalisée pour identifier les facteurs associés à l'amélioration des paramètres spermatiques.

Résultats : L'analyse a porté sur 115 patients. L'âge moyen des patients était de 35,13±7,14ans avec des extrêmes de 21ans et 54ans. Le taux d'amélioration des paramètres spermatiques était de 61,7% à 6

mois. La concentration moyenne en spermatozoïdes est passée de 23,3 millions/ml à 24,2 millions/ml ($p=0,125$). La mobilité moyenne à la première heure (H1) est passée de 19,9% à 25,1% ($p<0,001$) et la vitalité moyenne de 36,5% à 41,5% ($p<0,001$). Les facteurs prédictifs indépendants d'amélioration des paramètres spermatiques étaient l'âge inférieur à 35ans ($p<0,001$; OR=27,92 [5,78 ; 134,94]), une concentration en spermatozoïdes d'au moins 23 millions/ml ($p=0,003$; OR=25,37 [3,12 ; 206,01]) et une mobilité d'au moins 20% ($p<0,001$; OR=16,17 [3,33 ; 60,65]).

Conclusion : Les facteurs prédictifs indépendants d'amélioration des paramètres spermatiques identifiés étaient un âge inférieur à 35ans, une concentration préopératoire en spermatozoïdes d'au moins 23 millions/ml et une mobilité préopératoire d'au moins 20%. Ces résultats suggèrent que plus l'hypofertilité dure plus l'altération des paramètres spermatiques est plus sévère et qu'un traitement précoce de la varicocèle serait bénéfique.

Mots-clés : Varicocèle, Varicocélectomie, Facteurs prédictifs, Amélioration.

Abstract

Introduction: In the literature, several studies suggest an improvement in sperm parameters after surgical treatment of varicocele. However, surgical treatment of varicocele is not always associated with an improvement in sperm quality and male fertility. The objective of the present study was to identify predictors of improvement in sperm parameters after varicocelectomy.

Methodology: An observational multicenter retrospective cohort study was performed including patients who underwent varicocelectomy between January 2015 and June 2016. Patients were divided into two groups: those who experienced an improvement in sperm parameters and those who did not. Logistic regression was performed to identify factors associated with improved sperm parameters.

Results: A total of 115 patients were included in the analysis. The mean age of the patients was 35.13 ± 7.14 years with extremes of 21 years and 54 years. The improvement rate of sperm parameters was 61.7% at 6 months. The mean sperm concentration increased from 23.3 million/ml to 24.2 million/ml ($p=0.125$). Mean mobility at first hour (H1) increased from 19.9% to 25.1% ($p<0.001$) and mean vitality from 36.5% to 41.5% ($p<0.001$). Independent predictors of improved sperm parameters were age less than 35 years ($p<0.001$; OR=27.92 [5.78; 134.94]), sperm concentration of at least 23 million/ml ($p=0.003$; OR=25.37 [3.12; 206.01]) and motility of at least 20% ($p<0.001$; OR=16.17 [3.33; 60.65]).

Conclusion: The independent predictive factors for improvement in sperm parameters identified were age less than 35 years, a preoperative sperm concentration of at least 23 million/ml and a preoperative motility of at least 20%. These results suggest that the longer the hypofertility lasts, the more severe the alteration of sperm parameters. Early treatment of varicocele would be beneficial.

Keywords: Varicocele, Varicocelectomy, Predictive factors, Improvement.

Introduction

La varicocèle est la première cause curable d'hypofertilité masculine [1]. Elle a des effets délétères sur la spermatogenèse et entraîne une réduction de la qualité du sperme. Elle affecte environ 25% des hommes qui présentent une altération des paramètres spermatiques et 35% à 40% des hommes présentant une hypofertilité [2]. Au Burkina Faso, elle représente 22,1% des causes hypofertilité masculine selon Kirakoya et al [3].

Dans la littérature plusieurs études suggèrent une amélioration des paramètres spermatiques après traitement chirurgical de la varicocèle [4-6]. Dès 1952 Tulloch [7] rapportait une grossesse spontanée après varicocélectomie chez un patient azoosperme. Cependant certains auteurs soulignent le fait que le traitement de la varicocèle n'est pas toujours associé à une amélioration de la qualité du sperme et de la fertilité masculine [8]. En effet le taux d'amélioration des paramètres spermatiques est estimé à 65% dans la littérature [9]. Ce taux suggère que le traitement de la varicocèle n'entraîne pas systématiquement une amélioration des paramètres spermatiques. Plusieurs études ont essayé d'identifier des facteurs associés à l'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie. Il s'agit entre autres des paramètres spermatiques préopératoires, de l'âge du patient, de la durée de l'hypofertilité, du grade de la varicocèle... [10,11].

Peut-on identifier d'autres facteurs associés à l'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie? Nous émettons l'hypothèse qu'il existe des facteurs prédictifs indépendants d'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie dans notre contexte. L'objectif de la présente étude, première du genre au Burkina Faso, était d'identifier ces facteurs prédictifs à travers une étude multicentrique. Cela permettrait d'identifier les patients chez qui il existe un bénéfice certain à faire une varicocélectomie. Cette étude pourrait permettre à terme d'améliorer la prise en charge de l'hypofertilité masculine due à la varicocèle au Burkina Faso.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude analytique multicentrique de type cohorte historique. L'étude s'est déroulée dans trois structures sanitaires de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso: le service d'urologie du CHU Yalgado Ouédraogo, la polyclinique SANDOF et la polyclinique NINA.

Ont été inclus dans l'étude les patients ayant eu une varicocélectomie entre janvier 2015 et juin 2016 soit une durée de 18 mois. Ils ont tous été opérés sous rachianesthésie selon la technique de Palomo. Ont été exclus de l'étude les patients perdus de vue. Tous les patients ont été mis sous alpha-tocophérol pendant trois mois après l'intervention chirurgicale.

Une échographie doppler testiculaire a été réalisée chez tous les patients. Un deuxième spermogramme préopératoire de confirmation était réalisé après trois mois en cas d'anomalies spermatiques préopératoires. Un spermogramme postopératoire était réalisé à 6 mois. Les analyses des différents paramètres spermatiques étaient basées sur les critères établis par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2010 [12]. Le bilan hormonal (dosage sérique de la testostérone, FSH, et LH) était normal.

Les variables étudiées étaient l'âge du patient, le motif de consultation, le délai de consultation, les paramètres spermatiques pré et postopératoires, le grade de la varicocèle. Les patients ont été répartis en deux groupes : ceux qui ont connu une amélioration des paramètres spermatiques et ceux qui n'ont pas connu d'amélioration. Une amélioration de la qualité du sperme était définie par l'augmentation postopératoire d'au moins un paramètre spermatique. Les données ont été collectées sur une fiche individuelle et anonyme.

Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.0. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de pourcentage et les variables quantitatives sous forme de moyenne, avec leur écart-type (SD), leur valeur maximale (Max) et minimale (Min). Certaines variables quantitatives

ont été dichotomisées pour entrer dans le modèle de régression logistique. Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme significative. Une régression logistique a été réalisée pour identifier les facteurs associés à l'amélioration des paramètres spermatiques ($P < 0,05$ pour l'entrée dans le modèle et $P < 0,10$ pour le maintien dans le modèle). Un test t pour échantillon apparié a été utilisé pour la comparaison des moyennes des paramètres spermatiques pré et postopératoires. Le test exact de Fischer a été utilisé pour la comparaison des proportions. Cette étude a été réalisée en respectant les normes édictées dans la Déclaration d'Helsinki.

Résultats

Au total 139 patients ont été inclus dans l'étude et 24 patients (17,3%) ont été perdus de vue au cours du suivi. Les 24 patients ont été exclus de l'étude. L'analyse a donc porté sur 115 patients porteurs d'une varicocèle clinique primitive et qui ont subi une varicocélectomie selon la technique de Palomo. Les caractéristiques démographiques, cliniques et spermatiques des patients sont résumées dans le tableau 1. Le taux d'amélioration des paramètres spermatiques était de 61,7% à 6 mois. La comparaison des moyennes des paramètres spermatiques préopératoires et à six mois postopératoires est présentée dans le tableau 2.

Les facteurs prédictifs indépendants d'amélioration des paramètres spermatiques étaient l'âge inférieur à 35ans, une concentration en spermatozoïdes d'au moins 23 millions/ml et une mobilité d'au moins 20%. Les tableaux 3 et 4 présentent respectivement les résultats de l'analyse univariée et multivariée.

Tableau I : Caractéristiques démographiques, cliniques et spermatiques des 115 patients

Variabes	Moyenne \pm SD [min-max]	Fréquence
Age (années)	35,13 \pm 7,14 [21-54]	
Délai de consultation (années)	5 \pm 4 [1-20]	
Motif de consultation		
<input type="checkbox"/> Hypofertilité		74
<input type="checkbox"/> Douleur scrotale		30
<input type="checkbox"/> Tuméfaction scrotale		11
Latéralité		
<input type="checkbox"/> Bilatérale		55
<input type="checkbox"/> Gauche		57
<input type="checkbox"/> Droite		3
Grade selon DUBIN et MENAR		
<input type="checkbox"/> Grade 1		18
<input type="checkbox"/> Grade 2		61
<input type="checkbox"/> Grade 3		21
Spermogramme préopératoire		
<input type="checkbox"/> Concentration (millions/ml)	22,37 \pm 25,85 [0-93]	
<input type="checkbox"/> Mobilité à H1	19,93 \pm 19,91 [0-70]	
<input type="checkbox"/> Mobilité à H3	11, 56% \pm 14,13 [-0]	
<input type="checkbox"/> Vitalité (%)	36,56 \pm 25,63 [0-80]	
Anomalies cytospermiologiques		
<input type="checkbox"/> Oligo-asthéo-nécrozoospermie		31
<input type="checkbox"/> Asthénonécrozoospermie		28
<input type="checkbox"/> Aucune anomalie		15
<input type="checkbox"/> Oligoasthénozoospermie		12
<input type="checkbox"/> Azoospermie		10
<input type="checkbox"/> Asthénozoospermie		6
<input type="checkbox"/> Oligozoospermie		5
<input type="checkbox"/> Nécrozoospermie		5
<input type="checkbox"/> Oligonécrozoospermie		3
Délai de suivi (mois)	10 [6-18]	

Tableau II : Evolution des moyennes des paramètres spermatiques après traitement (n=115).

Spermogramme	Préopératoire	A 6 mois	p-value
Numération des spermatozoïdes (million/ml)	22,3	24,2	0,125
Mobilité à H1 (%)	19,9	25,1	0,000
Vitalité (%)	36,5	41,5	0,000

Tableau III : Analyse univariée des facteurs associés à l'amélioration des paramètres spermatiques

Variables	Amélioration		P-Value
	Non	Oui	
Moyenne de la numération spermatozoïde à l'entrée (million / ml)	05	20	0,000
Moyenne de la mobilité (%)	9,4	28,5	0,000
Moyenne de la vitalité (%)	26,1	45,2	0,000
Age (année)	40,3	30,8	0,000
Durée de la symptomatologie (année)	8,1	2,4	0,000
Varicocèle bilatérale			
Oui	15	40	0,02
Non	29	31	
Hypotrophie testiculaire			
Oui	14	2	0,00002
Non	30	69	

Tableau IV : Analyse multivariée des facteurs associés à l'amélioration du spermogramme

Variables	Odds Ratio	IC 95%	P-Value
Age inférieur à 35 ans (Yes /No)	27,92	5,78-134,94	0,000
Numération (23 et plus/ moins de 23)	25,37	3,12-206,01	0,003
Mobilité (20 et plus/ moins de 20)	16,17	3,33-60,65	0,000
vitalité (37 et plus/ moins de 37)	1,70	0,30-9,66	0,547
Classification OMS (Grade 2/Grade 1)	0,28	0,05-1,77	0,177
Classification OMS (Grade 3/Grade 1)	0,26	0,02-2,82	0,269

Discussion

Le but de la présente étude était d'identifier les facteurs associés à l'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie. L'étude a montré un effet bénéfique de la varicocélectomie sur l'amélioration des paramètres spermatiques. En effet 61,7% des patients présentaient une amélioration d'au moins un paramètre spermatique après la varicocélectomie. Cette amélioration était significative en termes de mobilité ($p < 0,001$) et de vitalité ($p < 0,001$).

Le taux d'amélioration des paramètres spermatiques dans la présente étude (61,7%) était similaire à celui rapporté par Schlesinger et al (9) qui était de 65%. Diallo et al [13] en Guinée-Conakry rapportaient un taux d'amélioration de 59,3%. Ces résultats suggèrent que l'amélioration des paramètres spermatiques

n'est pas effective chez tous les patients. Il est donc possible d'identifier des facteurs pouvant prédire une amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie. Dans la présente étude les facteurs prédictifs indépendants identifiés étaient un âge inférieur à 35ans, une concentration préopératoire en spermatozoïdes d'au moins 23 millions/ml et une mobilité préopératoire d'au moins 20%.

Le degré d'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie dans la présente étude était presque 28 fois plus élevé chez les patients de moins de 35ans comparé à celui des patients de plus de 35ans ($p < 0,001$). Il existe cependant dans la littérature une controverse quant à l'influence de l'âge du patient au moment de la varicocélectomie sur l'amélioration des paramètres spermatiques. Les conclusions de la présente étude sur l'effet de l'âge sont en accord

avec celles d'autres auteurs. En effet Kimura et al [14] ont analysé rétrospectivement les dossiers de 100 patients qui ont subi une varicocélectomie. Ils ont noté que le jeune âge (âge inférieur à 37ans) était le seul facteur prédictif indépendant d'amélioration de la concentration en spermatozoïdes mobiles. Hassanzadeh-Nokashty et al [15] ont étudié l'effet de l'âge sur les paramètres spermatiques après varicocélectomie. Ils ont trouvé une corrélation négative entre l'âge et les paramètres spermatiques postopératoires (la concentration, la morphologie et la mobilité des spermatozoïdes). L'amélioration était plus marquée chez le sujet jeune.

D'autres auteurs par contre trouvent que l'âge n'a pas d'effet sur l'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie. En effet des auteurs comme Shabana et al [16], Morini et al [17], Firat et al [18] et Kondo et al [19] n'ont pas de trouvé de corrélation entre l'âge et le degré d'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie. Kimura et al [14] pensent qu'au lieu de l'âge du patient c'est plutôt la durée de l'hypofertilité qui est associée à l'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie. Dans la présente étude, l'analyse univariée a montré que la durée de la symptomatologie était significativement associée à l'amélioration des paramètres spermatiques ($p < 0,001$). D'autres auteurs ont rapporté des résultats similaires. Par exemple dans une étude colligeant 574 patients, Zorba et al [11] ont analysé l'association entre la durée de l'hypofertilité et la concentration en spermatozoïdes après varicocélectomie. Ils ont noté une corrélation négative entre la durée de l'hypofertilité et le nombre de spermatozoïdes mobiles postopératoires. En répartissant les patients en quatre groupes selon la durée de l'hypofertilité, les mêmes auteurs ont noté que plus la durée de l'hypofertilité était élevée plus le nombre de spermatozoïdes mobiles préopératoires était bas. Al-Ghazo et al [20] ont fait aussi le même constat. Ces résultats suggèrent qu'un traitement précoce de la varicocèle est nécessaire pour obtenir une bonne amélioration des paramètres spermatiques. Deux paramètres spermatiques préopératoires

ont été identifiés dans la présente étude comme facteurs prédictifs indépendants d'amélioration des paramètres spermatiques après la varicocélectomie. Il s'agit d'une concentration préopératoire des spermatozoïdes d'au moins 23 millions/ml et d'une mobilité préopératoire d'au moins 20%. Le degré d'amélioration des paramètres spermatiques dans la présente étude était 25 fois plus élevé si la numération préopératoire des spermatozoïdes était d'au moins 23 millions/ml ($p = 0,003$). Shabana et al [16] ont montré qu'il existe une corrélation positive entre la concentration préopératoire en spermatozoïdes et le degré d'amélioration des paramètres spermatiques (Odds ratio = 2,1 ; $p = 0,0035$). Ils ont trouvé qu'une concentration en spermatozoïdes supérieur à 8 millions/ml et une mobilité supérieure à 18% sont des facteurs prédictifs d'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie [16]. Il semble évident que plus les paramètres spermatiques préopératoires sont élevés plus leur amélioration postopératoire est meilleure. Matkov et al [10] en stratifiant les patients avec oligozoospermie sur varicocèle en trois groupes ont trouvé qu'une concentration préopératoire en spermatozoïdes supérieur à 5 millions était un facteur prédictif d'amélioration des paramètres spermatiques. En effet plus l'oligozoospermie est sévère plus la probabilité d'amélioration des paramètres spermatiques est faible.

Dans la présente étude la varicocélectomie bilatérale était significativement associée à l'amélioration des paramètres spermatiques ($p = 0,02$). La majorité des études rapportent une supériorité de la varicocélectomie bilatérale sur la varicocélectomie unilatérale par rapport à l'amélioration des paramètres spermatiques. Par exemple une méta-analyse réalisée par Ou et al [21] a montré la supériorité de la varicocélectomie bilatérale par rapport à la varicocélectomie unilatérale concernant la concentration en spermatozoïdes, la mobilité et la morphologie des spermatozoïdes. Sun et al [22] ont randomisé dans un essai clinique 358 patients hypofertiles en deux groupes : ceux qui ont subi une varicocélectomie bilatérale et ceux qui ont subi une varicocélectomie unilatérale. Les

auteurs ont noté une amélioration de la concentration en spermatozoïdes ($p=0,041$), de la morphologie ($p=0,035$) et la mobilité progressive ($p=0,041$) chez les patients ayant subi une varicocélectomie bilatérale. Le grade de la varicocèle n'était pas corrélé à l'amélioration des paramètres spermatiques dans la présente étude. Ce résultat est similaire à celui rapporté par Al-Ghazo et al [20] et Zorba et al [11]. Contrairement à la présente étude, plusieurs travaux suggèrent une corrélation entre le grade et l'amélioration des paramètres spermatiques après traitement chirurgical. Ainsi Asafu-Adjei et al [23] démontraient dans une revue systématique que le grade de la varicocèle était un facteur prédictif de l'amélioration des paramètres spermatiques après le traitement chirurgical. Shabana et al [16] et Morini et al [17] rapportaient des résultats similaires. L'une des limites de la présente étude réside dans l'inclusion de patients avec un spermogramme normal. Ce qui pourrait surestimer les résultats.

Conclusion

Cette étude a montré que la varicocélectomie améliorait de façon significative la qualité du sperme. Les facteurs prédictifs indépendants de cette amélioration identifiés étaient un âge inférieur à 35ans, une concentration préopératoire en spermatozoïdes d'au moins 23 millions/ml et une mobilité préopératoire d'au moins 20%. Ces résultats suggèrent que plus l'hypofertilité dure plus l'altération des paramètres spermatiques est plus sévère et qu'un traitement précoce de la varicocèle serait bénéfique.

*Correspondance

Fasnéwindé Aristide Kaboré

kaborefamd@icloud.com

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

- 1 : Service d'urologie-andrologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso
- 2 : Service d'urologie-andrologie, CHU Souro Sanou, Burkina Faso

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Nevoux P, Robin G, Gonheim T, Boitrelle F, Rigot J-M, Marcelli F. Varicocèle et infertilité : mythe ou réalité ? *Prog En Urol - FMC*. 1 déc 2009;19(4):F126-30.
- [2] Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *Eur Urol*. sept 2021;80(3):333-57.
- [3] Kirakoya B, Barnabé Z, Karim PA, Aristide KF, Clotaire Y, Amélie N. Epidemiological and Clinical Profile of Male Hypofertility in Consultation at the Urology-Andrology of Yalgado Ouedraogo Teaching Hospital (Burkina Faso). *Adv Sex Med*. 29 déc 2014;5(1):1-6.
- [4] Abdel-Meguid TA, Al-Sayyad A, Tayib A, Farsi HM. Does varicocele repair improve male infertility? An evidence-based perspective from a randomized, controlled trial. *Eur Urol*. mars 2011;59(3):455-61.
- [5] Di Bisceglie C, Fornengo R, Grosso M, Gazzera C, Mancini A, Andriani B, et al. Follow-up of varicocele treated with percutaneous retrograde sclerotherapy: technical, clinical and seminal aspects. *J Endocrinol Invest*. nov 2003;26(11):1059-64.
- [6] Baazeem A, Belzile E, Ciampi A, Dohle G, Jarvi K, Salonia A, et al. Varicocele and male factor infertility treatment: a new meta-analysis and review of the role of varicocele repair. *Eur Urol*. oct 2011;60(4):796-808.
- [7] Tulloch WS. A consideration of sterility factors in the light of subsequent pregnancies. II. Sub fertility in the male. (*Tr. Edinburgh Obst. Soc. Session 104*). *Edinb Med J*. 1952 1951;59:29-34.
- [8] Okeke L, Ikuerowo O, Chiekwe I, Etukakpan B, Shittu O, Olapade-Olaopa O. Is varicolectomy indicated

- in subfertile men with clinical varicoceles who have asthenospermia or teratospermia and normal sperm density? *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc.* août 2007;14(8):729-32.
- [9] Schlesinger MH, Wilets IF, Nagler HM. Treatment outcome after varicocelectomy. A critical analysis. *Urol Clin North Am.* août 1994;21(3):517-29.
- [10] Matkov TG, Zenni M, Sandlow J, Levine LA. Preoperative semen analysis as a predictor of seminal improvement following varicocelectomy. *Fertil Steril.* 1 janv 2001;75(1):63-8.
- [11] Zorba UO, Sanli OM, Tezer M, Erdemir F, Shavakhabov S, Kadioglu A. Effect of infertility duration on postvaricocelectomy sperm counts and pregnancy rates. *Urology.* avr 2009;73(4):767-71.
- [12] Cooper T, Noonan E, von Eckardstein S, Auger J, Baker H, Behre H, et al. World Health Organization reference values for human semen characteristics. *Hum Reprod Update.* juin 2010;16(3):231-45.
- [13] Diallo AB, Bah I, Barry M, Diallo TMO, Bah MD, Kanté D, et al. La varicocèle de l'adulte: aspects anatomocliniques et résultats thérapeutiques au service d'urologie-andrologie du CHU de Conakry, Guinée. *Afr J Urol.* 18 août 2015;21(2):137-141-137-41.
- [14] Kimura M, Nagao K, Tai T, Kobayashi H, Nakajima K. Age is a significant predictor of early and late improvement in semen parameters after microsurgical varicocele repair. *Andrologia.* avr 2017;49(3).
- [15] Hassanzadeh-Nokashty K, Yavarikia P, Ghaffari A, Hazhir S, Hassanzadeh M. Effect of age on semen parameters in infertile men after varicocelectomy. *Ther Clin Risk Manag.* 2011;7:333-6.
- [16] Shabana W, Teleb M, Dawod T, Elsayed E, Desoky E, Shahin A, et al. Predictors of improvement in semen parameters after varicocelectomy for male subfertility: A prospective study. *Can Urol Assoc J J Assoc Urol Can.* oct 2015;9(9-10):E579-582.
- [17] Morini D, Spaggiari G, Daolio J, Melli B, Nicoli A, De Feo G, et al. Improvement of sperm morphology after surgical varicocele repair. *Andrology.* 7 avr 2021;
- [18] Firat F, Erdemir F. The Effect of Age on Semen Quality and Spontaneous Pregnancy Rates in Patients who Treated with Microsurgical Inguinal Varicocelectomy. *Cureus.* 12(4):e7744.
- [19] Kondo Y, Ishikawa T, Yamaguchi K, Fujisawa M. Predictors of improved seminal characteristics by varicocele repair. *Andrologia.* 2009;41(1):20-3.
- [20] Al-Ghazo MA, Ghalayini IF, al-Azab RS, Bani-Hani I, Daradkeh MS. Does the duration of infertility affect semen parameters and pregnancy rate after varicocelectomy? A retrospective study. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol.* déc 2011;37(6):745-50.
- [21] Ou N, Zhu J, Zhang W, Liang Z, Hu R, Song Y, et al. Bilateral is superior to unilateral varicocelectomy in infertile men with bilateral varicocele: Systematic review and meta-analysis. *Andrologia.* déc 2019;51(11):e13462.
- [22] Sun X-L, Wang J-L, Peng Y-P, Gao Q-Q, Song T, Yu W, et al. Bilateral is superior to unilateral varicocelectomy in infertile males with left clinical and right subclinical varicocele: a prospective randomized controlled study. *Int Urol Nephrol.* févr 2018;50(2):205-10.
- [23] Asafu-Adjei D, Judge C, Deibert CM, Li G, Stember D, Stahl PJ. Systematic Review of the Impact of Varicocele Grade on Response to Surgical Management. *J Urol.* janv 2020;203(1):48-56.

Pour citer cet article :

M Kabore, CAMKD Yameogo, ABM Couliadiati, B Kirakoya, A Ouattara, FA Kabore. Facteurs prédictifs d'amélioration des paramètres spermatiques après varicocélectomie : une cohorte historique et multicentrique. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 104-111



Article original

Stratégies de dépistages du cancer du col de l'utérus à l'hôpital du Mali : cytologie ou Méthodes visuelles

Cervical cancer screening strategies at the hôpital du Mali: cytology or visual methods

A Traoré*¹, MB Coulibaly¹, SO Traoré², A Sissoko³, A Bocoum⁴, Koné A Salle⁵, M Sima⁶, IM Diarra⁵,
K Diabaté⁵, MA Maiga¹, Y Traoré⁴, CB Traoré⁷

Résumé

Le cancer du col de l'utérus est le 1^{er} cancer féminin au Mali. Pourtant c'est un cancer évitable à travers un dépistage organisé, le diagnostic, la prise en charge précoce des lésions précancéreuses et la prévention des facteurs favorisants.

Objectif : Evaluer les performances du frottis cervico-vaginal (FCV) et des méthodes d'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et au lugol (IVL).

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective, comparative sur la période du 01 Février au 31 Octobre 2017. Les tests IVA/IVL et le FCV ont été fait pour chaque patiente. Les prélèvements ont été analysés dans les services d'anatomie pathologie de l'Hôpital du Mali et du CHU du Point "G". Les données personnelles collectées sur des supports individuels ont été analysées sur SPSS 20.3.

Résultats : Sur 379 patientes incluses, l'âge moyen était de 38.9ans, l'autoréférence représentait 39%. Dans notre population, 193 femmes dépistées soit 51% avaient eu leurs premiers rapports sexuels avant 18ans. L'examen direct au spéculum retrouvait 70.7% de cas d'infection du col. La fréquence des lésions précancéreuses était identique (9%) dans les deux méthodes. La biopsie réalisée chez 49 patientes,

retrouvait 21 cas de CIN+HPV et 9 cas de CIN. Les performances des tests ont été respectivement pour le FCV et l'IVA/IVL : sensibilité (78,95% vs 73,68%), spécificité (98,83% vs 97,95%), valeur prédictive positive (88,24% vs 80%), valeur prédictive négative (97,68% vs 97,10%).

Conclusion : Les méthodes d'inspection représentent une alternative fiable au frottis cervico-vaginal dans le contexte malien.

Mots-clés : dépistage du cancer du col, IVA, IVL, frottis cervico-vaginal, Hôpital du Mali.

Abstract

Cancer of the cervix is the 1st female cancer in Mali. Yet it is preventable cancer through organized screening, diagnosis, early management of precancerous lesions and prevention of contributing factors.

Goal: To assess the performance of cervicovaginal smear (FCV) and acetic acid (VIA) and lugol (IVL) visual inspection methods.

Methodology: This was a prospective, comparative study over the period from February 01 to October 31, 2017. IVA / IVL and FCV tests were done for each patient. The samples were analyzed in the anatomy and pathology departments of the Hôpital du Mali

and the CHU du Point " G ". Personal data collected on individual media has been analyzed on SPSS 20.3. Results: Of 379 included patients, the mean age was 38.9 years, self-referral represented 39%. In our population, 193 women screened or 51% had their first sexual intercourse before 18 years old. Direct speculum examination found 70.7% of cases of cervical infection. The frequency of precancerous lesions was identical (9%) in both methods. The biopsy carried out in 49 patients, found 21 cases of CIN + HPV and 9 cases of CIN. The performances of the tests were respectively for FCV and IVA / IVL: sensitivity (78.95% vs 73.68%), specificity (98.83% vs 97.95%), positive predictive value (88.24 % vs 80%), and negative predictive value (97.68% vs 97.10%).

Conclusion: Inspection methods represent a reliable alternative to Pap smear in the Malian context.

Keywords: cervical cancer screening, IVA, IVL, cervico-vaginal smear, Hôpital du Mali.

Introduction

Les papillomavirus humains oncogènes dits à haut risque (HPV-HR) produisent des oncoprotéines virales qui, produites à long terme, perturbent le contrôle du cycle cellulaire jusqu'à développer des néoplasies intra-épithéliales cervicales (CIN), précurseurs des cancers du col de l'utérus [1].

Le cancer du col est le deuxième cancer féminin en termes de fréquence dans le monde après le cancer du sein. Environ 500000 nouveaux cas sont recensés chaque année avec des stades avancés dont 83000 dans les pays développés et plus de 400000 cas (80%) dans les pays en développement [2]. Au Mali, depuis 1985, nous notons une nette élévation de la fréquence du cancer du col diagnostiqué en milieu hospitalier. Pendant cette période, nous avons remarqué une ascension régulière de la fréquence de cette affection en allant du 2ème (31%) au 1er rang (50,3%) des cancers gynécologiques et mammaires [3].

Le cancer du col de l'utérus est une maladie

progressive débutant par des lésions intra-épithéliales qui peuvent évoluer vers le cancer invasif à la suite d'un processus de longue durée. Candidat idéal au dépistage par son évolution lente et l'existence de nombreuses lésions précancéreuses curables [4]. Le cancer du col peut être prévenu par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Une femme qui bénéficie du dépistage du cancer du col, entre 30 et 40 ans, verrait son risque de développer le cancer réduit de 25 à 36% [5].

Le frottis cervico-vaginal (FCV) est le gold standard en matière de dépistage de cancer du col. Ce test nécessite un matériel adéquat, une structure organisée et des personnels hautement qualifiés. Depuis 2007, l'OMS a proposé une alternative au FVC pour le dépistage du cancer du col, il s'agit des méthodes d'inspection visuelle après application de l'acide acétique 3 à 5% (IVA) ou du Lugol (IVL). Ces deux méthodes de dépistage sont pratiquées en fonction des moyens et des ressources disponibles. Nous rapportons dans cette étude les performances des deux tests de dépistages du cancer du col de l'utérus le FCV et les méthodes d'inspection visuelles (IVA, IVL).

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale et comparative qui s'est déroulée à l'hôpital du Mali en collaboration avec le CHU du Point G. Ont été incluses toutes les femmes ayant accepté le dépistage et qui étaient déjà en activité sexuelle. N'ont pas été incluses les femmes enceintes et celles qui sont dans les trois premiers mois de l'accouchement. En cas d'infection patente un traitement médical était proposé avant la pratique du dépistage et des prélèvements éventuels. Les patientes ont d'abord bénéficié d'un frottis cervico -vaginal puis successivement de l'IVA et de l'IVL, lorsqu'il y avait une anomalie sur le col, une biopsie était pratiquée.

Le FCV a été pratiqué à l'aide une spatule d'Ayres en bois, l'étalement sur une lame de verre et la fixation en milieu liquide (Ethanol 95%). La coloration utilisée a

été celle de l'hématoxyline-éosine, les résultats ont été portés selon l'interprétation du système BETHESDA. Les méthodes d'inspection visuelle : l'IVA était faite avec l'acide acétique dilué à 5%, dont la solution était préparée quotidiennement. L'IVL faite avec une solution de lugol préparée pour le dépistage du cancer du col au niveau de la pharmacie. Le badigeonnage du col avec le lugol se fait à l'aide d'une pince sur laquelle était monté un coton. Le lugol était conservé dans un flacon sombre bien protégé des rayons solaires. Les prélèvements de biopsie ont été fixés au formol à 10%.

Résultats

Sur 379 patientes incluses, l'âge moyen des patientes était de 38,9 ans, avec des extrêmes de 17 à 87 ans. L'autoréférence représentait 148 cas (39%). Parmi les femmes dépistées 193 (51%) avait eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans, elles avaient un niveau d'étude secondaire dans 32,2%, les analphabètes 108 (6,1%). Les femmes au foyer ont représenté 184 cas (48,5%), elles étaient mariées 319 soit 84,2%, célibataires 22 (5,8%). La parité moyenne est de 3,8 avec 13 accouchements pour deux femmes. Le tabagisme passif était retrouvé chez 56 patientes (14,8%), la ménopause chez 44 (22,2). Au spéculum la jonction squamocylindrique était complètement visible chez 243 (64,1%), partiellement 97 (25,6%), pas du tout visible 39 (10,3%). Le FCV a retrouvé un col normal chez 345 patientes (91%), les lésions précancéreuses dans 34 cas (9%). L'IVA/IVL était positive chez 35 patientes (9,2), négative 344 cas (90,8%). La biopsie réalisée chez 49 patientes, retrouvait 21 cas de CIN+HPV et 9 cas de CIN. L'étude des facteurs de risques associés aux différentes lésions précancéreuses a donné les résultats suivants. Les performances des tests ont été respectivement pour le FCV et l'IVA/IVL : sensibilité (78,95% vs 73,68%), spécificité (98,83% vs 97,95%), valeur prédictive positive (88,24% vs 80%), valeur prédictive négative (97,68% vs 97,10%). Voir tableau III

Tableau I : répartition des lésions précancéreuses par rapport à l'âge au premier rapport sexuel

Diagnostic histologique	Age au premier rapport sexuel			Total
	Inférieur à 18 ans	Entre 18 et 20 ans	Supérieur à 20 ans	
CIN1/HPV	9	3	2	14
CIN1	7	1	1	9
CIN2/HPV	4	1	1	6
CIN2	2	0	0	2
CIN3/HPV	2	0	0	2
CIN3	1	0	0	1
Total	25	5	4	34

Tableau II : répartition des lésions précancéreuses par rapport à la parité

Diagnostic histologique						Total
	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multi-pare	Grande multi-pare	
CIN1/HPV	0	2	3	5	5	15
CIN1	0	0	2	4	2	8
CIN2/HPV	1	0	0	2	3	6
CIN2	0	1	0	0	1	2
CIN3/HPV	0	0	0	1	1	2
CIN3	0	0	1	0	0	1
Total	1	3	6	12	12	34

Tableau III : performances des différents tests

	FCV	IVA/IVL
Sensibilité (Se)	78,95%	73,68%
Spécificité (Spe)	98,83%	97,95%
Valeur prédictive positive (VPP)	88,24%	80%
Valeur prédictive négative (VPN)	97,68%	97,10%

Tableau IV : Résultats du FCV dans différentes études

Auteur (année)	Nombre de cas	Résultats du FCV								
		Normal	ASC- US	LSIL	HSIL	ASC-H	Cancer	ASG- US	Inflammatoire	Non concluant
Edith M et al (2014)	309	185 59,87%	2 0,65%	-	4 1,29%		4 1,29%	-	109 35,28%	5 1,62%
Bakali G.K (2012)	397	35 8,82%	118 29,72%	45 11,34%	31 7,81%	19 4,79%	11 2,77%	4 1,01%	126 31,74%	8 2,02%
Notre étude (2017)	379	208 54,9%	8 2,1%	14 3,7%	9 2,4%	3 0,8%	-	-	137 36,1%	-

Discussion

Caractéristiques de la population d'étude : le dépistage du cancer du col est organisé au Mali. Il est accessible aussi bien sur le plan financier que géographique puisque réalisé dans tous les hôpitaux et les centres de santé de références (CSREF) qui sont les hôpitaux de district au Mali. Les agents socio-sanitaires ont la formation requise pour les méthodes d'inspection visuelle qui prend le pas sur le FCV par insuffisance de cytologistes. Cette étude nous a permis de comparer les performances de deux méthodes de dépistage du cancer du col, de faire ressortir les caractéristiques des femmes qui ont participées.

Age : l'âge moyen des patientes était de 38,9 ans avec des extrêmes de 17 à 87 ans. La tranche d'âge 30 – 39 ans était la plus représentée (31%). Dans l'étude de M. H. Diallo [6] en Guinée la tranche d'âge 35 – 39 était la plus retrouvée 56/201 soit 27,8%. Les femmes jeunes adultes sont plus aptes à faire le dépistage, plus réceptives à l'information médicale et plus en contact avec le personnel médical à cause des différentes fréquentations des structures de santé pendant les grossesses et les accouchements. L'autoréférence était retrouvée dans 148 cas (39,1%). Ce taux faible est en rapport avec le niveau d'éducation sanitaire de la population. Cette éducation doit être faite dans une langue bien comprise par les patientes et impliquer les professionnels de la santé et de la

communication. Les femmes devraient massivement faire le dépistage de manière spontanée pour prévenir le cancer, les campagnes de sensibilisation devraient être accentuées pour amener le maximum de femmes à faire le dépistage. Au Mali un goulot d'étranglement du dépistage du cancer du col est la peur. Une rumeur persistante existe sur la douleur qu'elle peut engendrer. Le mauvais accueil des patientes et la sensation d'irritation après application de l'acide acétique ou le lugol sont autant de facteurs qui ne motivent pas les femmes à se présenter dans les services de dépistage. Ces facteurs doivent être améliorés afin d'encourager les patientes à une plus grande fréquentation des centres de dépistage du cancer du col de l'utérus. En dehors d'une infection gynécologique existante, la pratique du dépistage n'entraîne pas de douleur. Le confort des femmes doit être amélioré également en termes de confidentialité en diminuant le nombre de personne dans les salles de consultation.

Statut matrimonial et début des rapports sexuels : les femmes mariées étaient les plus retrouvées dans l'étude 319 cas (84,2%) et la précocité des rapports sexuels, avant 18 ans étaient constatée chez 193 (51%). L'âge au premier rapport sexuel des femmes variait entre 11 et 27 ans dans l'étude d'Edith. M au Gabon [7]. Du fait de l'immaturité du col et de la métaplasie physiologique avant la puberté, le rapport sexuel précoce entraîne des microlésions favorisant par la suite des infections locales par pénétrations

des virus que sont Human papillomavirus (HPV) et l'herpès simplex virus (HSV). Ces virus surtout l'HPV sont fortement incriminés dans la genèse du cancer du col de l'utérus. Le typage HPV n'a pas été effectué chez nos patientes cependant on a noté la présence de HPV dans l'histologie de 23 patientes (6,06%). La précocité des rapports sexuels dans le contexte du mariage précoce est fréquente au Mali, elle peut être un frein pour le développement socio-économique de la jeune fille et un handicap dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus. La majorité des lésions précancéreuses a été trouvée chez les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant 18ans, 26/34 cas (76,47%).

La gestité - parité : le risque de lésions précancéreuses augmente avec la parité, plus la parité est élevée plus le risque de développer des lésions est grand. Le nombre de multipare dépisté était de 193/379 (50,92%), celles qui avaient une lésion précancéreuse 24 (12,43%). Parmi les 34 femmes ayant présentées une lésion, les multipares étaient les plus nombreuses 24/34 (70,58%), seule une patiente nullipare avait développé une lésion. Le rôle de la gestité et de la parité dans la genèse du cancer du col de l'utérus fait l'objet de débats. Certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'un co-facteur lié à l'activité sexuelle non contrôlée ou à des maternités non planifiées [8]. D'autres considèrent que la gestité est un facteur de risque à part entière impliquant le retentissement physiologique de l'évolution de la grossesse sur les mécanismes de défenses immunitaires locales liés au bouleversement biologique que subit l'épithélium du col de l'utérus [9].

La jonction squamocylindrique (JSC) : elle est le point de départ des cancers du col de l'utérus. Elle doit être complètement visible pendant le dépistage pour avoir une situation réelle de l'état du col et ne pas donner des résultats erronés. Dans notre étude la jonction squamocylindrique était complètement visible chez 243 patientes (64,1%), partiellement 97 (25,6%), pas du tout visible 39 (10,3%). Les résultats aussi bien de la cytologie que de l'inspection visuelle ne sont pas rassurants si la JSC n'est pas entièrement

visible. Un matériel adapté, une préparation adéquate du col souvent avec de la prostaglandine peuvent permettre de mieux voir les limites de la jonction squamocylindrique et de faire un dépistage correct. Une meilleure formation des agents de santé va permettre d'éviter des situations où la femme est rassurée sur les résultats du dépistage tandis que la JSC n'était pas complètement visible. Aussi des référents doivent être identifiés pour une bonne gestion de toutes les situations confuses. Le but du dépistage est de prévenir le cancer du col, cet objectif ne peut être atteint si les taux de faux négatifs sont élevés.

Les résultats des tests :

Le frottis cervico-vaginal : sur les 379 femmes dépistées par FCV, les résultats étaient normaux chez 208 (54,9%), inflammatoires chez 137 (36,1) et anormaux chez 34 (9%).

Nos résultats sont superposables avec ceux d'Edith M [7] qui avait trouvée 59,87% de FCV normal, 35,28% inflammatoire. Notre étude 54,9% de frottis normal, 36,1% inflammatoire. Nous n'avons pas eu d'explication rationnelle au taux très bas de frottis cervico – vaginal normal (8,82%) dans l'étude de BAKALI.

IVA/IL : un nombre de 379 actes d'IVA/IVL réalisé, les cas négatifs 344/379 (90,8%) et les cas positifs 35 soit 9,2%. Dans les études d'Edith M [7] et Bakali G. K. [10], les taux de positivité étaient respectivement 36,89% et 30%. Le taux faible de cas positif dans notre étude peut s'expliquer par le fait que la jonction squamocylindrique n'était pas visible chez toutes les femmes. Aussi l'expérience de l'opérateur peut avoir une influence sur la qualité des résultats qui constitue une faiblesse des méthodes d'inspection visuelle pour le dépistage. Aussi la qualité des différentes solutions surtout l'acide acétique peut influencer les résultats. La différence entre la concentration de l'acide acétique utilisé dans le dépistage 3% pour les uns, 5% pour les autres n'est pas très significative dans le résultat, par contre la conservation du soluté à l'air libre va favoriser une évaporation de l'acide, une dilution de la solution et une négativation des résultats au contact avec les cellules remaniées.

La concordance des tests : lorsque les méthodes de dépistage visuelle IVA/IVL sont positifs, le frottis cervico-vaginal l'est aussi dans 57,14%. La concordance est de 95,93% lorsque les tests sont négatifs. Ainsi les tests visuels sont aussi bien applicables pour le dépistage du cancer du col de l'utérus que le FCV.

Les performances : le FCV s'est montré plus performante aussi bien pour la sensibilité que pour la spécificité que les méthodes visuelles (voir tableau V). Dans la plupart des études la sensibilité des méthodes visuelles est plus grande que celle du FCV, la spécificité des méthodes visuelles est moindre par rapport à celle du FCV.

La plus grande sensibilité du FCV par rapport aux méthodes visuelles dans notre étude peut s'expliquer par le fait que le dépistage n'est pas fait par la même personne. L'équipe qui a assuré le dépistage était composée de gynécologue- obstétricien, de DES en gynécologie et de médecins généralistes.

Conclusion

La concordance des deux méthodes de dépistage du cancer du col de l'utérus, le FCV et les méthodes visuelles est grande. Compte tenu des conditions socio-économiques, de l'insuffisance de personnel qualifié pour le frottis cervico-vaginal, de la simplicité de l'IVA/l'IVL. Le test de dépistage le mieux adapté dans le contexte actuel du Mali est l'IVA/IVL.

Les limites de l'étude : L'effectif réduit des patientes vue au dépistage, l'échantillon n'est pas représentatif de la population de Bamako.

Les tests ne sont pas faits par la même personne ce qui influence leur sensibilité et spécificité.

Remerciements :

Nous remercions toutes les patientes ayant participé à la présente étude, les infirmières et sages-femmes de l'hôpital du Mali pour leur aide dans le recrutement, la préparation des patientes et l'enregistrement des données dans les registres. Aussi le personnel du service d'anatomie pathologique du CHU Point G.

Nos remerciements à l'endroit à notre collaborateur de la 26eme brigade chinoise pour sa contribution technique dans la réalisation de cette étude.

***Correspondance**

Alassane Traoré

alassane200@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

- 1 : Service de Gynécologie Hôpital du Mali,
- 2 : Service de Gynécologie-Obstétrique Centre de Santé de référence Commune V,
- 3 : Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Mère-Enfant Luxembourg,
- 4 : Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Gabriel Touré,
- 5 : Service de Radiothérapie Hôpital du Mali,
- 6 : Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Point G,
- 7 : Service d'Anatomie pathologique CHU Point G.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Munoz. N, Castellsague. X, de Gonzales AB, Gissmann. L, Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. Vaccine 2006;24 suppl 3:S1-S10.
- [2] Yomi. J, Moukam. G, Tagni. D, Doh. A. Traitement des cancers du col utérin : notre expérience à l'hôpital général de Yaoundé à propos d'une série de 111 malades. Méd d'Afrique Noire, 1996,43(3), 150-154
- [3] Mounkoro Niani. Les cancers génitaux de la femme au Mali (Oct. 1984 à Oct. 1985 à propos de 32 cas). Thèse Med ; Bamako 85-M-12. p 86
- [4] Nicolas Duport. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances- Actualisation 2008
- [5] .Goldie. S, Gaffikin. I, Goldhaber-Fiebert, J, Gordillo-Tobar A, Levin. C, Mahe. C, et al Cost effectiveness of cervical screening in five developing countries N Engl J Med 2005; 353 (20):2158-2168. PubMed Google Scholar

- [6] M.H.Diallo, I.S.baldé, O.Baldé, I.K.Bah, B.S.Diallo, M.N.Mamy, N.Keita. Aspects sociodémographiques et prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital national Donka à Conakry (Guinée)
- [7] Edith M et al. Intérêt de l'inspection visuelle à l'acide acétique et au soluté de lugol avec colposcope dans le dépistage des lésions du col utérin au Gabon. 2015. Disponible sur : <http://www.panafrican-journal.com/content/article/22/165/full/>
- [8] - MILLOGO FT, AKOTIONGA M, LANKOANDE J. Dépistage du cancer du col utérin dans un district sanitaire (Burkina Faso) par biopsie de volontaires après application d'acide acétique et du lugol. Bull Soc Pathol Exot 2004 ; 97 :135.
- [9] N'GOLETA, KOUTOUPOT BR, LUBUELE L et Coll. Les néoplasies cervicales intraépithéliales (CIN) à Brazzaville, Congo. Analyse de situation. Ann Pathol 2004 ; 24 : 324-8.
- [10] Bakali G K. Place de l'inspection visuelle à l'acide acétique dans le dépistage du cancer du col utérin à propos de 740 cas à la Maternité Souissi de Rabat. Thèse de Med ; 2012, M0692012.

Pour citer cet article :

A Traoré, MB Coulibaly, SO Traoré, A Sissoko, A Bocoum, Koné A Salle et al. Stratégies de dépistages du cancer du col de l'utérus à l'hôpital du Mali : cytologie ou Méthodes visuelles. Jaccr Africa 2021; 5(4): 112-118



Article original

Epidemiology and risk factors for venous thromboembolic disease: a Senegalese study

Épidémiologie et facteurs de risque de maladie veineuse thromboembolique : une étude sénégalaise

K Dia*¹, AA Haggar¹, MM Ka¹, AN Fall³, DM Ba², MC Mboup¹, PD Fall¹, SB Gning¹

Abstract

Venous Thromboembolic Disease (VTE) is a public health concern due to diagnosis challenges, anticoagulant therapy and essential prevention for some high-risk cases. The aim of this study is to determine the prevalence of VTE, to identify its main risk factors and to describe the evolution of the disease.

Methodology: We conducted a descriptive and retrospective mono-centric study over seven years from January 2008 to December 2014 in the medical department of the Principal Hospital in Dakar, Senegal.

Results: Two hundred and sixteen (216) patients were enrolled. The hospital prevalence of VTE was 1.2%. The sex ratio M/F was 1.13. The average age of patients was 47 +/- 8.7 years (16-96 years) with the highest number of patients aged between 41 and 60. Nineteen patients (9%) developed a VTE during their hospitalization. The mostly spread risk factors were: advanced age (> 60), prolonged immobilization and recent surgery. Mortality was 6.4 %. Advanced age, stroke, respiratory infections, heart disease and cancer were the main causes of death.

Conclusion: VTE is a public health problem. Etiology should be sought carefully while introducing

anticoagulant therapy to reduce morbidity and mortality of this disease.

Keywords: pulmonary embolism, deep vein thrombosis, venous thromboembolism, risk factors, Senegal.

Résumé

La maladie thromboembolique veineuse est un problème de santé publique de par : son diagnostic parfois difficile, son traitement qui repose sur les anticoagulants et enfin sa prévention qui est indispensable dans certaines situations à risque.

Les objectifs de ce travail étaient de déterminer la prévalence de la MTEV, décrire les principales manifestations cliniques et paracliniques, identifier les principaux facteurs de risque et décrire les modalités évolutives.

Méthodologie : Nous avons effectué une étude descriptive, analytique, rétrospective monocentrique sur sept ans de janvier 2008 à décembre 2014 dans les services médicaux de l'Hôpital Principal de Dakar.

Résultats : Deux cent seize patients étaient inclus. La prévalence hospitalière de la MTEV était de 1,2 %. Le sex-ratio était de 1,13. L'âge moyen des patients était de 47 +/- 8,7 ans (16 - 96 ans) avec un pic entre 41 et 60 ans. Soixante-quinze patients (35%) avaient

plus de 60 ans. Le quart des patients avait moins de 40 ans. Dix-neuf (9%) patients avaient présenté une MTEV en cours d'hospitalisation.

Les facteurs de risque les plus retrouvés étaient : l'âge supérieur à 60 ans, l'immobilisation prolongée, la chirurgie récente. La mortalité était de 6,4 %. L'âge avancé, l'accident vasculaire cérébral, les infections respiratoires, les cardiopathies et le cancer étaient les causes de décès de nos patients.

Conclusion : La MVTE est un problème de santé publique. Une étiologie doit être recherchée minutieusement tout en instaurant le traitement anticoagulant afin de réduire la morbidité de cette affection

Mots-clés : Embolie pulmonaire, thrombose veineuse profonde, Maladie thromboembolique veineuse, facteurs de risque, Sénégal.

Introduction

Venous Thromboembolic Disease (VTE) includes deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE). These two nosological entities have the same physiopathological basis and the same risk factors [1]. VTE represents a major public health concern in Senegal, and its prevention remains high priority in the medical field [2]. There are a few studies about VTE (DVT and PE) in Senegal and Africa. However, most studies dealt with either DVT or PE alone. The objective of this study was therefore to describe the epidemiological, etiological and evolutive aspects of VTE, as observed in the medical departments of the Principal Hospital of Dakar, Senegal.

Methodology

We carried out a descriptive and retrospective monocentric study over a period of seven years from January 2008 to December 2014 at the Principal Hospital of Dakar. The patients included in this study were hospitalized and were diagnosed with DVT and / or PE. Survey forms were completed from patient

file data and served as basis of the analysis. We used SPSS software version 17.0 for data analysis. A value of $p < 0,05$ was considered significant.

Results

Two hundred and sixteen (216) patients were included, showing an average of 30 VTE cases per year. The prevalence of VTE was 1.2 %. There were 140 cases of isolated DVT (65%), 61 cases of isolated EP (28 %), and 15 patients (7%) with both DVT and PE. In 19 cases (9 %), there was a complication that appeared during hospitalization. The sex ratio was 1.11. The mean age of the patients was 47 +/- 8.7 years, with extreme ages of 16 and 96. The disease was more common in the 40 to 60 age group. Seventy-five patients (35%) were aged 60 and above. A quarter of patients (25%) was less than 40. Two patients (1%) were under 20 (Figure 1).

For 14% of the patients, no etiology was found. For 186 patients (86%), at least one risk factor of VTE was found. Most of the risk factors were linked to age over 60 years (35%), prolonged immobilisation / bed rest (29%), recent surgery (13%) and cancer (12%). (Table 1)

Cancer was a risk factor for 25 patients (12%). The mean age of these patients was 59 years \pm 17 years (range 33 and 84 years). Cancers of prostate, colon and pancreas were highly associated with VTE (Table 1).

We had eight cases of chronic inflammatory diseases: two cases of lupus erythematosus (1%), four cases of Behçet's disease (2%) and one case of Crohn's disease (0.45%). Thromboembolic disease occurred during the disease in five cases in a period of outbreak (in four patients with Behçet's disease and one in lupus). Thrombophilia was found in seven patients. The mean age of these patients was 42.8 \pm 6.5 years [16-68 years]. Only one case of thrombophilia was observed in a patient over 60 without a known thromboembolic antecedent. Two of the nine patients (22%) with bilateral DVT had thrombophilia.

The evolution with anticoagulant treatment was good

(Low Molecular Weight Heparin or Non-Fractionated Heparin) followed by an oral relay with Antivitamin K). Sixty-three patients had elastic compression (41% of the 155 patients with DVT). The outcome was favourable for 201 patients (93%). A haemorrhagic complication during hospitalization related to an antivitamin K overdose was observed in five patients, including two cases of mucocutaneous haemorrhage, one case of epistaxis, one case of haematuria and one case of haemorrhage with unspecified localisation. Mortality was 6.9% (15 patients). Cancer alone was responsible of 9 of 15 deaths. Mortality related to cancer was 36%.

Table I: Risk factors for VTE

Risk Factors		Number of patients	Percentage of patients (%)
Age > 60		75	35
Immobilization /bed rest		62	29
Recent surgery < 4months		28	13
Cancer	All cancer	25	12
	Prostate	6	3
	Colon	6	3
	Pancreas	5	2
	Lung	4	2
	Ovaries	2	1
	Liver	1	0,5
	Uterus	1	0,5
Oestrogen therapy		18	8
Abortion		16	7
Pregnancy / Postpartum		11	5
Severe inflammatory disease		8	3
Thrombophilia	All Thrombophilia	7	3
	Protein C deficiency	2	1
	Protein S deficiency	2	1
	Antithrombin III deficiency	1	0,5
	Lupus anticoagulant circulating	1	0,5
	Anti-cardiolipin antibody	1	0,5
Varicose veins of lower limbs		1	0,5
Nephrotic syndrome		1	0,5

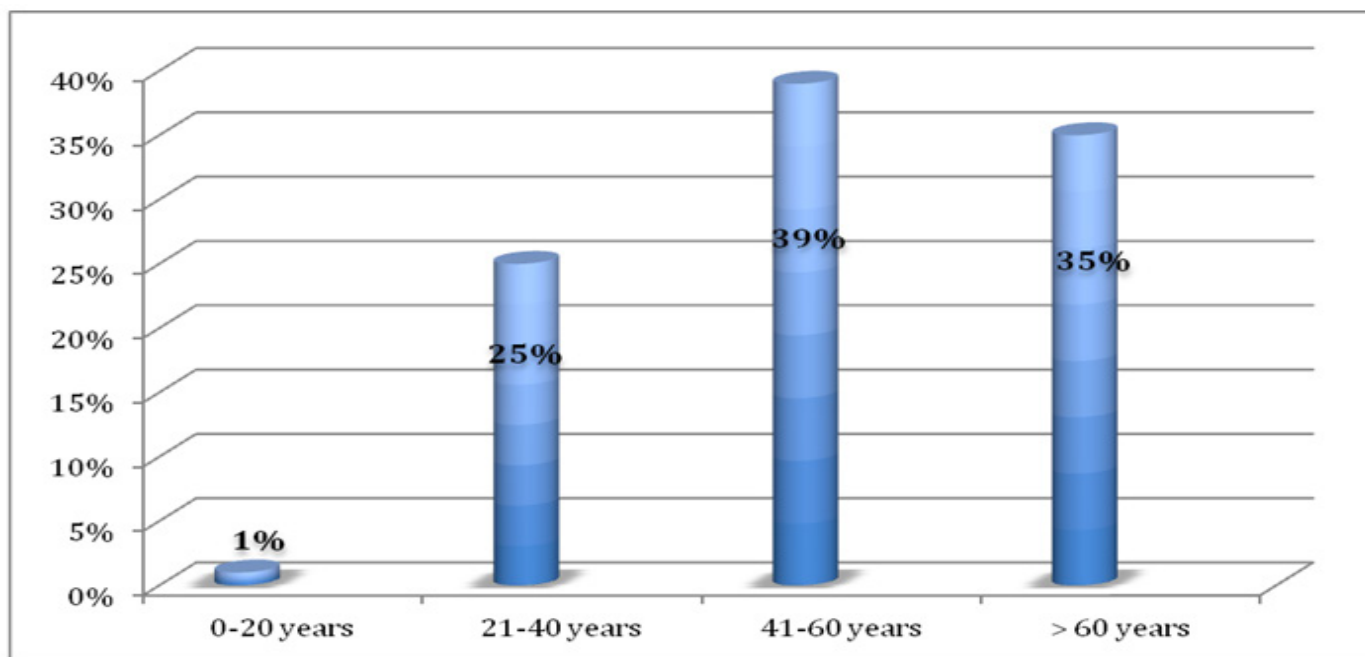


Figure 1: Distribution of Patients by Age Range

Discussion

Our study reports a prevalence of 1.2%. Formerly known as «clinical curiosity in black Africa», VTE is now more frequent, with a prevalence between 1.4 and 5% in sub-Saharan Africa [3,4]. This is probably explained through better knowledge of this pathology, progress in the imagery and especially availability and accessibility of means of exploration in our regions. The VTE was a complication occurring during hospitalization for 19 patients (9%). The overall incidence of secondary VTE occurring during hospitalization in medicine was estimated at 15% in the MEDENOX study [5]. A bed rest of more than 3 days is a risk factor for VTE. After one week of bed rest without prophylactic treatment, the frequency of DVT is estimated at 15% [6]. These cases of “hospital VTE” can be avoided by a good prevention using prophylactic heparin therapy and an early rise. Recommendations on the prevention of VTE in the medical environment have recently been updated [7]. Venous thromboembolism is associated with Virchow’s triad; three conditions that predispose to thrombus formation (stasis, hypercoagulability and endothelial damage) [5]. VTE is usually multifactorial, and all efforts should be undertaken to find a cause for each case. At least one risk factor was found in 86% of our patients. A similar outcome (86.1%) was found in the Maghreb study conducted by R. Ben Salah [8]. In the ENDORSE study (Senegal), a risk factor was found in 57% of cases [2]. Age is a significant risk factor for VTE. The incidence of VTE increases with age, and after 40, the risk doubles every 10 years. Several mechanisms are mentioned: limitation of physical mobility, increased blood stasis, comorbidity, increase in factor VIII and fibrinogen [8].

The average age of our patient population is 47.23, higher than the average age seen by other African authors (42-46) [3, 9]. On the other hand, in France, the average age of patients who were hospitalized in 2010 for VTE was higher at 67.6 [7]. This geographical difference between western countries and Africa could be explained by the fact that the

western population is older than ours. The prevalence of VTE is low in young subjects; One-quarter of our patients were under 40 and only 2 patients were under 20. An American study confirms the rarity of VTE in young subjects with a prevalence of PE of 12 per 100 000 patients of 15 to 44 versus 265 per 100 000 for those of more than 65 [10]. Exhaustive etiological research of constitutional or acquired thrombophilia is required for this age group. The age of onset of the first thrombotic episode is usually between 15 and 45 [11]. In our study, most of our patients with thrombophilia were under 40. In cases of bilateral venous thrombosis, thrombophilia was present twice in nine cases (22% of cases). Acquired thrombophilia was observed in two of our patients (1%).

In the elderly, a neoplastic cause should be systematically investigated. A VTE reveals a type of cancer in 10 to 20% of cases, particularly in the case of recurrence, localization of upper or bilateral limb, or occurring under AVK [12]. A bilateral character was noted in seven patients with cancer (36% of cases). This prevalence is slightly higher than prevalence reported by some authors (28%) [13]. It seems that a bilateral character of VTE must always point to thrombophilia or neoplasia. In 14% of our patients, no risk factors were found. Perhaps the systematic search for thrombophilia for any young patient under 40, as well as search for other etiologies such as Cockett’s Syndrome, would have reduced the number of idiopathic cases. However, due to the prohibitive cost of an exhaustive thrombophilia risk assessment in Senegal (at an average price of 300 \$), these tests are not always affordable for patients with limited earnings. Treatment in our study was mainly based on LMWH and / or HNF and Antivitamin K, with the target INR between 2 and 3. This classical attitude is consistent with the literature [14]. The use of elastic compression in our study (41%) was limited by the prohibitive cost of compression stockings (112 \$). Direct oral anticoagulants (DOACs) were not used for our patients because they were not available in our pharmacies. DOACs have the same efficacy as conventional treatment with antivitamin K and

are associated with a significantly high degree of safety in relation to hemorrhagic complications [15]. Evolution under treatment was good for 83% of patients. Mortality was 6% and particularly higher (36%) in patients with cancer. Our work confirms that the association of VTE and cancer is a factor of negative prognosis. Our study has some limitations. It is a retrospective study, thus including restrictions proper to studies of this type. Moreover, all our young patients didn't have an exhaustive thrombophilia risk assessment, which is another limitation of our work.

Conclusion

VTE is a reality in Senegal. It can occur at any age. Etiology is dominated by neoplasia in the elderly and thrombophilia in young subjects. The association of VTE and cancer is a factor of negative prognosis.

Contribution of authors

All the authors contributed to the conduct of this work. All authors also declare that they have read and approved the final version of the manuscript.

*Correspondence

Khadidiatou Dia

Khady_dia@yahoo.fr

Available online : Octobre 26, 2021

- 1 : Department of Cardiology, Principal Hospital of Dakar Sénégal
- 2 : Department of Cardiology, Military Hospital of Ouakam, Dakar, Sénégal
- 3 : Department of Internal Medicine, Principal Hospital of Dakar, Sénégal.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflict of interest : None

References

- [1] Mavrakanas T, Perrier A. Diagnosis and treatment of venous thromboembolic disease in 2013. *Arch. Cardiovasc. Diseases Supplements*. 2014 March ; 6 (2): 93-101.
- [2] Bâ SA, Badiane SB, Diop SN and al. A cross-sectional evaluation of venous thromboembolism and venous thromboembolism prophylaxis in hospitalized patients in Senegal. *Arch Cardiovasc Dis*. 2011; 104 (10): 493-501
- [3] Elegbeleye O O, Femi-pearse D. Pulmonary embolism in Africans. *Too much. Geogr. Med*. 1975; 27 (1): 31-33.
- [4] Owono Etoundi P, Esiene A, Bengono Bengono R and al. Venous Thromboembolic disease. Epidemiological aspects and risk factors in a Cameroonian hospital. *Journal of Medicine and Health Sciences and Diseases*. 2015; 16(4) :4
- [5] Delluc A, Le Ven F, D Mottier D and al. Epidemiology and risk factors for venous thromboembolic disease. *Review of Respiratory Diseases* 2012; 29 (2): 254-266.
- [6] The Young S, Historié M A, Planchon B and al. Venous thromboembolic risk in acute medical conditions. Part 1: basic and clinical pathogenic models, descriptive and analytical epidemiology. *REV. Med. Int* 2008; 29: 452-461.
- [7] Samama C M, Combe S. Prevention of venous thromboembolic disease in a medical environment (non-surgical) *EMC - Anesthesia - Resuscitation* 2015 April;12 (2):1-8.
- [8] Ben Salah R, Frikha F, Kaddour N and al. Etiological profile of deep venous thrombosis in internal medicine: a retrospective study of 318 cases. *Annals of cardiology and angiology*. 2014 Feb; 63 (1): 11-16.
- [9] Kingue S, Tagny-zukam D, Binam F and al. Venous thromboembolic disease in Cameroon (about 18 cases). *Med Trop* 2002; 62: 47-50.
- [10] Emmerich J. Frequency and risk factors for venous thromboembolic disease. *Rev. Prat.*, 2003; 53(1): 14-19.
- [11] Aiach M, Emmerich J. *Thrombophilia Genetics. Hemostasis and thrombosis: basic principles & clinical practice*. Lippincott: Williams & Wilkins; 2006. p. 779-93.
- [12] Descourt R A, Righini M B, Carrier M C and al. Place of cancer among the risk factors for venous thromboembolic disease. *Pathol. Biol*. 2008; 56(4): 178-83.
- [13] Rougé B. Venous thromboembolic disease in patients with CHU de Toulouse: clinical characteristics and management.

Thesis of Medicine, Toulouse, 2013: n ° 1058.

- [14] Achkar A, Horellon MH, Parent F and al. The group of vascular diseases of the SPLF and the interdisciplinary group Trousseau on the antithrombotics. Antithrombotic treatment of venous thromboembolic disease in connection with the VIIth Conference of the American College of Chest Physicians. *Rev Mal Respir* 2005; 22: 832-40.
- [15] Nakamura M, Yamada N, Ito M and al. Direct oral anticoagulants for the treatment of venous thromboembolism in Japan. *J Atheroscler Thromb*. 2017 Jun 1; 24 (6):560-565.

To cite this article :

K Dia, AA Hagggar, MM Ka, AN Fall, DM Ba, MC Mboup et al. Epidemiology and risk factors for venous thromboembolic disease: a Senegalese study. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 119-124



Article original

Traumatismes rénaux fermés de haut grade au centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). Prise en charge en urgence, résultats et pronostic

High grade blunt kidney trauma at Souro Sanou University Teaching Hospital in Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Emergency management, results and prognosis

OD Yé*¹, A Ouattara¹, AK Paré¹, C Yaméogo², D Bayané¹, M Simporé¹, M Rouamba¹, G Kitio¹, FA Kaboré², T Kambou¹

Résumé

Introduction : Les traumatismes du rein sont des lésions traumatiques pouvant intéresser les quatre constituants du rein : la capsule, le parenchyme rénal, les voies excrétrices et le pédicule rénal. Ils sont souvent graves et peuvent engager le pronostic vital et fonctionnel du rein. Dans le but d'évaluer la prise en charge des traumatismes fermés graves du rein, cette étude a été conduite.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur les dossiers des patients victimes de traumatisme rénal de haut grade et qui ont été pris en charge dans le service d'urologie du centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso (CHUSS) entre janvier 2016 et décembre 2020.

Résultats : Au cours de la période, 7 dossiers de patients présentant un traumatisme rénal de haut grade ont été recensés. L'âge moyen des patients était de 28,28ans. Le délai moyen de consultation était de 5,56 heures. Les causes étaient dominées par les accidents de la circulation routière (ACR) (5 cas) et les chutes accidentelles (2 cas). Tous les patients présentaient une douleur lombaire et 4 patients avaient une hématurie

macroscopique. L'échographie abdominopelvienne, réalisée en urgence chez 4 patients et a conclu à un traumatisme rénal. Le délai moyen de réalisation de la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM) était de 3 jours. Le traumatisme rénal était de grade III chez 2 patients, de grade IV chez 5 patients. Trois (3) patients présentaient des lésions associées dont une fracture hépatique, une contusion colique, une fracture du bassin et des côtes. Une réanimation médico-chirurgicale a été indiquée chez tous les patients. Quatre patients ont bénéficié d'une transfusion sanguine en urgence ; un patient a subi une laparotomie exploratrice pour hémopéritoine abondant et les deux autres patients ont subi une néphrectomie d'hémostase. Les suites opératoires ont été marquées par une suppuration pariétale chez deux patients et une septicémie chez un patient qui est décédé. La durée moyenne d'hospitalisation était de 37,4 jours.

Conclusion : La stratégie thérapeutique du traumatisme rénal de haut grade a évolué ces dernières années vers une attitude de moins en moins agressive. Dans nos pays à ressources limitées la néphrectomie

garde une place prépondérante vu que la radiologie interventionnelle fait défaut.

Mots-clés : Traumatisme, Hématurie, TDM.

Abstract

Introduction: Kidney trauma is a traumatic injury that can involve all the four components of the kidney: the capsule, the renal parenchyma, the excretory tract and the renal pedicle. They are often serious and can engage the vital and functional prognosis of the kidney. In order to evaluate the management of severe blunt trauma of the kidney, this study was conducted.

Methodology: This was a retrospective study of the records of patients with high-grade kidney blunt trauma who were managed in the urology division of the Souro Sanou University Hospital of Bobo-Dioulasso (CHUSS) between January 2016 and December 2020. **Results:** During the period, 7 cases of patients with high-grade kidney blunt trauma were identified. The average age of the patients was 28.28 years. The mean time to consultation was 5.56 hours. The causes were dominated by road traffic accidents (5 cases) and accidental falls (2 cases). All patients presented with macroscopic low back pain and 4 patients had gross hematuria. Abdominopelvic ultrasonography was performed urgently in 4 patients and concluded to kidney trauma. The average time to perform thoracoabdominopelvic computed tomography (CT) was 3 days. Renal trauma was grade III in 2 patients, grade IV in 5 patients. Three (3) patients had associated injuries including a liver fracture, a bowel contusion, a pelvic and rib fracture. Medico-surgical resuscitation was indicated in all patients. Four patients underwent emergency blood transfusion; one patient underwent exploratory laparotomy for abundant hemoperitoneum and the other two patients underwent hemostasis nephrectomy. The postoperative course was marked by parietal suppuration in two patients and sepsis in one patient who died. The average hospital stay was 37.4 days.

Conclusion: The therapeutic strategy for high-grade renal trauma has evolved in recent years towards a less and less aggressive attitude. In our countries

with limited resources, nephrectomy remains the most important treatment because of the lack of interventional radiology.

Keywords: Trauma, Hematuria, CT-scan.

Introduction

Les traumatismes du rein sont des lésions traumatiques qui peuvent intéresser les quatre constituants du rein : la capsule, le parenchyme rénal, les voies excrétrices et le pédicule rénal. Ils représentent 10% des traumatismes abdominaux et 80% des traumatismes urogénitaux et sont le plus souvent dues aux accidents de la circulation routière [1]. Les traumatismes graves du rein de grade III, IV et V selon la classification de l'American Society for Surgery for trauma (ASST) représentent environ 20% des cas et surviennent généralement dans un contexte de polytraumatisme [2]. La prise en charge des traumatismes mineurs (grade I et II) relève d'une attitude conservatrice qui est unanimement reconnue comme le traitement de choix. En revanche, en ce qui concerne les traumatismes sévères (grades III, IV et V), le débat persiste entre les partisans d'une attitude conservatrice et ceux qui préconisent une intervention chirurgicale [3]. Dans le but d'évaluer la prise en charge des traumatismes fermés de haut grade du rein dans notre contexte, cette étude rétrospective a été conduite.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude rétrospective portant sur les dossiers des patients victimes de traumatisme rénal de haut grade et qui ont été pris en charge dans le service d'urologie du CHU Souro Sanou de janvier 2016 à décembre 2020 soit une période de 5 ans. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, la profession, le délai de consultation, le coté du rein lésé, les circonstances du traumatisme, la présence ou non de lésions associées, les données et paracliniques, le bilan morphologique, les modalités thérapeutiques, les résultats du traitement et le pronostic.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 7 dossiers de patients présentant un traumatisme rénal de haut grade ont été inclus, soit une incidence 1,4 patient/an.

L'âge moyen des patients était de 28,28 ans avec des extrêmes de 8 et 55 ans.

Les enfants étaient aussi bien concernés que les adultes : 2 enfants et 5 adultes.

Le délai moyen de consultation était de 5,56 heures avec des extrêmes de 3 et 12 heures.

La latéralité droite était la plus représentée soit dans 5 cas sur 7 et les circonstances du traumatisme étaient dominées par les accidents de la circulation routière (5 cas) et les chutes accidentelles (2 cas).

Au plan clinique, la douleur lombaire était présente chez tous nos patients. A l'examen physique, on notait une hématurie macroscopique chez 4 patients, un état hémodynamique instable chez 3 patients avec une anémie clinique, une masse lombaire chez 2 patients et un empatement lombaire chez deux patients.

A la biologie, le taux moyen de l'hémoglobine était à 8,31g/dl, la créatininémie était normale chez 6 patients ; un patient présentait une insuffisance rénale à 167 µmol/l.

L'échographie abdominopelvienne, réalisée en urgence chez 4 patients a conclu à un traumatisme rénal.

La TDM TAP a été réalisée chez tous les patients. Le délai moyen de réalisation de la TDM était de 3 jours avec des extrêmes de 1 et 10 jours.

La TDM TAP a permis une classification des lésions rénales. Selon la classification AAST ; que nous avons adoptée, le traumatisme rénal était de grade III chez 2 patients, de grade IV chez 5 patients, comme illustré sur les figures 1 et 2. Trois patients avaient d'autres lésions associées : fracture hépatique, contusion colique, fracture du bassin fracture et des côtes.

Au plan thérapeutique, une réanimation médico-chirurgicale a été réalisée chez tous nos patients. L'administration de macromolécules et une transfusion sanguine isogroupe isorhésus ont été indiquées chez 3 patients pour une instabilité hémodynamique en

urgence et chez 2 patients ultérieurement lors de l'hospitalisation. Un repos strict au lit avec éviction de déplacements intempestifs a été également indiquée chez tous nos patients. Deux patients ont subi une néphrectomie d'hémostase et un patient a subi une laparotomie exploratrice avec évacuation d'un hémopéritoine abondant et drainage de la cavité péritonéale.

Les suites opératoires ont été marquées par une suppuration pariétale chez deux patients et une septicémie chez un patient qui est décédé. La durée moyenne d'hospitalisation était de 37,4 jours. Deux patients ont été perdus de vue à six mois de suivi minimum et quatre patients ont été revus aux visites de contrôle et ne présentaient aucune complication liée au traumatisme rénal.

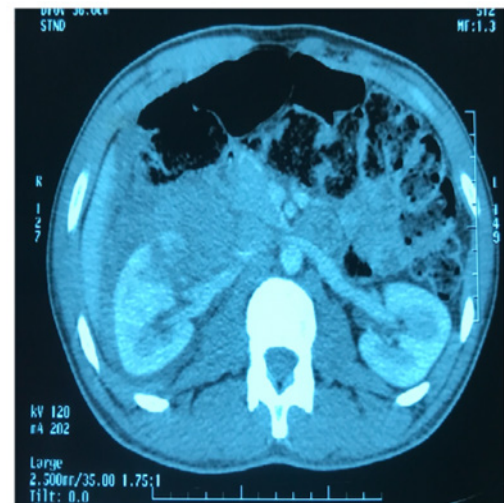


Figure 1 : Traumatisme rénal droit grade III selon l'AAST

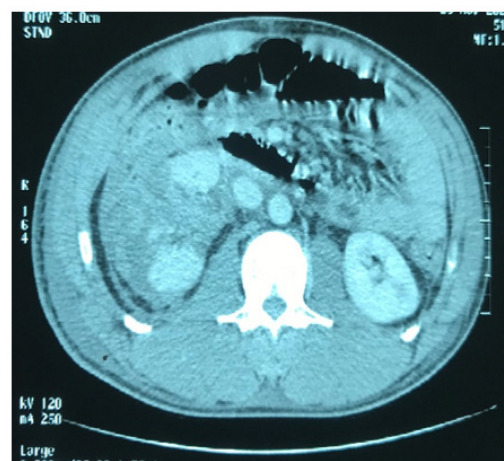


Figure 2 : Traumatisme rénal droit grade IV selon l'AAST

Tableau I : Récapitulatif des caractéristiques des patients

N°	Age	Sexe	Délai	Latéralité	Circonstances	Clinique	Imagerie	Grade AAST	Traitement	Durée hospi	Complication	Evolution
P1	55	F	H3	Droite	Chute accidentelle	Lombalgies Hématurie	TDM	IV	Transfusion Réanimation Laparotomie	43 jours	Sepsis	Décès
P2	13	M	H7	Gauche	ACR	Lombalgies Hématurie Etat de choc	TDM	IV	Transfusion Réanimation Néphrectomie	93 jours	Suppuration pariétale	Favorable
P3	21	F	H1	Droite	ACR	Lombalgies	Echographie TDM	III	Transfusion Réanimation	14 jours	Absence	Favorable
P4	8		H3	Droite	Chute accidentelle	Lombalgies	Echographie TDM	III	Réanimation	23 jours	Absence	Favorable
P5	38	M	H5	Gauche	ACR	Lombalgies	Echographie TDM	IV	Réanimation Transfusion Néphrectomie	14 jours	Suppuration pariétale	Favorable
P6	31	M	H12	Droite	ACR	Lombalgies Hématurie	TDM	IV	Réanimation	07 jours	Absence	Favorable
P7	32	M	H8	Droite	ACR	Douleur de la fosse lombaire et hanche droit hématurie	TDM TAP	IV	Réanimation Transfusion	17 jours	Absence	Favorable

Discussion

Les traumatismes de l'appareil urogénital représentent 10 à 30% de l'ensemble des traumatismes de l'abdomen et les traumatismes du rein sont les plus fréquents des lésions traumatiques de cet appareil soit 64% [4]. Les traumatismes rénaux concernent le sujet jeune de préférence entre 20 et 40 ans [1], comme c'est le cas dans notre étude et la prédominance du sexe masculin a fait l'unanimité de tous les auteurs [5]. Le rein gauche tout comme le rein droit est exposé et l'atteinte bilatérale est exceptionnelle. Ces traumatismes sont en rapport avec un accident de la circulation routière dans 50 à 70% des cas (les piétons étant les plus exposés), une chute dans 15% des cas et un accident de sport dans 10% des cas [5, 6]. Dans notre étude, le traumatisme était en rapport avec un accident de la circulation routière dans 5 cas sur 7 et une chute dans 2 cas.

Au plan clinique la douleur lombaire et l'hématurie sont au premier plan et cette hématurie est macroscopique dans 66.6 à 99% des cas [7]. Dans notre étude, quatre (4) patients présentaient une hématurie macroscopique. Kane dans sa série [4] notait que l'hématurie était présente dans 90% des cas. Si l'hématurie macroscopique est l'indicateur le plus fiable pour suspecter une lésion rénale, son importance n'est pas corrélée au degré de la lésion. En effet selon la littérature les traumatismes du rein sans hématurie peuvent atteindre selon les séries 0,5 à 25% voir 24 à 40% dans les atteintes pédiculaires et 31 à 55% dans les avulsions urétérales [2].

Au plan paraclinique l'échographie est le plus souvent réalisée dans le cadre de l'urgence en raison de son caractère non invasif, et de sa rapidité d'accès. Dans notre étude, l'échographie abdomino-pelvienne a été réalisée en urgence de façon systématique chez 4 patients dès leur admission et a permis de poser le diagnostic de contusion rénale. Chez les patients ayant des paramètres hémodynamiques stables, le scanner abdomino-pelvien est réalisé 24 heures après avec des coupes sans injection, puis avec injection précoce et tardive reste l'examen clé pour étudier

l'état du rein [8, 9], rechercher les lésions associées et stadifier la lésion rénale. Il permet, d'une part, de localiser les lésions parenchymateuses, de rechercher une extravasation du produit de contraste, et de localiser les zones avasculaires. D'autre part, il sert à quantifier l'importance de l'hématome rétropéritonéal et intrapéritonéal, à vérifier l'état du rein controlatéral (morphologie et fonction) et à rechercher l'existence ou non de lésions pédiculaires et des viscères intrapéritonéaux. Cet examen a été réalisé chez tous nos patients pour le bilan lésionnel mais le délai moyen pour la réalisation du scanner était de 3 jours. Ce long délai pourrait être lié d'une part à l'instabilité hémodynamique du patient et d'autre part au coût du scanner qui n'est pas accessible à toute les couches de la société et le manque d'un régime d'assurance maladie universelle dans notre pays. Cinq de nos patients présentaient un traumatisme de grade IV et 2 patients présentaient un traumatisme de grade III. Trois de nos patients avaient des lésions viscérales associées et une patiente une atteinte osseuse. En effet les traumatismes majeurs du rein survient généralement dans un contexte de polytraumatisme et de nombreux auteurs dont Saidi [10] et Descotes [11] sont d'avis sur l'apport du scanner dans le bilan lésionnel du rein et confirment ainsi les résultats de notre série.

Au plan thérapeutique l'abstention chirurgicale représente la nouvelle approche thérapeutique [9, 12]. Seule l'instabilité hémodynamique ou les lésions viscérales associées constituent une indication absolue pour une révision chirurgicale en urgence [10]. Dans notre étude, 5 patients ont bénéficié d'une transfusion sanguine pour une instabilité hémodynamique. Un traitement conservateur a été indiqué chez 5 de nos patients parmi lesquels une exploration chirurgicale a été réalisé en urgence vu les lésions viscérales associés, et 2 patients ont subi une néphrectomie d'hémostase. Dans les pays développés, ces résultats sont améliorés par l'usage, soit des techniques d'embolisation face à un saignement actif d'une ou de plusieurs branches de l'artère rénale, soit des techniques de drainage endo-urologique devant les extravasations d'urines

prolongées [6, 13]. En effet notre cas de décès est survenu dans un contexte de septicémie secondaire à l'urinome.

Au plan évolutif, quatre patients ont honoré leur rendez-vous à 6 mois post traumatique et les autres patients ont été perdu de vue. Cet état de fait pourrait être attribuée à des facteurs socio-économiques et culturels dans notre population. En effet certains patients au vu de leur état de santé amélioré ne trouvent plus la nécessité de réaliser les différents examens complémentaires de contrôle. En effet le rein traumatisé est exposé à de nombreuses complications tardives telles que l'hypertension, l'hydronéphrose, les lithiases, l'atrophie rénale, l'insuffisance rénale, les pyélonéphrites chroniques et les fistules artérioveineuses d'où l'intérêt du suivi [3]. Darcq [14] en France dans sa série avait rapporté 3 cas de fistules artérioveineuses survenues après le traumatisme rénal, interpellant ainsi les praticiens sur l'importance de la surveillance des patients traumatisés rénaux.

Conclusion

La stratégie thérapeutique du traumatisme rénal de haut grade a évolué ces dernières années vers une attitude de moins en moins agressive. Les circonstances de découverte sont dominées par l'hématurie et les accidents de la circulation routière sont la principale cause. Dans nos pays à ressources limitées la néphrectomie garde une place prépondérante vu que la radiologie interventionnelle fait défaut.

*Correspondance

O Delphine YE

delphineye73@gmail.com

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

1 : Service d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou, Bobo-Dioulasso

2 : Service d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire

Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Herney A, Maria F, Alejandra S, Luis JA. Clinical management of renal injuries at University Hospital of El Vale. *Actas urol esp.* 2009; 33:881-7
- [2] Moore EE, Shackford SR, Pachter HL, McAninch JW, Browner BD, Champion HR, et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. *J Trauma* 1989; 29(12): 1664-6.
- [3] Biserte J., Mazeman E., Lemaître L. Les traumatismes de moyenne gravité du rein : évolution des indications thérapeutiques. *Chirurgie*, 1996; 121 : 359-362.
- [4] Henry P.C., Charbennes E., Wallerand H., Bittard H : Prise en charge actuelle des traumatismes graves du rein. *Prog Urol*, 2002, 12, P579-586.
- [5] Kane R, Ndiaye A, Diouf M, Ogoubemy M.: Prise en charge des traumatismes fermés du rein à propos de 35 cas. *URO'ANDRO* 2014. 1(2) 104-9
- [6] Dinkel H.S., Danuser H., Triller J.: Blunt renal trauma: minimally invasive management with microcatheter embolization-experience in nine patients. *Radiology*, 2002 ; 223 : 723-730
- [7] Uriot C, Hoa D, Leguen V. Traumatismes du rein et de l'uretère. *EMC-Radiologie* 2. 2005;637-52.
- [8] Dinkel H.S., Danuser H., Triller J.: Blunt renal trauma: minimally invasive management with microcatheter embolization-experience in nine patients. *Radiology*, 2002 ; 223 : 723-730
- [9] Coccolini F, Ernest E. Moore EE, Kluger Y, Biffl W, Ari Leppaniemi A et al.: Kidney and uro-trauma: WSES-AAST guidelines. *World Journal of Emergency Surgery* (2019) 14:54
- [10] Saidi A, Bocqueraz F, Descotes JL, Cadi P, Terrier N, Boillot B, Rembeaud JJ. Les traumatismes fermés du rein: 10 ans d'expérience. *Prog Urol* 2004;14:1125-31
- [11] Descotes J. L., Hubert J. : l'urologie par ses images. *Prog Urol.* ; 2003 ; 13 :1129-43.
- [12] Anselmo da Costa I, Amend B, Stenzl A, Bedke J

.Contemporary management of acute kidney trauma:

Journal of Acute Disease, 2016; 5(1): 29-36

[13] Sorena K, Ross E. A, Michelle F, Mary MMF, Gregory J. S, James M. H, et al: Incidence of urinary extravasation and rate of ureteral stenting after high-grade renal trauma in adults: a meta-analysis. Transl Androl Urol, 2018; 7(Suppl 2): 169-178

[14] Darcq C, Guy L, Garcier JM, Boyer L, Boiteux JP. Fistules artérioveineuses secondaires post traumatiques du rein et leur embolisation. A propos de 03 cas. Prog Urol 2002;12:21-6.

Pour citer cet article :

OD Yé, A Ouattara, AK Paré, C Yaméogo, D Bayané, M Simporé et al. Traumatismes rénaux fermés de haut grade au centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). Prise en charge en urgence, résultats et pronostic. Jaccr Africa 2021; 5(4): 125-131



Article original

Le vitiligo de l'enfant à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs

Childhood vitiligo in Dakar: epidemiological, clinical and evolutionary aspects

B Seck*¹, M Diallo², B A Diatta², M T Ndiaye³, A Diop¹, S Diadie², A Deh², Kh Diop³, N Ndour¹, C Ndiaye², M Sarr¹, M Ndiaye², F Ly¹, S O Niang².

Résumé

Introduction : Le vitiligo de l'enfant est très peu étudié en Afrique Subsaharienne. Notre objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs du vitiligo de l'enfant à Dakar.

Méthodologie : Une étude prospective descriptive était menée dans les 3 services dermatologiques du CHU de Dakar sur une période de 8 mois (février à octobre 2019). Etaient inclus tous les patients de moins de 18 ans présentant un vitiligo.

Résultats : Nous avons colligé 40 cas correspondant à une prévalence hospitalière de 0,2%. Il s'agissait de 32 filles et de 8 garçons soit un sex-ratio de 0,25. L'âge moyen de nos patients était de 8 ans et l'âge moyen de survenue du vitiligo était de 5,1 ans. Un contexte de stress était retrouvé dans 22,5% des cas. Des antécédents familiaux de vitiligo étaient rapportés dans 37,5% des patients. Le vitiligo vulgaire (32,5%) était la forme clinique la plus fréquente et les organes génitaux externes (55%) étaient le site le plus affecté. Un phénomène de Koebner était présent dans 35% des cas. Aucun cas d'association à une maladie auto-immune n'était retrouvé. Le traitement était le plus souvent à base de dermocorticoïdes (72,5%). L'évolution était marquée par une repigmentation

partielle dans 47,5% des cas. Les lésions étaient stables dans 40% des cas.

Conclusion : Le vitiligo est une affection relativement rare chez l'enfant. La prédominance de l'atteinte des organes génitaux externes était remarquable dans notre étude.

Mots-clés : Vitiligo, Enfant, Dakar.

Abstract

Introduction: Compared to adults, data on childhood vitiligo are few in sub-Saharan Africa. This study aims to describe epidemiological, clinical and evolutionary aspects of childhood vitiligo in Dakar.

Methodology: This was a prospective descriptive study carried out in the 3 departments of dermatology at UHC in Dakar over a period of 8 months (from February to October 2019). We included all patients under 18 years presenting a vitiligo.

Results: We collected 40 childhood vitiligo cases, corresponding to a hospital prevalence of 0.2%. There were 32 girls and 8 boys, i.e. a sex ratio of 0.25. The mean age of patients was 8 years and the mean age of vitiligo onset was 5.1 years. A stressful event was found in 22.5% of cases. A family history of vitiligo was reported in 37.5% of patients. Vitiligo vulgaris,

found in 32.5% of cases, was the most frequent clinical form. The external genitals were the most affected site (55%). A Koebner phenomenon was present in 35% of cases. No cases of association with an autoimmune disease were found. Treatment was most often based on topical corticosteroids (72.5%). The evolution was marked by partial repigmentation in 47.5% of cases. The lesions were stables in 40% of cases. Conclusion: Vitiligo is a relatively rare condition in child. Our study is remarkable for the predominance of the external genitalia involvement.

Keywords: Vitiligo, Child, Dakar.

Introduction

Le vitiligo est une affection dépigmentante acquise qui affecterait environ 0,1 à 2% de la population mondiale [1]. Cependant sa prévalence reste variable selon les groupes ethniques et les catégories d'âges [1,2]. La prévalence exacte dans la population pédiatrique est inconnue, le vitiligo débute avant l'âge de dix ans dans environ 25 % des cas [1]. La moyenne d'âge dans les différentes études varie entre quatre et huit ans avec un début très précoce possible dès l'âge de trois mois [3,4,5]. Le vitiligo de l'enfant, bien que cliniquement similaire à celui de l'adulte, s'est avéré distinct au plan épidémiologique, thérapeutique et pronostique. En Afrique subsaharienne, peu de données sont disponibles sur le vitiligo de l'enfant. A notre connaissance, il n'existe que 2 séries d'Afrique subsaharienne de vitiligo de l'enfant [6,7]. Au Sénégal, aucune étude n'a encore été réalisée sur ce sujet. L'objectif de notre travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs du vitiligo de l'enfant au CHU de Dakar.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique descriptive menée sur une période de 8 mois (1^{er} février au 1^{er} octobre 2019) dans les 3 services de dermatologie du CHU de Dakar (Sénégal). Nous

avons inclus tous les patients âgés de moins de 18 ans présentant un vitiligo, dont le consentement des parents était obtenu. Le diagnostic de vitiligo était clinique. La classification de la conférence de consensus et des questions globales du vitiligo (VGICC) a été utilisée pour catégoriser les formes cliniques. La saisie et l'analyse des données étaient effectuées grâce au logiciel SPSS IBM Statistics version 22.

Résultats

Nous avons colligé 40 cas de vitiligo de l'enfant sur un total de 19465 consultants, soit une prévalence hospitalière de 0,2 %. Il s'agissait de 32 filles (80%) et de 8 garçons (20%), soit un sex-ratio de 0,25. L'âge moyen de nos patients était de 8 ans \pm 4,9 avec des extrêmes de 1 et 16 ans.

Des antécédents familiaux de vitiligo étaient retrouvés dans 37,5% (n=15) des cas. Une notion de consanguinité des parents de 1^o degré et de 2^o degré était rapportée respectivement dans 12,5% (n=5) et 25% (n=10) des cas.

L'âge moyen de début du vitiligo était de 5,1 ans \pm 4,2. Le vitiligo était apparu au décours d'un évènement stressant dans 22,5% (n=9) des cas dont 4 cas liés à des problèmes scolaires, 3 cas à un divorce des parents et 2 cas liés à un deuil.

Le vitiligo était associé à des signes fonctionnels dans 50% (n=20) des cas, à type de prurit chez 18 cas et de sensation de cuisson chez 2 cas. Sur le plan clinique, le vitiligo était vulgaire dans 32,5% (n=13), focal dans 27,5% (n=11), muqueux dans 20% (n=8), acrofacial dans 12,5% (n=5) et segmentaire dans 7,5% (n=3). Le vitiligo était localisé aux organes génitaux externes dans 55% (n=22) des cas, aux membres inférieurs dans 45% (n=18), aux membres supérieurs dans 42,5% (n=17), à la face dans 35% (n=14) et au tronc dans 30% (n=12). Un phénomène de Koebner était retrouvé dans 35% (n=14) des cas.

Un bilan thyroïdien, réalisé chez 6 patients, était normal chez tous. Le prélèvement vaginal effectué

chez 8 patients était négatif dans tous les cas. Nous n'avons pas retrouvé de maladie auto-immune associée au vitiligo chez nos patients.

Un sentiment de stigmatisation avec isolement était retrouvé dans 22,5% (n=9) des cas, alors que 65% (n=26) d'entre eux étaient indifférents de leur affection. Chez les parents, 70% (n=28) éprouvaient un sentiment d'angoisse et 30% (n=12) acceptaient la maladie de leur enfant.

Le traitement était topique dans 90 % (n=36) des cas, à base de dermocorticoïdes seuls (72,5%), de tacrolimus (15%) et d'association dermocorticoïde + calcipotriol (1 seul cas). Une corticothérapie générale était prescrite dans 12,5% (n=5) associée chez 3 cas à un dermocorticoïde. L'évolution était marquée par une repigmentation partielle dans 47,5% (n=19) des cas, une stabilisation des lésions dans 40% (n=16) et une évolutivité dans 12,5% (n=5).



Figure 1 : Vitiligo vulgaire chez une fille de 14 ans



Figure 2 : Vitiligo à localisation vulvaire et anale chez une fillette de 5 ans

Discussion

Nous avons rapporté les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs d'une série de 40 cas de

vitiligo de l'enfant colligé à Dakar. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude sur le vitiligo infantile au Sénégal et la troisième en Afrique subsaharienne [6,7]. Dans notre série, nous avons retrouvé une prévalence hospitalière de 0,2%. La prévalence hospitalière du vitiligo de l'enfant était plus importante au Nigéria avec 13,3% et au Madagascar avec 6,7 % [6,7]. Cependant, dans ces 2 séries africaines, la prévalence était uniquement rapportée à la population pédiatrique contrairement dans notre série. Ailleurs, la prévalence du vitiligo de l'enfant est diversement appréciée selon les séries, allant de 0,04 à 2,16% [8]. Ces variations sont probablement liées aux différences de méthodologie.

Dans notre étude, nous avons retrouvé une nette prédominance féminine du vitiligo de l'enfant avec un sex-ratio de 0,25. La plupart des séries rapportent également cette prédominance féminine. En effet, le sex-ratio était de 0,39 au Madagascar [7], 0,52 au Nigéria [7], 0,47 au Maroc [9], 0,61 au Brésil [10] et 0,72 en Inde [11]. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par un préjudice esthétique plus important chez les filles. Cependant, une égalité dans les 2 sexes, voire même une légère prédominance masculine a été rapportées dans quelques rares séries en Chine [12,13].

Dans la littérature, l'âge moyen de début du vitiligo de l'enfant se situe généralement entre 4 et 8 ans, ce qui concorde parfaitement avec nos résultats [7,10,11]. Cependant, au Maroc, Lahlou et al. ont rapporté un âge moyen de début plus tardif de 10 ans [9]. Dans notre étude, le vitiligo était survenu au décours d'un événement stressant chez près d'un quart des patients. Le rôle du stress dans la survenue du vitiligo a été soulevé dans plusieurs études cas-témoins [14,15].

Nous avons retrouvé un antécédent familial de vitiligo chez 37,5% de nos patients. Une fréquence similaire a également été retrouvée en Grèce (35%) [16], aux USA (35%) [17] et en Arabie Saoudite (36,9%) [18]. La fréquence de l'antécédent familial dans le vitiligo de l'enfant, similaire à celle observée chez l'adulte, suggère le rôle déterminant de la génétique dans la genèse de la maladie quel que soit l'âge [19].

Le vitiligo vulgaire était la forme clinique la plus fréquente dans notre étude, suivie du vitiligo focal. Des résultats similaires ont été retrouvés dans de nombreuses autres séries, notamment en Inde, en Chine, au Maroc et au Madagascar [7,9,11,20]. Par contre, au Nigéria, Anaba et al. ont rapporté une prédominance de la forme segmentaire, qui était la forme la moins fréquente dans notre série [6]. En Inde, Agarwal et al. ont rapporté quant à eux une prédominance de la forme acrofaciale sur une série plus large de 268 cas [21].

La prédominance de l'atteinte des organes génitaux externes observée dans notre étude constitue une particularité majeure. En effet, dans plusieurs autres séries, la face et le cou constituaient les sites les plus fréquemment affectés tandis que les organes génitaux externes étaient la localisation la moins concernée [6,10,18,21]. La prédominance de l'atteinte génitale notée dans notre étude serait probablement un biais, en rapport avec une plus grande tendance à consulter liée au mythe que représente l'organe génital externe, surtout celui de la fille dans nos sociétés.

Le phénomène de Koebner a été retrouvé chez 35% de nos patients. Ce résultat concorde avec d'autres études, notamment celle de Martins au Brésil et celle de Agarwal en Inde [10,21]. Le phénomène de Koebner serait plus fréquemment observé dans le vitiligo non segmentaire, comparativement au vitiligo segmentaire [22].

Dans notre étude, aucun enfant ne présentait une maladie auto-immune associée au vitiligo. Il en est de même dans plusieurs autres séries [6,23]. Bien que l'hypothèse auto-immune soit la plus avancée dans la pathogénie du vitiligo, l'association de maladie auto-immune au vitiligo de l'enfant est variable dans la littérature. L'association la plus fréquemment rapportée est celle avec la thyroïdite auto-immune, retrouvée jusqu'à 25 % des cas [24].

Dans notre étude, l'évolution du vitiligo de l'enfant semble souvent favorable avec un taux de repigmentation partielle chez près de la moitié des cas sous traitement local seuls. Différentes études rapportent des taux de réponse partielle importants

sous dermocorticoïdes seuls, allant de 45 à 60% [25,26].

Conclusion

Le vitiligo de l'enfant est relativement rare. Il survient plus fréquemment chez la fille à un âge précoce. Il est souvent associé à des antécédents familiaux de vitiligo. La forme vulgaire est la présentation la plus fréquente. L'atteinte des organes génitaux externes reste particulièrement fréquente à Dakar. Son évolution semble souvent favorable sous traitement local.

*Correspondance

Birame Seck

bir.seck@yahoo.fr

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

- 1 : Service de Dermatologie, Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar, Sénégal.
- 2 : Service de Dermatologie, Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, Sénégal.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Zhang Y, Cai Y, Shi M, Jiang S, Cui S, Wu Y, Gao XH, Chen HD. The Prevalence of Vitiligo: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 Sep 27;11(9):e0163806.
- [2] Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, van Geel N. Vitiligo. *Lancet*. 2015 Jul 4; 386(9988):74-84.
- [3] Howitz J., Brodthagen H., Schwartz M., Thomsen K. Prevalence of vitiligo. Epidemiological survey of the Isle of Bornholm, Denmark *Arch Dermatol* 1997 ; 113 : 47-52
- [4] Cho S, Kang HC, Hahm JH. Characteristics of vitiligo in Korean children. *Pediatr Dermatol*. 2000;17:189-93.

- [5] Prčić S, Duran V, Poljacki M. Vitiligo in childhood. *Med Pregl.* 2002;55:475-80.
- [6] Anaba EL, Adebola OO. Clinical characteristics of childhood vitiligo in Nigeria. *Int J Contemp Pediatr.* 2019 Mar;6(2):578-582.
- [7] Mamisoa RI, Arilala SF, Judicaël HNMO, Ndrantoniaina R, Harinjara RN, Andréa RH, et al. Childhood Vitiligo Seen in Dermatology Department of the University Hospital Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar. *EC Microbiology* 15.5 (2019).
- [8] Krüger C, Schallreuter KU. A review of the worldwide prevalence of vitiligo in children/adolescents and adults. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1206-1212. doi:10.1111/j.1365-4632.2011.05377.
- [9] Lahlou A, Baybay H, Gallouj S, Mernissi FZ. Childhood vitiligo: Clinical epidemiological profile. *Our Dermatol Online.* 2017;8(3):264-267.
- [10] Martins CPDS, Hertz A, Luzio P, Paludo P, Azulay-Abulafia L. Clinical and epidemiological characteristics of childhood vitiligo: a study of 701 patients from Brazil. *Int J Dermatol.* 2020;59(2):236-244. doi:10.1111/ijd.14645.
- [11] Gupta M. Childhood vitiligo: A clinicoepidemiological study. *Indian J Paediatr Dermatol* 2018;19:212-4.
- [12] Hu Z, Liu JB, Ma SS, Yang S, Zhang XJ. Profile of childhood vitiligo in China: An analysis of 541 patients. *Pediatr Dermatol* 2006;23:114-6.
- [13] Lin X, Tang LY, Fu WW, Kang KF. Childhood vitiligo in China: Clinical profiles and immunological findings in 620 cases. *Am J Clin Dermatol* 2011; 12:277-81.
- [14] Barisić-Drusko V, Rucević I. Trigger factors in childhood psoriasis and vitiligo. *Coll Antropol.* 2004;28(1):277-285.
- [15] Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:921-928.
- [16] Nicolaidou E, Antoniou C, Miniati A, Lagogianni E, Matekovits A, Stratigos A, et al. Childhood and later-onset vitiligo have diverse epidemiologic and clinical characteristics. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66:954-8.
- [17] Pajvani U, Ahmad N, Wiley A, Levy RM, Kundu R, Mancini AJ, et al. The relationship between family medical history and childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 2006 ;55(2) : 238-44.
- [18] Al-Jabri MM, Al-Raddadi A. Childhood vitiligo: A retrospective hospital-based study, Jeddah, Saudi Arabia. *J Dermatol Dermatol Surg.* 2011;15(1):15-7.
- [19] Lazzeri L, Colucci R, Cammi A, Dragoni F, Moretti S. Adult Onset Vitiligo: Multivariate Analysis Suggests the Need for a Thyroid Screening. *Biomed Res Int.* 2016; 8065765. doi:10.1155/2016/8065765.
- [20] Hu Z, Liu JB, Ma SS, Yang S, Zhang XJ. Profile of childhood vitiligo in China: an analysis of 541 patients. *Pediatr Dermatol.* 2006;23(2):114-6.
- [21] Agarwal S, Gupta S, Ojha A, Sinha R. Childhood vitiligo: clinicoepidemiologic profile of 268 children from the Kumaun region of Uttarakhand, India. *Pediatr Dermatol.* 2013;30(3):348-353.
- [22] Mazereeuw-Hautier J, Bezio S, Mahe E, Bodemer C, Eschard C, Viseux V, et al. Groupe de recherche clinique en dermatologie pédiatrique (GRCDP). Segmental and nonsegmental childhood vitiligo has distinct clinical characteristics: a prospective observational study. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:945-9.
- [23] Jain M, Jain SK, Kumar R, Mehta P, Banjara N, Kalwaniya S. Clinical profile of childhood vitiligo patients in Hadoti region in Rajasthan. *Indian J Paediatr Dermatol* 2014;15:20-3.
- [24] Garg S, Mahajan VK, Mehta KS, Chauhan PS, Gupta M, Rawat R. Vitiligo and associated disorders including autoimmune diseases: A prospective study of 200 Indian patients. *Pigment Int.* 2015; 2:91-6.
- [25] Marinho Fde S, Cirino PV, Fernandes NC. Clinical epidemiological profile of vitiligo in children and adolescents. *An Bras Dermatol.* 2013;88(6):1026-1028. doi:10.1590/abd1806-4841.20132219
- [26] Gianfaldoni S, Wollina U, Tehernev G, Lotti J, França K, Lotti T. Vitiligo in Children: A Review of Conventional Treatments. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;6(1):213-217.

Pour citer cet article :

B Seck, M Diallo, BA Diatta, MT Ndiaye, A Diop, S Diadie et al. Le vitiligo de l'enfant à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 132-136



Cas clinique

Fractures obstétricales du fémur : à propos de 4 cas à l'hôpital de Sikasso (mali)

Obstetrical fractures of the femur: about 4 cases at Sikasso hospital (Mali)

MB Coulibaly*¹, A Cissouma², SA Traoré³, IA Kamissoko⁴, M Diassana¹, S Diaby⁵, H Poma², B Traoré¹, I Amadou⁶, OM Coulibaly⁶, MK Djiré⁶, M Sacko¹, P Kelema², A Diallo¹, E Ballo⁷, T Traoré⁷, L Touré⁷, MA Dembélé⁸, D Haïdara², Y Coulibaly⁶

Résumé

Introduction : Les fractures obstétricales du fémur sont des événements rares au décours de l'accouchement. Elles surviennent soit par voie basse, soit par césarienne. **Patients et Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale portant sur 4 dossiers d'observations de fractures obstétricales du fémur colligées au service de chirurgie entre 15 Avril 2020 au 15 Avril 2021. **Résultats :** Le nombre total de fractures était de 4 pour le fémur dont une multi segmentaire (Jambe et bras gauches). Toutes les fractures du fémur siégeaient au niveau de la diaphyse. Le délai moyen de d'évolution était 24 heures. La grossesse était gémellaire dans 1 cas. Les accouchements ont été réalisés par voie basse dans 2 cas et par césarienne dans 2 cas. La présentation était de siège dans tous les cas. Le traitement orthopédique a été réalisé chez nos patients. L'évolution était favorable chez tous nos patients après un recul moyen de 6 mois.

Mots-clés : Fracture obstétricale, fémur, Nouveau-né, Mali.

Abstract

Introduction: Obstetric fractures of the femur are rare events during childbirth. They occur either vaginally

or by cesarean section.

Methodology: This is a cross-sectional study involving 4 files of observations of obstetric fractures of the femur collected in the surgical department between April 15, 2020 to April 15, 2021. **Results:** The total number of fractures was 4 for the femur including a multi segmental (left leg and arms). All the fractures of the femur were located at the level of the diaphysis. The mean time to evolution was 24 hours. The pregnancy was twins in 1 case. The deliveries were carried out vaginally in 2 cases and by caesarean section in 2 cases. The presentation was siege in all cases. Orthopedic treatment was performed in our patients. The outcome was favorable in all of our patients after a mean follow-up of 6 months.

Keywords: Obstetric fracture, femur, Newborn, Mali.

Introduction

La fracture obstétricale est un événement rare au décours d'un accouchement, soit par voie basse, soit par césarienne [1]. L'incidence de la fracture obstétricale est de 0,1% au cours de la césarienne et de 0,5% lors des accouchements [2]. La prévalence

des fractures du fémur en particulier et celle des autres segments post césarienne sont rares [1-3]. L'expression clinique des traumatismes obstétricaux est variable et font suite à des accouchements difficiles [2]. Le traitement orthopédique donne un bon résultat et le pronostic est bon.

Cas clinique

A la consultation d'urgence néonatale, quatre patients ont été vus pour tuméfaction de la cuisse post césarienne. Nous avons retenu le diagnostic clinique de fracture du fémur d'obstétricale après une radiographie standard du membre (Figure 1 : patient 1). Tous les patients ont présenté au moins 3 signes majeurs de traumatismes obstétricaux, un membre inférieur inerte, plus ou moins déformé et douloureux à la moindre mobilisation. Le traitement réalisé chez nos patients était fait d'un plâtre pelvi jambier pendant 3 semaines (Figure 2 : patient 2,3 et 4). Seul le patient 1 a bénéficié d'une traction au zénith pendant 10 jours pour raison de prématurité. Le plâtre a été effectué d'emblée chez les autres. L'évolution était favorable chez tous nos patients après un recul moyen de 6 mois. Les paramètres étudiés sont résumés dans le tableau 1.



Figure 1 : Fracture du fémur associée à une fracture du tibia et de l'humérus



Figure 2 : traitement orthopédique par le plâtre pelvi-jambier

Tableau I : paramètres étudiés

Paramètre	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
Age maternel	20 ans	35 ans	32 ans	29
Délais de consultation	24 heures	24heures	24 heures	12heures
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin	Masculin
Coté atteint	gauche	Gauche	droit	droit
ATCD Obst	Grossesse gemellaire , primigeste	Primigeste	2 ^{ème} geste	3 ^{ème} geste
Poids de naissance	1700grs	3180 grs	3600 grs	3100 grs
Etat général	passable	Passable	Passable	passable
Diagnostic associé	Prématurité	Anoxie	0	0
Lésion traumatique associée	Fracture de la jambe et de l'humérus	0	0	0
Mode de naissance et présentation	Voie basse/siège	Césarienne Primi-pare âgée/ siège	Césarienne / siège	Césarienne /siège
TRAITEMENT	Platre pelvi-jambier	Plâtre pelvi jambier	Plâtre pelvi jambier	Plâtre pelvi jambier
Durée	3 Semaines	3 Semaines	3 Semaines	3 Semaines
Evolution	favorable	favorable	favorable	favorable

Discussion

Les traumatismes obstétricaux représentent l'ensemble des lésions acquises survenant au décours l'extraction d'un nouveau-né. Ils sont considérés comme les complications des accouchements dystociques et ou des césariennes [1,2,5].

L'incidence des fractures obstétricales du fémur est de 0.13 pour 1000 naissance.^{3 5}

Dans le contexte Africain, le traumatisme obstétrical est une pathologie fréquente en pratique quotidienne [2,4]. Au Mali, peu de travaux ont été réalisés sur l'ensemble des traumatismes obstétricaux du fémur et les quatre cas rapportés ne traitent que les patients reçus dans notre service pour prise en charge. Le diagnostic est le plus souvent évident et est confirmé par la radiographie standard. il repose sur une inertie membre inférieur, une déformation et une et douleur à la moindre mobilisation. Ces données corroborent avec celles retrouvées Yaokreh, Gangaram et SOUNA [2,3,4]. Dans notre étude, les facteurs de risque étaient essentiellement dû à la prématurité, la Grossesse gémellaire et la présentation du siège. Nos facteurs de risque sont similaires avec certaines données de la littérature qui retrouvent les manœuvres obstétricales non adaptées au moment de l'expulsion par voie basse ou par césarienne [1,2,5]. Le Poids de naissance, âge gestationnel, la parité initialement impliqué comme cause de fracture du fémur ne semble pas jouer un rôle majeur dans le mécanisme du traumatisme [2,5,6]. Nous pensons comme certains auteurs que la survenue des fractures obstétricales pourraient s'expliquer par les mauvaises indications et ou l'inexpérience de l'obstétricien [2,4]. Les fractures associées chez le patient 1 pourraient s'expliquer par une fragilité osseuse liée à l'hypotrophie. Le traitement orthopédique réalisé chez nos patients corrobore avec les données de la littérature dans le principe [1,2,4]. Il est moins agressif possible, donne un bon résultat dans la majorité des cas et les séquelles sont rares [1,2]. Cependant le traitement optionnel par le harnais de Pavlik reste d'actualité mais contraignant dans notre contexte [3,7].

La traction zénithale de Bryant des deux jambes jusqu'à la formation du cal osseux avant le plâtre est de règle dans la littérature [5,7]. Cette technique a été effectuée chez un seul patient. Le choix du plâtre d'emblée s'explique par les conditions d'hospitalisation en néonatalogie afin d'éviter les infections nosocomiales néonatales. Le résultat de l'ensemble des techniques est favorable car les fractures obstétricales bénéficient de l'extraordinaire remodelage osseux de l'enfant en croissance [1,2,4,5].

Conclusion

Les fractures obstétricales peuvent survenir au décours de l'accouchement, soit par voie basse, soit par césarienne. La formation continue des obstétriciens et la maîtrise de la dynamique obstétricale devront permettre de réduire la survenue de ces fractures.

*Correspondance

Mamadou Bernard Coulibaly

mbernardcoul@gmail.com

Disponible en ligne : 26 Octobre 2021

- 1 : Service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso
- 2 : Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso
- 3 : Service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso
- 4 : Service de gynécologie obstétrique du Centre médical Mgr JMC de Sikasso
- 5 : Service de chirurgie de l'hôpital de Mopti
- 6 : Service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako
- 7 : Service de traumatologie/orthopédie de l'hôpital de Sikasso
- 8 : Service de radiologie et d'Imagerie médicale Hôpital de Sikasso

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Thomas Blanc, Aline Bourgeoi, Xavier Deloin, Marianne Morineau, Farshid Moshiri, Christophe Glorion 94 Fractures obstétricales : épidémiologie, présentation et prise en charge à propos de 70 cas. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil Moteur* Volume 93, Issue 7, Supplement 1, November 2007, Page 73
- [2] Yaokreh JB, Kouamé YGS, Tembely S, Kouamé DB, Dieth AG, Ouattara O, Dick KR. Fractures obstétricales lors des césariennes au CHU de Yopougon. *Rev.Afr.Chir.Spéc.*2014. N°01 Jan -Avril : 17-20
- [3] Gangaram Akangire, , Brian Carter. Birth Injuries in Neonates. *Pediatr Rev* . 2016 Nov;37(11):451-462.
- [4] BS. Souna, H. Abarchi, N. Hassanatou. Les traumatismes obstétricaux des membres chez le nouveau né : Aspects épidémiologiques, Prise en charge, *Revue de la littérature.* (A propos de 7 cas colligés à Niamey) . *Rev Maroc Chir Orthop Traumato* 2006 ; 29 : 27-31
- [5] S. Nadas , F. Gudinchet , P. Capasso , O. Reinberg. Predisposing factors in obstetrical fractures. *Skeletal Radiol* (1993) 22:195-198
- [6] J T Awwad, D E Nahhas, K S Karam. Femur fracture during cesarean breech delivery. *Int J Gynaecol Obstet* . 1993 Dec;43(3):324-6.
- [7] Kancherla R, Sankineani SR, Naranje S et al. Birth-related femoral fracture in newborns : risk factors and management. *Journal of Children's Orthopaedics* Volume 6, Issue 3, July 1, 2012, Pages 177-180.

Pour citer cet article :

MB Coulibaly, A Cissouma, SA Traoré, IA Kamissoko, M Diassana, S Diaby et al. Fractures obstétricales du fémur : à propos de 4 cas à l'hôpital de Sikasso (Mali). *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 137-140



Article original

Connaissances et Attitudes des élèves d'un centre d'enseignement professionnel (CEP) d'Abidjan concernant la dépigmentation

Knowledge and Attitudes of students at a vocational education center (VEC) in Abidjan regarding depigmentation

YI Kouassi^{*1,2}, HS Kourouma^{1,2}, AS Allou^{1,2}, KA Kouassi^{1,2}, YJDA N'dri², KKP Gbandama^{1,2}, KC Ahogo^{1,2}, K Kouame^{1,2}, K Kassi^{1,2}, M Kaloga^{1,2}, EJ Ecra^{1,2}, IP Gbery^{1,2}, A Sangare^{1,2}

Résumé

Cette étude a été menée afin de décrire les connaissances et les attitudes des élèves d'un établissement secondaire de la capitale économique.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude transversale exploratoire et descriptive au centre d'enseignement professionnel de Port-Bouët (Abidjan). Un échantillonnage aléatoire constitué de 205 élèves des 07 classes provenant des 5 filières de formation a été fait. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPI INFO 3.5.1

Résultats : L'âge des enquêtés était compris entre 16 et 29 ans avec une moyenne d'âge égale à 22 ans. Il y avait une prédominance féminine avec 96,1%. Tous les élèves ont affirmé avoir entendu parler de la dépigmentation cutanée. Les canaux d'informations étaient la télévision (86,34%), un ami (51,21%), les journaux écrits (35,60%) et les parents (23,41%). Les enquêtés préféraient la peau bronzée (peau claire en côte d'ivoire) (69,75%). Les enquêtés ne cautionnaient pas la dépigmentation dans 66,34% des cas. Les élèves qui étaient favorables à la dépigmentation représentaient 5,36%. Plus du tiers des enquêtés (34,15%) ont estimé que les femmes à la

peau claire étaient plus attirantes et plus belles que les femmes à la peau noire. Selon les noms des différents produits cosmétiques utilisés par les élèves pendant l'enquête, l'on a noté ce qui suit : les produits étaient éclaircissants dans 70,73% des cas et non éclaircissant dans 26,83%. Seul 2,44% n'utilisaient aucun produit. Les produits cosmétiques étaient essentiellement achetés dans des boutiques cosmétiques (53,20%), le marché (40,50%) et en pharmacie (6,30%).

Conclusion : Les élèves avaient de bonnes connaissances sur la dépigmentation. Cependant la majorité préférait la peau claire. Ces élèves utilisaient majoritairement des produits dépigmentants.

Mots-clés : dépigmentation, élèves, connaissances, attitudes, pratiques, Abidjan.

Abstract

This study was carried out to describe the knowledge, attitudes and practices of students at a secondary school in the economic capital.

Methodology: We carried out an exploratory and descriptive cross-sectional study at the vocational education center of Port-Bouët (Abidjan). A random sampling made up of 205 students from the 07 classes

from the 5 training courses was carried out. The data were entered and analyzed with the EPI INFO software 3.5.1

Results: The age of the respondents was between 16 and 29 years old with an average age of 22 years. There was a female predominance with 96.1%. All of the students said they had heard of skin depigmentation. The news channels were TV (86.34%), a friend (51.21%), print newspapers (35.60%) and parents (23.41%). Respondents preferred fair skin (69.75%). Respondents did not support depigmentation in 66.34% of cases. Students who favored depigmentation accounted for 5.36%. More than a third of respondents (34.15%) felt that women with fair skin were more attractive and more beautiful than women with black skin. According to the names of the different cosmetic products used by the students during the survey, the following was noted: the products were lightening in 70.73% of cases and not lightening in 26.83%. Only 2.44% did not use any product. Cosmetic products were mainly bought in cosmetic stores (53.20%), the market (40.50%) and in pharmacies (6.30%).

Conclusion: the students had a good knowledge of depigmentation. However, the majority preferred fair skin. These students mainly used depigmenting products.

Keywords: depigmentation, students, knowledge, attitudes, practices, Abidjan.

Introduction

La dépigmentation cutanée volontaire consiste en l'utilisation de topiques détournés de leur usage ou de produits illicites pour éclaircir la teinte naturelle de la peau (1). Cette pratique est fréquente en Afrique subsaharienne. Elle peut entraîner plusieurs complications telles que des dermatoses infectieuses récidivantes, des troubles pigmentaires, des cancers cutanés (2,3). Face à ce constat, la côte d'ivoire a pris un décret en Avril 2015 portant réglementation des produits cosmétiques et des produits d'hygiène corporels (4). Plusieurs années plus tard, les pratiques

dépigmentantes persistent au sein de la communauté ivoirienne en général et particulièrement chez les jeunes filles en quête de bien être corporel ou de séduction. Les adolescents et les adultes jeunes ne sont pas épargnés par ce fléau. L'utilisation précoce de ces produits dépigmentants sur un organisme en croissance tel que chez l'adolescent, peut engendrer des complications qui vont impacter durablement leur santé. La connaissance des motivations et les pratiques des jeunes face à la dépigmentation peuvent permettre d'adapter les supports de sensibilisation de cette cible fragile. C'est dans cette optique que cette étude a été menée afin de décrire les connaissances et les attitudes des élèves dans un établissement secondaire de la capitale économique.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale de type exploratoire et descriptif. Elle s'était déroulée au centre d'enseignement professionnel de Port-Bouët (Abidjan).

La population de l'étude a concerné les élèves régulièrement inscrits au centre d'enseignement professionnel de Port-Bouët (Abidjan), repartis dans cinquante (50) classes au titre de l'année scolaire 2016-2017 soit 2056 élèves. Nous avons utilisé la technique de l'échantillonnage aléatoire pour constituer notre échantillon d'étude. Un tirage au hasard des différentes classes, toute filière et niveau d'étude confondus a été fait. Ainsi 07 classes d'élèves provenant de 5 filières de formation ont été choisies. L'échantillon a été constitué par l'effectif des 07 classes tirées au hasard qui était 207 élèves. Tous ces élèves ont été soumis chacun à un questionnaire auto administré sur une période de 07 jours ouvrables. L'administration et le recueil des fiches d'enquête avaient lieu de préférence le matin, car c'était le seul moment que l'on pouvait disposer de la majorité des élèves dans les classes grâce au contrôle quotidien des effectifs par les éducateurs.

La fiche d'enquête était composée de 30 questions dont 03 questions ouvertes et 27 questions fermées se

rapportant aux : Caractéristiques démographiques des élèves, Connaissances sur la dépigmentation et aux Attitudes en rapport avec la dépigmentation.

Une autorisation d'enquête de la direction des établissements et des professions sanitaires a été obtenue. Toutes les informations recueillies étaient tenues secrètes et l'anonymat était garanti. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPI INFO 3.5.

Résultats

Notre enquête a concerné 205 élèves sur 2056 régulièrement inscrits, au titre de l'année 2016-2017 au Centre d'Enseignement Professionnel de Port-Bouët, soit le 10^{ème} de l'effectif total. A l'issue de cette enquête, les résultats ci-dessous ont été obtenus.

- *Caractéristiques démographiques des enquêtés*
L'âge des enquêtés était compris entre 16 et 29 ans avec une moyenne d'âge égale à 22 ans. La tranche d'âge de [18 ans - 25 ans] représentait 83,3% (171) des élèves. Les moins de 18 ans représentaient 5,4% tandis que les plus de 25 ans représentaient 11,3%. Il y avait une prédominance féminine avec 96,1%. Les élèves du premier cycle représentaient 73,7% de l'échantillon contre 26,3% pour les élèves du second cycle. Les filières de formations des enquêtés étaient les suivantes : sanitaire sociale (42,4%), sciences médico-sociales (43%), esthétique (6,8%) coiffure (4,9%) et coupe couture (2,9%). Ils étaient majoritairement célibataires (86,8%). Ils vivaient maritalement dans 11,7% et mariés dans 1,5%.

- *Les connaissances des enquêtés*

Tous les élèves ont affirmé avoir entendu parler de la dépigmentation cutanée. Les canaux d'informations étaient la télévision (86,34%), un ami (51,21%), les journaux écrits (35,60%) les parents (23,41%). Une définition acceptable de la dépigmentation a été donnée par 59% des enquêtés. L'hydroquinone a été citée comme produit dépigmentant par 94,14% des élèves. Les corticoïdes et les dérivés mercuriels ont été cités par 11,70% chacun des élèves. Les complications de la dépigmentation ont été répertoriées par 71,71% des

élèves (tableau 1).

- *Attitudes des enquêtés face à la dépigmentation*
Les enquêtés préféraient la peau bronzé (69,75%), Variante peau claire en côte d'ivoire. La peau noire et la peau claire étaient préférées respectivement par 33,65% et 29,26% des élèves. La peau cirée (une variante de la peau claire) et la peau blanche étaient préférées par respectivement 33,17% et 1,95% des élèves. Les enquêtés ne cautionnaient pas la dépigmentation dans 66,34% des cas tandis que 28,30% d'entre eux n'avaient pas d'avis. Les élèves qui étaient favorable à la dépigmentation représentaient 5,36%. Environ le quart des enquêtés (20,48%) conseilleraient la pratique dépigmentante. Plus du tiers des enquêtés (34,15%) ont estimé que les femmes à la peau claire étaient plus attirantes et plus belles que les femmes à la peau noire. Les motivations de la pratique dépigmentante selon les élèves sont relatées dans le tableau 2.

- *Pratiques des enquêtés*

Selon les noms des différents produits cosmétiques utilisés par les élèves pendant l'enquête l'on a noté ce qui suit : les produits étaient éclaircissants dans 70,73% des cas et non éclaircissant dans 26,83%. Seul 2,44% n'utilisaient aucun produit. Aucune substance n'était ajoutée au produit cosmétique chez 90,73% des enquêtés. La majeure partie des enquêtés (78,05%) déclarait utiliser seulement un savon de Marseille pendant le bain. Aucune autre substance n'était ajoutée au savon de toilette chez 90,20% des enquêtés contre 9,80% des élèves qui associaient d'autres produits. Les produits cosmétiques étaient essentiellement achetés dans des boutiques cosmétiques (53,20%), le marché (40,50%) et en pharmacie (6,30%). Plus des 2/3 des élèves (63,4%) déclaraient ne pas connaître la composition chimique des produits cosmétiques utilisés tandis que le 1/3 des élèves (36,60%) connaissait la composition chimique des produits cosmétiques utilisés. Les enquêtés ont déclaré avoir constaté un changement de l'éclat de leur peau dans 74,60% des cas suite à l'utilisation de leur produit cosmétique actuel. Le coût mensuel des produits cosmétiques utilisés variait entre 1000F CFA

(1,53 euros) et 5000 F CFA (7,67 euros) chez 84,39% des enquêtés. Environ 1/3 des élèves (29,80%) reconnaît avoir des pratiques dépigmentantes pendant l'enquête contre 70,20% des élèves qui disent ne pas avoir des pratiques dépigmentantes.

Tableau I : Fréquence des réponses des enquêtés selon les différents effets secondaires des produits cosmétiques connus

Effets secondaires	Fréquence (N=205)	Pourcentage
Peau à deux couleurs	181	88,29%
Vergetures	179	87,31%
Mauvaises odeurs corporelles	175	85,36%
Cancer de la peau	174	84,87%
Tâches sur la peau	139	67,80%
Boutons sur le visage	114	55,60%
Gales	31	15,12%
Mycoses	29	14,14%

Tableau II : Fréquence des réponses des enquêtés selon le but recherché dans l'utilisation des produits cosmétiques éclaircissants

But recherché	Fréquence (N=205)	Pourcentage
Séduire les hommes ou les femmes	155	75,60%
Être beau ou belle	147	71,70%
Être apprécié de tout le monde	104	50,73%
Arranger le teint	71	34,63%
Valoriser le corps	37	18,04%
Faire disparaître les tâches et les boutons	28	13,65%

Discussion

Cette étude a été menée chez des adolescents et des adultes jeunes en formation. La moyenne d'âge de nos enquêtés était de 22 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 18 à 25 ans (83,3%). Cette moyenne d'âge est superposable à celle de Guehi (20 ans)(5) mais différente de la plupart des études de la sous-région ouest africaine dont la tranche d'âge variait de 28.5 à 37 ans(1,6–8). L'une des particularités de cette étude demeure l'âge de nos enquêtés. En effet

c'est à l'adolescence et en début de maturité que l'envie de plaire à autrui naît. Ainsi tous les moyens à leurs dispositions pourront être utilisés. Connaître leurs motivations et leurs avis sur la question de la dépigmentation permettra de mieux orienter les actions de sensibilisation. Notre étude s'est déroulée dans une école de formation professionnelle avec des profils comme sanitaire sociale (42,4%), sciences médico-sociales (43%), esthétique (6,8%) coiffure (4,9%) et coupe couture (2,9%). Des métiers paramédicaux pour la plupart, intervenant de surcroît sur la peau et les phanères. La connaissance de la fonction ainsi que la structure anatomique et biologique de la peau doivent leur permettre de mieux appréhender les effets délétères des produits dépigmentants sur la peau. L'évaluation des connaissances des enquêtés a révélé que le concept de la dépigmentation est connu de tous. Le canal principal d'information sur la dépigmentation était la télévision (86,34%) puis par le biais d'un ami (51,21%). Si les canaux de communication traditionnelle telle que la télé, la radio et les journaux écrits ont été cités par ces jeunes comme sources principales d'information, il est à noter que les réseaux sociaux ne sont pas encore véritablement utilisés pour les sensibilisations. A notre ère, ce canal de communication est très prisé par la jeunesse donc les acteurs de la lutte contre la dépigmentation devraient l'intégrer dans leur stratégie de communication. Ces élèves ont une bonne connaissance des complications liées à la pratique dépigmentante (71,71%), cependant seule l'hydroquinone était bien connue comme produit dépigmentant (94,14%). Le niveau de connaissance global de ces élèves est bon cependant, quelques aspects comme la nature des produits dépigmentants utilisés devra être renforcée.

Concernant les attitudes des élèves, ils ne cautionnaient pas la dépigmentation dans leur majorité (66,34%), cependant ils préféraient la peau bronzée (69,75%). La peau bronzée dans le contexte ivoirien correspond à une peau claire, pâle. Cette attitude démontre que la dépigmentation peut ne pas être l'objectif premier de ces jeunes mais la volonté

d'améliorer l'éclat de la peau les conduit à utiliser des produits dépigmentants. Pour ces jeunes, l'on peut utiliser des produits cosmétiques dépigmentants pour l'embellissement de la peau qui n'est pas considérée comme une dépigmentation. Cette vision erronée de la situation mène ces jeunes dans un cercle vicieux de la dépigmentation par ignorance. Les raisons de l'utilisation des produits cosmétiques dépigmentants dans notre étude sont identiques à plusieurs études réalisées en Afrique subsaharienne(1,9) . Ces raisons se résumeront à l'amélioration de l'éclat de la peau en vue de plaire à autrui en générale et aux hommes en particularité. La plus part des auteurs décrivent ce phénomène chez les femmes en milieu urbain (1,5,9). Nous pensons qu'au-delà de plaire à autrui, la dépigmentation constitue un moyen pour les femmes urbaines de se démarquer de celles qui sont restées en milieu rural. Avoir un teint clair serait synonyme de réussite sociale.

Malgré que 70,73% des élèves utilisent des produits contenant des actifs depigmentants, seul 29,80% des élèves reconnaissent avoir des pratiques dépigmentantes. Ce résultat montre que soit la dépigmentation est pratiquée de façon insidieuse ou que les adeptes de cette pratique sont dans le déni. Ces jeunes élèves achètent leurs premiers produits cosmétiques sur le marché et le changement de l'éclat de la peau constitue un critère d'évaluation de ces produits. C'est à l'occasion de l'apparition de complication cutanée que ces jeunes se rendent compte de l'effet dépigmentant des produits cosmétiques utilisés. Dans ce cas de figure une sensibilisation doit être menée afin attirer l'attention des jeunes sur cette forme de dépigmentation. Le cout très abordable de ces produits cosmétiques sur le marché par rapport aux émollents plus chers vendus en pharmacie contribuerait à amplifier ce phénomène. Le faible coût et l'accessibilité de ces produits pourrait aussi expliquer pourquoi cette pratique est si répandue chez les femmes (1). En effet selon notre enquête le cout des produits cosmétique (84,39%) des élèves variaient entre 1000F CFA et 5000 F CFA. Ce résultat est superposable à une étude antérieure à Abidjan

(2000fcfa)(1) et à Dakar où la moyenne est de 3000F (7,10) et Lomé (11). Une baisse significative du prix des émollents vendus en pharmacie couplée à une bonne sensibilisation des jeunes contribuerait à réduire la prévalence de la pratique dépigmentante au sein de cette frange de la population.

Conclusion

Les adolescents en quête de bien être psychosocial sont livrés a eu même pendant le choix de leurs premiers produits cosmétiques. Dans certains cas l'utilisation des produits dépigmentants se fait inconsciemment sans réelle motivation. Cette étude a relevé que les jeunes ont relativement de bonnes notions générales sur la dépigmentation. Cependant 70,73% utilisent des produits dépigmentants essentiellement achetés dans des boutiques cosmétiques (53,20%), le marché (40,50%) et 63,4% ne connaissaient pas la composition chimique de ces produits cosmétiques utilisés. Dans un tel contexte la communication pour le changement de comportement mettant à contribution les réseaux sociaux pourrait permettre aux jeunes de mieux s'informer. L'état devrait aussi mettre en application effective le décret concernant la réglementation des produits cosmétiques.

***Correspondance**

Kouassi Yao Isidore

isidore.kouassi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

1 : UFR Sciences Médicales d'Abidjan, Université Félix-Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

2 : Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU de Treichville

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Kourouma S., Gbery I.P., Kaloga M., Ecra E.J., Sangaré A., Kouassi I.Y., Kassi K., Kouassi A.K., Yoboué P.Y. Dépigmentation cutanée cosmétique des femmes noires : résultats d'une enquête CAP à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Pan African Medical Journal* 2016; 24(1) : 1-6.
- [2] Ly F. Dépigmentation Cosmétique Volontaire (DCV) : enjeux sanitaires, pratiques, motivations et ébauches de solutions. *Peauologie - Rev Sci Soc Hum Sur Peaux* 2018;(1): 1-19. Mis en ligne le 01 juillet 2018, URL : <http://lapeauologie.fr/depigmentation-cosmetique-volontaire-dcv-enjeux-sanitaires-pratiques-motivations-et-ebauches-de-solutions/>
- [3] Raynaud E, Cellier C, Perret JL. Dépigmentation cutanée à visée cosmétique: enquête de prévalence et des effets indésirables dans une population féminine sénégalaise. *Ann Dermatol Vénéréol.* 2001; 128(6-7):720.
- [4] decret_2015_du_29_avril_2015_portant_reglementation.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: http://www.commerce.gouv.ci/commerce/userfiles/file/decret_2015_du_29_avril_2015_portant_reglementation.pdf
- [5] Guehi ZE, Sawadogo J-C. Image corporelle, estime de soi et usage de produits éclaircissants. *Peauologie - Rev Sci Soc Hum Sur Peaux* 2018;(1). Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02460530>
- [6] Del Giudice P, Raynaud E, Mahé A. L'utilisation cosmétique de produits dépigmentants en Afrique. *Bull Soc Pathol Exot.* 2003; 96(5):389-393.
- [7] Mahé A, Ly F, Gounongbé A. La dépigmentation cosmétique à Dakar (Sénégal) : facteurs socio-économiques et motivations individuelles. *Sci Soc Santé.* 2004;22(2):5-33.
- [8] Raynaud E, Cellier C, Perret JL. Depigmentation for cosmetic purposes: prevalence and side-effects in a female population in Senegal. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128(6-7):720-4.
- [9] Julienne Teclessou, Séfako Akakpo, Vincent Palokinam Pitche. Épidémiologie de la dépigmentation cosmétique volontaire en Afrique sub-saharienne. *La Peauologie - Revue de sciences sociales et humaines sur les peaux, La Peauologie* 2018, Le blanchissement de la peau humaine. [fhalshs-02460554f](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02460554f)
- [10] Morand JJ, Ly F, Lightburn E, Mahé A. Complications de la dépigmentation cosmétique en Afrique. *Med Trop.* 2007 ; 67(6):627-34.
- [11] Pitche P, Afanou A, Amanga Y, Tchangai, Walla K. Les pratiques cosmétiques dépigmentantes des Femmes à Lomé(Togo). *Med Afr Noire.* 1998; 45:709-713..

Pour citer cet article :

YI Kouassi, HS Kourouma, AS Allou, KA Kouassi, YJDA N'dri, KKP Gbandama et al. Connaissances et Attitudes des élèves d'un centre d'enseignement professionnel (CEP) d'Abidjan concernant la dépigmentation. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 141-146



Article original

Sexual function, self-esteem and marital satisfaction of women with children versus without children: a Tunisian survey

Fonction sexuelle, estime de soi et satisfaction conjugale des femmes avec enfants versus sans enfants: une enquête tunisienne

A Halouani¹, H Aloui*¹, H Abouda¹, A Ben Amor¹, A Triki¹, A Maamri¹

Abstract

Introduction: Following the delivery of children, women undergo several changes. It is thought that freed from the stress of childbearing, women would devote themselves to sexual pleasures. However, some studies suggest otherwise. Our aim is establish a correlation between on female sexual function, self-esteem and marital satisfaction and to.

Methodology: This is a descriptive, analytical cross-sectional study, comparing 34 women without children to 57 with children.

We used the FSFI score to compare sexual function, the Rosenberg scale to measure self-esteem, and the Locke and Wallace questionnaire to assess marital satisfaction.

Statistical analysis was performed using Xlstat software version 19.1.

Results: There was no significant difference in the overall FSFI score between the group of women with children and those without children.

The birth of children does not change the woman's self-perception and self-esteem, nor the degree of marital satisfaction.

There is a strong positive correlation between women's sexual function on the one hand, and levels

of self-esteem and marital satisfaction on the other.

Conclusion: Children have no impact on women's sexual function, self-esteem and marital satisfaction. On the contrary, women's sexual function is correlated with levels of self-esteem and marital satisfaction.

Keywords: Sexual dysfunctions, Self-esteem, Marital relationship.

Résumé

Introduction : Après l'accouchement, les femmes subissent plusieurs changements. On pense que libérées du stress de la maternité, les femmes se consacraient aux plaisirs sexuels. Cependant, certaines études suggèrent le contraire. Notre objectif est d'établir une corrélation entre la fonction sexuelle féminine, l'estime de soi et la satisfaction conjugale.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, comparant 34 femmes sans enfants à 57 avec enfants.

Nous avons utilisé le score FSFI pour comparer la fonction sexuelle, l'échelle de Rosenberg pour mesurer l'estime de soi et le questionnaire de Locke et Wallace pour évaluer la satisfaction conjugale.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Xlstat version 19.1.

Résultats : Il n'y avait pas de différence significative dans le score FSFI global entre le groupe de femmes avec enfants et ceux sans enfants. La naissance d'enfants ne change pas la perception et l'estime de soi de la femme, ni le degré de satisfaction conjugale. Il existe une forte corrélation positive entre la fonction sexuelle des femmes d'une part et les niveaux d'estime de soi et de satisfaction conjugale d'autre part.

Conclusion : Les enfants n'ont aucun impact sur la fonction sexuelle, l'estime de soi et la satisfaction conjugale des femmes. Au contraire, la fonction sexuelle des femmes est corrélée aux niveaux d'estime de soi et de satisfaction conjugale.

Mots-clés : Dysfonctionnements sexuels, Estime de soi, Relation conjugale.

Introduction

Sexual health following delivery of a child is not quite investigated yet. Pregnancy related changes in anatomy and metabolism return to normal after post partum, however desire, excitation and sexual function are claimed not to be at the same level as they were in the pre-pregnancy state.

This is commonly associated with an increase in family responsibilities, deterioration in the new mother body image and a lack of intimacy with the presence of children.

Our study was conducted to investigate the impact of child birth on females' sexual health and its subsequent affect on self-esteem and marital fulfillment and satisfaction.

Methodology

A comparative cross-sectional study was conducted from September 1 st to October 30 th, 2019, in which 128 women were enrolled to compare their sexual health in the post partum period.

Two groups were formed. The first group contained 34 women with no children (G1) and the second one was formed of 57 women who gave birth (G2).

In order to investigate the sexual dysfunction among women we used the Female Sexual Function Index (FSFI). The cut-value was fixed at 26,55 to diagnose the sexual dysfunction with a maximum score of 38 and a minimum one of 2.

To study the impact of sexual dysfunction on the couple's intimate life and satisfaction we used the Locke and Wallace marital satisfaction questionnaire. Finally we used the Rosenberg self esteem scale to evaluate the impact of women's sexual behavior on their self-esteem.

The means of the parameters studied in this research for both groups of women were compared using the non parametric Mann Whitney test.

The Pearson test was used to assess the correlation between these parameters.

Data were gathered, then entered and analyzed using Excel 2013 and the 19,1 free version of XLstat.

Résultats

One hundred and twenty-eight answers were collected of which 34 women were classed in the group of women without children (G1) and 57 were sorted in the group of women with children (G2).

- *Group of women without children (G1):*

The mean age of this group was 29 years \pm 3,29 years. We found that 41% of women of this group had sexual dysfunction with an FSFI score below of 26,55 as itemized in table 1.

Using the Rosenberg scale, we found that the high self-esteem category was the most depicted with a percentage of 35,7% while the low self-esteem represented 25% of the categories.

We noted that 88,2 % of women were involved in a healthy couple.

- *Group of women with children (G2):*

The mean age of women in G2 was 35 \pm 4.42 years. We found that 42% of the women in G2 had sexual dysfunction (FSFI Score < 26.55). The different results of the FSFI score and its subscores from G2 are presented in Table II.

The categories «low self-esteem» and «high self-

esteem» were the most represented, 25% and 35.7% respectively. Most women (70.2%) were in a good relationship.

• *The comparaison of the two groups:*

The overall mean age og G2’s women was considerably higher than that of women in G1(35 years versus 29 years with a P-value<0,001).likewise, there was a substantial difference between the components of the sexual response of these women as outlined in Table III.

However, there was no statistically significant

difference between the global FSFI score between women of the two groups.

Collecting data with the self –esteem scale of Rosenberg, we found that there was no statiscally important variation in the scores (p value=0, 41) .

Similarly to the marital satisfaction scores (p value=0,059).

Through this study we managed to establish a marked positive link between the sexual health and self-esteem (p value<0, 0001).

Table I: FSFI score and sub-scores in the group of women without children

Score and sub-scores	Mean	Minimum	Maximum	Standard deviation
Desire	4,18	1,2	6	1,14
Excitation	4,46	0	6	1,38
Lubrication	4,93	0	6	1,42
Orgasm	4,49	0	6	1,5
Satisfaction	4,81	0,8	6	1,22
Pain	3,05	0	5,2	1,31
FSFI	25,92	2,3	31,9	6,68

Table II: FSFI score in the group of women with children

Score and sub-scores	Mean	Minimum	Maximum	Standard devaition
Desire	4.1	1,8	6	0,86
Excitation	4.42	0	6	1.22
Lubrication	4.78	0	6	1.46
Orgasm	4.54	0	6	1.52
Satisfaction	4.96	0,8	6	1.32
Pain	3.03	0	5.2	0.97
FSFI	25.86	3.8	32.7	5.98

Table III: Impact of the arrival of children on the different dimensions of women’s sexual function.

	Desire	Excitation	Lubrication	Orgasm	Satisfaction	Pain	Total
P value	0,45	0,65	0,69	0,68	0,28	0,62	0,79

Discussion

Main Results:

Via this descriptive and analytical comparative study we are able to:

- To investigate the impact of childbirth on female sexual function, self-esteem, and marital satisfaction.
- To identify the correlation between female sexual function, marital satisfaction and self-esteem.

When comparing the various components of female sexual function, we found that there was no significant difference between the group of women without children and the group of women with children. Thus, the birth of children does not seem to modify desire, arousal, lubrication or orgasm in young mothers. It does not increase the frequency of sexual pain and does not lead to sexual frustration.

Furthermore, the birth of children does not change the woman's self-perception and self-esteem, nor the degree of marital satisfaction.

In our study, we found a strong positive correlation between the perception of self-esteem, marital satisfaction and the sexual function of the woman.

It is clear that the better the couple's relationship, the higher the self-esteem, the better the woman's sexual function.

Limitations of the study:

- Type of study:

We carried out a comparative cross-sectional study.

A prospective longitudinal study, with a questionnaire before and a second questionnaire after the birth of a child, would have a better scientific and statistical value. However, this type of study is slow to implement and involves a lot of means.

- Population of the study:

Our research covered women consulting the obstetrics and gynecology department at the Mongi Slim hospital in La Marsa during a routine checkup and women answering the survey through social networks using Google forms.

It would have been necessary to extend the recruitment to other health units and especially to primary health centers that provide preventive and curative health

services as well as health education, which would have targeted more women who fit into our inclusion and exclusion criteria.

Social networks could have helped reach more people, but our social habits tend to be based on internalizing our needs and feelings.

- Data collection:

We started gathering data at the outpatient gynecology-obstetrics clinics at the Mongi Slim Hospital in La Marsa. However, the number of women consulting for a routine follow-up and not pregnant was low. Therefore, we decided to continue the recruitment via social networks.

The number of responses was nevertheless relatively limited and this fact could be explained by the length and complexity of the four-part questionnaire.

A better set-up and a larger study would have given more accurate and representative results.

Social networks in Tunisia are not yet accessible to a certain number of people, which considerably reduces the scope of the research and leads us to survey people with similar habits, belonging to the same social and economic environment. This may distort the results and reduce their accuracy, which directly affects their interpretation.

While women's sexuality during the postpartum period has been the subject of numerous studies showing the existence of sexual difficulties that may affect 83% of women in the first three months and 18-30% of them at six months [1-4], the sexuality of young mothers after the postpartum period has not been sufficiently studied. However, some studies show that often after the birth of a child, there is a decrease in desire, arousal and orgasm [5].

The NATSAL study, a survey of 11,161 men and women aged 16 to 44 years living in Great Britain in 2000, found that women with young children at home were slightly more likely to report sexual health problems than other participants [6].

Some authors have found that maternal depression was mainly due to the challenging personality and behavioral problems of the children [7].

There is an increased marital satisfaction and better

understanding within the couple six months after delivery [8].

Studies about sexual function of women with children, outside breastfeeding and the postpartum period, is relatively poor. Most studies have shown that there is a decline in the desire, the arousal, the lubrication and the orgasm amongst young mothers. However, few studies have used the FSFI score to assess the female sexual health. While analysing the different published studies about this subject, we found that the results were sometimes contradictory.

Our findings showed that there is no statistically significant difference in sexual function between young women without children and young mothers, and that the rate of sexual dysfunction is similar to the rest of the female population. In our study, we found a strong positive correlation between the perception of self-esteem, marital satisfaction and sexual function of women.

It is obvious that the better a couple's relationship is, the better a woman's sexual function and the self-esteem are.

It would be useful to extend the recruitment in order to enlarge the population under study and to be able to extrapolate the results.

Conclusion

To conclude, we managed to show through this study that children do not have an impact on women's sexual function, self-esteem and marital fulfillment. We were able to establish a strong positive link between the perception of the self-esteem, marital satisfaction and women's sexual health.

It is clear that the healthier a couple's relationship is, the higher the self-esteem and women's sexual health

What is already known about this topic?

While the sexuality of women during the postpartum period has been the subject of many studies, the sexuality of new mothers after the postpartum has not been sufficiently studied.

Some studies show that often after the birth of a child,

there is a decrease in desire, arousal and orgasm.

What this study adds?

The impact of a birth on female sexual function, and what follows on self-esteem and marital satisfaction in a Tunisian population. Given our social and religious constraints, this subject has not been studied enough in our society.

Ethics approval and consent of the participants:

We honorably declare that we have respected ethics and women's anonymity in the handling of the data.

All women have received both verbal and written information about the study and signed an informed consent form. We have no conflicts of interest regarding the use of the data.

*Correspondence

Haithem Aloui

alouihaitem85@gmail.com

Available online : November 30, 2021

1 : Faculté de médecine de Tunis

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflict of interest : None

References

- [1] Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2000;107(2):186-95.
- [2] Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics and gynecology*. 2012;119(3):647-55.
- [3] Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of midwifery & women's health*. 2009;54(2):98-103.

- [4] Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2001;184(5):881-8; discussion 8-90.
- [5] Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2012;33(4):185-90.
- [6] Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Copas AJ, Macdowall W, Erens B, et al. Who reports sexual function problems? Empirical evidence from Britain's 2000 National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. *Sexually transmitted infections*. 2005;81(5):394-9.
- [7] Trapolini T, Ungerer JA, McMahon CA. Maternal depression: relations with maternal caregiving representations and emotional availability during the preschool years. *Attachment & human development*. 2008;10(1):73-90.
- [8] Hansson M, Ahlborg T. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents - a longitudinal study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2012;3(1):21-9.

To cite this article :

A Halouani, H Aloui, H Abouda, A Ben Amor, A Triki, A Maamri. Sexual function, self-esteem and marital satisfaction of women with children versus without children: a Tunisian survey. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 147-152



Cas clinique

Périostite tibiale droite chez une femme camerounaise

Focal right tibia periostitis in a Cameroonian woman

YR Onana*^{1,2}, J Tambe³, SM Mvondo², M Aminou², JM Amvene², E Guegang⁴

Résumé

Nous rapportons le cas d'une femme sportive âgée de 52 ans, ayant consultée pour douleur de la jambe droite, évoluant depuis 3 semaines, suite à un exercice physique habituel. Une radiographie standard de la jambe droite était sans particularités. L'échographie des parties molles de la jambe montra un épaississement du périoste, qui a été confirmé par une imagerie par résonance magnétique, permettant d'évoquer le diagnostic de périostite tibiale droite, traitée par un repos et des antalgiques.

Mots-clés : Périostite, sportive, imagerie

Abstract

We report the case of a 52 year old female athlete who consulted for a pain at her right leg, over the past 3 weeks, following usual physical exercise. Conventional radiographs were normal. An ultrasound scan of the soft tissues of the right leg revealed focal thickening of the periosteum, a finding that was confirmed with magnetic resonance imaging. A working diagnosis of focal right tibial periostitis, was postulated and the patient was managed with analgesics and advised to get some rest and refrain from intense physical activity.

Keywords: Periostitis, sports, imaging.

Introduction

La périostite tibiale est l'une des pathologies les plus fréquentes chez le sportif pratiquant la course à pied, affectant 5 à 35 % des coureurs, et surtout le personnel militaire¹. Elle est habituellement due à une hyper-sollicitation mécanique du tibia, et fait partie d'un spectre de pathologies regroupées sous le nom de syndrome de stress tibial médial (SSTM) ou encore syndrome tibial médial d'effort². C'est une affection caractérisée par une douleur sur le bord tibial postéro-médial à l'effort, qui est reproduite durant la palpation, et dont le diagnostic est relativement aisé à l'examen physique³. L'imagerie médicale est utile au diagnostic notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui permet de détecter précocement les lésions, et d'éliminer certains diagnostics différentiels, tels que la fracture de fatigue⁴. Le traitement peut s'avérer difficile², et le risque de récurrence est assez élevé, gênant la reprise des activités sportives^{1,4}. Nous rapportons le cas de périostite tibiale chez une dame sportive de 52 ans, ayant consultée pour douleur de la jambe droite, évoluant depuis plusieurs semaines, suite à un exercice physique habituel.

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 52 ans, ayant consultée pour douleur de la jambe droite, évoluant depuis 3 semaines, suite à un exercice sportif habituel. L'examen physique retrouvait une douleur élective à la moitié inférieure de la jambe droite, sans tuméfaction individualisée, en contexte afébrile. Une radiographie standard de la jambe est revenue normale, complétée par une échographie des parties molles effectuée à l'aide d'une machine Logic 7 de la marque General Electric, utilisant une sonde linéaire, de haute fréquence. Elle a mis en évidence une discrète irrégularité de la corticale antérieure de la moitié inférieure du tibia droit, et un minime épaissement hypoéchogène du périoste sous-jacent (figure 1). Cet examen a été confronté à une imagerie par résonance magnétique de la jambe, effectué sur un appareil Echelon Smart 1,5 Tesla du constructeur HITACHI mis en service en mars 2021, sans injection de produit de contraste, qui a permis de retrouver un hypersignal T2 et STIR irrégulier du périoste du 1/3 inférieur de la face antéromédiale de la jambe droite, ainsi qu'un discret hyposignal T1 et hypersignal STIR de la médullaire osseuse en regard, associé à une minime infiltration œdémateuse des parties molles adjacentes (figure 2). Le diagnostic de périostite de la face antéro-médiale du 1/3 inférieur du tibia droit, de grade 3, selon la classification de Fredericson a été retenu. La prise en charge a consisté à la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdiens (diclofénac 50 mg : 1 comprimé x 3/j pendant 10 jours), accompagné de séances de massage et de glaçage, ainsi qu'à une suspension des activités sportives.

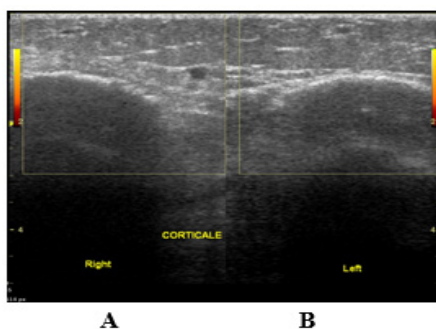


Figure 1 : Images échographiques des jambes, en mode doppler puissance : Discrète irrégularité de la

corticale antérieure de la moitié inférieure du tibia droit, et un minime épaissement hypoéchogène du périoste sous-jacent (A). Image comparative normale à gauche (B).

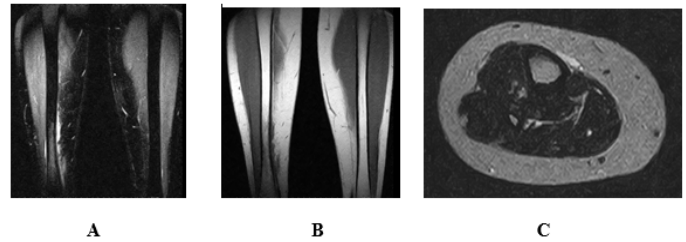


Figure 2 : IRM de la jambe droite, sans produit de contraste, séquence STIR coronale (A), séquence T1 coronale (B) et axiale T2 (C) : hypersignal STIR du périoste du 1/3 inférieur de la face antéromédiale de la jambe droite, avec hyposignal T1 et hypersignal STIR de la médullaire osseuse en regard, associée à une minime infiltration œdémateuse des parties molles adjacentes en hypersignal T2.

Discussion

La périostite tibiale est l'une des pathologies les plus fréquentes chez le sportif pratiquant la course à pied, affectant 5 à 35 % des coureurs, notamment le personnel militaire¹. Elle est habituellement due à une hyper-sollicitation mécanique du tibia, et fait partie d'un spectre de pathologies regroupées sous le nom de syndrome de stress tibial médial (SSTM) ou encore syndrome tibial médial d'effort⁴. Son étiologie est encore mal connue, probablement due à une traction du tibia postérieur ou à un stress osseux secondaire à des impacts successifs liés à la course¹. Les principaux facteurs de risque de la périostite sont nombreux, notamment le sexe féminin, et les troubles posturaux⁵.

Sur le plan clinique, cette affection se manifeste par une douleur localisée à la partie antéro-externe ou postéro-interne de la jambe, débutant avec l'activité, devenant progressivement permanente à l'effort, et disparaissant avec le repos⁵. Cette douleur peut être bilatérale dans 60 % des cas, et est reproduite au cours de l'examen physique par le clinicien¹. Comme diagnostics différentiels courants chez l'athlète, il est

important d'éliminer des affections rhumatologiques (syndrome des loges, tendinopathies), des lésions neurologiques (neuropathie fibulaire), des causes traumatologiques (fracture de fatigue), et de manière moins fréquente des pathologies infectieuses ou tumorales^{2,6}.

L'imagerie médicale apporte une aide précieuse, et permet de détecter précocement les lésions⁴. La radiographie standard peut montrer un épaississement de la corticale, une réaction périostée, une sclérose, mais revient le plus souvent normale⁷. L'échographie peut objectiver un épaississement du périoste, une hyperhémie en Doppler couleur, mais demeure très souvent normale également⁷. Quant à la tomodensitométrie, bien qu'elle soit souvent normale aussi, elle peut présenter également une réaction périostée, une sclérose osseuse et des anomalies de la corticale⁷. Quant à la scintigraphie qui a longtemps été considérée comme l'examen de référence⁸, elle a progressivement été supplantée par l'IRM⁵, avec une sensibilité et spécificité élevées⁷, permettant de grader les lésions selon la classification de Fredericson^{5,6}. L'IRM qui a une sensibilité élevée de 88 %⁷, met en évidence des anomalies de signal d'allure œdémateuse en hyposignal T1 et hypersignal T2 avec suppression de graisse, en regard des tissus mous superficiels, du périoste, de la corticale, ainsi que de la moelle osseuse^{2,7}. L'IRM peut également être utilisée pour évaluer d'autres lésions associées telles que les atteintes musculaires, ligamentaires et cartilagineuses⁷. En pratique courante, l'injection du produit de contraste est réservée aux formes débutantes ou douteuses⁵.

La prise en charge peut s'avérer difficile⁹, et comporte un volet préventif tel que la correction des facteurs de risque, et un volet curatif, comme la limitation de l'activité jusqu'à la résolution des symptômes⁵. D'autres traitements comprenant des massages à la glace et la thérapie des ultra-sons n'ont pas fait la preuve réelle de leur efficacité⁹. Le risque de récurrence est assez élevé, pouvant gêner la reprise des activités des sportifs^{1,4}.

Conclusion

Le diagnostic de la périostite tibiale est surtout clinique, l'imagerie médicale, notamment l'IRM a un rôle important, et est également indiquée dans certains cas où le diagnostic différentiel se pose avec la fracture de contrainte, présentant des radiographies standard normales.

*Correspondance

Yannick Onana

yannickonana@yahoo.fr
yannick.onana@uni-ndere.cm

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

- 1 : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala, (Douala, Cameroun)
- 2 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Garoua, Université de Ngaoundéré (Garoua, Cameroun).
- 3 : Faculty of Health Sciences, University of Buea (Buea, Cameroon)
- 4 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I (Yaoundé, Cameroun)

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Baron M., Les facteurs de risque de la périostite tibiale chez le coureur à pied ; [cité le 21 sep 2021]. Accueil - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance [En ligne]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-AMU/dumas-03073760>
- [2] Lefebvre, G. et al. Le tibia du coureur. *J. Radiol. Diagn. Interv.* 98, 319–327 (2017).
- [3] Moen, M. H., Tol, J. L., Weir, A., Steunebrink, M. & De Winter, T. C. Medial tibial stress syndrome: a critical review. *Sports Med. Auckl. NZ* 39, 523–546 (2009).
- [4] Liebert P., Périostites tibiales. *Manuels MSD pour le*

grand public ; [cité le 21 sep 2021]. Disponible : <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/lésions-et-intoxications/lésions-sportives/périostites-tibiales>

- [5] Matheson, G. O. et al. Stress fractures in athletes. A study of 320 cases. *Am. J. Sports Med.* 15, 46–58 (1987).
- [6] Fredericson M, Wun C. Differential diagnosis of leg pain in the athlete. *J Am Podiatr Med Assoc* 2003;93:321—4.
- [7] Kiel, J. & Kaiser, K. Stress Reaction and Fractures. 2021 Aug 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 29939612.
- [8] Gabiache e. « Rose, Tony et Philippidès sont dans une salle d'attente de rhumatologie... » ; [cité le 21 sep 2021]. Accueil | Oncle Paul [en ligne]. Disponible : <http://onclepaul.fr/wp-content/uploads/2011/07/périostite02.pdf>
- [9] McClure, C. J. & Oh, R. Medial Tibial Stress Syndrome. in StatPearls (StatPearls Publishing, 2021).

Pour citer cet article :

YR Onana, J Tambe, SM Mvondo, M Aminou, JM Amvene, E Guegang. Périostite tibiale droite chez une femme camerounaise. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 153-156



Cas clinique

Rétention d'urine du post partum : à propos d'un cas à l'Hôpital Régional de Kolda, Sénégal

Postpartum urine retention: about a case at the Kolda Regional Hospital, Senegal

TO Diallo*¹, M Barry², A Diallo³, OR Bah²

Résumé

La rétention d'urine vésicale du post partum est une entité clinique rare dans la pratique urologique au quotidien qui nécessite une prise en charge rapide pour éviter des complications. La rétention persistante d'urine peut évoluer vers séquelles urinaires à long terme. Nous rapportons une observation chez une primipare de 18 ans, référée dans notre service pour rétention d'urine persistante du post partum compliquée d'infection urinaire. Un sondage intermittent associé à un traitement médical a permis d'obtenir une miction spontanée sans résidu au bout de cinq semaines.

Mots-clés : rétention d'urine, post partum. Sondage intermittent, Résidu post partum.

Abstract

Postpartum bladder urine retention is a rare clinical entity in daily urological practice which requires rapid management to avoid complications. Persistent urine retention may progress to long-term urinary sequelae. We report an observation in an 18-year-old primipara, referred to our department for persistent postpartum urine retention complicated by urinary tract infection. Intermittent catheterization combined with medical treatment resulted in spontaneous urination without

post-voiding residue after five weeks

Keywords: urine retention, post partum. Intermittent catheterization, Post voiding residue.

Introduction

La rétention d'urine vésicale du post partum est une complication rare et peu connue de l'accouchement. Elle est définie par l'absence spontanée de miction six heures après l'accouchement par voie basse et l'absence de reprise de miction 6 heures après l'ablation de la sonde en cas de césarienne [1, 2,3]. Son incidence varie dans la littérature entre 1,5 à 17,9 % selon les auteurs et selon la définition utilisée [4].

Nous rapportons un cas de rétention d'urine du post partum chez une primipare prise en charge dans notre service et faisons une revue de la littérature.

Cas clinique

Mme FC âgée de 18 ans, primipare, sans ATCD pathologiques particuliers, a été orienté dans notre service pour la prise en charge d'une rétention incomplète d'urine vésicale. Après une grossesse de déroulement normal avec 3 CPN réalisées, Mme FC

s'était présentée dans un poste de santé situé à 15 Km de la région de Kolda en début de travail à 42 semaines d'aménorrhées. Un travail d'accouchement qui a duré 24 heures environ avec un sondage évacuateur intermittent de la vessie. Mme FC a donné naissance à un garçon pesant 4000 g qui avait un score d'Apgar de 8/10 à la première minute et 10/10 à la 5ème minute de vie. Une délivrance dirigée a été réalisée par la sage-femme. Les suites immédiates de couches avaient été marquées par la survenue des douleurs sus-pubiennes avec dysurie et sensation de vidange vésicale incomplète. L'aggravation de cette symptomatologie et la survenue d'une voussure hypogastrique avaient motivé l'évacuation de la patiente dans le service de la maternité de l'hôpital régional de Kolda où un sondage vésical fut réalisé et avait permis l'évacuation de 1200 cc d'urines. Un bilan biologique réalisé avait montré un taux d'hémoglobine à 5,6 g/dl, l'ECBU avait mis en évidence une infection urinaire à *Escherichia coli*. Une échographie des voies urinaires faite sous sonde urinaire était normale. Une transfusion de trois poches sanguines et une antibiothérapie ont été effectuées. Devant l'absence de reprise de la miction à l'ablation de la sonde, la patiente fut orientée en urologie à J25 du post partum avec une sonde à demeure. L'examen physique avait trouvé un état général satisfaisant, une sonde vésicale trans-urétrale drainant des urines limpides. Une nouvelle épreuve de sevrage à la sonde avait été effectuée, la patiente fut réadmise 3 jours plus tard pour rétention incomplète d'urines et un sondage vésical avait permis l'évacuation de 600 ml d'urines limpides. Une urétrocystoscopie réalisée le lendemain avait mis en évidence une vessie de lutte (colonnes). La patiente a été mise sous poly-vitaminothérapie, alpha bloquants, AINS et antibiotique. Après une semaine de sondage, une reprise spontanée de miction avait été finalement obtenue. La consultation urologique de contrôle deux semaines après l'ablation de la sonde était strictement normale et l'échographie vésicale réalisée un mois plus tard n'a pas retrouvé de résidu post-mictionnel.

Discussion

La rétention d'urine vésicale du post partum est une affection peu fréquente. La fréquence rapportée dans la littérature est variable. Elle se situe entre 1,5 à 17,9 %. Quant à la rétention urinaire du post partum persistante, elle est encore plus rare, sa fréquence retrouvée dans l'étude de Gonzalez-Díaz E et al [5] était de 0,69%. La variation de la prévalence est fonction de la définition utilisée. Un résidu post mictionnel supérieur à 150 ml est habituellement retenu. Dans l'étude de Lee rapporté par Ajenifuja et al [6] la prévalence était de 14,1% pour une définition de RPM de 200 ml.

Pour ce qui est de facteur de risque, la primiparité et la durée du travail prolongée semblent être les facteurs de risque les plus déterminants dans la survenue de la rétention d'urine du postpartum. Des auteurs [7] expliquent cela par le traumatisme direct de la tête fœtale sur les tissus du plancher pelvien entraînant œdème et lésions nerveuses. En plus, l'analgésie péridurale, l'épisiotomie sont également de facteurs de risque cités [7, 8]. Notre patient était une primipare et avait une durée de travail prolongée, environ 24 heures.

L'évolution de la rétention d'urine du post partum est marquée par la résolution spontanée de la rétention d'urine habituellement dans les 72 heures pour la grande majorité des patientes [2, 9]. Dans certains cas, cette rétention peut persister. Un délai de retour à la miction spontanée était obtenu au bout de 45 jours de sondage intermittent dans certaines études [10]. Il est rapporté que le volume d'urines initialement vidé supérieur à 750 ml au moment du diagnostic était associé à une durée de sondage plus prolongée [11]. Nous avons retrouvé ce même constat dans notre cas, ainsi le volume initial chez notre patiente était de 1200 ml, et la miction spontanée était obtenue à la cinquième semaine. La surdistension vésicale entraînant une vessie claquée, avec pour conséquence une impossibilité de vidange vésicale totale ou partielle, une infection urinaire à répétition [2]. Notre patiente avait une infection urinaire à *E. coli* après

une rétention urinaire persistante et un RPM de plus de 1000 ml. Cependant, Neron M [12] rapportait une bactériurie de 40 % en cas de sondage à demeure contre 60% si le sondage était intermittent et l'*Escherichia coli* était retrouvé pour près de 10% des cas dans son étude. Le cathétérisme urétral augmente le facteur de risque d'infection urinaire [13].

La prise en charge de la rétention urinaire du post partum n'est pas standardisée. En l'absence d'une cause évidente de la rétention d'urines, le sondage vésical intermittent ou à demeure est le mode de traitement recommandé [14, 15]. Les autosondages sont préconisés par d'autres [9]. Ces auteurs justifient cela par la durée de la rétention du post partum qui est courte, 72 heures dans 80% des cas, donc l'autosondage est une option dans ce cas. La grande majorité des patientes répondent au cathétérisme intermittent. Cette attitude associée au traitement de l'infection par des antibiotiques, des anti-inflammatoires non stéroïdien et le traitement par alpha bloquant ainsi que la poly vitamine ont été notre attitude qui a permis d'obtenir la miction spontanée après 35 jours.

Conclusion

La rétention d'urine du postpartum est une situation peu fréquente en pratique quotidienne, qui nécessite un diagnostic rapide et une prise en charge précoce pour éviter des séquelles urinaires à type de vessie claquée. L'évolution de la rétention d'urines persistante peut être émaillée des complications notamment infectieuses. Le sondage vésical intermittent avec évaluation régulière de reprise mictionnelle reste le traitement de base de cette affection. Il reste tout de même à déterminer la place de cette association médicamenteuse ; alpha bloquant, des anti-inflammatoires non stéroïdien et les poly-vitamines dans le traitement de la rétention d'urine du postpartum.

*Correspondance

Thierno Oumar Diallo

thiernobg187@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

- 1 : Hôpital Régional de Kolda, Service d'Urologie ;
- 2 : Université de Conakry, Service d'Urologie de l'Hôpital National Ignace Deen,
- 3 : Université de Conakry, Service d'Urologie de l'Hôpital Sino Guinéen.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Yip SK, Sahota D, Pang MW, Day L. Postpartum urinary retention. *Obstet Gynecol.* 2005 Sep;106 (3): 602-6.
- [2] Bouhours AC, Bigot P, Orsat M, Hoarau N, Descamps P, Fournié A, Azzouzi AR. Rétention vésicale du post-partum. *Prog Urol*, 2011, 1, 21, 11-17
- [3] Humburg J, Holzgreve W, Hoesli I. Prolonged postpartum urinary retention: the importance of asking the right questions at the right time. *Gynecol Obstet Invest.* 2007;64(2): 69-71
- [4] Ching-Chung L, Shuenn-Dhy C, Ling-Hong T, Ching-Chang H, Chao-Lun C, Po-Jen C. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002 Oct;42(4):365-8.
- [5] Gonzalez-Díaz E, Biurrun GP. Levator ani muscle avulsion: a risk factor for persistent postpartum voiding dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2020; 31(11): 2327-2335
- [6] Ajenifuja KO, Oyetunji IO, Orji EO, Adepiti CA, Loto OM, Tijani MA, Dare FO. Post-partum urinary retention in a teaching hospital in southwestern Nigeria. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013 Aug;39(8):1308-13
- [7] Guiheneuf A, Weyl B. Rétention aiguë d'urine du postpartum. À propos de deux cas et revue de la littérature. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction* (2008) ' 37, 614—617
- [8] Roderick Teo, Jeanette Punter, Keith Abrams, Christopher

Mayne, Douglas Tincello. Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case-control study. *Int Urogynecol J* (2007) 18:521–524

- [9] Badiaga C, Diakite ML, Sangare D, Sissoko F, Doumbia L, Toure S, Camara B, Diarra S, Uro-Ogon G, Yattara I, Kante M, Tembely Y, Samassekou A, Berthe H., Diallo M., Tembely AD. Rétention vésicale du post partum au CHU du Point-G : A propos d'un (1) cas d'observation, associée à une revue de la littérature. *Uro'Andro – 2020 ; 2(2) : 75- 80*
- [10] Mulder FEM., Hakvoort, R.A., Schoffemeer, M.A. et al. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *Int Urogynecol J* 25, 1605–1612 (2014). <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2418-6>
- [11] Yarci Gursoy A, Kiseli M, Tanga S, Caglar G S, Haliloglu A H, Cengiz S D. Prolonged postpartum urinary retention: A case report and review of the literature. *S Afr J Obstet Gynaecol* 2015;21(2):48-49. DOI:10.7196.SAJOG.844
- [12] Neron M, Fatton B, Monforte M, Mares P, de Tayrac R, Letouzey V. Évaluation des résidus postmictionnels du postpartum: étude prospective descriptive [Evaluation of urine postvoid residuals in post-partum period: a prospective and descriptive clinical study]. *Prog Urol.* 2015 Mar;25(4):211-6. French. doi: 10.1016/j.purol.2014.09.043.
- [13] Li T, Hui X, Wang H, Lin Y, Zhao B. Moxibustion therapy for treating patients with postpartum urinary retention: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2021;100:17(e25683)
- [14] Singh P, Gothwal M. A Case of Prolonged Postpartum Urinary Retention: An Obstetrician's Dilemmas'. *Exp Tech Urol Nephrol.* 2(4). ETUN.000540.2018. DOI: 10.31031/ETUN.2018.02.000541
- [15] Glavind K, Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J* (2003) 14: 119–121.

Pour citer cet article :

TO Dialllo, M Barry, A Diallo, OR Bah. Rétention d'urine du post partum : à propos d'un cas à l'Hôpital Régional de Kolda, Sénégal. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 157-160



Article original

**Les hydronéphroses géantes au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso.
A propos de 6 cas et revue de la littérature.**

Giant hydronephosis at Souro Sanou University Teaching Hospital of Bobo-Dioulasso.
About 6 cases and literature review.

OD Yé*¹, A Ouattara¹, AK Paré¹, CMK Yaméogo, D Bayané¹, M Simporé¹, A Millogo¹, M Rouamba¹,
G Kito¹, SV Traoré¹, H Sawadogo¹, FA Kaboré², T Kambou¹

Résumé

Introduction : L'hydronéphrose a été définie pour la première fois en 1939 par Stirling de façon arbitraire comme étant une collection d'urine de plus de 1000 ml dans les cavités excrétrices. Elle évolue inexorablement vers l'altération de la fonction rénale. L'intérêt de ce travail a été d'étudier les aspects diagnostiques, et thérapeutiques de six cas d'hydronéphrose géante dans notre service, à travers une revue de la littérature.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive ayant colligé tous les dossiers de patients admis pour une hydronéphrose géante au service d'urologie du CHUSS durant la période de janvier 2016 à décembre 2020 avec un recul d'au moins 6 mois

Résultats : La fréquence hospitalière était de 1,2 cas/an. L'âge moyen des patients était de 29 ans avec des extrêmes 3,5 ans et 48 ans. A l'examen clinique, l'état général était conservé chez tous les patients, on notait une fièvre dans 2 cas/6 et une anémie clinique dans 2 cas/6. Une asymétrie abdominale liée à une volumineuse masse de la fosse lombaire était observée

chez tous nos patients ; cette masse était sensible dans 4 cas et douloureuse dans 2 cas. Au plan paraclinique, la créatininémie était normale chez l'ensemble des patients. Le taux d'hémoglobine moyen était 9,8g/dl. L'étude cyto bactériologique des urines avait isolé un germe dans 2 cas et il s'agissait de E. coli dans les deux cas. L'échographie abdomino-pelvienne a objectivé une dilatation pyélocalicielle avec un laminage cortical. L'uro-TDM a été réalisée chez tous nos patients et a conclu à une hydronéphrose géante. La valeur moyenne du volume de la rétention d'urines était de 3,3 litres. Une néphrectomie a été indiquée chez tous nos patients. Les suites post opératoires ont été simples chez 5 patients et marquées par une suppuration pariétale chez un patient. Avec un recul d'au moins six mois, nous notons une bonne évolution clinique chez l'ensemble des patients.

Conclusion : L'hydronéphrose géante est une affection rare. Le diagnostic est fait tardivement dans notre contexte expliquant que la néphrectomie reste la seule attitude thérapeutique.

Mots-clés : Hydronéphrose, géante, Néphrectomie.

Abstract

Introduction: Hydronephrosis was first defined in 1939 by Stirling as a urine collection of more than 1000 ml in the excretory cavities. It progresses to impaired renal function. The goal of this work is to study diagnostic and therapeutic aspects of six cases of giant hydronephrosis in our urological division, through a literature review.

Methodology: This was a retrospective study with a descriptive aim. We have collected all the files of patients admitted with giant hydronephrosis to the urology division of the Souro Sanou teaching hospital during the period from January 2016 to December 2020 with at least 6-month follow-up.

Results: The hospital frequency was 1.2 cases / year. The average age of our patients was 29 years with extremes of 3.5 and 48 years. On clinical examination, the general condition was good in all our patients, they had fever in 2 out of 6 patients and clinical anemia in 2 out of 6 cases. Abdominal asymmetry due to a large mass of the lumbar region was observed in all of our patients; this mass was palpable in 4 cases and painful in 2. Serum creatinine was normal in all patients. The average hemoglobin level was 9.8g / dl. The urine culture was positive for 2 patients, *E coli* was isolated. Abdomino-pelvic ultrasound revealed pelvic dilatation with thin renal cortex. The CT scan was performed for all of our patients and the conclusion was giant hydronephrosis. The mean urine retention value was 3.3 liters. Nephrectomy has been performed for all of these patients. We noticed parietal suppuration in a patient. With a follow-up of at least six months, the postoperative course was uneventful.

Conclusion: Giant hydronephrosis is a rare condition. The diagnosis is made late in our context explaining the fact that the nephrectomy has been the only therapeutic attitude.

Keywords: Hydronephrosis, Giant, Nephrectomy.

Introduction

L'hydronéphrose géante est une entité encore mal

définie. Elle a été définie pour la première fois en 1939 par Stirling de façon arbitraire comme étant une collection d'urine de plus de 1000 ml dans les cavités excrétrices [1]. En 1979 Crooks et al.[2] l'ont définie chez l'enfant, comme une dilatation dépassant la ligne abdominale médiane avec une longueur rénale de plus de 5 vertèbres. L'hydronéphrose géante évolue inexorablement vers l'altération de la fonction rénale, la néphrectomie devient alors la seule réponse thérapeutique. Le but de ce travail a été d'étudier les aspects diagnostiques, et thérapeutiques de six cas d'hydronéphrose géante pris en charge dans notre service et de faire une revue récente de la littérature sur cette pathologie.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive ayant colligé tous les dossiers de patients admis pour hydronéphrose géante au service d'urologie du CHUSS durant la période de Janvier 2016 à Décembre 2020 avec un recul d'au moins 6 mois. Ont été inclus tous les patients opérés pour une hydronéphrose géante et dont le dossier clinique était complet. Les dossiers d'observation des patients et les comptes rendus opératoires ont servi de source de collecte des informations. Les paramètres suivants ont été étudiés : l'âge, le sexe, les antécédents, les circonstances de découverte, les signes cliniques, les données paracliniques, les modalités thérapeutiques et l'évolution.

Résultats

La fréquence hospitalière était de 1,2 cas/an.

L'âge moyen de nos patients était de 29 ans avec des extrêmes 3,5 ans et 48 ans.

Le sexe ratio était de 0,33.

Trois patients avaient un antécédent de douleur lombaire à répétition qui remontait à l'enfance.

À l'examen clinique, l'état général était conservé chez tous les patients, on notait un syndrome infectieux dans 2 cas/6 et une anémie clinique dans 2 cas/6.

Une asymétrie abdominale liée à une volumineuse masse de la fosse lombaire était observée chez tous nos patients ; cette masse était sensible dans 4 cas et douloureuse dans 2 cas.

A la biologie, la créatininémie était normale chez tous les patients. Le taux d'hémoglobine moyen était de 9,8g/dl avec des extrêmes de 7g/dl et 11,7 g/dl.

L'étude cyto bactériologique des urines avait isolé un germe dans 2 cas et il s'agissait d' *Escherichia coli* dans les deux cas.

A l'imagerie, l'échographie abdomino-pelvienne a été réalisée chez 5 patients et a objectivé une dilatation pyélocalicielle avec un laminage cortical chez tous les patients.

L'uro-scanner a été réalisé chez tous nos patients et a conclu une hydronéphrose géante. La valeur moyenne de la rétention d'urines était de 3,3 litres avec des extrêmes de 2,5 litres et 4 litres.

La latéralité gauche était la plus atteinte dans 4 cas sur 6 cas.

Deux patients ont subi une néphrostomie échoguidée en urgence avant la réalisation de la néphrectomie, qui a été indiquée chez tous nos patients.

La voie d'abord a été une lombotomie chez 4 patients et un abord souscostal chez 2 patients.

En per-opératoire, la quantité moyenne d'urines aspirées était de 3,3 litres avec des extrêmes de 2,5 litres et 4 litres. Une néphrectomie a été réalisée chez tous nos patients puis un drainage de la loge. Les suites post opératoires ont été marquées par une suppuration pariétale chez un patient.

Après un recul d'au moins 6 mois, tous les patients opérés présentaient une bonne évolution clinique et biologique avec un amendement de la symptomatologie clinique et une créatininémie normale. Les contrôles postopératoires échographiques de tous les patients n'objectivaient pas d'anomalies du rein controlatéral.

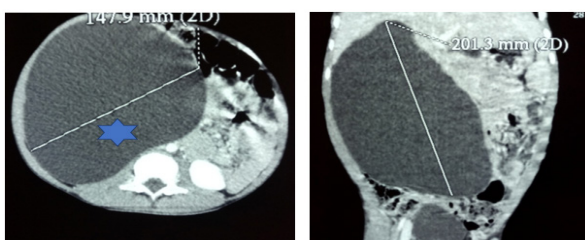


Figure 1 : Uroscanner montrant une hydronéphrose

géante droite dépassant la ligne médiane, atteignant la fosse iliaque droite et refoulant les anses digestives (★)



Figure 2 : Pièce opératoire d'une néphrectomie pour une hydronéphrose géante droite

Discussion

L'hydronéphrose géante est une entité clinique rare. Sa définition exacte n'a pas encore fait l'objet de consensus ; sa première description remonte en 1746 par Ochsner [3]. Son incidence réelle est difficile à estimer à cause de son diagnostic souvent erroné [4]. Depuis 1910 jusqu'à 1990, 523 cas ont été rapportés dans la littérature [4] et plus de 600 cas ont été décrits dans le monde. Kambou et coll dans une précédente étude en 2018, rapportait 3 cas [5]. La prévalence de l'hydronéphrose géante était de 1,2 cas / an. Cette prévalence similaire a été retrouvée par Diao et coll. [6] au Sénégal en 2008 qui ont rapporté 7 cas d'hydronéphrose géante en 7 ans. Yevi et coll au Bénin ont rapporté une série de 4 cas en 2018 [7]. Mustapha et coll au Maroc [8], et Alsunbul et coll en Arabie Saoudite [9], ont rapporté respectivement 3 cas en 2020 et 2 cas en 2021.

Elle se caractérise par une dilatation de l'ensemble des cavités pyélocalicielles, avec parfois une destruction totale du parenchyme rénal. La destruction du parenchyme rénal par l'obstruction peut se faire progressivement et découverte à un âge tardif [10], comme elle peut se faire rapidement. Au stade ultime l'hydronéphrose ne constitue qu'une poche compartimentée par des cloisons, reliquats de

calices dilatés ; elle contient des urines aqueuses non concentrées et sa paroi est formée par l'accolement de la voie excrétrice à la capsule du rein. C'est le cas de tous nos patients où les images scannographiques ont objectivé des reins réduits en de véritables poches d'urines. L'appréciation du volume de l'hydronéphrose est variable allant de 1 litre d'urines à plusieurs dizaines de litres. Vichwanath [11] avait décrit un cas contenant 15 litres d'urines. Diao et coll. [6] ont retrouvé une quantité d'urines chez leurs patients allant de 2,74 à 6 litres. Tulp cité par Benchekroun [12] et Jardin [13], rapporte une observation historique d'une hydronéphrose géante de 32 litres. Dans notre travail, la quantité d'urines évacuées chez nos patients était en moyenne de 3,31 avec des extrêmes de 2,5 et 4 litres.

La manifestation clinique habituelle est la masse abdominale déformant souvent l'abdomen. D'autres signes peuvent l'accompagner notamment la sensation de pesanteur des douleurs lombaires, ou lombo-abdominales, de constipation, de dyspnée voire d'une hématurie [13]. Aucun des signes n'est spécifique d'une hydronéphrose géante. L'hydronéphrose géante peut également se présenter sous forme d'un syndrome occlusif dû à la compression des anses intestinales dans les cas rares de rein ectopique [14]. La localisation unilatérale est la plus fréquente et le côté gauche est le plus concerné. Même si l'anomalie de la jonction pyélo-urétérale peut être bilatérale, aucune forme bilatérale n'a encore été rapportée dans la littérature. Dans notre série, la masse abdominale a été le mode de découverte chez tous nos patients et la latéralité gauche était la représentée dans 4 cas sur 6 cas.

L'imagerie a été d'un apport capital pour le diagnostic chez nos 6 patients. L'échographie abdominale est l'examen de première intention devant une symptomatologie de la fosse lombaire mais aussi dans la recherche d'un syndrome obstructif [15]. L'hydronéphrose, à l'échographie de l'arbre urinaire, se caractérise par la présence d'une importante dilatation anéchogène des cavités pyélocalicielles avec un uretère non dilaté. Elle recherche la présence

d'éventuel calcul. Toutefois l'échographie ne permet pas d'apprécier la valeur fonctionnelle du rein atteint. L'uro-scanner est l'examen clé du diagnostic positif. Elle apprécie non seulement l'importance de l'hydronéphrose mais aussi, il permet de juger la valeur fonctionnelle du rein controlatéral et de prévoir certaines difficultés opératoires. L'uroscanner a été réalisée chez tous nos patients et nous a permis de poser le diagnostic. Les étiologies de l'hydronéphrose géante sont celles de toute anomalie de la jonction pyélo-urétérale : syndrome de jonction pyélo-urétérale, vaisseau polaire inférieur, calcul pyélique, sténose urétérale...

Au plan thérapeutique, la néphrectomie est la règle. Cependant une chirurgie conservatrice est indiquée lorsque l'hydronéphrose concerne un rein unique ou lorsque le rein controlatéral ne peut assurer à lui seul une fonction rénale normale. Certains auteurs proposent une néphrostomie d'attente avant de discuter une éventuelle néphrectomie ou une chirurgie conservatrice en fonction de la récupération de la fonction rénale [16, 17]. En effet la néphrostomie suivie de pyéloplastie a été réalisée dans 33% des cas et une néphrectomie après échec de pyéloplastie [6] dans 14,28% des cas dans la série de Diao au Sénégal. Dans notre étude, une néphrostomie d'attente a été réalisée chez 2 patients mais dans le cadre d'une rétention d'urines infectées dans les cavités rénales et tous nos patients ont subi une néphrectomie ultérieurement.

Conclusion

L'hydronéphrose géante est une affection rare. La symptomatologie est pauvre dominée par l'augmentation progressive du volume de l'abdomen aboutissant à une déformation de ce dernier, le diagnostic est aisément posé par la tomographie. L'ultime évolution est la destruction du parenchyme rénal aboutissant à un rein muet. Le diagnostic est fait tardivement dans notre contexte expliquant que la néphrectomie soit la seule attitude thérapeutique.

***Correspondance**

Yé O Delphine

delphineye73@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

- 1 : Service d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou, Bobo-Dioulasso
- 2 : Service d'urologie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Stirling W C.: Massive hydronephrosis complicated by hydroureter. Report of 3 cases. *J Urol*, 1939, 42: 520-533.

[2] Crooks KK., Hendren WW., Pffister RC.: Giant hydronephrosis in children. *J Pediat Surg* 1979;14 :844.

[3] Oschner MG., Fuselier HA., Brannan W and al.: Congenital giant hydronephrosis in adults. *Urology* 1977; vol 10 (5) :422-422.

[4] Po-Hui C., Min-Tan C., Yii-Her C., Chin-Pei C., Chun-Hsiung H., Chung-Ho C.: Giant hydronephrosis: report of 4 cases with review of the literature. *J Formosan Med Assoc* 1990;Vol. 89(9) : 811-7.

[5] Kambou T., Ouattara A., Paré AK., Barro DS., Yaméogo C., Kodo A and al.: Giant Hydronephrosis in Sourou Sanou University Teaching Hospital of Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). Two Cases Reports and Literature Review. *Open Journal of Urology*, 2018, 8, 17-24

[6] Diao B., Fall PA., Ngom G et al. : Hydronephrose géante de l'enfant: Aspects diagnostiques et thérapeutiques. *African journal of Urology* 2008 vol.14 (3) :168-173

[7] Yeve DMI., Hounnasso HR., Natchagandé G., Avakoudjo DGJ., Agoukpé MM., Sossa J.: About 4 Cases Report of Giant Hydronephrosis In urology Department of the National University Healthcare, CNHU HKM of Cotonou. *Open Journal of Urology*, 2018, 8, 118-124

[8] Mustapha R., Oussama E., Youssef G., Mohammed D., Adil

D., Rachid A.: Giant hydronephrosis secondary to ureteral calculi in adults: Case report and literature review. *Urology Case Reports* 36 (2021) 101591

[9] Alsunbul A., Alzahrani T., Binjawhar A., Aldughiman A., El-Tholoth HS., Alzahrani A., and al.: Giant hydronephrosis management in the Era of minimally invasivesurgery: A case serie. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2020 Vol 75 : 513-51

[10] Elmessaoudi YA., Rabii R., Balhouss H., Fekak H., Joual A., Bennani S., Meziane F.: L'hydronephrose géante compliquée de choc septique à propos d'un cas et revue de la littérature *J Maroc Urol* 2006 ; 3 : 19-21

[11] Vishwanath MP., SwamyMK., NeeliSI, Godhi AS., Metgud SC: Giant Hydronephrosis. *Indian J Surg* 72(1): 359–360.

[12] Benchekroun A., Alami M., Ghadouane M., Zanoud Y., Nouini L., Benslimane Z. : Hydronephrose géante : à propos de deux cas. *Ann Urol* 2003 ; 37 : 61–64

[13] Jardin A. : Hydronephrose : Éditions techniques, Ency Med Chir (Paris France), Néphrologie-Urologie, 1991; 18 157 P15

[14] Yassine R. : Hydronephrose géante sur rein ectopique pelvien révélée par un syndrome occlusif: Cas rare. *African Journal of Urology* (2014) 20, 211–214

[15] Lemaître L., Claudon M., Fauquet I., Delomez J., Puech P. : Imagerie des obstructions chroniques et intermittentes de la voie excrétrice supérieure de l'adulte. *Journal de Radiologie*, 2004 Vol 85 (2) :197-216.

[16] Diallo Y., Amadou A., Kouka SC., Ondo ZC., Sow Y., Boubacar F. : L'hydronephrose géante: à propos de 3 cas et revue de la littérature *J Afr Imag Méd* 2014; (6), 1: 86-91

[17] Oka N., Hasegawa T.: Consideration on the worthwhile recovery renal function in hydronephrosis. *JPN, J Urol* 1972; 63:83..

Pour citer cet article :

OD Yé, A Ouattara, AK Paré, CMK Yaméogo, D Bayané, M Simporé et al. Les hydronephroses géantes au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso. A propos de 6 cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 161-165



Article original

L'accouchement par césarienne à Ségou au Mali : connaissances et préférences des femmes

Caesarean childbirth in Segou, Mali: women's knowledge and preferences

T Traoré^{*1}, C Schantz², BA Traoré³, M Ravit², K Sidibé¹, A Sidibé⁵, SZ Dao³, K. Sidibé¹, A Sanogo¹, SI Koné¹, A Diarra¹, F Kané⁶, Y Traoré⁴, I Tégouété⁴, N Mounkoro⁴

Résumé

Introduction : Partout dans le monde, on assiste à une « techno-bio-médicalisation » de l'accouchement qui repose sur la notion de « risque » et se justifie par la lutte contre la mortalité maternelle.

But de l'étude : A Ségou, au Mali, nous avons voulu savoir si les femmes enceintes avaient connaissance de la pratique médicale de la césarienne. Nous avons également questionné les femmes sur leur préférence concernant leur voie d'accouchement. Pour cela, 200 femmes ont été interrogées par questionnaire fermé au cours de leur grossesse ; elles ont été réinterrogées par téléphone après leur accouchement.

Résultats : Au cours de leur grossesse, 71,5% des femmes avaient reçu une information sur la césarienne. Parmi celles-ci, 76,2% l'ont reçue par un agent de santé. A propos de leur préférence concernant la voie d'accouchement, 97,5 % des femmes ont déclaré préférer accoucher par voie basse. Les principales raisons citées par les femmes étaient le souhait d'effectuer un séjour bref au centre de santé, l'aspect plus naturel et moins risqué de la voie basse, et la peur de la césarienne. Finalement, 11% des femmes interrogées ont accouché par césarienne. Toutes les femmes (n=5) ayant déclaré pendant leur grossesse

préférer accoucher par césarienne ont accouché par voie basse.

Conclusions : Les femmes interrogées présentent une forte préférence pour l'accouchement par voie basse. Cependant, cette préférence ne doit pas occulter le droit des femmes à être informées sur la césarienne de façon claire, afin d'y être notamment mieux préparées en cas de nécessité médicale.

Mots-clés : Césarienne, Ségou, Mali, préférences, connaissances.

Abstract

Introduction: Worldwide, there is a «techno-bio-medicalisation» of childbirth. This concept is based on the notion of «risk» and is justified by the fight against maternal mortality.

Purpose of research: In Segou, Mali, we wanted to know whether pregnant women whose pregnancies were being cared for in hospital were aware of the medical practice of caesarean section. We also asked women about their preference for their delivery route. For this purpose, 200 women were interviewed by closed questionnaire during their pregnancy; they were re-interviewed by telephone one month after their delivery.

Results: During their pregnancy, 71.5% of the women had received information about caesarean sections. Of these, 76.2% received it from a health worker. Regarding their preference for the delivery route, 97.5% of the women stated that they preferred to give birth by vaginal delivery. The main reasons cited by the women were the desire to have a short stay at the health centre, the more natural and less risky aspect of the vaginal route, and the fear of a caesarean section. Finally, 11% of the women interviewed gave birth by caesarean section. All the women (n=5) who stated that they preferred to give birth by caesarean section during their pregnancy gave birth by vaginal delivery. Conclusions: The women interviewed in Ségou showed a strong preference for vaginal delivery. However, this strong preference should not obscure the right of women to be informed about this procedure in a clear and honest manner, so that they are better prepared in case of medical necessity.

Keywords: Caesarean childbirth, Segou, Mali, preference, knowledge.

Introduction

Deux tendances historiques ont transformé la façon d'appréhender la grossesse et l'accouchement dans le monde depuis une cinquantaine d'années : la « pathologisation » du corps maternel et sa « techno-bio-médicalisation » (1). Cette prise en charge médicale de l'accouchement se justifie par la notion de « risque » au nom de la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale (1–3). Ce nouveau paradigme de gestion « par le risque » a débuté dans les années 1970 dans les pays du Nord puis il s'est largement diffusé au-delà des pays industrialisés par différents outils, par exemple le partogramme (1).

De façon concomitante, on a assisté à une augmentation des taux de césarienne partout dans le monde, amenant à parler d'« épidémie de césarienne » (4). Au cours des années 2000, l'idée d'une préférence de certaines femmes pour un accouchement par césarienne a été proposée afin d'expliquer cette

augmentation globale des taux de césarienne. Des chercheurs ont alors tenté de mesurer la préférence des femmes pour l'accouchement par césarienne (5) pendant que d'autres ont montré que cette demande était socialement construite, notamment car elle était rentable et profitable aux obstétriciens et à l'institution médicale de façon plus globale (6,7) mais aussi parce qu'elle était gouvernée par la peur et la douleur des femmes (8–10). Au Mali comme ailleurs, les taux de césarienne augmentent progressivement. Une recherche récente a fait état d'un taux de césarienne à 31,0 % sur 5 maternités de niveaux de référence différents dans le pays, avec un taux de césarienne à 28,5% à l'hôpital de Ségou (11).

La médicalisation de l'expérience de l'accouchement en Afrique de l'Ouest remonte à un siècle. Historiquement, c'est à Dakar au Sénégal que l'école de médecine de l'Afrique Occidentale Française a ouvert en 1918. Après les indépendances des années 1960, le « monde du développement » (12) a continué à promouvoir la médicalisation de l'accouchement, notamment au Mali, à travers l'aide publique au développement. Au début des années 2000, les agences internationales ont joué un rôle très important dans cette diffusion. Par exemple, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) des Nations Unies ont intensifié les injonctions à la médicalisation dans les pays du Sud à travers un indicateur clef : le taux d'accouchement assisté par du personnel biomédical. Au Mali, l'adoption de la biotechnologie au sein de l'institution se manifeste entre autres par le recours systématique au partogramme, par la position allongée imposée, par l'usage très fréquent d'hormones de synthèses (oxytocines), par l'influence de plus en plus importante de l'industrie pharmaceutique, ainsi que par la diffusion de la pratique de la césarienne à travers des politiques de gratuité (9).

Cent ans après le début de ce processus de médicalisation puis de biomédicalisation (13) de l'accouchement, la santé maternelle au Mali est toujours caractérisée par une mortalité maternelle très élevée. En 2017, il était estimé que 562 femmes étaient décédées pour 100 000 naissances, ce qui correspond

à 4400 femmes mortes cette année-là (14). Malgré les différentes injonctions à accoucher en institution, un tiers des femmes au Mali accouchent à domicile, ce qui traduit les obstacles financiers, géographiques, et sociaux auxquels sont confrontés les femmes et les familles. Dans la région de Ségou, à 235 km au nord de Bamako, 57,2% des femmes ont accouché en institution de santé ces dernières années (15).

Si de nombreuses études ont été menées dans les pays du Nord pour saisir les préférences des femmes concernant leur voie d'accouchement, leur rapport à la biotechnologie est peu pensé dans les Suds alors que ce recours est de plus en plus important. Cette recherche avait ainsi pour objectif de mesurer la préférence de femmes maliennes, dans la région de Ségou, concernant leur voie d'accouchement, et d'explorer les raisons de cette préférence.

Méthodologie

- Cadre de l'étude

Créé en 1939 et constitué alors de dispensaires et d'une maternité, l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou où s'est déroulée l'étude a connu des évolutions jusqu'en 2003 où il a été érigé en établissement public hospitalier de deuxième niveau de référence à vocation générale par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003. Avec 198 lits, cet hôpital a pour mission de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur l'étendue du territoire de la région de Ségou en assurant le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ; la formation initiale et continue des professionnels de la santé et la conduite de travaux de recherche dans le domaine médical. En 2020, 3363 femmes y ont accouché dont 1358 par césarienne (40,3%).

- Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective réalisée auprès de femmes enceintes durant leur 3ème trimestre de grossesse. Des questions sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes, leurs connaissances et représentations sur la césarienne et leur préférence quant à la voie d'accouchement ont été

posées. Par la suite, ces femmes ont été réinterrogées dans le postpartum par téléphone. Les questions posées concernaient alors leur voie d'accouchement et la raison quant à cette voie d'accouchement. Cette méthodologie avait déjà été mise en place au Cambodge et en France précédemment (10,16).

- Échantillon de l'étude

Il a été proposé à toutes les femmes enceintes qui se sont présentées entre le 1er janvier et le 31 décembre 2020 en consultation prénatales à l'hôpital de Ségou, à partir de 28 semaines d'aménorrhées (SA), de participer à l'étude. 200 femmes ont accepté de participer à cette étude et ont été interrogées pendant leur grossesse. 199 d'entre elles ont pu être réinterrogées dans le postpartum (une femme est décédée d'une hémorragie du postpartum immédiat).

- Analyse des données

Les données ont été analysées de façon descriptive à l'aide du logiciel SPSS version 20 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Résultats

Au cours de leur grossesse, 71,5% des femmes interrogées avaient reçu une information sur la césarienne (tableau 1). Parmi celles-ci, 76,2% l'ont reçue par un agent de santé. A propos de leur préférence concernant leur voie d'accouchement, le tableau 2 montre que 97,5 % des femmes ont déclaré préférer accoucher par voie basse. Pour expliquer cette préférence, la grande majorité des femmes a mentionné le souhait d'effectuer un séjour bref au centre de santé (97,4%), l'aspect naturel (95,9%) et moins risqué (77,4%) de l'accouchement par voie basse, la peur de la césarienne (85,6%), et le lien renforcé avec l'enfant (66,7%). Le fait d'être actrice de son accouchement et de prouver sa bravoure (43,1%), le maintien de la fertilité (30,3%), la beauté du corps préservée (26,2%), et la croyance religieuse (15,4%) ont également été cités comme arguments motivant la préférence pour l'accouchement par voie basse. Toutes les femmes (n=5) préférant accoucher par césarienne le justifient par l'aspect moins risqué (100%) et moins

douloureux (100%) ; certaines femmes ont également mentionné que l'accouchement par césarienne était plus simple (80%).
Finalement, 11% des femmes interrogées ont accouché par césarienne. Les indications principales étaient

le bassin généralement rétréci (32%), la souffrance fœtale aigüe (23%) et la stagnation de la dilatation (14%). Toutes les femmes ayant déclaré pendant leur grossesse préférer accoucher par césarienne ont accouché par voie basse.

Tableau I : Connaissances et sources d'information de la césarienne

		Effectif	%
Avez-vous des connaissances sur la césarienne	Oui	143	71,5%
	Non	57	28,5%
Si oui sources d'information	Agent de santé	109	76,2%
	Télé	13	9,1%
	Réseaux sociaux	13	9,1%
	Récits	4	2,8%
	Propre expérience	4	2,8%
	Radio	0	0,0%

Tableau II : Motivation pour la voie d'accouchement (question ouverte)

Motivation voie basse (N=195)		Motivation césarienne (N=5)	
Bref séjour au centre de santé	190 (97,4%)	Moins risqué (rassurant)	5 (100,0%)
Naturel	187 (95,9%)	Moins douloureux	5 (100,0%)
Peur de la césarienne	167 (85,6%)	Plus simple	4 (80,0%)
Moins risqué	151 (77,4%)	Conseil du médecin	0 (0,0%)
Renforce la relation mère-enfant	130 (66,7%)	Choisir la date	0 (0,0%)
Être actrice / prouver sa bravoure	84 (43,1%)		
Maintenir la fertilité	59 (30,3%)		
Beauté du corps préservée	51 (26,2%)		
Moins douloureux	44 (22,6%)		
Croyance religieuse	30 (15,4%)		

Tableau III : Préférences pour la voie d'accouchement et voie d'accouchement final

Préférence avant accouchement	Voie d'accouchement		Total
	Voie basse	Césarienne	
Voie basse	173 (89%)	22 (11%)	195
Césarienne	5 (100%)	0 (0%)	5
Total	178 (89%)	22 (11%)	200

Discussion

Parmi les 200 femmes interrogées au cours de leur grossesse, seules 71,5% déclarent savoir ce qu'est une césarienne. Parmi elles, les trois quarts ont reçu cette information par un agent de santé. Au final, c'est

seulement une femme sur deux interrogée (n=109) qui a reçu des informations sur la césarienne par un agent de santé. Il est important de noter aussi que 18% des femmes possédant une connaissance sur cette pratique l'ont reçue par le biais de la télévision ou des réseaux sociaux. De nombreuses femmes au Sahel ont modifié

leur façon de chercher des réponses à leurs questions de santé les plus intimes, avec des conséquences peu étudiées (17). Les jeunes publient leurs récits de vie quotidienne sous forme de journaux digitaux, dans des blogs, avec parfois une audience très large auprès des adolescents. Les telenovelas diffusées par Internet et la télévision qui sont des séries d'Amérique Latine très regardées, diffusent une certaine image des rapports de genre, de l'amour, de la sexualité, et sont un exemple des modèles globalisés qui s'insèrent à un niveau local (18). L'impact de ces communications sur le choix de recourir aux soins dans un centre de santé n'est pas connu.

D'autre part, la recherche a montré que la grande majorité (97,5%) des femmes a déclaré préférer accoucher par voie basse. Parmi les raisons motivant la préférence pour un accouchement par voie basse, le souhait d'effectuer un séjour bref au centre de santé a été cité par 97,4% des femmes. Ce souhait pourrait s'expliquer par la réputation des hôpitaux qui n'est pas toujours bonne en termes d'hygiène et de relations soignant/soignée (19,20), mais aussi dans l'objectif de limiter les dépenses. A l'hôpital de Ségou, les femmes ayant accouché par voie basse restent environ six heures après leur accouchement en l'absence de pathologie, contrairement aux femmes ayant accouché par césarienne qui restent plusieurs jours. Si une politique de gratuité de la césarienne existe au Mali depuis 2005, il a été montré que les coûts informels associés à cette pratique étaient importants (21), ce qui peut renforcer le souhait des femmes d'accoucher par voie basse. Les autres raisons (parce que c'est plus naturel, peur de la césarienne, moins risqué, renforce la relation mère-enfant, permet d'être actrice de sa bravoure, maintien de la fertilité, beauté du corps préservée et moins douloureux) ont été retrouvées dans d'autres contextes très différents (notamment en Amérique Latine, en Asie du Sud-Est, en Europe) (6,10,16).

Enfin, un résultat intéressant de cette étude consiste à voir que les femmes ayant déclaré préférer accoucher par césarienne ont accouché par voie basse. Cela laisse supposer différentes hypothèses : ces femmes

ont pu changer d'avis entre le questionnaire et leur accouchement ; elles n'ont pas pu exprimer leur préférence pour l'accouchement par césarienne ou enfin, cette préférence n'a pas été déterminante dans le choix de la voie d'accouchement pour le médecin.

Conclusion

Suite à l'augmentation des taux de césarienne partout dans le monde, différentes études dans les pays du Nord ont mesuré la préférence des femmes pour l'accouchement par césarienne. Notre recherche menée dans la région de Ségou au Mali a montré une forte préférence des femmes interrogées pour l'accouchement par voie basse, principalement car ces femmes souhaitent effectuer un séjour bref au centre de santé, mais aussi car cette voie d'accouchement leur semble plus naturelle et moins risquée, ainsi que par peur de la césarienne. La recherche a également montré que seule une femme sur deux au cours de sa grossesse a été informée de la pratique possible de l'accouchement par césarienne en cas de pathologie par un professionnel de santé. Des efforts doivent être menés pour informer chaque femme enceinte de la procédure médicale d'accouchement par césarienne en cas de nécessité afin que les femmes puissent bénéficier d'une information claire et loyale.

Contributions des auteurs

TT, CS et BAT ont élaboré la question et le protocole de recherche. TT a supervisé et coordonné la collecte des données. MR a analysé les données. CS a écrit l'article que TT et MR ont commenté et amélioré. L'ensemble des co-auteurs a validé la version finale de l'article.

Remerciements

Nous remercions Aser Diarra ainsi que toutes les personnes du service ayant participé au déroulement de l'enquête. Merci à Charles Kaboré pour ses conseils lors de la relecture d'une première version de cet article.

*Correspondance

Tidiani Traoré

tidiobongosso@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

- 1 : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali ;
- 2 : Ceped, IRD, Université Paris Descartes, Inserm, Paris, France
- 3 : Centre de Santé de Référence de la Commune II (CSRéf Com.II) de Bamako, Mali
- 4 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré Bamako Mali ;
- 5 : Centre de Santé de référence de Kayes Mali ;
- 6 : Centre de Santé de référence de Bla.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Topçu S, Brown P. The impact of technology on pregnancy and childbirth: creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts. *Health, Risk & Society*. 19 mai 2019 ;21(3-4):89-99.
- [2] Carricaburu D. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du Travail*. 1 avr 2005;47(2):245-62.
- [3] Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstetrical : les enjeux d'une définition. *socsoc*. 2007;39(1):123-44.
- [4] Morris T. *Cut it out: the C-section epidemic in America*. NYU Press; 2013.
- [5] Mazzoni A, Althabe F, Liu N, Bonotti A, Gibbons L, Sánchez A, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. mars 2011;118(4):391-9.
- [6] Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by caesarean? *Social science & medicine*. 2000;51(5):725-40.
- [7] Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*. 2004;12(23):100-10.
- [8] Wang E. Requests for cesarean deliveries: The politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China. *Social Science & Medicine*. janv 2017; 173:1-8.
- [9] Schantz C, Aboubakar M, Traoré AB, Ravit M, de Loenzien M, Dumont A. Caesarean section in Benin and Mali: increased recourse to technology due to suffering and under-resourced facilities. *Reproductive Biomedicine & Society Online* (2020); 10, 10–18
- [10] Schantz C, Sim KL, Petit V, Rany H, Goyet S. Factors associated with caesarean sections in Phnom Penh, Cambodia. *Reproductive Health Matters*. 1 nov 2016;24(48):111-21.
- [11] Schantz C, Ravit M, Traoré AB, Aboubakar M, Goyet S, de Loenzien M, et al. Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin? *Sexual & Reproductive Healthcare*. juin 2018;16:10-4.
- [12] Atlani-Duault L, Vidal L. *Anthropologie de l'aide humanitaire et du développement. Des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*. Armand Colin. Paris; 2009. 311 p.
- [13] Clarke AE, Fishman JR, Fosket JR, Mamo L, Shim JK. *Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux*. Sciences sociales et santé. 2000;18(2):11-42.
- [14] World Health Organization. *Trends in maternal mortality 2000 to 2017 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization; 2019.
- [15] Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018*. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
- [16] Schantz C, Pantelias A-C, de Loenzien M, Ravit M, Rozenberg P, Louis-Sylvestre C, et al. 'A caesarean section is like you've never delivered a baby': A mixed methods study of the experience of childbirth among French women. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. mars 2021;12:69-78.
- [17] Maitz E, Maitz K, Sendlhofer G, Wolfsberger C, Mautner

S, Kamolz L-P, et al. Online Health Information Seeking Behavior of Children and Adolescents Aged from 12 to 14 Years - A Mixed-Methods Study. *J Med Internet Res.* 24 mars 2020;

[18] Coulibaly A. Fécondité et nouvelles expressions de la sexualité à Bamako et en Afrique de l'Ouest. In: *Santé et sociétés en Afrique de l'Ouest*. Paris: CNRS; 2015. p. 47-72.

[19] Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris; Marseille: Karthala ; APAD; 2003.

[20] Jaffré Y. Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. *Santé Publique.* 30 juill 2018;S1(HS):151-66.

[21] Ravit M, Philibert A, Tourigny C, Traore M, Coulibaly A, Dumont A, et al. The Hidden Costs of a Free Caesarean Section Policy in West Africa (Kayes Region, Mali). *Matern Child Health J.* août 2015;19(8):1734-43..

Pour citer cet article :

T Traoré, C Schantz, BA Traoré, M Ravit, K Sidibé, A Sidibé et al.
L'accouchement par césarienne à Ségou au Mali : connaissances et préférences des femmes. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 166-172



Cas clinique

Indications, technique et résultats de l'amputation abdomino-périnéale : à propos d'un cas et revue de la littérature

Indications, technic and results of abdomino-perineal amputation: about a case and review of literature

K Dyatta Mayombo*^{1,2}, YM Mpira^{1,2}, Nguele Ndjota^{1,2}, FCA Mbana Boukoulou¹, KF Kamdom¹, S Ipouka Doussiemou¹, FK Diallo^{1,2}

Résumé

Introduction : L'amputation abdomino-périnéale (AAP) est une opération mutilante, souvent mal vécue par le patient. Ses indications sont plus restreintes ces dernières années grâce aux progrès techniques. Nous rapportons ce cas opéré dans le service de chirurgie du CHU de Libreville au Gabon afin de discuter des indications et de relever les résultats de cette intervention.

Cas clinique : Madame ONM, âgée de 58 ans diabétique de type 1 et hypertendue était suivie pour une hémorragie digestive basse depuis 6 mois avec altération de l'état général. L'examen digestif était pauvre. Le toucher rectal révélait une masse ferme, bosselé, latéralisée à droite. L'endoscopie digestive basse confirmait la masse hémorragique rectale latéro-postérieure droite dont le pôle inférieur était à 2 cm au-dessus de la ligne pectinée. L'analyse histologique de la biopsie révélait un adénocarcinome du bas rectum classé T4NxM0. La radiothérapie néo-adjuvante était peu contributive. L'indication d'une AAP était retenue. L'intervention était réalisée par un double abord, réalisant une exérèse rectale par voie périnéale et une colostomie gauche définitive. A J12, une péritonite post opératoire par décrochage

du moignon stomial était objectivée indiquant une reprise chirurgicale. Une nouvelle colostomie était conçue avec lavage-drainage péritonéal. L'évolution était marquée par un sepsis périnéal persistant. La patiente sortait à J32 post opératoire.

Conclusion : L'AAP est une intervention mutilante. Elle conserve des indications bien précises en cancérologie ano-rectale. Les progrès techniques améliorent la morbi-mortalité de cette affection, dont le pronostic dépend du type de d'exérèse chirurgicale.
Mots-clés : amputation abdominopérinéale - adénocarcinome - rectum - colostomie – Gabon.

Abstract

Introduction: Abdomino-perineal amputation (APA) is a mutilating operation, often poorly experienced by the patient. Its indications are more limited in recent years thanks to technical progress. We report this case operated in the surgical department of the University Hospital of Libreville in Gabon to discuss the indications and to note the results of this intervention.
Clinical case: Mrs ONM, 58 years old diabetic of type 1 and hypertensive was followed for a digestive haemorrhage low since 6 months with deterioration of the general state. Digestive examination was poor.

The rectal examination revealed a firm mass, bumpy, lateralised on the right. Lower gastrointestinal endoscopy confirmed the heterogeneous left right posterior hemorrhagic mass whose lower pole was 2 cm above the dentate line. Histological analysis of the biopsy revealed T4NxM0 low rectal adenocarcinoma. Neo-adjuvant radiotherapy was not very contributive. The indication of APA was retained. The procedure was performed by a double approach, performing perineal rectal excision and a definitive left colostomy. On D12, postoperative peritonitis by stalling stomial stump was objectified indicating a surgical revision. A new colostomy was designed with peritoneal lavage-drainage. The evolution was marked by persistent perineal sepsis. The patient was leaving on day 32 postoperatively.

Conclusion: PAA is a mutilating intervention. It retains precise indications in anorectal oncology. Technical progress improves the morbidity and mortality of these diseases, the prognosis of which depends closely on the type of surgical excision.

Keywords: abdominoperineal amputation - adenocarcinoma - rectum - colostomy – Gabon.

Introduction

Décrite par Miles il y a plus de 100 ans pour les tumeurs du moyen et du bas rectum [1], l'amputation abdomino-périnéale (AAP) est une intervention mutilante, souvent mal acceptée par le patient. Elle consiste en une véritable extraction de l'ampoule rectale, de l'appareil sphinctérien, du canal anal ainsi que de l'atmosphère celluloganglionnaire périrectale par double abord périnéal et abdominal [2]. Cette opération a vu ses indications se restreindre ces dernières années grâce aux progrès de la connaissance de la maladie et à l'évolution des techniques chirurgicales [3]. Elle garde néanmoins quelques indications à nos jours [2, 3].

A travers ce cas opéré au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville et une revue de la littérature, nous nous proposons de discuter des indications, de la

technique opératoire et des résultats de l'AAP.

Cas clinique

Madame ONM, âgée de 58 ans, aux antécédents de diabète de type 1 et d'hypertension artérielle était suivie pour hémorragie digestive basse évoluant depuis 6 mois. Elle présentait une perte pondérale estimée à 15 kg en 6 mois. L'examen clinique objectivait une altération de l'état général, un abdomen souple sans masse palpable ni viscéro-mégalie. Le toucher rectal mettait en évidence une masse ferme, bosselée, latéralisée à droite, hémorragique et douloureuse. L'endoscopie digestive basse confirmait la masse hétérogène hémorragique de la paroi rectale inférieure latéro-postérieure droite dont le pôle inférieur était à 2 cm au-dessus de la ligne pectinée. L'analyse histologique de la pièce biopsique révélait un adénocarcinome du bas rectum. Au terme du bilan d'extension, la tumeur du bas rectum était classée T4NxM0. La radiothérapie néo-adjuvante n'avait pas permis une régression significative du volume tumoral et les épisodes d'hémorragie digestive basse étaient plus fréquents. L'indication d'une amputation abdomino-périnéale était retenue. Un double abord abdominal et périnéal était réalisé. On retrouvait une masse tumorale occupant la partie basse de l'ampoule rectale adhérente aux muscles releveurs de l'anus. Le foie était macroscopiquement sain. Après isolement des uretères, l'artère sigmoïdienne ainsi que les artères et veines rectales supérieures étaient liées puis sectionnées en dessous de la l'artère colique gauche. On procédait à dissection-section du méso-sigmoïde, des ailerons du rectum et à un décollement progressif antéro-postérieur du rectum (figure 1). La section à hauteur de la jonction recto-sigmoïdienne intervenait avant la confection d'un anus iliaque gauche définitif. Par voie périnéale, on procédait à une exérèse laborieuse de la pièce opératoire du fait de l'envahissement des muscles releveurs de l'anus, de type R2 (figure 2 et 3). Un champ abdominal était tassé dans le cratère pelvien avant la fermeture. L'évolution était marquée à J12 post-opératoire, par

la survenue d'une fièvre à 39°C et une hémorragie péri-stomiale. Le moignon stomial était nécrosé et un tableau de péritonite stercorale post-opératoire se complétait après la chute intra-péritonéale du moignon. A J14, nous avons procédé à une reprise chirurgicale par voie médiane avec confection d'une nouvelle stomie sur un autre site suivi d'un lavage abondant de la cavité péritonéale au sérum salé isotonique. La patiente sortait à J32 post-opératoire à cause d'un sepsis de paroi et de la région périnéale qu'il avait fallu gérer.

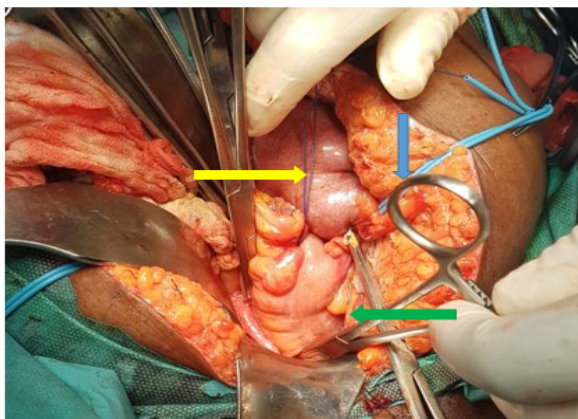


Figure 1 : Vue per opératoire au temps abdominal. Section du méso-rectum. Noter les uretères mis sur lacs (flèches bleues), le rectum et son méso sectionné (flèche verte) et le colon descendant (flèche jaune).

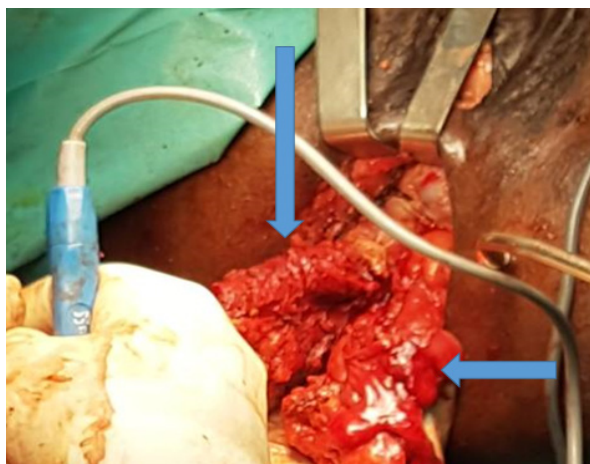


Figure 2 : Vue per opératoire. Extraction du rectum (flèches bleues) par voie périnéale.

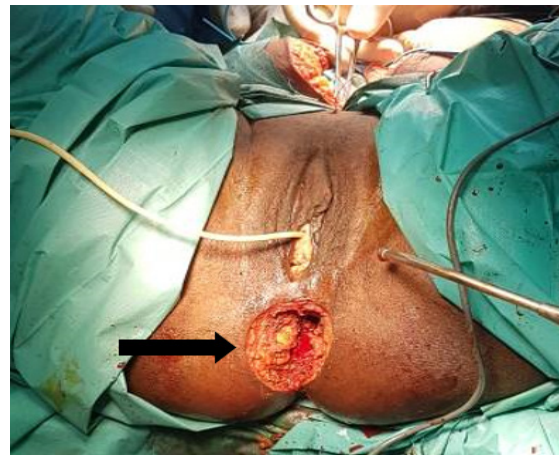


Figure 3 : Vue per opératoire en position gynécologique. Région périnéale après extraction du rectum et des tissus péri-anaux : le cratère périnéal (flèche noire).

Discussion

• Indications

L'AAP est indiquée dans les tumeurs malignes du canal anal en cas de récurrences locales ou locorégionales après radiothérapie ou radio-chimiothérapie, de poursuites évolutives (échec du contrôle tumoral initial), de contre-indications à la radiothérapie ou radio-chimiothérapie et en cas de complications du traitement par radio-chimiothérapie [2]. Elle est également indiquée dans les tumeurs malignes du moyen et du bas rectum en cas d'échec de la radio-chimiothérapie, comme dans notre cas. L'AAP a vu ses indications décroître ces 20 dernières années [3]. L'évolution de la connaissance de la maladie cancéreuse a permis de repousser les limites des marges de sécurité à respecter en dessous du pôle inférieur de la tumeur initialement de 5 cm à 1 cm [3, 4] Ceci a permis d'envisager plus d'interventions sur le rectum avec une meilleure possibilité de rétablissement de la continuité digestive.

• Technique

L'AAP nécessite 2 voies d'abord : périnéale et abdominale. Le premier temps est abdominal : par voie médiane sous ombilicale ou par voie coelioscopique. La voie coelioscopique a l'avantage de diminuer le temps opératoire. Avec une équipe entraînée à la pratique de la coelioscopie, ce premier temps opératoire

a une durée moyenne de 20 minutes [5]. Nous avons opté pour la voie médiane sous ombilicale par manque de pratique et inexpérience de l'équipe chirurgicale. Après exploration de la cavité abdominale, la ligature première des vaisseaux mésentériques inférieurs au-dessous de l'artère colique supérieure gauche est suivie de l'exérèse du méso-rectum et de la libération complète du rectum de haut en bas jusqu'au niveau du plancher des muscles releveurs de l'anus. Toutefois, le bénéfice carcinologique de la ligature première du pédicule vasculaire et du curage ganglionnaire lymphatique le long des pédicules hypogastriques n'a jamais été démontré [6]. Nous rappelons que pendant ce temps opératoire, il est nécessaire de repérer et d'isoler les uretères afin de prévenir tout incident opératoire. Le choix d'une colostomie avec un trajet direct trans-péritonéal ou sous péritonéal est sujet à controverse et nous avons opté pour une colostomie directe trans-péritonéale. La colostomie périnéale pseudo-continentale a été proposée avec des résultats fonctionnels liés à la coopération et l'adaptabilité des patients [7]. Cette variante technique respecte le schéma corporel et a l'avantage de combler une partie de la cavité périnéale avec des résultats satisfaisants [2, 8].

Le deuxième temps est périnéal : après avoir fermé l'orifice anal, on procède à une incision visant à faire l'exérèse large de la peau périnéale postérieure et du tissu cellulo-lymphatique des fosses ischio-rectales. Le plan de la dissection postérieure est retrouvé en avant des dernières pièces sacrées. Après section des releveurs, une dissection est réalisée en avant en incisant en regard du centre tendineux du périnée. La totalité de la pièce est enlevée en monobloc. Dans notre cas, on avait noté un envahissement des releveurs qui avaient été sectionnés et emportés lors de la dissection. Lorsque la plaie périnéale est laissée ouverte, le temps de fermeture est long, soit 14 semaines en médiane [9]. Le drainage du périnée laissé ouvert sur un drainage par sac de Mikulicz a été progressivement abandonné. Dans notre pratique, l'utilisation de champs abdominaux représente une alternative en cas d'absence de matériel. La VAC-

thérapie (Vacuum Assisted Closure) et les techniques de reconstruction par lambeaux musculo-cutanés sont aussi proposées pour la gestion de la plaie périnéale.

• Résultats

Certains auteurs ont montré que les résultats carcinologiques de la coelioscopie étaient d'aussi bonne qualité que ceux de la laparotomie [10]. Elle améliore le confort post-opératoire en diminuant la douleur et l'iléus post-opératoires. La voie coelioscopique a l'avantage de diminuer les taux d'éventrations et d'occlusion post-opératoires [10].

La morbidité spécifique de l'AAP est dominée par la suppuration périnéale et les complications des colostomies précoces ou tardives. Les complications tardives des stomies (éventration, sténose, prolapsus...) imposent une ré-intervention chirurgicale dans 4 à 8% des cas [11]. Les complications précoces sont représentées par la suppuration péri-stomiale, la nécrose, les prolapsus et les sténoses [3]. Dans notre observation, la patiente avait présenté une nécrose de la stomie qui avait occasionné une péritonite post-opératoire et une ré-intervention chirurgicale. La qualité de la vascularisation du moignon colique doit être vérifiée au moment de la confection de la stomie. Des séquelles sexuelles et urinaires sont rapportées dans la littérature [6]. Au plan psychologique, l'AAP est une intervention souvent mal acceptée par le patient en raison essentiellement de la colostomie définitive vécue comme un handicap majeur [11]. La VAC-thérapie permet d'obtenir une diminution du délai de cicatrisation périnéale [2].

Après AAP, la survie globale à 5 ans est de plus de 50% pour les séries récentes [9, 12]. L'exérèse R0 est le seul facteur pronostique de survie [2-MARIANI]. Dans leur série, Rouquié et al retrouve une survie médiane à 12 ans avec exérèse R0 alors que celle avec exérèse R1 et R2 est de 1 an [12].

Conclusion

L'AAP est une technique chirurgicale mutilante avec un lourd impact psycho-social. Elle conserve des indications bien précises dans la pathologie tumorale

ano-rectale. Les progrès techniques améliorent la morbi-mortalité de ces affections, dont le pronostic dépend étroitement du type de d'exérèse chirurgicale.

Aspect éthique

L'accord préalable des autorités compétentes hospitalières et l'autorisation du patient ont été requis avant la réalisation de ce travail.

*Correspondance

Kévin DYATTA MAYOMBO

dyattamayombokc@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

1 : Service de Chirurgie Viscérale. CHU Libreville-Gabon
2 : Département de Chirurgie. Université des Sciences de la Santé Owendo-Gabon

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Miles WE. A method of performing abdominoperineal excision for carcinoma of the rectum and the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet* 1908;2:1812-3.
- [2] Mariani P. Place de l'amputation abdominopérinéale dans le traitement du carcinome du canal anal. *Cancéro Dig* 2011 ; 3(4) :301-305.
- [3] Beyrouti MI. Amputation abdominopérinéale pour adénocarcinome du rectum : A propos de 48 cas. *Tunis Chir* 2008 ;17 : 71-76.
- [4] OuaiSSI M, Alves A, Y Panis. Cancer infiltrant du rectum traité par radiochimiothérapie «néoadjuvante» : peut-on se passer de la proctectomie ? *Ann Chir* 2006 ;131 :175-176.
- [5] Cotte E, Lifante JC, Cherki S, et al. Amputation du rectum par voie périnéale pure avec colostomie coelio-assistée : une option thérapeutique palliative pour les cancers du bas rectum ou de l'anus chez le sujet âgé ou multitaré. *Ann Chir* 2006 ;131 :100-103.

- [6] Fourtanier G, Gravie JF. Amputation abdomino-périnéale. *EMC, techniques chirurgicales* 40615,1992 ;15p.
- [7] Lasser PH. Colostomie pseudo-continent. *J Chir* 2002;118:315-20.
- [8] Goéré D, Bonnet S, Pocard M. Oncologic and functional results after abdominoperineal resection plus pseudocontinent perineal colostomy for epidermoid carcinoma of the anus. *Dis Colon Rectum* 2009;52:958-63.
- [9] Mariani P, Ghanneme A, de la Rochefordière A, et al. Abdominoperineal resection for anal cancer. *Dis Colon Rectum* 2008;51:1495-501.
- [10] Laurent C, Leblanc F, wutrich P, et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: long-term oncologic results. *Ann Surg* 2009;250:54-61.
- [11] Ben Timime L, Trabelsi O, Ben Moussa M, et al. Les amputations abdomino-périnéales pour adénocarcinome du rectum. Technique et résultats. A propos de 45 cas. *Tunis Méd* 1997;75 :912-8.
- [12] Rouquié D, Lasser P, Castaing M, et al. Complete (R0) resection is the only valid prognostic factor in abdominal resection for recurrent cancer of the anal canal (a consecutive series of 95 patients). *J Chir (Paris)* 2008;145:335-40.

Pour citer cet article :

K Dyatta Mayombo, YM Mpira, Nguéle Ndjota, FCA Mbana Boukoulou, KF Kamdom, S Ipouka Doussié et al. Indications, technique et résultats de l'amputation abdomino-périnéale : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 173-177



Cas clinique

Brûlure caustique grave du tractus aérodigestif supérieur : Quelle technique anesthésique ? A propos d'un cas à l'Hôpital du Mali, Bamako.

Severe caustic burn of the upper aerodigestive tract: What anesthetic technique?
About a case at the Mali Hospital, Bamako.

K Tembiné*¹, THM Coulibaly¹, N Diani¹, A Sidibé¹, MAC Cissé¹, K Sangho¹, A Dramé¹, B Diallo⁶, I B Maiga², SA Beye⁶, S Sidibé⁵, A Maiga², A Ombotimbé², MM Traoré³, C Sogodogo⁸, MI Mangané⁷, THM Diop⁷, H Dicko⁶, AH Almeimoune⁷, MB Coulibaly¹⁰, A Traoré¹⁰, MK Touré⁴, B Fané⁹, A Kassogué⁷, AS Dembélé⁸, S Togo², MA Ouattara², S Yena², MD Diango⁷, Y Coulibaly⁶

Résumé

Introduction : Les brûlures caustiques du tractus aérodigestif supérieur constituent une urgence médico-chirurgicale et leur prise en charge est pluridisciplinaire intéressant les médecins urgentistes, les anesthésiste-réanimateurs, les oto-rhinolaryngologistes, les gastro-entérologues, les chirurgiens et les psychiatres. Nous rapportons un cas de prise en charge anesthésique chez une patiente victime de brûlure caustique grave du tractus aérodigestif supérieur compliquée de fistule trachéale.

Cas clinique : L'observation a concerné une adolescente de 16 ans qui a été hospitalisée le 4 juillet 2021 pour ingestion de produits caustiques (soude caustique) ayant entraîné une brûlure grave du tractus aérodigestif supérieur. Elle a été proposée pour une chirurgie d'exclusion œsophagienne associée à une gastrostomie d'alimentation sous anesthésie locorégionale devant une difficulté de réalisation d'intubation orotrachéale. Elle a été prise au bloc le 16 juillet pour les mêmes indications chirurgicales sous anesthésie locorégionale, car l'intubation trachéale était difficile à réaliser.

Conclusion : Les difficultés d'anesthésie sont fréquentes du fait des lésions étendues du tractus aérodigestif suite à une ingestion de produits corrosifs.

Mots-clés : Technique anesthésique, brûlure caustique grave, fistule trachéale, l'Hôpital du Mali.

Abstract

Introduction: Caustic burns of the upper aerodigestive tract are a medical-surgical emergency and their management is multidisciplinary of interest to emergency physicians, anesthesiologist-resuscitators, otolaryngologists, gastroenterologists, surgeons and psychiatrists. We report a case of anesthetic management in a patient with severe caustic burn of the upper aerodigestive tract complicated by tracheal fistula.

Clinical case: The observation concerned a 16-year-old girl who was hospitalized on July 4, 2021 for ingestion of caustic products (caustic soda) resulting in a severe burn of the upper aerodigestive tract. It was proposed for esophageal exclusion surgery associated with a feeding gastrostomy under locoregional

anesthesia in the face of difficulty in performing orotracheal intubation. She was taken at the block on July 16 for the same surgical indications under locoregional anesthesia, as tracheal intubation was difficult to perform.

Conclusion: Anesthesia difficulties are common due to extensive lesions of the aerodigestive tract following ingestion of corrosive products.

Keywords: Anesthetic technique, severe caustic burn, tracheal fistula, Mali Hospital.

Introduction

Les brûlures caustiques du tractus aérodigestif supérieur constituent une urgence médico-chirurgicale et leur prise en charge est pluridisciplinaire intéressant les médecins urgentistes, les anesthésiste-réanimateurs, les oto-rhinolaryngologistes, les gastro-entérologues, les chirurgiens et les psychiatres [1,2].

Selon l'OMS en 2004, leur incidence était estimée à 110/100 000 personnes par an dans le monde [1]. Aux États-Unis, 200 000 cas d'ingestion de produits caustiques seraient enregistrés par an [3]. En France l'ingestion de produits caustiques a concerné 20 à 30 % des appels téléphoniques aux centres anti-poisons avec 15 000 à 20 000 cas par an [1]. Au MALI la plupart des études ont été menées chez les enfants [2]. L'ingestion des produits caustiques est pourvoyeuse d'une perforation du tractus aérodigestif entraînant des difficultés anesthésiques [3]. L'hôpital du Mali a le plus grand service de la chirurgie thoracique et cardiovasculaire du Mali. Depuis l'ouverture du service en septembre 2010 jusqu'à nos jours c'est la première fois que nous recevons un cas de brûlure caustique grave du tractus aérodigestif supérieur avec fistule trachéale jusqu'à la carène. Nous rapportons à travers cette observation, l'expérience anesthésique de l'Hôpital du Mali.

Cas clinique

Il s'agit d'une fille de 16 ans, épileptique connue

sous Phénobarbital 100 mg /jour, la dernière crise épileptique remontait à un mois, hospitalisée le 4 juillet 2021 pour ingestion caustique accidentelle. A l'admission l'examen notait un bon état général, IMC : 24 kg/m², les conjonctives étaient colorées, une hyper sialorrhée, une ulcération des lèvres et des muqueuses buccales (Figure 1). L'examen cardiopulmonaire était normal, l'abdomen était souple, indolore, le Score de Glasgow : 15/15. Les paramètres étaient : PA : 120/70 mmhg, Pouls : 100b/mn, FR: 23 cycles / mn, la saturation pulsée en oxygène (SPO₂) : 97% à l'air ambiant, Température : 37,3° C. Elle était en aphasie. La biologie notait : GR : 4,83103/mm³, Hb : 09g/dl, Gb : 11,7103/mm³, Ht : 33,2%, plaquettes : 629 103/mm³, TCA : 21s, Na : 149 mmol/l, K : 3,7 mmol/l, Cl : 100 mmol/l, glycémie : 5,4 mmol/l, créatinémie : 76 umol/l. La numération formule sanguine (NFS) notait une anémie normocytaire normochrome, une thrombocytose à 629 103 /mm³. L'ionogramme sanguin, la glycémie et la fonction rénale étaient sans particularité.

Une fibroscopie œsogastroduodénale (FGOD) réalisée a montré une fistule oeso trachéale large du mur postérieur jusqu'à la carène. La thérapie a constitué une analgésie à base du paracétamol 1g toutes les 6 H en IVD, une réhydratation par du Ringer lactate. Nous avons instauré une nutrition parentérale avec du Périkabiven après l'avoir mise à jeun strict. L'antibioprophylaxie était assurée par Amoxicilline associée à l'acide clavulanique 1g toutes les 8 heures. L'indication opératoire était : une chirurgie en plusieurs temps : une double exclusion œsophagienne proximale et distale avec une gastrostomie en urgence, secondairement une double plastie œsophagienne et trachéale en chirurgie réglée était recommandée.

A l'évaluation pré anesthésique, l'ouverture buccale était limitée à cause des ulcérations buccales, la distance thyro-mentonnière était supérieure à 6 cm. Elle a été classée ASA II urgence et Altemeir II. Les problèmes liés à l'anesthésie étaient :

- Aggravation des lésions trachéales en cas d'intubation orotrachéale ;
- Absence de zone saine sur la trachée pour la pose de

la sonde d'intubation fibroscopie ;

-Risque d'emphysème sous cutané.

Face à ces contraintes l'équipe a décidé de s'en passer de l'intubation trachéale au profit d'un bloc cervical droit et gauche pour l'exclusion œsophagienne et d'une anesthésie péridurale thoracique au niveau de T7 pour la gastrostomie par laparotomie médiane, sous oxygène à la lunette à 5l/mn (Figures 2, 3,3,4,5,6). La condition des anesthésistes était la réalisation de cette de chirurgie dans un délai d'une heure. Ce qui fut fait en par deux équipes chirurgicales.

Pour chaque bloc cervical réalisé, nous avons utilisé la lévobupivacaïne et la lidocaïne respectivement à la dose 60 mg et 80mg. L'anesthésie péridurale a été réalisée par l'injection de la lévobupivacaïne 100mg et de la lidocaïne 100mg. Il n'y a pas eu de complications en peropératoire. Les suites opératoires étaient sans particularité.



Figure 1 : Ulcération buccale



Figure 2 : Bloc cervical droit



Figure 3 : Bloc cervical gauche



Figure 4 : Péridurale

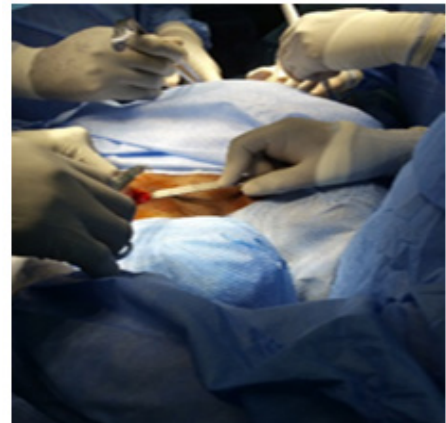


Figure 5 : Exclusion œsophagienne

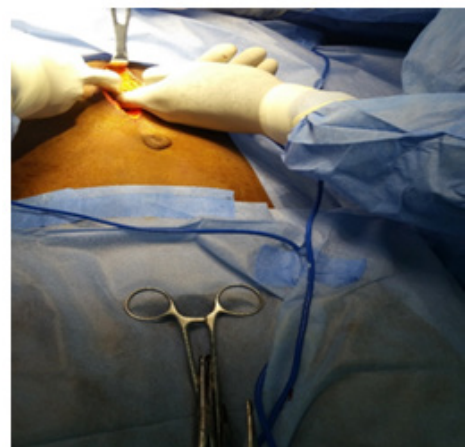


Figure 6 : Laparotomie

Discussion

Dans le cas présenté, la brûlure du tractus supérieur était est un accident involontaire due à une ingestion de la potasse chez une demoiselle de 16 ans de sexe féminin ayant entraîné une brûlure du tractus aérodigestif supérieur avec fistule du mur postérieur de la trachée jusqu'à la carène (brûlure stade IV).

L'âge de notre patiente est inférieur à la moyenne d'âge retrouvée dans la littérature. Fieu et al ont rapporté dans leur étude un âge moyen de 40 ans dans un service de réanimation adulte [3]. La prédominance selon le sexe varie dans la littérature, notre observation est comparable à celle de Lachaux et al qui ont rapporté une prédominance féminine [4]. L'ingestion de caustique constitue une urgence diagnostique et thérapeutique qui doit être prise en charge en milieu spécialisé.

Le bilan initial endoscopique permet de faire l'inventaire des lésions digestives et respiratoires qui conditionnent le pronostic et commandent la stratégie thérapeutique [1,4]. Devant des lésions nécrotiques étendues, une chirurgie d'exérèse en urgence s'impose. L'existence de lésions trachéobronchiques graves par contiguïté, ou par inhalation de caustiques, représente un des facteurs importants de la mortalité de ces patients [2,3]. L'intervention chirurgicale en urgence se caractérise par l'association d'une intubation difficile du fait des brûlures oropharyngées et d'un estomac plein. L'abord trachéal est le principal problème. L'intubation orotrachéale ou naso-trachéale sous fibroscopie est la meilleure technique. Elle peut être réalisée en fin d'endoscopie bronchique. Elle permet le positionnement de la sonde d'intubation en zone saine [1,3]. Dans notre observation, la brûlure était de stade IV avec une fistule oeso trachéale large, une fistule trachéale du mur postérieur s'étendait jusqu'à la carène. Il n'y avait pas de zone saine trachéale pour la pose de la sonde d'intubation même sous fibroscopie. En cas d'anesthésie générale l'intubation orotrachéale ou la réalisation d'une trachéotomie se caractérise par un risque d'emphysème sous-cutané alors que l'exclusion œsophagienne et une

gastrostomie par laparotomie d'urgence s'imposait. Devant cette impasse anesthésique, une anesthésie locorégionale type bloc cervical gauche et droite a été réalisée pour l'exclusion œsophagienne et péridurale thoracique (T7) pour la laparotomie. L'intervention a duré une heure, il n'y a pas eu de complications en peropératoire. En post opératoire les suites ont été simples. La diminution de la compétence laryngée secondaire aux brûlures pharyngées expose au risque d'inhalation de salive. Celle-ci entraîne un encombrement bronchique souvent rebelle à la kinésithérapie respiratoire et des pneumopathies d'inhalation [1]. Il est alors nécessaire d'instaurer une antibiothérapie. Il est important pendant cette période de reconstruction et d'hypercatabolisme de fournir un apport nutritionnel hypercalorique [1,3].

Conclusion

Les brûlures caustiques du tractus aérodigestif supérieur constituent une urgence médico-chirurgicale et demeurent un problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Les difficultés d'anesthésie sont fréquentes du fait des lésions étendues du tractus aérodigestif par contiguïté. Une réflexion sur une anesthésie locorégionale combinée pour remplacer une anesthésie générale avec intubation trachéale pourrait être utile dans de tels cas. L'importance de la prise en charge psychologique au décours de l'ingestion doit être soulignée. L'éducation de la population sur les dangers des produits caustiques est nécessaire pour éviter les récurrences d'ingestions caustiques.

***Correspondance**

Kalba Tembiné

kalbatembine2014@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

1 : Service d'Anesthésie-Réanimation / Urgences, Hôpital du Mali, Bamako, Mali

- 2 : Service de Chirurgie Thoracique et cardiovasculaire Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 3 : Service d'Imagerie Médicale Hôpital du Mali, Bamako, Mali,
- 4 : Service d'Anesthésie-Réanimation / Hôpital Dermatologique, Bamako, Mali
- 5 : Unité de Chirurgie pédiatrique Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 6 : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgences, CHU du Point G, Bamako, Mali
- 7 : Département d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgences, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali
- 8 : Service d'Anesthésie-Réanimation /CHU Institut Ophtalmologique Tropical Africain (Bamako)
- 9 : Unité de transfusion / Hôpital du Mali, Bamako, Mali
- 10 : Service de Gynécologie / Hôpital du Mali, Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Gornet J.M, Munor-Bougrand N, Sarfati E. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des brûlures digestives par caustique. *J chir*, 2002;139 : 72-76
- [2] Yena Y, Togo S, Ouattara MA, Sankaré I. Les sténoses caustiques de l'œsophage à l'hôpital du Mali. Ampleur, gravité et place de la dilatation en chirurgie thoracique cardio vasculaire. *Chirurgie thoracique et cardio vasculaire*, 2014, 18(4) : 230-236
- [3] Fieux F, Chiricab M, Villa A. Ingestion de produits caustiques chez l'adulte. *Réanimation*, 2009;18 : 606-616
- [4] Lachaux A, Mas E, Breton A, Barange K. Consensus en endoscopie digestive : prise en charge des œsophagites caustiques *Acta Endoscopica*, 2011,41 : 303-308

Pour citer cet article :

K Tembiné, THM Coulibaly, N Diani, A Sidibé, MAC Cissé, K Sangho et al. Brûlure caustique grave du tractus aérodigestif supérieur : Quelle technique anesthésique ? A propos d'un cas à l'Hôpital du Mali, Bamako. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 178-182



Article original

Connaissances et pratiques du personnel soignant de 1ère ligne du système de santé de la commune de Ouahigouya sur les facteurs de risque cardiovasculaires

Knowledge and practices of front-line healthcare staff in the commune of Ouahigouya on cardiovascular risk factors

S Ouedraogo*¹, Edgar W. Martial Ouedraogo¹, J Bamouni¹, N Sawadogo¹, O Ouedraogo²

Résumé

L'Afrique est dans une phase de transition épidémiologique, avec l'émergence des maladies cardiovasculaires. Cette émergence est principalement due à celle des facteurs de risque cardiovasculaires. Le Burkina Faso à l'instar des autres pays en développement est confronté au problème des maladies cardiovasculaires. Notre étude avait pour but d'évaluer les connaissances et pratiques de dépistage et prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires du personnel soignant de première ligne de notre système de santé dans la commune de Ouahigouya.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale descriptive dans toutes les formations sanitaires publiques de première ligne de la commune de Ouahigouya du 1er au 15 mars 2021. Le personnel ayant au moins un an de service et ayant consentis ont été inclus. Les principaux facteurs de risque cardiovasculaires classiques ont été pris en compte. Un score global supérieur ou égale à 60% était considéré comme bon.

Résultats : Soixante-deux agents ont été inclus avec

un âge moyen de $38,84 \pm 6,75$ ans et une ancienneté moyenne de $11,77 \pm 7,17$ ans. Il ressortait que 20 (32,26 %) connaissaient la définition de maladie cardiovasculaire et 25 (40,32%) avaient une bonne définition de facteur de risque cardiovasculaire. Le score global de la reconnaissance des principaux facteurs de risque cardiovasculaire étudiés était de 22,10%. Le tabagisme était le plus reconnu des facteurs de risque cardiovasculaires (48,39%). Le score global de la définition opérationnelle des facteurs de risque était de 18,22%. La définition opérationnelle du tabagisme était la plus connue (93,55%). Le score global de la méthode adaptée de recherche des facteurs de risque était de 26%. L'HTA était le facteur de risque cardiovasculaire le mieux recherché systématiquement (70,97%). La méthode de recherche de l'obésité était la mieux connue des agents (59,68%). Le score global de la prise en charge adaptée des facteurs de risque modifiables était 24,88%. La meilleure connaissance de la prise en charge adaptée au niveau de soins était pour le diabète sucré (80,65%). Soixante-deux consultations d'adultes ont été observées. Le score global de réalisation des

items de dépistage des maladies cardiovasculaires et facteurs de risque était de 21,29%. La mesure de la pression artérielle avait été la plus réalisée (80,65%). Conclusion : Le faible niveau de connaissance d'une manière générale et de pratique de dépistage des principaux facteurs de risque cardiovasculaires plaide pour l'opérationnalisation sur le terrain du programme de lutte contre les maladies non transmissibles.

Mots-clés : Connaissance, professionnel de la santé, dépistage, facteurs de risque cardiovasculaire.

Abstract

Africa is currently going through epidemiological transition with the emergence of cardiovascular diseases. This is mainly due to the increase of cardiovascular risk factors. Burkina Faso, like other developing countries, faces the problem of cardiovascular disease. Our study aimed at assessing the knowledge and practices of screening and management of cardiovascular risk factors among front-line healthcare staff in the commune of Ouahigouya in Burkina Faso.

Methodology: We carried out a descriptive cross-sectional study in all the first-line public health facilities in the commune of Ouahigouya from March 1 to 15, 2021. Staff with at least one year of service and who provided consent were included. The main classic cardiovascular risk factors were taken into account. An overall score greater than or equal to 60% was considered appropriate.

Results: Sixty-two healthcare professionals were included with a mean age of 38.8 ± 6.7 years and a mean number of service years of 11.8 ± 7.2 . It emerged that 20 (32.3%) professionals knew the definition of cardiovascular disease and 25 of them (40.3%) provided an appropriate definition of cardiovascular risk factor. The overall score for knowing the main cardiovascular risk factors was 22.1%. Smoking was the most known cardiovascular risk factor (48.4%). The overall score for the operational definition of risk factors was 18.2%. Almost all the professionals (93.55%) knew the operational definition of smoking. The overall score for the knowledge of the appropriate

investigation method of the risk factor was 26%. High blood pressure was the most consistently investigated cardiovascular risk factor (71%). The best-known investigation method was for obesity (59.7%). The overall score for the appropriate management of modifiable risk factors was 24.9% and the best-known appropriate management approach was for diabetes mellitus (80.6%). Sixty-two adult consultations were observed. The overall performance score for the screening items for cardiovascular diseases and risk factors was 21.3%. The blood pressure measurement was the most performed (80.6%).

Conclusion: The low level of general knowledge and practice of screening the main cardiovascular risk factors suggests the need for the field operationalization of the national non-communicable disease program.

Keywords: Knowledge, health professional, screening, cardiovascular risk factors.

Introduction

Les malades cardiovasculaires sont un problème de santé publique mondial. Dès 2005, l'OMS Afrique, dans un rapport de son directeur sur « les maladies cardiovasculaires dans la région Africaine : « situation et perspective » rapportait une augmentation rapide des maladies cardiovasculaires (MCV) en Afrique faisant d'elles une priorité de santé publique dans la région africaine. L'une des raisons de cette incidence croissante est l'exposition aux divers facteurs de risque cardiovasculaires modifiables qui sont responsable de 75% de ces maladies. Dans ce même rapport, il énumérait des axes prioritaires afin de réduire le fardeau de ces maladies parmi lesquels étaient : le contrôle des facteurs de risque, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique et la formation du personnel de santé. Ceci à travers des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles y compris les MCV [1]. Le Burkina Faso, en réponse à cet appel, a mis en place son programme et réalisé une enquête STEPS en 2013. Cette enquête a permis de mettre en

évidence la fréquence élevée des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) [2]. Nous pensons que la lutte contre les maladies cardiovasculaires dans notre pays passe par l'implication des agents de santé des formations sanitaires de première ligne. Si dans les pays développés ces centres sont animés par des médecins généralistes, dans les nôtres ce sont les paramédicaux qui en sont chargés. En effet, ces structures de base sont l'interface entre notre système de santé et la population. Afin d'apporter notre contribution à la lutte contre ces maladies cardiovasculaires dans la région du Nord, nous avons initié cette étude afin d'évaluer les connaissances et pratiques du personnel de soins des formations sanitaires de première ligne du District Sanitaire de Ouahigouya sur les MCV, le dépistage et la prise en charge des FRCV.

Méthodologie

• Type et lieu d'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive dans les formations sanitaires publiques du 1er échelon de soins de la commune de Ouahigouya dans le District Sanitaire du même nom du 1er mars au 15 mars 2021. Le District sanitaire de Ouahigouya est l'un des six districts sanitaires de la région sanitaire du Nord et couvre neuf communes. La commune de Ouahigouya compte 20 formations sanitaires publiques de 1er échelon de soins. La consultation dans ces formations sanitaires du 1er échelon est assurée par des paramédicaux.

• Population d'étude

La population d'étude était le personnel de santé en charge de la consultation et exerçant dans toutes les 20 formations sanitaires publiques du 1er échelon de soins de la commune de Ouahigouya pendant la durée de l'étude. Nous avons inclus tout personnel soignant chargé de la consultation et consentant, quel que soit l'âge et le genre et présent dans la formation sanitaire au moment du passage des investigateurs. Ont été exclus les sujets ayant moins d'un an de service ou absents pendant le passage des enquêteurs.

Les enquêteurs ont été formés par les investigateurs

principaux durant une session théorique puis une session pratique dans le centre de santé et de promotion sociale (CPSP) de Oula, dans la commune voisine. Cela a permis de tester et amender notre questionnaire.

• Procédures

Après avoir obtenu l'autorisation des autorités du district sanitaire. Nous avons visité chaque formation sanitaire durant les jours ordinaires et les matins. Les données ont été colligées par un questionnaire à travers une interview individuel auprès de chaque participant consentant pour l'évaluation des connaissances et attitudes d'une part et d'autre part par une grille d'observation de la consultation des adultes vus pour la première fois quel que soit le motif dans chaque formation sanitaire visitée.

Le questionnaire comportait 2 sections.

1. La première section concernait l'identité des interviewés (le sexe, l'âge, la qualification, et l'ancienneté dans les soins)
2. La deuxième section portait sur les connaissances théoriques des MCV et des principaux FRCV (HTA, diabète, tabagisme, dyslipidémie, obésité, sédentarité, hérédité, sexe, âge). Pour ce qui était des facteurs de risque, il s'agissait de savoir si les agents connaissaient la définition de FRCV, les définitions opérationnelles des principaux FRCV, leurs méthodes de recherche et leurs prises en charge à ce niveau de soins. Pour les maladies cardiovasculaires, il s'était agi de savoir la définition de maladie cardiovasculaire et de citer cinq maladies cardiovasculaires.

La grille d'observation de la consultation des adultes a permis de :

- vérifier la réalisation des actes suivants : la recherche de facteur de risque cardiovasculaire et des antécédents cardiovasculaires, la mesure de la pression artérielle, de la taille et du poids, le calcul de l'indice de masse corporelle, la palpation des pouls, l'auscultation cardiaque et pulmonaire, l'inscription des données de l'examen dans le registre et le carnet du patient et enfin l'utilisation

du guide de diagnostic et de traitement (GDT).

- faire l'inventaire de certains matériels, tels que, le tensiomètre, une toise, un pèse personne, un mètre ruban, un glycomètre, des bandelettes urinaires.

Étaient considérées comme de bonnes réponses selon le questionnaire :

- pour la définition de maladie cardiovasculaire : une affection ou pathologie du cœur et ou des vaisseaux ;
- pour la définition de facteur de risque cardiovasculaire : un état clinique ou biologique ou habitude qui augmente le risque de survenue d'un événement cardio-vasculaire ;
- pour l'HTA, la définition opérationnelle était une pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg pour la systolique et ou ≥ 90 mm Hg pour la diastolique, les méthodes ou techniques de recherche étaient l'interrogatoire sur l'existence d'HTA et ou la mesure de la pression artérielle. La prise en charge était les mesures hygiéno-diététiques et la référence à un médecin ;
- le diabète sucré était défini par deux glycémies à jeun $> 1,26$ g/L (7 mmol/L) ou un seul dosage de glycémie > 2 g/L (11 mmol/L). Ses méthodes de recherche étaient l'interrogatoire sur l'existence d'un diabète ou du syndrome polyurie polydipsie et ou le dosage de la glycémie capillaire ou de la glucoserie par des bandelettes. La prise en charge était les mesures hygiéno-diététiques et la référence à un médecin ;
- l'obésité était définie par un indice de masse corporel (IMC) ≥ 30 Kg/m². Les méthodes de sa recherche étaient l'inspection et ou le calcul de l'IMC. Sa prise en charge était un régime hypocalorique et augmentation de l'activité physique et la référence à un médecin en cas de désir de maigrir.
- le tabagisme était défini par le fait de fumer activement au moins une cigarette par jour et ou arrêter il y a moins d'un an. Sa technique de recherche était l'interrogatoire. Sa prise en charge était les conseils sur les méfaits du tabagisme, inciter le désir d'arrêt et la référence à un médecin

en cas de désir d'arrêt ;

- la consommation excessive d'alcool était définie une consommation régulière et quotidienne d'alcool de plus 30 g (3 verres)/j pour l'homme et de plus 20 g (2 verres) /j pour la femme. La méthode de sa recherche était l'interrogatoire. La prise en charge se résumait à l'information sur les méfaits de l'alcool, à l'incitation à l'arrêt et la référence à un médecin en cas de manifestation d'un désir d'arrêt ;
- la dyslipidémie a été définie par un taux d'HDL-cholestérol $> 4,1$ mmol/L (1,6 g/l) et ou des triglycérides $> 1,7$ mmol/l (1,5 g/l). La technique de recherche était le dosage des anomalies lipidiques. La prise en charge proposée était un régime hypocalorique et la référence à une consultation médicale ;
- la sédentarité a été définie comme étant une position assise ou semi-couchée en moyenne plus de 5 heures par jour. L'interrogatoire était la méthode pour la rechercher et la prise en charge devrait consister à réduire le temps de comportement sédentaire et mener des activités physiques ;
- l'âge était considéré comme facteur de risque cardiovasculaire à partir de 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes ;
- l'hérédité se définissait par la survenue précoce de maladies cardiovasculaires chez au moins un parent de 1er degré (< 55 ans chez le père ou < 65 ans chez la mère).

Un score global était calculé pour les réponses concernant plusieurs items ou facteurs de risque. Le score étant le nombre global de bonnes réponses sur la totalité des réponses attendues multiplié par 100. Était comme bon, un score global ou une proportion de bonnes réponses supérieur ou égale à 60%.

- *Analyses statistiques.*

Les données ont été enregistrées et analysées grâce au logiciel EPI info version 7.1.3.3. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne \pm déviation standard. Les variables qualitatives sont exprimées en fréquence et en pourcentage. Les variables

qualitatives ont été comparées avec le test de Khi deux et les moyennes avec le test de Student. Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

Résultats

• *Caractéristiques de la population*

Nous avons interrogé 62 agents de santé paramédicaux qui représentaient 23,75% de l'ensemble du personnel soignants paramédical. L'âge moyen était de $38,84 \pm 6,75$ ans. Le sexe féminin représentait 51,61% de l'effectif soit un sexratio de 0,94. L'échantillon était composé de 5 (8,06%) accoucheuses auxiliaires, 7 (11,29%) accoucheuses brevetés, 10 (16,13%) agents itinérants de santé, 6 (9,68%) infirmiers brevetés, 28 (45,16%) infirmiers diplômés d'état et 6 (9,68%) sage-femmes/maïeuticiens. L'ancienneté professionnelle variait entre 1 et 31 ans avec une moyenne de $11,77 \pm 7,17$ ans.

• *Des connaissances et attitudes des agents de santé*

A la question sur la définition de maladie cardiovasculaire, 20 (32,26%) agents de santé connaissaient la bonne réponse. Pour la définition de FRCV, 25 (40,32%) avaient la bonne réponse.

A la question de citer 5 maladies cardiovasculaires, seuls 8 (12,90%) agents de santé avaient pu citer 5 maladies cardiovasculaires. Les maladies cardiovasculaires les plus citées étaient l'HTA, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'hypotension artérielle et l'infarctus du myocarde.

A la question de citer les FRCV que vous connaissez. Aucun agent n'avait pu citer ou reconnaître 5 (la moitié) FRCV classiques étudiés, mais 54 (87,10%) avaient pu citer au moins un de ces facteurs de risque. Le score global à cette question était de 22,10% (voir tableau I).

De la connaissance de la définition opérationnelle de chacun des 10 FRCV. Le score global était 18,22%. La définition du tabagisme était la plus connue (93,55%) des enquêtés contre aucune personne pour celle de la dyslipidémie (voir tableau I).

A la question, recherchez-vous systématiquement les

facteurs de risque cardiovasculaire chez vos patients adultes. Plus de la moitié (56,45%) des agents interrogés avouaient rechercher systématiquement les FRCV classiques. Le score global de la recherche des FRCV étudiés était de 14,92%. Les raisons de la non recherche systématique des facteurs de risque les plus citées étaient la jeunesse des patients et l'absence de signe évoquant une atteinte cardiovasculaire (voir tableau III).

Le FRCV le plus recherché était l'hypertension artérielle (voir tableau I). L'âge et le sexe étant systématiquement recherchés pour le remplissage du registre de consultation, nous ne les avons pris en compte comme réponse à la question.

Le score global était de 26% pour ce qui était des méthodes utilisées pour la recherche de chaque facteur de risque modifiable. Les méthodes utilisées étaient majoritairement adaptées pour l'obésité et le tabagisme. Pour la dyslipidémie et la sédentarité, les non répondants étaient majoritaire (voir tableau IV).

A la question, « notifiez-vous systématiquement les facteurs de risque retrouvés ? » Cinquante-sept (93,44%) agents avouaient notifier les facteurs de risque retrouvés. A la question de savoir quels sont les facteurs de risque notifiés. L'HTA était le seul facteur de risque citer. Cette notification se faisait dans le registre de consultation par 54 (87,10%) des agents, dans le carnet du patient par 47 (75,81%) des agents et dans un autre support par 6 (9,68%).

A la question, comment prenez-vous en charge les patients ayant les FRCV suivants ? En citant individuellement chaque FRCV modifiable, le score global était de 24,88%. Cette prise en charge au niveau CSPS était adaptée majoritairement pour le diabète. Pour les autres FRCV modifiables, la prise en charge n'était pas adaptée (Voir tableau 1). L'HTA qui était le facteur de risque, le plus recherché et le plus notifié avait un score de prise en charge adapté faible. 21,66 % des agents déclaraient traiter le patient hypertendu dans la formation sanitaire sans mentionner la possibilité d'une référence à l'échelon supérieur, 46,67% déclaraient initialement traiter le patient et en cas de non maîtrise de la HTA

réfèrent le patient à l'échelon supérieur et 31,67% réfèrent systématiquement le patient dont la moitié sans un traitement. Le traitement consistait soit à des mesures hygiéno-diététiques seules dans 18,33%, soit à traitement médicamenteux seul (21,67%) et soit aux deux concomitamment (45%). Le traitement médicamenteux était constitué essentiellement de Furosémide injectable ou comprimé de 40 mg, de la Nifédipine comprimé de 10 mg ou 20 mg et rarement de la Spironolactone comprimé de 50 mg, du Captopril comprimé 25 mg et de Méthyle Dopa. Les posologies pour les comprimés étaient généralement inférieures

aux posologies usuelles.

• *L'observation de la consultation*

Les investigateurs ont pu observer 62 consultations d'adulte. Le score global des items évalués était de 35,48%. En dehors, de la transcription des données dans le registre de consultation et dans le carnet de patients, de la mesure de la pression artérielle qui avaient été réalisés dans plus de 80%, le reste des actes avait été moins réalisé. La palpation des pouls n'avait été réalisée par aucun agent. (Voir le tableau 4). Le score global pour les items de dépistage ou recherche de MCV et des FRCV était de 21,29%.

Tableau I : Proportion de bonnes réponses des agents sur leurs connaissances, définitions opérationnelles, recherche systématique, méthodes de leur dépistage, et prises en charge (PEC) au CSPS des FRCV.

Les facteurs de risque	Nombre de fois reconnu	Bonne définition	Systématiquement recherché	Méthode adaptée	PEC adaptée
Tabagisme	30 (48,39%)	58 (93,55%)	9 (14,52%)	31 (50,00%)	15 (24,19%)
Consommation excessive d'alcool	28 (45,16%)	9 (14,52%)	8 (12,90%)	23 (37,10%)	13 (20,97%)
HTA	22 (35,48%)	19 (30,65%)	44 (70,97%)	12 (19,35%)	11 (17,74%)
Obésité	20 (32,26%)	2 (3,23%)	4 (6,45%)	37 (59,68%)	11 (18,03%)
Diabète	11 (17,74%)	4 (6,45%)	3 (4,84%)	12 (19,35%)	50 (80,65%)
Sédentarité	10 (16,13%)	5 (8,06%)	3 (4,84%)	6 (9,68%)	7 (11,67%)
Dyslipidémie	1 (1,61%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,61%)	1 (1,69%)
Hérédité	6 (9,68%)	3 (4,84%)	3 (4,84%)	7 (11,29%)	-
Âge	8 (12,90%)	9 (14,52%)	-	-	-
Sexe	1 (1,61%)	4 (6,45%)	-	-	-

Tableau II : Répartition des agents selon les différents modes de dépistage des FRCV.

Mode de recherche des facteurs de risque	Effectif	%
Recherche systématiquement les facteurs de risque	35	56,45%
Recherche souvent les facteurs de risque	21	33,87%
Recherche rarement les facteurs de risque	4	6,45%
Ne recherche pas les facteurs de risque	2	3,23%
Total	62	100,00%

Tableau III : Répartition des raisons de non recherche systématique des FRCV

Les raisons de non recherche FRCV	Effectif	%
Nos patients étant le plus souvent jeunes ne sont pas exposés aux MCV	11	40,74
Absence de signes faisant évoquer une atteinte cardiovasculaire	10	37,04
Charge de travail élevée	3	11,11
Absence d'équipement (tensiomètre, toise, pèse-personne)	2	7,41
Aucune raison avancée	1	3,70
Total	27	100

Tableau IV : Répartition des actes à observer au cours des 62 consultations d'adulte.

Actes à observer réalisés	Nombre réalisé	%
Recueil de l'histoire de la maladie	32	51,61
Recueil facteurs de risque	4	6,4
Recueil des antécédents	8	12,9
Mesure du poids	29	46,77
Mesure de la taille	0	0
Mesure de la pression artérielle	50	80,65
Calcul de l'indice de masse corporelle	0	0
Palpation des pouls	0	0
Auscultation cardiaque	7	11,29
Auscultation pulmonaire	2	3,23
Transcription des données sur le carnet	53	85,48
Transcription des données sur le registre	61	98,39
Utilisation du GDT	40	64,52

Discussion

- *La reconnaissance et les définitions des maladies cardiovasculaires (MCV) et des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV).*

Les faibles scores globaux obtenus par le personnel de santé aux questions relatives à leurs connaissances théoriques sur les MCV (12,90%), sur la reconnaissance (22,10%) et les définitions opérationnelles (18,22%) des FRCV, nous ont amenés à conclure à l'existence d'importantes lacunes dans ces domaines. Ce constat pourrait s'expliquer d'une part par le fait que notre échantillon était composé d'agents qui étaient sur le terrain depuis un certain temps et n'ont certainement

pas bénéficié de recyclage sur les MCV et d'autre part par le fait que le dépistage des MCV et des FRCV n'est pas une pratique courante. En effet, notre système de soins de santé est toujours axé sur le diagnostic et la prise en charge des maladies infectieuses, parasitaires. L'analyse des résultats sur les définitions opérationnelles des FRCV a fait ressortir deux constats : la large connaissance de la définition du tabagisme (93,55%) et le paradoxe de la faible connaissance de la définition de l'HTA (30%). Pour le tabagisme, l'explication se trouverait dans la simplicité de sa définition. Car celle-ci ne comportait pas de seuil. Ainsi, le fait de fumer sans tenir compte de nombre de cigarettes fumées était suffisant. Pour l'HTA, la

forte méconnaissance de sa définition contrastait avec la mesure de la pression artérielle qui est un acte de routine, comme le confirmait notre observation de la consultation d'adulte où la mesure de la pression artérielle avait été effectuée chez 80% patients. Cette méconnaissance de la définition de l'HTA par le personnel paramédical été rapportée aussi par Koné [3] et Menta [4] à Bamako. Ce même constat a été observé chez les médecins généralistes à Abidjan par Yao et coll. [5], à Cotonou par Houenassi et coll. [6]. Ce constat nous a amené à émettre cette hypothèse : la mesure de la pression artérielle n'est-elle pas devenue un acte mécanique vidé de tout intérêt ?

La méconnaissance des définitions du diabète sucré et de l'obésité observée dans notre étude a été constatée par Sanon et coll. à Bobo-Dioulasso pour diabète sucré [7] et par Keita à Bamako pour l'obésité [8].

Cette méconnaissance des définitions opérationnelles des facteurs de risque cardiovasculaire pourrait s'expliquer par la présence de seuils dans leurs définitions opérationnelles respectives. En outre, la non pratique au quotidien des actes de dépistage y contribuerait aussi. En effet, pour le diabète sucré, aucune formation sanitaire ne disposait d'un dispositif pour la mesure de la glycémie capillaire, confirmant ainsi la très faible proportion (3%) des formations sanitaires de 1er échelon du pays pouvant réaliser la glycémie rapportée par l'enquête SARA 2014 [9].

• *Le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et maladies cardiovasculaire.*

Malgré que plus de la moitié des interviewés avouait rechercher systématiquement les FRCV modifiables, nous avons constaté que le score global de la connaissance des méthodes de recherche de ces derniers était faible (26%) tout comme celui des items évaluant la recherche des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables en consultation. Ce score global était de 21,29%. Ces constats ont permis de conclure à d'importantes lacunes dans la connaissance pour la recherche ou dépistage de ces FRCV. Ceci a été corroboré par la méconnaissance de la définition des facteurs de risque. Car on ne peut rechercher ce qu'on ignore.

En dépit de ce constat d'ensemble sur la recherche ou dépistage des FRCV, une grande majorité (70,97%) avait avoué rechercher systématiquement l'HTA. En outre, la mesure de la pression artérielle était réalisée systématiquement chez plus de 80% des consultants à l'observation. Ces bons résultats s'expliqueraient par le fait que l'HTA est une maladie cardiovasculaire et aussi un FRCV. Alors pourquoi ce faible score (19,35%) des agents par rapport à sa méthode de recherche ? Ce faible score était dû au fait que les agents déclaraient rechercher la présence de l'HTA chez leurs patients uniquement par la mesure de la pression artérielle. Ignorant ainsi l'interrogatoire. En effet, un patient hypertendu pouvait avoir une tension normale, étant sous antihypertenseur. Le faible dépistage des autres FRCV que l'HTA a été corroboré dans la littérature chez des médecins généralistes au Bénin [6] et de la Tarn et Garonne en France [10] pour le calcul de l'indice de masse corporelle.

Si le score de la notification systématique (93,44%) des facteurs de risque était excellent, la notification se limitait à celle de l'HTA. Les autres FRCV (hormis l'âge et le sexe) n'ont pas fait l'objet de notification systématique car pratiquement non rechercher systématiquement comme le rappelait le score global de la recherche systématique des FRCV. Cette sous notification constatée dans les déclarations dans notre étude a été aussi observée chez des professionnels de santé avertis comme les médecins généralistes pour ce qui est de la consommation déclarée d'alcool dans le Puy-de-Dôme [11].

• *Connaissances sur la prise en charge des FRCV*
Pour ce qui était des connaissances sur la prise en charge adéquate des FRCV modifiables selon le niveau de soins, le score global était faible de l'ordre de 24,88%. Cela denotait d'une méconnaissance de la prise en charge de ces facteurs de risque au niveau CSPS. Malgré ce constat général, 80% des agents déclaraient une prise en charge adéquate pour le diabète sucré. Alors que pour l'HTA qui a été le facteur de risque le plus recherché, les agents de santé avaient d'importantes lacunes dans sa prise en charge. L'explication serait que les agents déclaraient

administrer en plus des conseils hygiéno-diététiques, une thérapeutique médicamenteuse antihypertensive inadéquate. En effet, ce traitement est recommandé par le guide de diagnostic et de traitement (GDT) en vigueur pour les CSPS. Dans notre pratique quotidienne, il n'est pas rare d'observer parmi les patients admis en hospitalisation pour des complications d'HTA ceux qui étaient suivis pendant des années au CSPS pour une HTA avec un traitement hypotenseur inadéquat. La révision du GDT devrait être une urgence car l'édition en cours date de 2009.

Conclusion

Notre étude a permis de mettre en lumière la faible connaissance des agents de santé de première ligne de notre système de santé en ce qui concerne la définition de la maladie cardiovasculaire, celle de FRCV, le dépistage et la prise en charge des principaux FRCV. Devant l'émergence des maladies non transmissibles et particulièrement des maladies cardiovasculaires, il est temps que les autorités en charge de la santé de notre pays opérationnalisent sur le terrain le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles et ainsi adapté notre système de santé face à cette transition épidémiologique.

*Correspondance

Salam OUEDRAOGO

salampil@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

1 : Centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya et Université de Ouahigouya

2 : District Sanitaire de Ouahigouya

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Directeur régional Afrique de l'OMS. Les maladies cardiovasculaires dans la région africaine : situation actuelle et perspectives. Rapport du Directeur régional à la Cinquante-cinquième session Maputo, Mozambique, 22–26 août 2005.
- [2] Ministère de la santé du Burkina Faso. Rapport de l'enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso. Enquête STEPS 2013_Report.pdf Juin 2014
- [3] KONE AC. Pratiques et connaissances sur l'hypertension artérielle des personnels soignant des structures de santé du district de Bamako et de la ville de Kati. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : FMPOS ; 2011
- [4] Menta I, Diall IB, Coulibaly S, Bah O et al. Pratiques et connaissances sur l'hypertension artérielle du personnel soignant des CHU Gabriel Touré et Point G. Mali Médical 2014 ; tome 29(1) :25-29.
- [5] Yao C, Ekou A, Boka BC et al. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes ivoiriens sur l'hypertension artérielle. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie Volume 64, Supplement 1, December 2015, Page S64 P-122:
- [6] Houenassi MD, Codjo LH, David Dokoui D et al. Prise en charge des hypertendus dans la ville de Cotonou (Bénin) en 2011: connaissances attitudes et pratiques des médecins généralistes. Cardiovasc J Afr. 2016 Jul-Aug; 27(4): e1–e6.DOI : 10.5830/CVJA-2015-094
- [7] Sanon/Lompo L, Boncounou/Nikiema K, Maiga S et al. Connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé du centre hospitalier universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso en matière de diabète sucre. Mali médical 2016 tome xxxi n°3 p17-25
- [8] KEITA B. Obésité chez le personnel du CHU Gabriel Touré. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : FMPOS ; 2012
- [9] Direction des statistiques sectorielles du ministère de la santé du Burkina Faso. Enquête nationale sur les prestations des services de santé et la qualité des données sanitaires (EN-PSQD/SARA II) Edition 2014.p185
- [10] ROGEAUX L. Surpoids et obésité de l'adulte : Connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes du département du Tarn et Garonne [Thèse de

doctorat en médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier
faculté de médecine ; 2014.

- [11] Blanquet M, Malaval J, Campagne C, Gerbaud L, Llorca PM,
Noirfalise C. Mésusage de l'alcool : un dépistage inexistant.
Etude observationnelle de l'activité de la prévention des
médecins généralistes. *Alcoologie et Addictologie* 2011 ;
33(3) : 215-225

Pour citer cet article :

S Ouedraogo, Edgar W. Martial Ouedraogo, J Bamouni,
N Sawadogo, O Ouedraogo. Connaissances et pratiques
du personnel soignant de 1ère ligne du système de santé
de la commune de Ouahigouya sur les facteurs de risque
cardiovasculaires. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 183-192



Article original

Mortalité maternelle et néonatale : facteurs favorisant à propos de 101 cas au service Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré au MALI

Maternal and neonatal mortality: factors favoring 101 cases in the Gynecology-Obstetrics department of the CHU Gabriel Touré in MALI

T Traore*¹, C Sylla², K Sidibé¹, A Sanogo¹, SZ Dao⁴, A Sidibé⁶, F Kané⁵, A Bocoum², A Bah¹, SA Beye³, Y Traore², I Tégoué²

Résumé

Introduction : la mortalité maternelle demeure une tragédie mondiale surtout dans les pays en voie de développement.

Objectifs : déterminer le profil épidémiologique des décès maternels ; analyser les causes et facteurs déterminants de ces décès ;

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive analytique sur 4 ans, allant du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2010. Etaient inclus tous les cas de mort maternelle (telle que définie par l'OMS) survenus dans la maternité et dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali. Les informations sur cette population sont tirées exhaustivement dans une base de données de 700 variables sur SPSS-12 quotidiennement mises à jour par une sage-femme formée à cet effet.

Résultats : 101 décès maternels sur 10536 naissances vivantes ont été enregistrés soit un ratio global de mortalité maternelle de 958,61/ 100.000 NV. Il s'agissait des patientes âgées de 25 - 29 ans avec un âge moyen de 26,70 ans \pm 3,17. Elles étaient des femmes mariées (87,1%), ménagères avec un faible niveau de revenu (81,2%), non scolarisées (48,5%),

multipares (37,6), non suivies au cours de la grossesse (39,6%), référées en urgence dans 77,2% de cas des structures périphériques. Les causes des décès étaient dominées par les causes obstétricales directes dont la prééclampsie/éclampsie (46,7%), les hémorragies (25,0%). Des facteurs associés aux décès maternels ont été observés (l'absence de traitement avant la référence au CHU 60,3%, le retard à l'évacuation 11,49%, le retard dans la prise en charge 41,2%. A l'accouchement 50% des fœtus étaient mort-nés et 7,8% ont fait une souffrance néonatale.

Conclusion : La mortalité maternelle et néonatales constituent un problème de santé au CHU Gabriel Touré. Sa réduction passe par une action coordonnée et efficace à tous les niveaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

Mots-clés : Mortalité maternelle et néonatale, causes obstétricales facteurs favorisants, CHU Gabriel Touré.

Abstract

Introduction: maternal mortality remains a global tragedy especially in developing countries. Goals: determine the epidemiological profile of maternal

deaths; analyze the causes and determining factors of these deaths;

Methodology: This was a retrospective descriptive analytical study over 4 years, from January 1, 2007 to December 31, 2010. Included were all cases of maternal death (as defined by WHO) occurring in the maternity hospital. and in the intensive care unit of the Gabriel Touré University Hospital in Bamako, Mali. Information on this population is drawn exhaustively from a database of 700 variables on SPSS-12 updated daily by a midwife trained for this purpose. Results: 101 maternal deaths out of 10,536 live births were recorded, for an overall maternal mortality ratio of 958.61 / 100,000 NV. These were patients aged 25 - 29 years old with an average age of 26.70 ± 3.17 years. They were married women (87.1%), housewives with a low level of income (81.2%), out of school (48.5%), multiparous (37.6), not followed during pregnancy (39.6%), urgently referred in 77.2% of cases from peripheral structures. The causes of death were dominated by direct obstetric causes including preeclampsia / eclampsia (46.7%), hemorrhages (25.0%). Factors associated with maternal deaths were observed (the absence of treatment before referral to the CHU 60.3%, the delay in evacuation 11.49%, the delay in taking charge 41, 2%. At delivery 50% of the fetuses were stillborn and 7.8% had neonatal distress. Conclusion: Maternal and neonatal mortality constitute a health problem at CHU Gabriel Touré. Its reduction requires coordinated and effective action at all levels of the management of pregnancy and childbirth.

Keywords: Maternal and neonatal mortality, obstetric causes, contributing factors, CHU Gabriel Touré.

Introduction

La grossesse est un état physiologique dont l'évolution normale aboutit à la naissance d'un bébé qui dans notre société est vécue comme un bonheur. Cependant ce bonheur auquel aspirent toutes les femmes à un moment de leur vie comporte des risques d'handicap

voire de décès pour la mère et/ou son bébé.

Malgré les progrès techniques de la médecine, la mortalité maternelle demeure une tragédie mondiale surtout dans les pays en voie de développement. Elle se définit comme le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse ; quels que soient la durée ou le siège de celle-ci ; pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse ; mais ni accidentelle ni fortuite.

Chaque année 585000 femmes meurent de complications liées à la grossesse dont 99% dans les pays en voie de développement contre environ 1% dans les pays industrialisés [1].

Depuis les indépendances, notre pays et ses partenaires ont développé et mis en œuvre plusieurs interventions et stratégies novatrices en vue de réduire le taux de mortalité maternelle et néonatale.

Malgré ces interventions et stratégies, le taux de mortalité maternelle et néonatale reste élevé au Mali 464 pour 10000NV et 46 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes (EDSM4) [2, 3]. Ces taux élevés de décès maternels est multi factoriel : la faiblesse de la couverture sanitaire (seulement 47% de la population réside à moins de 15 km d'un centre de santé). L'insuffisance notoire des ressources allouées au secteur de la santé, le faible niveau socio-économique des populations, l'insuffisance de personnel sanitaire l'inégale répartition des sage-femmes dont 68% résident dans la capitale Bamako l'inaccessibilité aux soins de qualité [2, 4, 5, 6]. Compte tenu de la mortalité et néonatale maternelle particulièrement élevée dans les structures de référence comme la nôtre, nous avons initié cette étude afin de : déterminer le profil épidémiologique des patientes décédées, d'analyser les causes et facteurs favorisants afin de mettre en place des stratégies de réduction.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analytique allant du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2010 au CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali. Etaient inclus tous les cas de mort maternelle (telle

que définie par l’OMS) survenus dans la maternité et dans le service de réanimation du CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali durant la période d’étude. Les informations sur cette population sont tirées exhaustivement dans une base de données de 700 variables sur SPSS-12 quotidiennement mises à jour par une sage-femme formée à cet effet. Le test statistique utilisé était le Khi2 de Pearson avec une probabilité $p < 0,05$ considérée comme significative. Les variables étudiées ont porté sur : le ratio de mortalité, la prévalence des décès maternels, les caractéristiques sociodémographiques, les paramètres liés au décès maternel et néonatal (causes, mode d’admission, moment de survenu du décès, durée de séjour).

Résultats

Pendant la période d’étude le ratio de mortalité maternelle était de 958,6 pour 100.000 naissances vivantes.

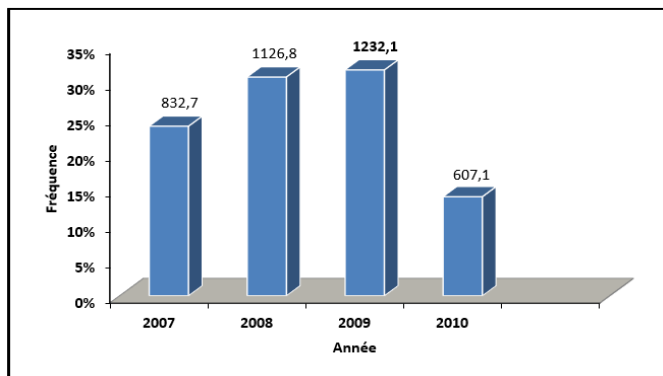


Figure 1 : Evolution du RMM au CHU Gabriel Touré de 2007 et 2010

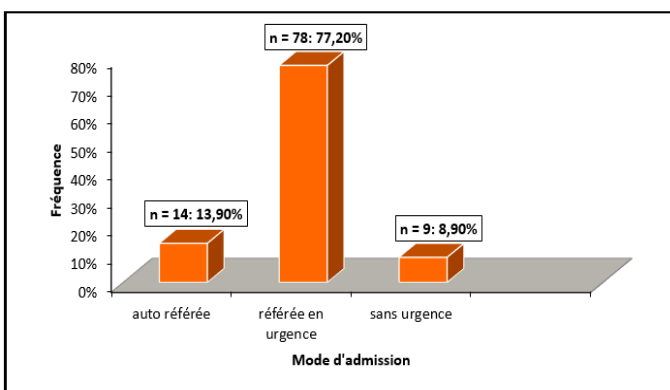


Figure 2 : mode d’admission

NB : 11,49% des références étaient admises après un

délais dix-huit heures,

41,2% des patientes référées avaient bénéficiées d’une prise en charge 48h après le début de l’urgence

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques :

	N	(%)
Age		
15 - 19 ans	19	18,8
20 - 24 ans	18	17,8
25 - 29 ans	25	24,8
30 - 34 ans	13	12,9
35 - 39 ans	19	18,8
40 - 44 ans	6	5,9
44 - 49 ans	1	1,0
Total	101	100,0
Statut matrimonial		
Mariée*	88	87,1
Célibataire	13	12,9
Total	101	100,0
Profession		
N		(%)
Ménagère	82	81,2
Commerçante	6	5,9
Elève/Etudiante	3	3,0
Sans emploi	1	1,0
Autres à préciser	9	8,9
Total	101	100,0

* Parmi les femmes mariées il y avait 26,1% de polygames contre 73,9% de monogames.

Tableau II : Antécédents obstétricaux

	N	(%)
Parité		
Nullipare	22	21,8
Primipare	22	21,8
Pauci-pare	19	18,8
Multipare	38	37,6
Total	101	100,0
C P N		
OUI	61	60,3
NON	40	39,7
Total	101	100,0

Tableau III : Traitement reçu avant l'admission

Traitement reçu avant l'admission	N	(%)
Non	61	60,3
Oui	40	39,7
Total	101	100,0

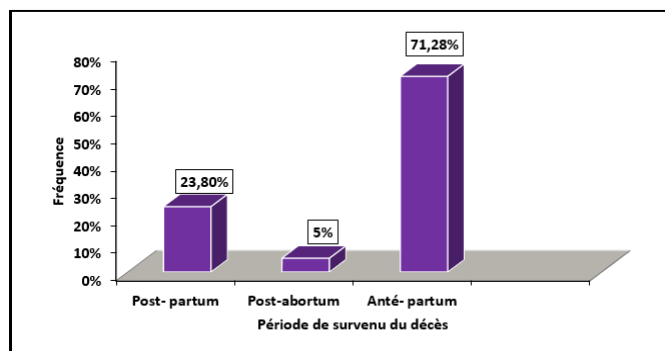


Figure 3 : Période de survenu du décès maternel

Tableau IV : Causes obstétricales

	N	(%)
Causes directes		
Pré éclampsie/éclampsie	28	46,7
Hémorragie	15	25,0
Rupture utérine	5	8,3
Infection post-partum	5	8,3
Avortement	5	8,3
GEU	2	3,4
Total	60	100,0%
Causes indirectes		
Hépatite infectieuse	1	2,4
Paludisme	5	12,3
VIH/SIDA	4	9,8
Anémie	19	46,3
Drépanocytose	2	4,9
Autres*	10	24,3
TOTAL	41	100,0

Autres* autolyse sur grossesse (1), embolie pulmonaire (5), insuffisance cardiaque (1), complications d'anesthésie (3).

Tableau V : Etat conceptus à l'accouchement

Etat du conceptus	Effectif	Fréquence (%)	
Mort-né	32	50	
Vivant	Souffrance Néonatale	5	7,8
	Normal	27	42,2
Total	64	100,0	

NB : trois (3) décès néonataux ont été enregistrés parmi les souffrances néonatales dont les 2/3 sont survenus dans les vingt-quatre heures suivant l'accouchement.

Discussion

Nous avons rapporté un ratio de mortalité maternelle de 958,61/100 000 NV. Il s'agit d'un taux hospitalier qui ne reflète pas le ratio national de mortalité maternelle au Mali qui était de 464 pour 100000 NV [2]. L'évolution du RMM en fonction des années est représentée sur la (figure 1). Malgré les pics observés en 2008 et 2009 ce ratio a considérablement diminué presque de moitié en 2010. Cela pourrait s'expliquer entre autres par l'amélioration des conditions de travail avec le renforcement de l'équipement et du personnel (arrivés des médecins en spécialisation) mais aussi la gratuité de la césarienne.

Notre ratio était supérieur à ceux rapportés par FOUMSOU L et al. 840,8 pour 100 000 [7] M. THIAM et col. 794 pour 100 000NV [8]. Par contre inférieur à ceux obtenus par : Traoré. B et col. [9] 2031 pour 100000 naissances, A. ADAMA-HONDEGLA [10] : 1933 / 100 000 NV ; SENGEYI M.A.D [11] : 1955/100.000 N.V; IBRAHIM.S [12] : 1198/100.000 N.V; DIALLO OUEDRAOGO J. [13] : 4014/100.000NV ; BOHOUSOU. E [14] en Côte d'Ivoire : 2535/ 100.000 NV. D'autres auteurs comme SEPOU. A [15] : avec 1,397/100.000NV et SOME D.A [16] avec 15 à 13 pour 100.000 NV avant et après la subvention des SONU ont rapporté des ratios nettement inférieurs au nôtre. En effet il existe d'importantes disparités entre les pays en voie de développement ayant un ratio de mortalité extrêmement élevé et les pays développés mais aussi à l'intérieur d'un même pays, entre les populations à faible revenu et à revenu élevé et entre

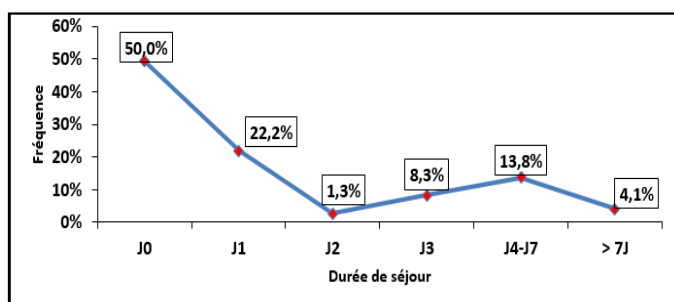


Figure 4 : durée de séjour

les populations rurales et urbaines. Cette disparité s'explique par la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence de qualité dans les pays développés. En Afrique il passe de 33,2/100.000 NV à l'hôpital militaire de Tunis à 4863/100.000 NV au CHU de Sokoto au Nigeria ; En Amérique de 7,1/100.000NV aux USA à 43,7/100.000NV au Mexique ; En Europe de 60/100.000NV en Bulgarie à 6,1/100.000NV en Allemagne [5].

Le mariage précoce, la multiparité, les grossesses tardives, le faible taux de scolarisation des jeunes filles ; le faible taux de couverture contraceptive ; le faible revenu des femmes expliqueraient les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale dans les pays en voie de développement [9].

Le profil épidémiologique des patientes décédées résumé dans les (tableaux 1 et 2) montre que les tranches d'âge de 25 -29ans était la plus touchée dans notre série 24,8%. La même tranche a été rapporté par Baldé IS et al. [17] en Guinée Conakry 25-29 ans (30%) alors que IBRIM. S [12] dans sa série avait rapporté le maximum de décès maternel entre 25-34 ans ; quant à SOME D.A [16] il avait enregistré les taux les plus élevés dans la tranche d'âge de 20-24ans, la même tranche d'âge de 20 à 25 ans a été rapporté par Traoré. B [9] avec 26,1%. Au Tchad elles avaient un âge moyen de 25,8 ans [7]. Dans toutes ces études ce sont les femmes jeunes qui sont les plus concernées ceci pourrait être dû au fait que cette tranche d'âge correspond à la période la plus active de la vie sexuelle.

La majorité des décès enregistrés dans notre série étaient des femmes mariées (87,1%), ménagères avec un faible niveau de revenu (81,2%), non scolarisées (48,5%), multipares (37,6), non suivies au cours de la grossesse (39,6%). La même tendance a été rapporté par Traoré. B et coll. au Mali [9] dont la quasi-totalité des patientes étaient mariées (99,3%) ; non scolarisée (70,3%). Dans la série de Baldé IS et al. [17] le profil épidémiologique était celui d'une femme ménagère (52,5%), non scolarisée (75%), mariée (87,5%), paucipare (35%), et sans suivi prénatal (57,9%).

Au Sénégal THIAM M. et coll. [8] retrouvent des

femmes multigeste (52,7%), multipare (44,3%), avec un faible niveau de revenu (56%).

La primiparité et la grande multiparité étant les facteurs de risque classiques de la mortalité maternelle et néonatale [18] ; nous avons rapporté la même tendance avec les multipares suivies des primipares qui étaient les plus concernées avec respectivement (37,6 et 21,8%). La même tendance avait déjà été rapporté au Mali par Traoré. B et coll. [9] avec les multipares qui étaient les plus représentées (28 ,2%) ; suivies des primipares (23,2%).

Au Tchad selon FOUMSOU L. et coll. les patientes étaient, primipares (34,6%), non instruites (67%) [7]. Notre résultat s'expliquait par le faible niveau de scolarisation des filles dans notre pays et le rôle de la femme qui se résume souvent à la fondation d'un foyer dont elle doit s'en occuper.

Les consultations prénatales (CPN) sont l'ensemble des mesures destinées à la femme enceinte pour minimiser les risques [19]. C'est ainsi que dans notre étude quatre décès sur dix (39,6%) n'avaient effectué aucune consultation prénatale donc n'ayant pas bénéficiés des soins préventifs de la CPN. Contrairement à notre étude au Sénégal dans la série de THIAM M. et coll. [8] 77,9% des femmes avaient effectué entre 1 et 4 CPN mais ces CPN étaient jugées de mauvaise qualité dans 36% des cas.

Dans la série de SEPOU. A [15] un cas de décès sur deux n'avait bénéficié d'aucune consultation prénatale.

Ces résultats dénotent que la consultation prénatale de qualité afin de dépister les facteurs de risque au cours de la grossesse en vue d'une meilleure prise en charge au moment de l'accouchement demeure la meilleure stratégie pour la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale les pays en voie de développement.

Soixante-dix-huit 78 sur 101 patientes (77,20%) ont été référées en urgence des structures périphériques, contre 13,9% de patientes venues d'elles-mêmes (Fig. 2) tout comme dans la série de THIAM M. et coll. [8] avec 78% des parturientes évacuées en urgence, en provenance des structures périphériques contre 21% venues d'elles-mêmes.

La même tendance a été rapportée en Guinée par Baldé IS et al. [17] avec 70% des patientes référées dont 50% en provenance des postes de santé.

Des facteurs associés aux décès maternels ont été observés :

- Six (6) patientes sur 10, (60,3%) n'avaient bénéficié d'aucune prise en charge avant leur admission au CHU cela pourrait être lié à la qualification de l'agent référant (Tableau 3);

- Le retard à l'évacuation (11,49%) des références étaient admises au CHU après un délai de dix-huit heures. Il s'agit surtout des cas venus de l'intérieur du pays dont le retard était dû à l'inaccessibilité géographique.

- Le retard dans la prise en charge 41,2% patientes référées avaient bénéficiées d'une prise en charge 48h après le début de l'urgence ceci s'expliquait le plus souvent par le retard de recours aux soins de santé.

La majorité de nos décès maternels sont survenue en anté-partum avec 71,28%, (Fig. 3) notre résultat était inférieur à celui de Baldé IS et al. [17] avec 54,4% de décès en anté-partum

Tout comme cela a été rapporté par OMS [20, 21] avec une prédominance des causes directes de décès maternels (80%). Les causes directes étaient les plus fréquentes dans notre série avec 59,4% dont de prééclampsie/éclampsie (46,7%), les hémorragies (25,0%).

Quant aux causes indirectes elles étaient dominées par l'anémie avec 46,3% de cas (tableau 4)

Nos résultats corroborent les résultats de certaines études Africaines où les causes obstétricales directes ont dominé avec (38,4%) d'hémorragies, 20,2% d'hypertension artérielle, 13,0% d'infections dans la série de Traoré. B et coll. [9]. Au Tchad [7] les causes directes représentaient 75,1% dont 40,9% d'hémorragies et 15,2% d'éclampsie/pré éclampsie. Les causes obstétricales indirectes étaient dominées par le paludisme avec 19 cas, (14,4%). Au Sénégal les causes directes étaient les plus fréquentes (76,6%) dont 42,6% d'hémorragies, 28,8% de complications d'hypertension artérielle et 5,0% d'infections. Les causes indirectes constituaient 19,2% des cas et

l'anémie était la plus représentative avec un taux de 5,8% [8]. En Guinée les décès maternels étaient de causes obstétricales directes dans 65% des cas [17]. La même tendance est retrouvée dans les travaux de : A. ADAMA-HONDEGLA [10], SENGEYI M.A.D [11], IBRAHIM.S [12], DIALLO OUEDRAOGO J. [13], BOHOUSSOU. E [14].

Les mêmes causes obstétricales directes et indirectes sont retrouvées dans la plupart de ces études avec une prédominance de l'hémorragie et l'anémie cela pourrait s'expliquer par l'indisponibilité des produits sanguins, l'absence de CPN ou l'insuffisance de recherche des facteurs de risques au cours des consultations prénatales.

L'anémie était notre principale cause indirecte de décès maternel avec 46,3% de cas tout comme dans les séries Malienne et Sénégalaise avec respectivement 28,2% et 19,2% [9, 8].

Cela pouvait s'expliquer par la carence nutritionnelle dont souffre environ 60% des gestantes dans les pays en voie de développement OMS [9, 21].

La majorité de nos décès sont survenus dans les 24h suivant leur admission dont 50% à J0 et 22,2% à J1 (Fig. 4). Dans l'étude de Traoré. B et coll. [9] 81% des décès sont survenus le jour de leur admission dont 11 sont décédées quelques instants après leur arrivée au service avant de recevoir des soins. [9]. Près de 60% (143) étaient décédées dans les 24 premières heures suivant leur hospitalisation de la série de THIAM M et coll. [8]

Parmi les femmes décédées qui ont accouché à l'hôpital, 32 (50%) d'entre elles sont admises avec une MFIU et 5 femmes (7,8%) avec une SFA (Tableau 5).

Nous avons enregistré 3 décès néonataux parmi les 5 souffrances néonatales dont les 2/3 sont survenus dans les vingt-quatre heures suivant l'accouchement comme cela été rapporté par Lawn JE et al. [22].

L'étude de la létalité des différentes causes montre que l'hypertension et la rupture utérine ont été les complications les plus pourvoyeuses de mortinaissance et de décès néonatal.

Ce résultat atteste que le risque de mortinaissance et

de décès néonatal est étroitement lié à la gravité des complications maternelles.

Conclusion

La mortalité maternelle reste un problème de santé publique dans notre structure. L'HTA et ses complications en constituent la première cause, suivie des hémorragies. D'autres facteurs relevant de la patiente, de la communauté et de l'organisation du système sanitaire interviennent également dans la survenue de ces décès maternels. Sa réduction passe par la sensibilisation de tous les acteurs et l'audit clinique des décès maternels.

*Correspondance

Tidiani Traoré

tidiobongosso@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

- 1 : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali ;
- 2 : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré Bamako Mali ;
- 3 : Service d'anesthésie réanimation hôpital Mère-enfant Luxembourg Mali ;
- 4 : Centre de santé de référence commune II Bamako Mali ;
- 5 : Centre de santé de référence Bla, Mali ;
- 6 : Centre de santé de référence de Kayes, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] OMS: England, Wales, Sweden, USA: Van Lerberghe and De Brouwere, Safe Motherhood Strategies, A Review of the Evidence, 2001 Malaysia, China: Koblinsky, Et al., Issues in Programming for Safe Motherhood, 2000
- [2] Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie

et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc

- [3] Direction Nationale de la santé du Mali, Division de la santé de reproduction Politique Normes et Procédures en Santé de la reproduction au Mali juin 2005,
- [4] OMS : Maternité maternelle Aide-mémoire n°348, P 1-4. Novembre 2010 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/> 18/03/2011 10 :43
- [5] Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle. Encycl. Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Obstétrique, 5-082-D-10, 2001, 9 p.
- [6] Direction Nationale de la santé du Mali, Division de la santé de reproduction. Evaluation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au Mali octobre 2003.
- [7] Foumsou L., Kheba F., Gabkika B.M., Damtheou S., Diouf A.A. Revue des décès maternels dans trois hôpitaux régionaux et à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena au Tchad. Journal de la SAGO, 2018, vol.19, n°2, p. 30-35
- [8] Thiam M., Faye Dieme M.E., Gueye L., Niane S.Y., Niang M.M., Mahamat S., Gueye S.M.K., Cisse M.L. Mortalité Maternelle au Centre Hospitalier Régional de Thiès: étiologies et facteurs déterminants, à propos de 239 décès. Journal de la SAGO, 2017, vol.18, n°1, p.34-39.
- [9] Traore. B, Thera.T. A, Kokaina. C, Beye. S. A, Mounkoro. N, Teguede. I, Dolo. A : Mortalité Maternelle au service de gynécologie-obstétrique du centre Hospitalier régional de Ségou au Mali étude rétrospective sur 138 cas. Mali Médical 2010 Tome XXV N° 2, 42-47.
- [10] A. Adama-Hondegla : mortalité maternelle au CHU de Tokoin-Lomé de janvier 2005 à décembre 2007 : journal SAGO 2008 ; Vol 9, pag : 16
- [11] Sengeyi M.A.D : mortalité maternelle aux cliniques universitaires de Khinshasa bilan de 3ans (juin 2005-mai 2008) journal SAGO 2008
- [12] Ibrahim. S: mortalité maternelle au d'une maternité d'un centre hospitalier régional du Niger: journal SAGO 2008; Vol 9, pag: 25
- [13] Diallo Ouédraogo J.: mortalité maternelle dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Fada N'Gourma au Burkina Faso: journal SAGO 2008;

Vol 9, pag: 27

- [14] Bohoussou. E Audit des décès maternels à la maternité du CHU de Treichville : journal SAGO 2008 ; Vol 9, pag :186
- [15] Sepou. A : mortalité maternelle dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital communautaire de Bangui : journal SAGO 2008 ; Vol 9, pag : 23
- [16] Some D.A mortalité maternelle avant et après subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : journal SAGO 2008 ; Vol 9, pag : 10
- [17] Baldé IS, Baldé O, Camara MK, Diallo A, Diallo MH, Diallo BS, et col. Revue des décès maternels au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital National Donka chu de Conakry (Guinée) Rev int sc méd - RISM -2016;18,2:99-103.
- [18] Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle. Encycl. Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Obstétrique, 5-082-D-10, 2001, 9 p.
- [19] T Traoré, K Sidibé, A Sanogo, F Kané, A Coulibaly, B Traoré et al. Consultation prénatale : Pronostics maternel et périnatal des accouchements à risque à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou au Mali. Jaccr Africa 2021, Vol 5, Num 3, www.jaccrafrica.com
- [20] OMS : Maternité maternelle Aide-mémoire n°348. P 1-4. Novembre 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/> 18/03/2011 10 :43
- [21] OMS, 2011 : Mortalité maternelle : Rapport sur la Santé dans le Monde 2005 – donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, 2005, p. 68 et 69. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/fr/index.html
- [22] Lawn JE et al. Lancet 2005, Based on analysis of 47 DHS datasets (1995-2003), 10,048 neonatal deaths.

Pour citer cet article :

T Traore, C Sylla, K Sidibé, A Sanogo, SZ Dao, A Sidibé et al. Mortalité maternelle et néonatale : facteurs favorisants à propos de 101 cas au service Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré au MALI. Jaccr Africa 2021; 5(4): 193-200

*Article original***Fréquence des facteurs de risque cardiovasculaire en milieu hospitalier à Sikasso**

Frequency of cardiovascular risk factors in hospitals in Sikasso

A Traore-Kissima*¹, A Cissouma², SA Traoré³, D Malla¹, O Haidara¹, O Traoré¹, D Sanogo¹
Y Diouf^f, SA Sarr, AD Kane⁵, CENAC Arnaud⁶**Résumé**

Introduction : Les maladies non transmissibles (MNT) comme le diabète et les maladies cardiovasculaires sont des causes majeures de morbidité et de mortalité dans le monde. L'objectif de cette enquête était d'étudier des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients au service de cardiologie de l'hôpital de Sikasso au Mali.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique réalisée du 01 Mars au 01 Aout 2013, chez des patients âgés d'au moins 15 ans vus en consultation ou hospitalisés dans le service de cardiologie. Les facteurs de risque cardiovasculaire recherchés étaient : hypertension artérielle, diabète, tabagisme, obésité, sédentarité, l'alcool et tour de taille.

Résultats : L'enquête a concerné 658 individus dont 432 femmes (65,7 %). La tranche d'âge 55-64 ans était la classe modale avec une fréquence de 26%. La proportion des facteurs de risque était : hypertension artérielle (32,1 %), diabète (7,8 %), obésité (indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m²) (0,6%), obésité abdominale (Trois-cent trente-deux 332 patients de la gent féminine présentaient une obésité abdominale soit 76,8% du sexe féminin. Cette

obésité androïde était fréquente dans la tranche d'âge 45-54ans) sédentarité (39 %), tabagisme (27,35%) et Alcool (9,57 %). On notait une prédominance chez les femmes des facteurs de risque sauf pour le tabagisme et l'alcool.

Conclusion : Cette enquête retrouve que les facteurs de risque cardiovasculaires connaissent une distribution hétérogène intéressant aussi bien les hommes que les femmes de tous les âges. L'HTA, le diabète, l'obésité, la sédentarité et le tabagisme passif touchaient majoritairement le sexe féminin et le sexe masculin était préférentiellement touché par la consommation d'alcool et le tabagisme

Mots-clés : Fréquence ; Facteurs de risque ; Cardiovasculaire ; Sikasso.

Abstract

Introduction: Non-communicable diseases (NCDs) such as diabetes and cardiovascular disease are major causes of morbidity and mortality worldwide. The objective of this investigation was to study cardiovascular risk factors in patients in the cardiology department of the Sikasso hospital in Mali.

Methodology: This is a cross-sectional, descriptive and analytical study carried out from 01 March to

01 August 2013, in patients aged at least 15 years seen in consultation or hospitalized in the cardiology department. The cardiovascular risk factors sought were: high blood pressure, diabetes, smoking, obesity, sedentary lifestyle, alcohol and waist circumference. Results: The survey involved 658 individuals including 432 women (65.7%). The 55-64 age group was the modal class with a frequency of 26%. The prevalence of risk factors was: arterial hypertension (32.1%), diabetes (7.8%), obesity (body mass index greater than or equal to 30 kg/m²) (0.6%), abdominal obesity (Three hundred and thirty-two 332 female patients presented with abdominal obesity, i.e. 76.8% of the female sex. This android obesity was common in the 45-54 age group) sedentary lifestyle (39%), smoking (27, 35%) and Alcohol (9.57%). There was a predominance of risk factors in women except for smoking and alcohol.

Conclusion: This survey found that cardiovascular risk factors have a heterogeneous distribution of interest to both men and women of all ages.

Keywords: Frequency; Risk factors; Cardiovascular; Sikasso.

Introduction

Les maladies non transmissibles (MNT) comme le diabète et les maladies cardiovasculaires sont des causes majeures de morbidité et de mortalité dans le monde. Selon l'OMS, en 2002, les principales MNT étaient responsables de 60 % des décès et de 47 % de la charge mondiale de morbidité [1]. Quatre-vingt pour cent des décès dus aux MNT ont lieu dans les pays à revenus faibles ou moyens [1]. Parmi les maladies non transmissibles, les maladies cardiovasculaires occupent une place importante : elles font partie des premières causes de mortalité et posent ainsi un réel problème de santé publique. La prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population générale est peu étudiée dans les pays en voie de développement [2]. D'ici 2030, près de 23,3 millions de personnes mourront d'une maladie cardiovasculaire

(cardiopathie ou AVC principalement). D'après les projections, ces maladies devraient rester les premières causes de décès [3]. En Afrique selon Bertrand [4] elles constituent 15% des hospitalisations adultes et sont responsables de 10 à 20% des décès hospitaliers. Cette morbi-mortalité cardiovasculaire inquiétante n'épargne pas nos capitales régionales, ainsi selon une étude faite par Traoré S.I en 2012 au Mali, les maladies cardiovasculaires étaient responsables de 13,3% de décès au service de cardiologie de l'hôpital de Sikasso [5]. La prise en charge des pathologies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque, volet essentiel dans la réduction de la mortalité cardiovasculaire s'effectue à Sikasso depuis la création hôpital. L'objectif de cette enquête était d'étudier des facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients au service de cardiologie de l'hôpital de Sikasso au Mali.

Méthodologie

- Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de cardiologie de l'hôpital de Sikasso en république du Mali.

- Type et période d'étude :

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est déroulée du 01 Mars au 01 Aout 2013.

- Critère d'inclusion :

Étaient éligibles les patients de tout sexe et d'âge supérieur ou égale à 15 ans se présentant en consultation au service de cardiologie et / ou hospitalisés au dit service.

- Critère de non inclusion :

N'étaient pas éligibles les malades non consentants âgés de 15 ans au moins et de tout genre vus en consultation externe et ou hospitalisés dans le dit service, les femmes enceintes et les patients de tout âge et sexe n'ayant pas 15 ans.

- Recueil de données :

Les données étaient recueillies sur un questionnaire. Ce questionnaire rédigé en français était directement rempli après obtention du consentement éclairé des

patients.

- Paramètres étudiés :

Les données sociodémographiques : Ils ont regroupé en dehors de l'identité du sujet, le lieu de résidence et les contacts téléphoniques, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et l'activité professionnelle.

Les antécédents personnels : Les antécédents d'hypertension artérielle, de diabète sucré et de dyslipidémies ont été recherchés en précisant leur ancienneté et leurs modalités de prise en charge (mesures hygiéno-diététiques, traitement médicamenteux et/ou traditionnel). De même les habitudes alimentaire et modes de vie tels que la consommation de tabac et/ou d'alcool, la sédentarité ont été répertoriées.

Les antécédents familiaux : Nous les avons recherchés chez les parents de 1er degré. Il a été question d'antécédents de diabète, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie, d'accident vasculaire cérébral et de maladies cardiaques.

Les données cliniques : Les constantes et données anthropométriques suivantes ont été recueillies : poids, taille, tour de taille, fréquence cardiaque, pression artérielle au bras droit et au bras gauche, IMC. Les signes physiques de l'examen cardio-vasculaire et d'éventuels signes d'atteinte d'autres appareils ont été recherchés.

Les données para cliniques : Les sujets enquêtés ont bénéficié d'un bilan para clinique comportant glycémie à jeun, le cholestérol total, le LDL et HDL-CHOLESTEROL.

- Les normes retenues

L'hypertension artérielle a été définie par une tension artérielle supérieure ou égale 140/90 mm Hg et/ou un antécédent connu d'hypertension artérielle. La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1999 a été retenue pour la stratification de la sévérité de l'hypertension artérielle. Pour le contrôle, les valeurs retenues étaient inférieures à 140/90mmHg et chez le sujet diabétique, inférieures à 130/80 mm Hg.

L'obésité était définie pour un Indice de Masse Corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m² et la surcharge

pondérale par un Indice de Masse Corporelle compris entre 25 et 29,9 kg/m². Le diagnostic de l'obésité abdominale s'est fait avec les normes de l'International Diabète Fédération. Les valeurs retenues sont des tours de taille supérieure à 80 cm chez la femme, 94 cm chez l'homme.

Le diabète sucré a été défini par une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/l et/ou un antécédent connu de diabète ; le dosage était repris en cas d'hyperglycémie chez les sujets non connus diabétiques. Pour apprécier le contrôle glycémique, les valeurs de glycémie à jeun suivantes ont été retenues: glycémie à jeun < 1,10 g/l selon l'International Diabète Fédération [6] ou < 1,30 g/l selon l'American Diabète Association [7].

L'état pré diabétique a été défini pour toute personne non diabétique, ne suivant aucun traitement antidiabétique et qui présente une glycémie à jeun entre 1,10 et 1,26 g/l.

La sédentarité a été définie comme l'absence d'une activité physique régulière, c'est-à-dire moins de 30 minutes par jour, 4 fois par semaine, soit moins de 120 minutes par semaine.

Le tabagisme actif a été considéré comme facteur de risque lorsqu'il était actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans. Le tabagisme passif a été considéré lorsque l'exposition était quotidienne.

La consommation d'alcool était considérée comme excessive au-delà de 3 verres par jour pour les hommes et 2 verres par jour pour les femmes.

Saisie et analyse des données : Le masque, la saisie et l'analyse des données ont été réalisés avec les logiciels Word 2013 et SPSS 16.0. Le test statique utilisé était le khi deux et le seuil de signification pour p<0,05.

Le consentement éclairé des patients était demandé avant toute inclusion dans l'étude. La confidentialité était garantie.

Résultats

- Caractéristiques sociodémographiques

Le Tableau I nous donne les caractéristiques sociodémographiques des patients : le sexe féminin

dominait avec une fréquence de 65,7%. Le sex ratio était de 0,52. La tranche d'âge 55-64 ans était la classe modale avec une fréquence de 26%. La proportion de scolarisés était de 45,8% (16%+25,1%+4,7%). Parmi eux on notait une prédominance du niveau secondaire soit une fréquence de 25,1%. Plus de la moitié de notre échantillon était des ménagères soit 51,2% de fréquence.

- Les facteurs de risques cardiovasculaires

L'hypertension artérielle

La proportion de l'hypertension artérielle était de 32,1 % (19,8%+12,3%). Les pressions artérielles comprises entre 120-129mmHg / 80-84 et <120 et 80mmHg étaient les plus représentées avec des fréquences respectives de 33,6% et 32,2%. L'HTA grade 2 était la plus représentée avec une fréquence de 73% Tableau II. Les patients hypertendus avec des pressions artérielles 140 - 159 et 90 – 99 étaient les plus traités avec 61,7 %. La répartition des sujets hypertendus : Le sexe féminin était le plus représenté soit 61,8%. La fréquence de l'HTA est proportionnelle avec l'âge jusqu'à 55-64 ans. Les ménagères prédominaient avec une fréquence de 45,3% soit 96 personnes. Cent une personnes parmi les hypertendus étaient scolarisées soit 48%. L'antécédent familial d'hypertension est plus retrouvé chez les hypertendus avec une différence statistiquement significative tableau III. La prise en charge de l'HTA faisait appel à plusieurs molécules : les diurétiques, les IEC, les inhibiteurs calciques, les betas bloquantes et les ARA 2. Ces molécules étaient utilisées en monothérapie mais le plus souvent en association. Au cours de notre étude les mesures hygiéno-diététiques ainsi que l'arrêt du tabac si présent étaient systématiques dans la prise en charge. 55,5% des patients sous traitement pharmacologiques utilisaient l'association (Diurétiques +IEC) + Ica Tableau IV. Tous les hypertendus n'étaient pas pharmacologiquement traités. La notion de traitement traditionnel à base de plante était présente chez 55 hypertendus soit 26 %.

Le Diabète

Sur l'ensemble de la population (N=658), Nous avons recensé 51 personnes diabétiques d'où une

proportion du diabète de 7,8 % (4,6%+3,2%). La répartition de la glycémie montrait que 90,3 % des glycémies à jeun étaient inférieures à 1,08g/l et 2,9% des cas étaient supérieures ou égales à 1,26g/l tableau V. La plus grande fréquence était observée dans la tranche d'âge 45-54 ans soit 70,6% de la population diabétique. Cette fréquence était nulle avant 24 ans et rare avant 44 ans. 80% des diabétiques étaient du sexe féminin et 63% des diabétiques étaient des ménagères. La proportion de diabétiques scolarisés était de 53% (39%+14%). Un antécédent familial de diabète était retrouvé chez 70,6% des diabétiques. L'antécédent familial de diabète est plus retrouvé chez les diabétiques avec une différence statistiquement significative tableau VI. Pour la prise en charge du diabète 43,1% des diabétiques traités utilisaient les antidiabétiques oraux (ADO) et 66,7% s'étaient faits consultés par des tradi-thérapeutiques et en ce sens suivaient des traitements traditionnels

Le tabagisme

Elle était présente dans les deux sexes sous la forme active ainsi que passive et sa prévalence était 27,35%. 98% des tabagiques étaient du sexe masculin. La plus grande fréquence était observée dans la tranche d'âge 35-44 ans. Le tabagisme est beaucoup fréquent avant 44 ans ; âge à partir duquel il décroît. Les cultivateurs représentaient 36 % des tabagiques actifs. Exception faite aux ménagères toutes les professions y étaient représentées. 84 personnes parmi les tabagiques actifs étaient scolarisées représentant 47,7% des tabagiques. Le niveau secondaire était le plus représenté (58 personnes).

Le tabagisme passif : 69 personnes parmi les non-fumeurs étaient exposées passivement à la fumée du tabac. L'exposition passive à la fumée du tabac concernait le sexe féminin à 62,3%.

L'obésité

Nous avons enregistré que 0,6% des patients étaient obèses et le surpoids était retrouvé dans 6,4%. Les sujets obèses étaient dans 100% des cas du sexe féminin. La tranche d'âge 45-54 ans contenait 50% des obèses. Elle s'annule à partir de 64 ans. Les ménagères prédominaient avec une fréquence de

75%. Vingt-cinq pourcent (25%) des obèses étaient scolarisées soit une seule personne qui avait atteint le niveau secondaire.

Tour de taille ou périmètre abdominal

Sur l'échantillon 76,1% des hommes (N des hommes =226) avaient un tour de taille inférieur à 80 cm contre 23,1% des femmes (N des femmes 432). 20,4% des hommes et 47,7% des femmes avaient un tour de taille comprise entre 81 et 94cm. 3,54% des hommes et 29,1% des femmes avaient un tour de taille supérieure à 94cm. Parmi les 226 hommes de notre échantillons, l'obésité androïde était présente chez 8 personnes soit 3,5% du sexe masculin. Cette obésité androïde était fréquente dans la tranche d'âge 45-54ans. Trois-cent trente-deux 332 patients de la gent féminine présentaient une obésité abdominale soit 76,8% du sexe féminin. Cette obésité androïde était fréquente dans la tranche d'âge 45-54ans.

La sédentarité

Dans notre population 262 personnes étaient sédentaires soit une proportion de 39%. La sédentarité concernait toutes les tranches d'âge mais la tranche d'âge 55-64 ans présentait la plus grande fréquence soit 23%. Les ménagères étaient sédentaires dans 55,6% des cas. Plus de la moitié des sédentaires n'étaient pas scolarisées soit 50,2%.

L'alcoolisme

La proportion était de 9,57% et la consommation d'alcool était pratiquement d'apanage masculin avec une fréquence de 71,4%. Les tranches d'âge 15-24 ans et 24-35 ans étaient les plus représentées avec respectivement des fréquences 60% et 14%. Exception faite aux retraités toutes les professions étaient concernées. Les élèves et étudiants étaient les plus intéressés soit 30%. 90% des consommateurs d'alcool étaient scolarisées dont 80% avaient atteint le niveau secondaire.

Tableau I : Caractéristiques Sociodémographiques

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	226	34,3
Féminin	432	65,7
Age	Effectif	Pourcentage %
15 – 24	96	14,6
25 – 34	90	13,7
35 – 44	112	17,0
45 – 54	142	21,6
55 – 64	171	26,0
64 et plus	47	7,1
Niveau instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	105	16,0
Secondaire	165	25,1
Universitaire	31	4,7
Non scolarise	357	54,2
Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivateur	114	17,3
Ménagère	337	51,2
Fonctionnaire	94	14,3
Elève et étudiant	49	7,4
Eleveur	13	2,0
Commerçant	12	1,8
Chauffeur	35	5,3
Retraite	4,6	0,7

Tableau II : La répartition des sujets hypertendus dépistés selon le niveau de pression artérielle

TA	Effectif	Pourcentage %
140 - 159 et 90 – 99	8	6
160 - 179 et 100 – 109	96	73
>18 et >110	27	21
Total	131	100

Tableau III : Relation HTA et antécédent familial d'HTA

	Hypertendus N(n)	Non hypertendus N(n)	Total
ATCD HTA	22 (9,02)	6(18,97)	28
Absence d'ATCD HTA	190(202,9)	440(427,02)	630
TOTAL	212(211,92)	446 (445,04)	658

$X^2=10,25$

$x^2 dl=1;0,95= 3,84$

Tableau IV : Répartition des sujets hypertendus en fonction du médicament utilisés

Médicament utilisé	Effectif	Pourcentage
Diurétiques	0	0
IEC	0	0
Diurétiques + IEC	40	22
Ica	27	14,8
Bétabloquant	14	7,7
Diurétiques + IEC + Ica	101	55,5
Total	182	100

Tableau V : Répartition des patients en fonction du chiffre glycémique

Glycémie	Effectif	Pourcentage %
<1,08	594	90,3
1,08 - 1,25	45	6,8
≥1,26	19	2,9
Total	658	100

Tableau VI : Relation diabète et antécédent familiale de diabète

	Diabétique N(n)	Non diabétique N (n)	Total
ATCD familial de diabète	36 (3,95)	15 (47,04)	51
Absence d'ATCD familial de diabète	15 (47,04)	592 (559,95)	607
TOTAL	51 (50,99)	607 (559,95)	658

$X^2=305,93$

$x^2 dl=1 ; 0,95= 3,84$

Discussion

L'enjeu des maladies cardiovasculaires est grand. De nos jours leurs facteurs de risque connaissent une répartition hétérogène croissante intéressant aussi bien les hommes que les femmes de tout âge et de tout horizon. Notre étude s'est déroulée sur une période de six mois et a porté sur un échantillon de 658 personnes. On note une prédominance féminine (65,7%) avec un sex ratio de 0,52. La tranche d'âge 45-54 ans était la plus représentée. Plus de la moitié des patients n'était pas scolarisée soit 54,2%. Ce résultat est comparable à celui de Berthé M [8] qui trouvait une prédominance féminine (69,9%) et une représentation marquée des non scolarisées (55,5%) et de la tranche d'âge 45-59 ans.

La proportion de l'HTA était de 32,1%. Elle était de grade 2 dans la majorité des cas (73%) à la découverte et de prédominance féminine soit 61,8%. L'étude de Framingham notait la même prédominance féminine (16% contre 9,5%). Ce résultat est comparable à celui de certaines études faites au Niger [9] et au Sénégal [10] où la population des hypertendus était constituée de 56% de femmes et 44% d'hommes. La proportion de l'étude est proche de celle de certaines études faites à Brazzaville au Congo en 2004 [11], au Maroc en 2002 et en Tunisie en 1995 [12] qui avaient trouvé des proportions respectives de 32,5%; 33,6% et 28,9%. Notre étude ressort que la progression en âge augmente le risque de survenue de l'HTA. C'est ainsi qu'on est passé de 0,9% dans la tranche d'âge 15-24 ans à 41,5% de 45-54 ans et 43,9% pour 55-64 ans. Ce résultat est comparable à celui de COULIBALY

A K [13] qui avait trouvé des fréquences respectives de 4,4%, de 30% et 65,6% pour les classes d'âge 15-18, 19-49 et les plus de 50 ans. Les patients ayant un antécédent familial d'hypertension ont plus de chance de développer une HTA avec une différence statistiquement significative. Ces constats sont en accord avec la littérature [14]. L'HTA touchait les scolarisées que les non scolarisées avec des fréquences respectives de 48% et 52%.

La proportion du diabète était de 7,8%. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de Berthé M [8] qui trouvait une proportion de 4,6%. Cette différence peut s'expliquer par la durée et les lieux d'études. Tout comme l'HTA, sa fréquence est proportionnelle avec l'âge dans notre étude, c'est ainsi qu'elle était nulle avant 24ans et minime avant 44 ans (3,2%) pour être remarquable à partir de 45-54 ans (70,6%). Il était de type 2 avec une prédominance féminine de 80%. Ce résultat est comparable à des études menées dans d'autres pays comme l'Algérie et le Niger où la prévalence était élevée chez le sexe féminin [15,16]. Le contraire est retrouvé ailleurs : en France la prévalence était de 13,9% [17] chez les hommes contre 8,7% chez les femmes. Les patients ayant un antécédent familial de diabète ont plus de chance de développer un diabète avec une différence statistiquement significative. Notre étude ne fait pas de différence entre le niveau de scolarisation et la survenue du diabète car les scolarisées et les non scolarisées étaient atteints avec des fréquences respectives de 53% et 47%. Les ménagères constituaient 80% des diabétiques. L'atteinte féminine s'explique d'une part par la fréquence de l'obésité chez la gent féminine et l'adoption de mauvaises habitudes comportementales telle que la sédentarité. En Afrique il est très difficile d'avoir une prévalence exacte du diabète car c'est au sein des structures hospitalières que la maladie est la mieux étudiée.

La proportion du tabagisme était de 27,4% et touchait majoritairement les hommes (98%). La tranche d'âge 35-44 ans était la plus touchée (33%). Les cultivateurs étaient les plus touchés. L'exposition passive était féminine à 62,3%. Cette prévalence

est comparable à celle du GYTS [18] à Bamako qui trouvait une prévalence de 28% de la consommation de cigarette.

La proportion de l'obésité corporelle est de 0,6% et celui du surpoids est de 6,4%. L'obésité corporelle concernait le sexe féminin, sa fréquence était nulle avant 34 ans, s'offrait un pic à partir 45-54 ans pour s'annuler à partir de 64 ans. La profession dominante était des ménagères non scolarisées avec 75% de fréquence. L'obésité androïde concernait 76,8% des femmes contre 3,5% des hommes.

La proportion de la sédentarité était de 39%. Elle concerne tous les âges et toutes les professions, scolarisés que non scolarisés. Tout comme l'obésité, le sexe féminin et particulièrement les ménagères étaient majoritairement touchées. Cette proportion élevée s'explique par la méconnaissance par bon nombre de la sédentarité comme facteur de risque cardiovasculaires, mais des fois par la méconnaissance de leur propre sédentarité.

La proportion de la consommation de l'alcool était de 9,60%, pratiquement d'apanage masculin avec une fréquence de 71,4%. Les plus grands consommateurs avaient moins de 25 ans ; les élèves et étudiants étaient les plus touchés soit 30%.

Les recommandations du HAS [19] dans la prise en charge de l'HTA préconisent les IEC, les ARA 2, les diurétiques, les Ica et les bêtabloquants dans la prise en charge de l'HTA. Au cours de notre étude, les mesures hygiéno-diététiques étaient systématiques ainsi que l'arrêt du tabac si présent ; 55,5% des patients sous traitement pharmacologique utilisaient l'association (Diurétiques +IEC) +Ica et la notion de traitement traditionnel à base de plante était présente dans 26% des cas.

La prise en charge du diabète était du ressort de la médecine interne. A cet effet, nos diabétiques leur étaient adressés sauf si étaient associées pathologies cardiovasculaires (HTA, cardiomyopathie, péricardites, infarctus, maladies thromboemboliques.....). Au cours de notre étude 43,1% des diabétiques traités utilisaient les ADO. 66,7% des diabétiques s'étaient faits consultés par

des tradi-thérapeutiques et en ce sens suivaient des traitements traditionnels.

Conclusion

Au terme de notre étude, il apparaît que les facteurs de risque cardiovasculaires connaissent une distribution hétérogène intéressant aussi bien les hommes que les femmes de tous les âges. L'HTA, le diabète, l'obésité, la sédentarité et le tabagisme passif touchaient majoritairement le sexe féminin et le sexe masculin était préférentiellement touché par la consommation d'alcool et le tabagisme. La progression en âge augmente le risque de survenue de l'HTA et du diabète type II. La transition nutritionnelle et comportementale que touchent nos populations urbaines rurales constitue un signal fort à la progression des facteurs de risque cardiovasculaires. Les enjeux sont énormes et font appel à chacun des responsables (population, agent de santé, autorités administratives et politiques) à mieux s'investir car une menace pour l'humanité entière.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Abdoulaye Kissima Traore

abdoulayediablo@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

- 1 : Service de Cardiologie de l'hôpital de Sikasso BP 82, Mali
- 2 : Service de Pédiatrie de l'hôpital de Sikasso,
- 3 : Service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso,
- 4 : Service de Cardiologie CHU le Dantec Dakar Sénégal
- 5 : Service de Cardiologie Université de Gaston Berger de Saint Louis Dakar, Sénégal
- 6 : Faculté de Médecine de Brest, Université de Bretagne Occidentale, Brest, France

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] OMS. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. Genève 2014-2015.
- [2] Yach D, Kellogg M, Voute J. Chronic diseases: An increasing challenge in developing countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2005; 99: 321-4.
- [3] Mathers CD, Loncar D. Projection of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Med* 2006; 3(11): e 442
- [4] Bertrand MD, Simoons L, Kaa FOX. Prise en charge des syndromes coronaires aigus chez les patients qui se présentent sans élévation persistante du segment ST. *Task Force sur la prise en charge des SCA de la Société Européenne de Cardiologie. European Heart J* 2002 ; 23 : 1809-1840.
- [5] Traoré S.I. Morbidité et mortalité cardiovasculaire dans le service de cardiologie de l'hôpital de Sikasso. Thèse Med, Bamako, 2013.
- [6] Mayaudon H, Dupuy O, Dolz M et al. Evaluation du risque vasculaire global en pratique courante : pourquoi et comment ? *Encyclopédie Pratique de Médecine* 2002 ; 7-1005,3p.
- [7] ANAES. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications : recommandations de l'ANAES. *Diabetes Metab* 2000 ; 25 (suppl2) : 1-64.
- [8] Berthé M. Perception des Facteurs de Risque Cardiovasculaire (FRCV) par les malades en consultation externe à propos de 458 cas dans le service de Cardiologie du CHU-GT. Thèse Med, Bamako, 2010.
- [9] Cenac A, Mounis OM, Develoux M et al. Les cardiopathies de l'adulte à Niamey (Niger). Enquête épidémiologique prospective à propos de 162 observations. *Cardiol Trop* 1985 ; 11 : 125-33.
- [10] Koate P, Sylla M, Diop et al. L'hypertension artérielle au Sénégal : épidémiologie, données cliniques. *Cardiol Trop/ Trop cardiol* 1987; 13 (5) : 61-8.
- [11] Longo F, Melaman Sego f, Tengoua Takam S. Données

épidémiologiques sur l'HTA et les autres facteurs de risqué cardiovasculaires des brazzavillois : les dépêches de Brazzaville, Mai 2004. *Med Afr Noire* 2004;48(10): 1-5.

- [12] Ghannem H, Wolf-Maier K, cooper RS et Coll. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 African countries, Canada, and the United States. *Easter Medit Health J.*2000; 1046.
- [13] Coulibaly A.K. HTA chez les sujets de 15 ans et plus dans le service de cardiologie de Sikasso. Thèse Med, Bamako, 2012.
- [14] Miall We. Kass EH. Ling J. Stuart KL. Factors influencing arterial pressure in general population of Jamaica. *BNJ* 1962; 497-506.
- [15] Ferriere J. Prévalence des différentes dyslipidémies en France. *Réalités Cardiologiques* 2008 ; 239 : 8-12.
- [16] Senouci C, Colella C, Monsuez JJ et al. Coeur et ménopause. In : *Cardiologie et maladies vasculaires. Société Française de Cardiologie. Paris, Masson* 2007: 1277- 87.
- [17] LEONI J. Physiopathologie de l'athérosclérose, mécanismes et prévention de l'athérombose. Thèse de doctorat en pharmacie, 2001, Besançon.
- [18] Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Enquête mondiale sur le tabac chez les jeunes. Résumé analytique. Mali-Bamako. 2001.
- [19] HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle-Actualisation 2005. 2005

Pour citer cet article :

A Traore-Kissima, A Cissouma, SA Traoré, D Malla, O Haidara, O Traoré et al. Fréquence des facteurs de risque cardiovasculaire en milieu hospitalier à Sikasso. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 201-209



Cas clinique

Expulsion spontanée d'un corps étranger vésical : une histoire d'autostimulation érotique

Spontaneous expulsion of an bladder foreign body: a story of erotic self-stimulation

M Allasiangar*¹, I Diabaté¹, N Allah-syengar², A Ndiath³

Résumé

But : Rappporter un cas de corps étranger de la vessie expulsé spontanément après échec d'une extraction par voie endoscopique. Décrire ses aspects cliniques et thérapeutiques.

Présentation : Il s'agissait d'une patiente de 40 ans qui s'est auto-introduite un crayon de beauté dans la vessie lors d'une autostimulation érotique.

Elle avait consulté pour une hématurie terminale et des douleurs hypogastriques.

Le corps étranger a été expulsé spontanément au cours de la miction après échec d'une extraction par voie endoscopique.

Conclusion : L'auto-insertion d'un corps étranger dans la vessie est révélatrice d'une curiosité sexuelle ou de troubles psychiatriques. Une expulsion spontanée est exceptionnelle. L'extraction lors d'une cystoscopie en est le gold standard.

Mots-clés : Corps étranger, Vessie, auto-insertion, Expulsion spontanée.

Abstract

Aim: to report a case of a foreign body of the bladder expelled spontaneously after failure of an endoscopic extraction. To describe clinical and therapeutic

aspects.

Presentation: A woman 40 years old patient consulted for self-inserted a beauty pencil into her bladder during erotic self-stimulation. She presented terminal hematuria and hypogastric pain. The foreign body was expelled spontaneously during urination after an endoscopic extraction failed.

Conclusion: Self-insertion of a foreign body into the bladder is indicative of sexual curiosity or psychiatric disorders. Spontaneous expulsion is exceptional. Extraction during a cystoscopy is the gold standard.

Keywords: Foreign body, Bladder, self-insertion, Spontaneous expulsion.

Introduction

La présence de corps étrangers dans les voies urinaires suscite plusieurs interrogations quant à leur mode de pénétration. Elle pose aux praticiens un réel défi thérapeutique quand l'extraction doit être atraumatique, sans lésions vésicales ou urétrales. L'introduction d'un corps étranger dans la vessie peut se faire soit par insertion, migration d'organes adjacents, iatrogène ou un contexte traumatique [1].

La plupart des cas sont associés à des troubles psychiatriques, de toxicomanie, de curiosité sexuelle, ou d'une auto-stimulation érotique [2,3]. Les différents types de corps étrangers intravésicaux répertoriés dans la littérature sont d'une grande variabilité. Il pourrait s'agir de fils électriques, épingles, fragments de sondes vésicales, dispositifs contraceptifs intra-utérins, textilomes, crayons de sourcils, stylo à bille, vis, thermomètres, brosses à dents, bougies, balles de fusil, fragments d'instruments endoscopiques, et piles [4].

La symptomatologie est variable, asymptomatique ou se révéler par une urétrorragie voire une rétention d'urines. La radiographie de vessie sans préparation, l'échographie vésicale et l'Urotomodensitométrie sont nécessaires à la confirmation diagnostique. Le diagnostic est posé à l'interrogatoire et/ou lors d'une exploration du bas appareil urinaire suite à des troubles urinaires ou toute autre affection.

La cystoscopie est un moyen à la fois diagnostique et thérapeutique. Cependant, en cas d'échec ou en fonction du plateau technique, une extraction par la taille vésicale peut être indiquée. Une expulsion spontanée d'un corps étranger vésical est une entité rare. Nous rapportons le cas d'un crayon de beauté inséré dans l'urètre au cours d'une autostimulation sexuelle et qui a ensuite migré dans la vessie chez une patiente âgée de 40 ans. Une expulsion spontanée au cours de la miction a été constatée après un échec d'extraction au cours de la cystoscopie.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 40 ans, commerçante, célibataire, qui a consulté aux urgences chirurgicales pour une notion d'introduction accidentelle d'un crayon de beauté dans l'urètre la veille et qui aurait migré dans la vessie lors d'une autostimulation érotique. La patiente présentait une hématurie terminale et des douleurs hypogastriques. Dans ses antécédents, il a été noté une chirurgie plastique pour un éléphantiasis des organes génitaux

externes il y a quatre ans. L'examen clinique à son admission a mis en évidence un bon état général avec un IMC=40 kg/ m², une conscience claire avec Glasgow à 15, des cicatrices vulvaires post opératoires, une hématurie terminale et une sensibilité de l'hypogastre à la palpation. Ailleurs l'examen somatique était sans particularités.

La radiographie de vessie sans préparation a mis en évidence une opacité linéaire mesurant 10,5 cm avec une épaisseur de 1 cm dans l'aire de projection vésicale (figure 1). Il mesure 10,5 cm de long et 1 cm d'épaisseur (figure 2).

Réalisée sous anesthésie locale dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique, la cystoscopie a mis en évidence le crayon de beauté et une muqueuse vésicale intègre. Une tentative d'extraction dans le même temps opératoire s'était soldée par un échec. Cet échec est dû à l'importance de l'épaisseur du crayon par rapport à la capacité de la pince à corps étranger. L'indication d'une extraction du crayon par taille vésicale sous rachianesthésie a été posée.

La patiente a apporté le corps étranger (le crayon de beauté) qu'elle a expulsé spontanément au cours de la miction à son domicile à la veille de la chirurgie à ciel ouvert (figure 2). Les suites sont simples après l'expulsion du corps étranger.

Nous avons adressé la patiente en consultation de psychiatrie pour la suite de sa prise en charge afin de prévenir d'éventuelles récurrences.

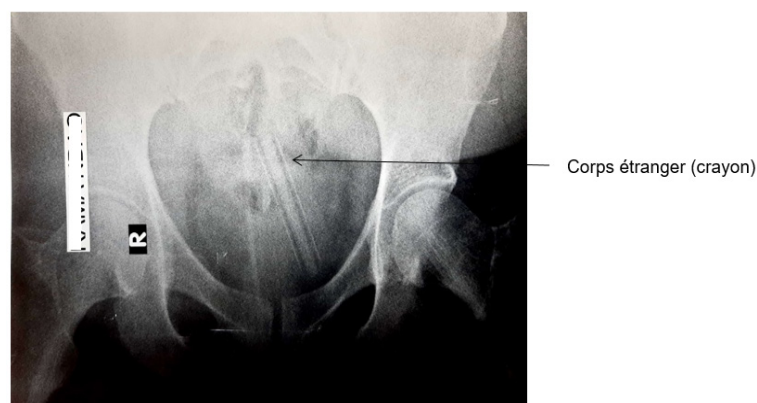


Figure 1 : Crayon sous forme d'opacité linéaire dans l'aire de projection vésicale objectivé à la (VSP [Vessie Sans préparation]).



Figure 2 : Mensurations du crayon après son expulsion.

Discussion

Les corps étrangers de la vessie posent un défi à l'urologue en termes de prise en charge. Les différents corps étrangers intravésicaux rapportés sont : des fils électriques, épingles, fragments de sondes vésicales calcifiées, dispositifs contraceptifs intra-utérin, textilomes, crayons de beauté, stylo à bille, vis, thermomètres, brosses à dents, bougies, balles de fusil, fragments d'instruments endoscopiques, et des piles [4].

L'introduction d'un corps étranger dans la vessie peut se faire à l'occasion d'une auto-insertion, une migration des organes adjacents à partir de l'urètre, iatrogénie ou un contexte de traumatisme.

L'auto-insertion de corps étrangers est souvent révélatrice d'une curiosité sexuelle, une maladie mentale, usage d'opiacés ou de troubles psychiatriques [4].

La stimulation érotique était la raison de l'auto-insertion du crayon de beauté dans notre cas. Au cours de la masturbation vaginale en raison de la proximité de la zone clitoridienne avec l'urètre, il y a eu la migration du corps étranger dans la vessie à partir de l'urètre.

Cette migration du corps étranger en intra vésicale serait facilitée par la brièveté de l'urètre féminin qui mesure 3 à 4 cm.

Le diagnostic du corps étranger intra vésical est posé à l'interrogatoire et/ou lorsque le corps étranger en cause est révélateur de troubles urinaires. Cette affection est asymptomatique dans la plupart de cas ou peut se manifester par des symptômes liés à l'irritation des voies urinaires basses tels que : la pollakiurie, la

dysurie, les brûlures mictionnelles, l'impériosités mictionnelles, l'hématurie microscopique ou macroscopique, la rétention urinaire aiguë [5,6].

Dans notre contexte, l'hématurie terminale était le premier symptôme et c'est ce qui expliquerait le bref délai de consultation. L'inconfort et l'anxiété générés par la présence du corps étranger seraient un facteur motivant la décision de consulter. Odoemene et al. avaient rapporté un délai de consultation de 14 jours dans leur série [1]. Un délai de consultation tardif serait dû à l'ignorance et à la pauvreté [1]. Par ailleurs la honte liée à l'acte ou le tabou en rapport avec les organes génitaux constituerait aussi les facteurs de retard de consultation.

Les diverses complications : infections urinaires chroniques, les cystites, la formation de calculs liées à la présence de corps étrangers vésicaux trouvent leurs genèses dans le retard de consultation [1,7].

Le bilan radiologique confirme le diagnostic et permet de déterminer les dimensions, le siège, le nombre de corps étrangers et d'éventuelles complications [8]. La confirmation diagnostique des corps étrangers radio-opaques est faite par la radiographie de vessie sans préparation (VSP) par contre l'échographie vésicale et l'urotomodensitométrie confirment celui des corps étrangers radio-transparents [5].

Depuis l'avènement de l'endoscopie, la cystoscopie permet à la fois de poser le diagnostic des corps étrangers vésicaux et d'en assurer leur prise en charge [9]. L'extraction endoscopique réduirait la morbidité, la durée de l'intervention, et le séjour post opératoire ainsi que les complications [6]. Par ailleurs, l'abord par taille vésicale d'emblée est indiquée lorsque le corps étranger est susceptible d'occasionner des lésions vésicales ou urétrales graves lors de son extraction par voie endoscopique [8]. L'expulsion spontanée de corps étranger est un événement rare. Cette expulsion spontanée serait favorisée par le flux urinaire, l'orientation du corps étranger par rapport à l'axe du col vésical au cours de la miction, la non incarceration du corps étranger dans la paroi vésicale ainsi que la brièveté de l'urètre féminin. La consultation psychiatrique est recommandée dans

tous les cas d'auto-insertion de corps étrangers afin d'éviter de potentielles récurrences [10].

Conclusion

La présence d'un corps étranger intra vésical suscite des interrogations quant à son mode de pénétration. Sa prise en charge constitue un défi pour le praticien. L'auto-insertion est révélatrice d'une curiosité sexuelle ou de troubles psychiatriques. L'hématurie terminale est fréquente. Une expulsion spontanée est exceptionnelle. L'extraction lors d'une cystoscopie en est le gold standard.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la révision de ce cas clinique.

Sources de financement : Aucun

*Correspondance

Minguemadji Allasiangar

minguemadjiallas@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Novembre 2021

- 1 : Service d'urologie du Centre hospitalier Amadou Sakhir Mbaye (CHRASM) de Louga. BP 586 Louga, Sénégal Code postal 31000.
- 2 : Service d'urologie, Hôpital de la Renaissance de N'Djamena. BP 2029, N'Djamena, Tchad.
- 3 : Service d'urologie andrologie, Hôpital Aristide Le Dantec (HALD), 30, Av Pasteur, BP 3001, Dakar, Sénégal.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Odoemene CA, Onuh CA. Foreign Bodies in the urinary bladder – case series. *Journal of the East african college of surgeons* 2017; 7(3):124-136.

- [2] Essatara Y, Benazzouz H. Corps étranger intra vésical: un cas exceptionnel. *Pan African Medical Journal*. 2016; 23:202.
- [3] Ankur Bansal , Manoj Kumar , Gautam Kanodia , Ruchir Aeron , Sunny Goel. Unusual intravesical foreign body in young female migrated from vagina due to autoerotism. *Int Braz J Urol*. 2017; 43: 556-60
- [4] Hosseini SR, Rezaei H, Mohseni MG, Ganjali H, Behtash N, Arzani M. Screw as a bladder foreign body. *Urol case rep* 2017; 11: 69-70.
- [5] Trehan RK, Haroon A, Memon S, et al. Successful removal of a telephone cable, a foreign body through the urethra into the bladder: a case report. *J Med Case Rep* 2007;1:153.
- [6] Kambou T, Ouattara A, Zare C , Pare A.K., Kabore F.A, Zango B, Bako A, Konate M, Toledo H. Prise en charge des corps étrangers des voies urinaires basses à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): Plaidoyer pour un accès aux moyens endoscopiques. *African Journal of Urology* 2017 ; 23 : 311–17.
- [7] Faye ST , Jalloh M, Ndiaye M, Ndoeye M, Mbodji MM, Sangare T, Gningue O, Labou I, Niang L, Gueye SM. Extraction d'un corps étranger de la vessie par un néphroscope : cas et revue de la littérature *Uro'Andro* 2018 ; 1(11):513-15.
- [8] Johnin K, Kushima M, Koizumi S, Okada Y. Percutaneous transvesical retrieval of foreign bodies penetrating the urethra. *J Urol*.1999;161:915-6.
- [9] Alkan E, Basar M.M. Endourological Treatment of Foreign Bodies in the Urinary System; *JSLs, Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons* 2014;18(3):1-6.
- [10] Kenney RD. Adolescent males who insert genitourinary foreign bodies: is psychiatric referral required? *Urology*.1988;32:127-9.

Pour citer cet article :

M Allasiangar, I Diabaté, N Allah-syengar, A Ndiath al. Expulsion spontanée d'un corps étranger vésical : une histoire d'autostimulation érotique. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 210-213



Article original

**Concordance et apports de l'hystérosalpingographie et de la cœlioscopie
dans l'exploration tubaire en cas d'infertilité**

Concordance and contributions of hysterosalpingography and laparoscopy in tubal exploration in infertility

A Traoré¹, S Mariko*¹, MB Coulibaly¹, YL Diallo², Shen¹, MA Camara³, I Kanté⁴,
MM Traoré³, S Traoré⁵, Y Traoré⁶

Résumé

But : L'objectif de cette étude était d'évaluer les performances diagnostiques de l'hystérosalpingographie en prenant comme examen de référence la cœlioscopie chez des patientes explorées pour infertilité tubaire.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas d'infertilité pris en charge de Janvier 2016 à décembre 2017 au service de gynécologie de l'Hôpital du Mali.

Résultats : L'étude a porté sur 90 patientes prises en charge pour infertilité. L'âge moyen des patientes était de 32 ans avec les extrêmes de 17 ans et 43 ans. L'infertilité secondaire a été la plus fréquente avec 51 cas (57%) contre 39 cas d'infertilité primaire (43%). Le test statistique de concordance a trouvé un coefficient KAPPA égal à 0,44 pour la concordance générale entre les deux examens complémentaires ; 0,43 pour les obstructions tubaires proximales et 0,50 pour les obstructions tubaires distales correspondant à une concordance modérée .

Conclusion : L'hystérosalpingographie est un examen accessible pour la population, elle demeure un examen fiable dans l'exploration de l'infertilité tubaire féminine.

Mots-clés : Hystérosalpingographie, cœlioscopie, infertilité, perméabilité tubaire, Hôpital du Mali.

Abstract

Goal: The goal of this study was to assess the diagnostic performance of hysterosalpingography using laparoscopy as a reference examination in patients explored for tubal infertility.

Methodology: this is a retrospective study of infertility cases treated from January 2016 to December 2017 in the gynecology department of the Hôpital du Mali.

Results: the study involved 90 patients treated for infertility. The mean age of the patients was 32 years with the extremes of 17 years and 43 years. Secondary infertility was the most common with 51 cases (57%) versus 39 cases of primary infertility (43%). The statistical test of agreement found a KAPPA coefficient equal to 0.44 for the general agreement between the two complementary examinations; 0.43 for proximal tubal obstructions and 0.50 for distal tubal obstructions corresponding to moderate agreement.

Conclusion: Hysterosalpingography is an accessible examination for the population, it remains a reliable examination in the exploration of female tubal

infertility.

Keywords: Hysterosalpingography, laparoscopy, infertility, tubal patency, Hôpital du Mali..

Introduction

Un enfant quand je veux ! Le fameux slogan est apparu avec le développement de la contraception et voulait surtout dire : pas d'enfant quand je ne veux pas. Effectivement, à condition de s'en donner les moyens, un couple peut avoir une vie sexuelle épanouie tout en planifiant les naissances. Mais attention ! L'inverse n'est pas toujours aussi simple et une décision mûrement réfléchiée et partagée à deux, estimant que le moment est venu, peut ne pas être suivie d'effet [1]. Le terme infertilité désigne la capacité réduite d'un couple à concevoir, par rapport à la population général. La définition clinique de l'infertilité est l'absence de conception dans un délai de 1 an, en l'absence de contraception [2]. Une obstruction tubaire est présente chez 25 à 40 % des couples infertiles et constitue la seule cause d'infertilité chez environ 10 % des patientes [2]. On distingue 2 catégories d'infertilité : primaire et secondaire.

L'infertilité primaire est définie par l'absence de toute grossesse antérieure, tandis que dans l'infertilité secondaire le couple a eu une grossesse antérieure. Cette différenciation est importante en raison du meilleur pronostic de l'infertilité secondaire.

Cependant, le bilan diagnostique des deux types d'infertilité est identique [3]. L'évaluation de l'infertilité vise à diagnostiquer la cause et à poser le pronostic de la fertilité future. Le bilan doit être initié après un an de tentatives infructueuses de conception, ou plus tôt si une pathologie est suspectée chez l'un des partenaires. Le bilan doit commencer le plus tôt possible, incluant un interrogatoire et un examen clinique complet [4]. L'évaluation de la perméabilité tubaire est un élément essentiel du bilan initial du couple infertile. La cœlioscopie et l'hystérosalpingographie sont les deux procédures usuellement admises pour

l'exploration tubaire et pelvienne en cas d'infertilité. L'hystérosalpingographie, constitue jusque-là l'examen de première intention en cas d'infertilité du couple [5], et en cas d'antécédents gynécologiques chargés (endométrioses, chirurgie pelvienne), la cœlioscopie constitue l'examen de deuxième intention et représente selon la plupart des auteurs, le gold standard de l'exploration tubaire [6].

L'objectif de ce travail, est d'évaluer les performances diagnostiques de l'hystérosalpingographie par rapport à ceux de la cœlioscopie.

Méthodologie

Cette étude rétrospective a été menée au service de gynécologie de l'hôpital du Mali. Elle a porté sur 90 cas d'infertilité féminine sur une période de 24 mois allant de janvier 2016 à décembre 2017.

Les supports utilisés ont été les registres de consultation externe du service, le dossier clinique des patientes, les registres de compte rendu opératoire, les données électroniques du département d'information médicale de l'hôpital de chaque patiente, les fiches d'anesthésie.

Nous avons inclus toutes les patientes suivies pour infertilité tubaire ayant été évaluées à l'hystérosalpingographie en première intention et secondairement la cœlioscopie bleue (Test au bleu au cours de la cœlioscopie).

Les patientes n'ayant pas bénéficiées à la fois de l'évaluation de la perméabilité tubaire par les deux méthodes n'ont pas été retenues dans notre étude de même que celles présentant des contre-indications anesthésiques pour la cœlioscopie (affections cardio-respiratoires sévères et de suspicion d'adhérences fortes (abdomen plusieurs fois cicatriciels)). L'ensemble des données a été colligé dans une base de données informatique Word et exploité à l'aide du logiciel statistique Epi info version 3.3.2. L'anonymat a été respecté durant toutes les procédures de l'étude

Le Coefficient Kappa, la sensibilité, la spécificité, les Valeurs prédictives positive (VPP) et négative (VPN) ont été calculés à partir des tableaux de contingences.

Les valeurs de référence de Landis-Koch (1977) sont généralement admises et utilisées pour interpréter le kappa:

La concordance corrigée de la chance est :

- excellente si κ est compris entre 1,00 et 0,81
- bonne « 0,80 et 0,61
- moyenne « 0,60 et 0,41
- faible « 0,40 et 0,21
- mauvaise « 0,20 et 0,00

Résultats

Sur un total de 690 interventions chirurgicales pratiquées en 2 ans nous avons enregistré 90 cas de coelioblesures faites chez les patientes ayant une hystérosalpingographie soit une fréquence de 13,04%. Selon le mode de recrutement 83/90 (92%) des patientes sont venues d'elles même à la consultation externe. La moyenne d'âge était de 32 ans avec les extrêmes de 17 ans et 43 ans. La tranche d'âge la plus représentée était 26-35 ans, soit 53/90 des cas (61%). L'infertilité secondaire a été dominante avec 51/90 des cas (57%) contre 39/90 des cas (43%) d'infertilité primaire. L'aspect normal de l'utérus en percoelioscopie a été de 80/90 des cas (89%).

La Concordance entre hystérosalpingographie et la coelioscopie a été de 77% et le coefficient Kappa =0,52 (Tableau 4)

La sensibilité et la spécificité de l'hystérosalpingographie ont été évaluées respectivement : Se : 86%, IC95% : 86% [76% 96%], significatif Sp : 65% IC95% : 65% [50% 80], significatif. La valeur prédictive positive (VPP) = 75% IC95 : 75% [64% 86%], significatif et la valeur prédictive négative (VPN)= 79% IC95% : 79% [65% 93%], significatif.

La Concordance entre hystérosalpingographie et la coelioscopie sur Obstruction tubaire proximale a été de 92% et le coefficient Kappa = 0.43 : (Tableau 5)

La spécificité et la valeur prédictive négative(VPN) ont été respectivement Sp=94%, IC95% : 94% [92% 96%] significatif ; VPN=97%, IC95% : 97% [93% 100%] non significatif. La sensibilité a été de 60%

IC95% : 60% [17% 100] non significatif et la valeur prédictive positive (VPP) = 37% IC95 : [4% 70%] significatif.

La Concordance entre hystérosalpingographie et la coelioscopie sur occlusion distale a été de 94% et le coefficient Kappa =0,50 (Tableau 6). La sensibilité a été de Se=50% IC95%=50% [11% 90%] significatif ; Sp= 97% IC95% : [94% 100%] non significatif pour. Les valeurs VPP= 60%, IC 95% : [18% 100%] non significatif ; et VPN=96% IC 95% [92% 100%] non significatif.

Tableau I : Répartition selon les antécédents chirurgicaux

antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage%
kystectomie	2	0,02
Myomectomie	6	0,07
Plastie tubaire	2	0,02
Grossesse extra-utérine	6	0,07
Aucun	74	0,82
Total	90	100%

80% des patientes n'avaient aucun antécédent chirurgical

Tableau II : Répartition selon l'âge

Année	Fréquence	Pourcentage%
17-25	14	15,5
26-35	53	59,0
36-45	23	25,5
TOTAL	90	100

La tranche d'âge 26-35 ans a été majoritaire

Tableau III : Répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Commerçante	7	7,7
Etudiante/Elève	7	7,7
Fonctionnaire	29	32,2
Femme au foyer	47	52,2
Total	90	100

Les femmes au foyer ont été majoritaire avec 52,2%

Tableau IV : Répartition selon l'aspect de l'utérus au cours de la cœlioscopie

Utérus en per cœlioscopie	Fréquence	Pourcentage %
Globuleux	2	0,2
Infantile	1	0,1
Myomateux	6	6,6
Normal	80	89
Sténose du col	1	0,1
Total	90	100

89% des patientes avaient un utérus normal au cours de la cœlioscopie.

Tableau V : Répartition selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Fréquence	Pourcentage %
Consultation externe	83	92,2
Référée	7	7,8
Total	90	100

92,2% des patientes sont venues d'elles même en consultation externe.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le type d'infertilité

Type d'infertilité	Effectifs	Pourcentage (%)
Primaire	39	43
Secondaire	51	57
Total	90	100

L'infertilité secondaire a été dominante avec 57%.

Tableau VII: concordance entre hystérosalpingographie et la cœlioscopie

Hystérosalpingographie	Cœlioscopie		Total
	Trompes occluses	Trompes perméables	
Trompes occluses	43 (47%)	14 (16%)	57
Trompes perméables	7 (8%)	26 (29%)	33
Total	50	40	90

Concordance observée= 73%, Concordance aléatoire=

Tableau X : Principales études évaluant les résultats de l'hystérosalpingographie

Etudes	Effectif	Type d'Etude	Examen de Référence	Se	SP	VPP	VPN	Concordance
Notre Etude	90	Rétrospective	Coelio bleue	86%	65%	75%	79%	73%
			Obstruction tubaire proximale	60%	94%	37%	97%	92%
			Obstruction tubaire distale	50%	97%	60%	96%	92%
Kéila, 2014 [11]	120	Rétrospective	Coelio bleue	69,2%	74,2%	Nc	Nc	69,3%
Mohamadbeigi, 1983, [12]	181	Rétrospective	Coelio bleue	92%	70%	Nc	Nc	Nc
Ngowa, 2015, [13]	208	Rétrospective	Coelio bleue					
			Obstruction tubaire proximale	51,0%	90,0%	89,3%	52,9%	Nc
			Obstruction tubaire distale	86,8%	42,2%	69,4%	67,9%	Nc

52%, Coefficient KAPPA= 0 ,44

Tableau VIII : concordance entre hystérosalpingographie et la cœlioscopie sur Obstruction tubaire proximale

Hystérosalpingographie	Cœlioscopie		Total
	Obstruction proximale	Pas Obstruction proximale	
Obstruction tubaire proximale	3	5	8
Pas Obstruction proximale	2	80	82
Total	5	85	90

Concordance observée= 92%, Concordance aléatoire= 86%, Coefficient KAPPA= 0,43

Tableau IX: concordance entre hystérosalpingographie et la cœlioscopie sur occlusion distale

Hystérosalpingographie	Cœlioscopie		Total
	Obstruction tubaire distale	Trompes perméables	
Obstruction tubaire distale	3	2	5
Trompes perméables	3	82	85
Total	6	84	90

Concordance observée= 94%, Concordance aléatoire= 88%, Coefficient KAPPA= 0,50

Discussion

L'infertilité tubaire représente une part importante de l'infertilité du couple entraînant une augmentation de la pratique de l'hystérosalpingographie et de la coelioscopie pour désir de grossesse

La fréquence et incidents: nous avons réalisé 90 cas d'hystérosalpingographie sans incident. Le respect des contre-indications de l'hystérosalpingographie notamment l'absence d'infection pendant sa réalisation est un facteur important pour éviter les incidents et alourdir le pronostic obstétrical de la femme.

La coelioscopie permet une visualisation directe des trompes, de l'utérus et du pelvis. Elle a un intérêt diagnostique et éventuellement thérapeutique.

Ainsi en se basant sur les données de la littérature comme la plupart des auteurs [11 ; 12] nos résultats confirment que la coelioscopie était l'examen de référence dans l'évaluation tubaire en cas d'infertilité.

Ainsi nous avons constaté des trompes perméables à l'hystérosalpingographie qui se sont révélées occluses à la coelioscopie 29% dans notre série contre 35% dans la série de Swart [10]; 30,7% dans la série de Mehdi Kehila, Rim Ben Hmid, [11], et Mohamed Bedis Channou [12]. Pour ce qui concerne la concordance entre l'hystérosalpingographie et coelioscopie le coefficient de KAPPA a été modéré pour les obstructions tubaires en générale avec une valeur de 0,50 ; les obstructions proximales et distales respectivement avec; 0,43 ; 0,52. Dans les séries de Mehdi Kehila [11], et Mohamed Bedis Channou [12] le coefficient de KAPPA a été calculé à 0,42 ; 0,48 ; 0,53 respectivement dans les obstructions globales, proximales et distales. En fin s'agissant des données sur la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative l'hystérosalpingographie par rapport à la coelioscopie sur la perméabilité tubaire, nos résultats sont superposables à celles de la plupart des auteurs [11,12].

Conclusion

L'hystérosalpingographie reste un examen de base dans l'évaluation initiale chez la femme, principalement pour la détermination de la perméabilité tubaire, de la morphologie interne de la cavité utérine et des trompes. Il est très utile d'associer l'hystérosalpingographie et la coelioscopie chaque fois que cela est nécessaire dans l'exploration de l'infertilité tubaire féminine. L'hystérosalpingographie conserve son indication dans l'étude de la perméabilité tubaire et peut être complétée par une coelioscopie avec injection de bleue de méthylène pour s'assurer de la topographie de l'obstruction et proposer une prise en charge adéquate.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite du travail et à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance**

Seydou Mariko

alassane200@yahoo.fr

Disponible en ligne : 31 Décembre 2021

- 1 : Service de gynécologie Hôpital du Mali. Bamako, Mali
- 2 : Service de médecine / endocrinologie Hôpital du Mali. Bamako, Mali
- 3 : Service d'imagerie médicale Hôpital du Mali. Bamako, Mali
- 4 : Service de gynécologie – obstétrique CHU Point G. Bamako, Mali
- 5 : Service de gynécologie – obstétrique Hôpital de Sikasso. Sikasso, Mali
- 6 : Service de gynécologie – obstétrique CHU Gabriel Touré. Bamako, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

64(3):486–91. [PubMed] [Google Scholar].

- [1] L'Infertilité 2020 Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- [2] Journal de radiologie. Vol 89, N° 1-C2 - janvier 2008. pp. 172-184. Doi : JR-01-2008-89-1C2-0221-0363-101019-200800822
- [3] A. Maubon, M. Pouquet, P. Piver, N. Mazet, M. Viala-Trentini, and J. P. Rouanet, "Imagerie de l'infertilité féminine," *Datareviews*0221036300891-C2172, May 2008.
- [4] T. Tulandi and K. Akkour, "3: Role of reproductive surgery in the era of assisted reproductive technology," *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, vol. 26, pp. 747–755, Dec. 2012.
- [5] P. Thonneau et al., "Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989)," *Hum. Reprod. Oxf. Engl.*, vol. 6, no. 6, pp. 811–816, Jul. 1991.
- [6] Cheong YC et al, *Cur Obstet Gynecol*, 2005, 15, 306-13. Collège universitaire et hospitalier des Histologistes, and Embryologistes, Cytologistes et Cytogénéticiens, Embryologie médicale. 2014.
- [7] Dhont M, *Int Congress Series*, 2005, 1279, 3-9. *Pan Afr Med J*. 2014; 17: 126. Published online 2014 févr. 21. French. DOI : 10.11604/pamj.2014.17.126.3567. PMID: PMC4218652. PMID: 25374631
- [8] P. Swart, B. W. Mol, F. van der Veen, M. van Beurden, W. K. Redekop, and P. M. Bossuyt, "The accuracy of hysterosalpingography in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis," *Fertil. Steril.*, vol. 64, no. 3, pp. 486–491, Sep. 1995
- [9] M. Kehila, R. Ben Hmid, S. Ben Khedher, S. Mahjoub, and M. B. Channoufi, "[Concordance and contributions of hysterosalpingography and laparoscopy in exploration of pelvic and tubal infertility]," *Pan Afr. Med. J.*, vol. 17, p. 126, 2014.
- [10] R. Mohammadbeigi and R. Tanhaeivash, "Comparison of hysterosalpingography and laparoscopy in infertile Iranian women with tubal factor," *Ginekol. Pol.*, vol. 83, no. 11, pp. 841–843, Nov. 2012.
- [11] Swart P, Mol BW, van der Veen F, van Beurden M, et al. The accuracy of hysterosalpingography in the diagnosis of tubal pathology: a meta analysis. *Fertil Steril*. 1995 Sep;

Pour citer cet article :

A Traoré, S Mariko, MB Coulibaly, YL Diallo, Shen, MA Camara et al. Concordance et apports de l'hystérosalpingographie et de la cœlioscopie dans l'exploration tubaire en cas d'infertilité. *Jaccr Africa 2021; 5(4): 214-219*



Cas clinique

Prise en charge en milieu de réanimation d'une thrombose veineuse de localisation inhabituelle en début de grossesse

Management in intensive care of a venous thrombosis of unusual location in early pregnancy

B Jemea¹, S Nga Nomo*², C Iroume¹, C Nsahlai¹, A Kuitchet³, D Djomo Tamchom⁴, S Nkoumou⁵, Ze Minkande¹, F Binam¹

Résumé

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) représente l'une des principales causes de morbi-mortalité maternelle au cours de la grossesse [1,2,3]. La période à plus haut risque est celle du postpartum, mais le risque existe dès le début de la grossesse. Bien que la place relative de la MTEV dans la mortalité maternelle soit importante, l'incidence des événements thromboemboliques, même en présence des facteurs thrombophiliques, reste modeste, rendant difficile l'élaboration des recommandations pharmacologiques [3]. Plusieurs sociétés savantes ont publié des recommandations sur la prise en charge de la MTEV, mais certains aspects demeurent sous-évoqués. Nous rapportons ici la prise en charge de réanimation d'une thrombose veineuse profonde de la veine cave inférieure sur une grossesse intra-utérine mono-embryonnaire de 8 semaines d'aménorrhée. L'intérêt de cette présentation est double : partager l'expérience de la prise en charge de la thrombose veineuse profonde de la veine cave inférieure en début de grossesse, et susciter l'élaboration des recommandations locales du traitement de la MTEV sur ce terrain particulier.

Mots-clés : thrombose veineuse profonde, veine cave inférieure, grossesse.

Abstract

Venous thromboembolism (VTE) is one of the leading causes of maternal morbidity and mortality during pregnancy [1,2,3]. The highest risk period is postpartum, but the risk exists from early in pregnancy. Although the relative place of VTE in maternal mortality is important, the incidence of thromboembolic events remains modest, making it difficult to develop pharmacological recommendations [3]. Several learned societies have published recommendations on the management of VTE, but certain aspects remain under-mentioned. We report here the management in intensive care of deep vein thrombosis of the inferior vena cava in an 8-week pregnancy with amenorrhea. The interest of this presentation is twofold: to share the experience of the resuscitation treatment protocol at the Essos hospital center, and to encourage the development of local recommendations.

Keywords: deep vein thrombosis, inferior vena cava, pregnancy.

Introduction

La grossesse est un facteur de risque indépendant d'accidents thromboemboliques veineux, causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles [1,2,3,4]. En effet la thrombose veineuse profonde est 5 fois plus fréquente chez la femme enceinte qu'elle ne l'est chez la femme non gravidique [5]. Nous rapportons ici la prise en charge d'une thrombose veineuse profonde de la veine cave inférieure sur une grossesse de 8 semaines d'aménorrhée. L'intérêt de cette présentation est double : partager l'expérience du protocole de prise en charge de la MTEV en début de grossesse au centre hospitalier d'Essos, et susciter l'élaboration des recommandations locales du traitement de la MTEV sur ce terrain particulier.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente de 34 ans, multipare, étudiante, qui a consulté aux urgences du centre hospitalier d'Essos pour une grosse jambe gauche douloureuse. Cette symptomatologie initiale évoluait de manière insidieuse sur une aménorrhée de 8 semaines. Elle ne possédait pas d'antécédents personnels et familiaux particuliers. Les paramètres vitaux à l'admission étaient dans les limites physiologiques avec une saturation en oxygène à l'air ambiant à 98%. Le membre inférieur gauche présentait une augmentation du volume avec une circonférence crurale supérieure à 6,5 cm par rapport à la cuisse droite. Le mollet gauche était sensible avec une diminution du ballotement, les bruits du cœur étaient réguliers, l'auscultation pulmonaire claire sans râles.

A la biologie, le taux des D-dimères représentait 3 fois la valeur normale. L'ECG s'est inscrit en faveur d'un rythme sinusal régulier à 82 battements par minute. L'exploration ultrasonographique du réseau veineux profond des membres inférieurs aux différents étages (cave, iliaque, fémoro-poplités et suraux) a retrouvé

un matériel tissulaire hypoéchogène, hétérogène, obstructif du tiers inférieur de la veine cave inférieure, étendue aux veines iliaques externe et superficielle gauches. On distinguait par ailleurs une infiltration œdémateuse diffuse des parties molles jambières gauches. L'échographie obstétricale a mis en évidence des images compatibles avec une grossesse intra-utérine mono-embryonnaire évolutive de 8 semaines d'aménorrhée.

L'absence de recommandations claires et consensuelles a justifié la tenue d'une réunion de concertation multidisciplinaire regroupant les anesthésistes-réanimateurs, les obstétriciens, les biologistes, les cardiologues, les chirurgiens vasculaires et les radiologues. L'objectif était de débattre sur les différentes stratégies thérapeutiques et statuer sur le protocole à adopter. La décision d'une anticoagulation à base d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) a été retenue, selon le schéma validé en dehors de la grossesse. L'énoxaparine sodique, à la dose de 100 unités internationales par kilogramme de poids corporel toutes les 12 heures (100 UI/kg/12h) par voie sous-cutanée, représentait la molécule de choix. La durée du traitement curatif était de 3 mois. Le contrôle hebdomadaire du taux de plaquettes permettait de surveiller l'installation d'une thrombopénie induite par l'héparine. Le comité thérapeutique a décidé, par analogie à la population générale de ne pas contrôler l'activité anti-Xa. L'évolution clinique a été favorable et satisfaisante à la 6ème semaine de traitement anticoagulant. L'échographie doppler veineux de contrôle des membres inférieurs décrivait un aspect de reperméabilisation de la veine fémorale superficielle gauche et de la veine cave inférieure, une thrombose résiduelle de la veine iliaque commune droite et des veines fémorales commune et profonde gauches. Le bilan de thrombophilie à distance de l'accouchement s'est révélé négatif.

Discussion

La MTEV s'exprime sous deux principales formes : la thrombose veineuse profonde (TVP)

et l'embolie pulmonaire [1]. La TVP représente une obstruction veineuse partielle ou totale par un thrombus endoluminal dont la localisation est possible dans tout l'arbre veineux avec prédominance aux membres inférieurs. La grossesse est une période particulièrement à risque de la maladie thromboembolique veineuse. Durant cette période, l'incidence de la MTEV est de 2 pour 1000, c'est-à-dire un risque quatre fois plus élevé que chez les femmes de même âge en dehors de la grossesse [6,7]. La moitié des TVP sont diagnostiquées au troisième trimestre de la grossesse, l'autre moitié se répartissant entre les 1er et 2ème trimestres [8,9]. La thrombose veineuse de la veine cave inférieure est une localisation rare et exceptionnelle [10,11]. Elle représente le plus souvent l'extension d'une TVP d'un membre inférieur [3,4,10]. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique en contexte obstétrical. La précocité de la prise en charge améliore le pronostic vital materno-fœtal. L'obstruction de la veine cave inférieure se manifeste habituellement par un œdème bilatéral des membres inférieurs, des douleurs des membres inférieurs, abdominales ou lombaires, de la fièvre [2,4,8,10]. La circulation collatérale est surtout visible aux racines des cuisses, au-dessus du pubis, dans la partie inférieure des lombes. Une embolie pulmonaire ou une paraparésie peuvent également le mode révélateur [3,4,8]. L'échographie, l'IRM permettent d'affirmer le diagnostic et de rechercher une cause locorégionale. La phlébographie cave est irradiante pour le fœtus, elle est réservée aux situations d'exception.

Dans notre cas, la symptomatologie clinique était fortement évocatrice d'une thrombose veineuse du membre inférieur gauche. Le taux de D-dimères élevé réconfortait l'hypothèse diagnostique au regard de l'âge de la grossesse. Les D-dimères peuvent être utiles pour exclure le diagnostic de la maladie thromboembolique veineuse durant les deux premiers trimestres de la grossesse [8,11,12]. Le diagnostic de certitude a été posé de manière non invasive grâce à l'échographie doppler veineux. L'innocuité cet examen permettait de le répéter à une séquence déterminée par

le comité thérapeutique. La découverte fortuite d'une thrombose veineuse abdominale à l'échographie avec un caillot flottant au niveau de la veine cave inférieure justifiait l'admission en unité de réanimation. En effet la thrombose veineuse de la veine cave inférieure est une affection rare et potentiellement grave [8]. L'existence de cette thrombose cavo-ilio-fémorale gauche pourrait s'expliquer par l'extension par contiguïté de la thrombose ilio-fémorale à la veine cave inférieure. Le pronostic est essentiellement dominé par le risque de migration d'un caillot pouvant obstruer l'artère pulmonaire ou l'une de ses branches [13,14]. L'enjeu était double chez notre patiente : traiter la TVP et préserver le pronostic materno-fœtal. L'absence de recommandations locales imposait une réunion de concertation multidisciplinaire pour élaborer un itinéraire thérapeutique. Le choix de la thérapie à base d'énoxaparine sodique à dose curative a été calqué sur les recommandations du traitement de la MTEV en dehors de la grossesse, le faible coût, l'expérience des praticiens et la disponibilité de ce médicament sur le marché camerounais. Les contre-indications liées au thérapeutiques anticoagulantes pendant la grossesse ont également guidés les différents spécialistes dans la prise en charge. L'issue thérapeutique était favorable. Aucun incident, ni accident n'était observé durant la procédure de prise en charge.

Conclusion

La grossesse est un facteur de risque indépendant de la thrombose veineuse profonde. Le diagnostic de TVP reste difficile dans ce contexte de grossesse. La VCI demeure une localisation rare et exceptionnelle de la TVP en début de grossesse. L'échographie doppler représente l'examen non invasif de premier choix pour le diagnostic. En l'absence de validation formelle des différentes procédures thérapeutiques, il est souhaitable que les cliniciens élaborent des recommandations du traitement de la MTEV pendant la grossesse, adaptées à l'environnement de travail sub-saharien.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance

Nga Nomo Serge

sergesvivier@yahoo.fr

Disponible en ligne : 31 Décembre 2021

- 1 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1
- 2 : Institut Supérieur de Technologie Médicale/Tutelle académique Université de Douala
- 3 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Ngaoundéré
- 4 : Faculté des Sciences de la Santé, Université de Buéa
- 5 : École des Sciences de la santé, Université Catholique d'Afrique Centrale

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] O. Sanchez, Y. Benhamou, L. Bertolleti, J. Constant, F. Couturaud, A. Delluc et al. Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte. *Revue des maladies respiratoires* 2019 ; 36 : 249-283.
- [2] Karine Lacut. Physiopathologie et épidémiologie de la maladie thromboembolique veineuse chez la femme enceinte. *Vocation sage-femme* 2016;15(119):12-14
- [3] D. Benhamou. Maladie thromboembolique veineuse et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:S1-S342.
- [4] A. Toussaint, P. Visée et D. Detournay. Prise en charge de la thrombose ilio-fémorale gravidique à terme : discussion d'un cas et revue de la littérature. *Rev Med Brux* 2013;34:411-5.
- [5] NIH Consensus Development : Prevention of venous thrombosis and pulmonary embolism. *JAMA* 1986 ; 256 :

744-9

- [6] Heit JA, Kobbervig CE, James AH, et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum : A 30-year population-based study. *Ann Intern Med* 2005;143:697-706
- [7] James AH, Jamison MG, Brancazio LR, et al. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period : Incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1311-5
- [8] H. Robert-Ebadi, M.Righini. Diagnostic de la maladie thromboembolique veineuse pendant la grossesse. *Rev Med Suisse* 2011;7:345-50.
- [9] Ray JG, Chan WS. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium : A meta-analysis of the period of risk and the leg of presentation. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:265-71
- [10] Gormus N, Ustun ME, Paksoy Y, Ogun TC, Solak H. Acute thrombosis of inferior vena cava in a pregnant woman presenting with sciatica: a case report. *Ann Vasc Surg*. 2005;19(1):120-2.
- [11] Boon GJAM, Van Dam LF, Klok FA, Huisman MV. Management and treatment of deep vein thrombosis in special populations. *Expert Rev Hematol*. 2018;11(9):685-695.
- [12] Hong J, Ahn SY, Lee YJ, Lee JH, Han JW, Kim KH, Yhim HY, Nam SH, Kim HJ, Song J, Kim SH, Bang SM, Kim JS, Mun YC, Bae SH, Kim HK, Jang S, Park R, Choi HS, Kim I, Oh D; Korean Society of Hematology Thrombosis and Hemostasis Working Party. Updated recommendations for the treatment of venous thromboembolism. *Blood Res*. 2021;56(1):6-16.
- [13] Al Lawati K, et al. Ability of a single negative ultrasound to rule out deep vein thrombosis in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost* 2020;18(2):373-380. Bates SM, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. *Blood Adv* 2018;2(22):3317-3359.
- [14] Chan WS, et al. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy: SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(6):527-553.

Pour citer cet article :

B Jemea, S Nga Nomo, C Iroume, C Nsahlai, A Kuitchet, D Djomo Tamchom al. Prise en charge en milieu de réanimation d'une thrombose veineuse de localisation inhabituelle en début de grossesse. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 220-224

*Article original*

Risque de chute des personnes âgées en établissement à Kinshasa : bénéfices de la réadaptation fonctionnelle dans l'approche multidimensionnelle des soins

Risk of falls in elderly people in institutions in Kinshasa: benefits of functional rehabilitation in the multidimensional approach to care

P Lofuta Olenga Vuvu*^{1,2}, A Kipula Mboko Lutete¹, P Lubanzadio Mengi³, G Nyembwe Njila⁴, C Cilumba Kabundi¹, L Kikontwe Kalabo¹, A Malemba Mazina¹, B Nsitwayizatadi Mulemvo¹, M Mabanza Mahungu¹, H Nkakudulu Bikuku Kialoso¹

Résumé

Contexte : Les chutes spontanées et les troubles moteurs sont des problèmes fréquents chez les personnes âgées vivant en Institution. L'objectif de cette étude est de déterminer le risque de chute et de mobilité fonctionnelle chez les personnes âgées en institution ainsi que les bénéfices d'un programme de réadaptation.

Méthodologie : Etude transversale, interventionnelle incluant 72 sujets âgés entre 69 et 84 ans résidants dans les hospices pour personnes âgées. Tous ont bénéficié d'une alimentation équilibrée. Le groupe d'intervention comprenait 40 sujets ayant également suivi un programme de réadaptation fonctionnelle durant 6 mois, tandis que le groupe contrôle comprenait 32 sujets n'ayant pas suivi un programme de réadaptation. L'échelle de chute de Morse (ECM) et le timed up and Go-test (TUG) ont été utilisés pour évaluer le risque de chute et la mobilité, le test T de Student a été utilisé pour comparer les deux groupes.

Résultats : Le risque de chute était très élevé, ECM : 90.7 ± 8.73 points, intéressant toutes les personnes âgées : [60-130 points]. Leur niveau mobilité

fonctionnelle et l'équilibre étaient très faible, TUG : 74.15 ± 26.44 secondes, [35-145 secondes]. A l'évaluation initiale, le risque de chute était identique dans le groupe d'intervention vs groupe contrôle : (ECM : 91.25 ± 9.33 Vs 90.15 ± 8.12 points ; $p=0.2$) ; leurs niveaux de mobilité et d'équilibre étaient également similaires (TUG : 74.45 ± 25.53 Vs 73.85 ± 27.34 secondes ; $p=0.6$). Après application du programme de réadaptation, le groupe d'intervention a observé une diminution du risque de chute (ECM : 54.25 ± 6.2 Vs 85.21 ± 7.9 points ; $p<0.001$) avec amélioration de la mobilité et d'équilibre (TUG : 45.97 ± 11.7 Vs 69.12 ± 20.38 secondes ; $p<0.01$).

Conclusion : Le risque de chute, les problèmes de mobilité et d'équilibre constituent des défis majeurs chez les personnes âgées en institution de Kinshasa, ils sont réductibles grâce à un programme de réadaptation fonctionnelle soutenu par une alimentation équilibrée.

Mots-clés : personnes âgées, chutes, mobilité, équilibre, réadaptation fonctionnelle, Afrique.

Abstract

Topic: Risk of falling for elderlies in an establishment:

benefits of functional rehabilitation in the multidimensional approach to care.

Context: Spontaneous falls and motor dependence are frequent problems among elderly living in establishment. The objective of this study is to determine the risk of falling and functional mobility in elderly people in institutions as well as the benefits of a rehabilitation program.

Methods: Cross-sectional, interventional study including 72 subjects aged between 69 and 84 years residing in hospices for the elderly. All benefited from a balanced feed. The intervention group included 40 subjects who also completed a functional rehabilitation program for 6 months, while the control group included 32 subjects who did not having benefited a functional rehabilitation program. The Morse Fall Scale (MFS) and the Timed Up and Go-test (TUG) were used to assess fall risk and mobility, Student's T-test was used to compare the two groups.

Results: The risk of falling was very high, mean MFS: 90.7 ± 8.73 points, interesting all Elderly, range: [60-130 points]. Their level of autonomy was very low, TUG: 74.15 ± 26.44 seconds, [35-145 seconds]. By comparing the intervention group and the control group: at the first assessment, there was no difference concerning the risk of falling (MFS: 91.25 ± 9.33 vs. 90.15 ± 8.12 points; $p=0.2$) and their motor autonomy levels were also similar (TUG: 74.45 ± 25.53 vs. 73.85 ± 27.34 seconds; $p=0.6$). After applying the rehabilitation program, the intervention group observed a reduction in the risk of falling (MFS: 54.25 ± 6.2 vs 85.21 ± 7.9 points; $p<0.001$) with improvement in the level of autonomy (TUG: 45.97 ± 11.7 vs 69.12 ± 20.38 seconds; $p<0.01$).

Conclusion: Conclusion: The risk of falling, mobility and balance problems are major challenges for elderly in Kinshasa institutions, they are reducible by dint of a functional rehabilitation program supported by a balanced feed.

Keywords: Elderly, falls, mobility and balance, establishment, functional rehabilitation, Africa

Introduction

Le vieillissement est un processus de la vie qui succède à la maturité, caractérisé par l'effondrement des fonctions physiologiques de l'individu dès 65 ans [1,2]. Elle concerne aujourd'hui plus de 680 millions des personnes dans le monde et dépassera le milliard d'ici 2030 [3,4]. Cette étape de la vie marquée par la survenue de la sarcopénie, s'accompagne des problèmes neuro-moteurs tels que les troubles de l'équilibre, de la marche et une réduction de la réactivité à l'environnement, responsables des chutes [4-7].

Selon les pays, environ 70% des sujets âgés chutent chaque année ; dont 30% des sujets de plus de 65 ans et 50% des plus de 80 ans. Les chutes sont redoutables à l'âge avancé, leur fréquence étant plus importante en institution qu'à domicile, elles sont responsables de régression, de dépendance motrice et de la perte d'autonomie [2,4-6].

La prise en charge des chutes et des troubles neuromoteurs de la personne âgée passe par le dépistage précoce au moyen d'échelles et tests standardisés, afin de détecter celles qui nécessitent une intervention adaptée. Une approche pluridisciplinaire des soins aux séniors est préconisée, incluant les mesures hygiéno-diététiques, médico-chirurgicales et de réadaptation. Cette dernière, occupe une place importante tant les techniques de kiné-rééducation fonctionnelle favorisent la récupération des capacités neuromusculaires et l'autonomie des sujets âgés [6,8-10].

A Kinshasa capitale de la République Démocratique du Congo, le nombre des personnes âgées dans les hospices est en augmentation [11]. Cependant l'ampleur du problème de chute et des troubles neuromoteurs dans ces établissements d'hébergement n'étant pas connue, aucune stratégie n'est mise en place pour prévenir le risque de chute ou minimiser la survenue des problèmes neuromoteurs des séniors en institution.

L'objectif de cette étude est de déterminer les niveaux de risque des chutes et de mobilité fonctionnelle des

personnes âgées hébergées en hospice à Kinshasa, puis d'implémenter un programme de réadaptation fonctionnelle moins onéreux, adapté aux problèmes moteurs des séniors, à la recherche de l'amélioration de leur pronostic neuromoteur.

Méthodologie

Nature, type, période et cadre de l'étude

Cette étude est transversale, avec une approche interventionnelle. Elle a été conduite entre Août 2018 et Février 2019 dans la ville de Kinshasa, au sein des deux hospices d'accueils pour personnes âgées (aussi appelés établissement d'hébergement pour personnes âgées : EHPA), à savoir l'hospice de Kintambo et l'hospice de Kabinda-Lingwala.

Echantillonnage et critères d'inclusion

Dans une population globale de 97 personnes âgées hébergés dans ces deux EHPA, les critères d'inclusion ont permis de sélectionner un échantillon 72 sujets âgés. Deux groupes des séniors effectuant moins de 200 mètres de marche par jour et vivant dans les mêmes EHPA, avec les mêmes habitudes alimentaires ont été constitués. Un groupe d'intervention composé de 40 sujets : 23 femmes et 17 hommes, triés au hasard avec pas de sélection d'un sur deux ; et un groupe contrôle composé de 32 sujets : 18 femmes et 14 hommes constituait le groupe témoin. Tous les 72 séniors (groupe d'intervention et groupe témoin) répondaient aux critères d'inclusion suivants : consentement à participer à l'étude ; âge minimum de 65 ans ; hébergement en hospice depuis au moins deux ans ; autonomie dans l'alimentation ; normalité et stabilité des paramètres physiologiques (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, pression artérielle systolique et diastolique, saturation en oxygène et température cutanée dans les limites physiologiques considérées normales pour les personnes âgées) [2,5] ; pas de consommation de boisson alcoolisée, des fortifiants ni des psychotropes la veille de l'évaluation initiale, ni durant toute la période de l'étude ; pas de notion de fracture pathologique connue

ni d'ostéoporose rapportée, pas de troubles majeurs de la vision, de la continence urinaire permanente ni d'affections neurologiques ; pas d'épisodes de crise cardio-vasculaire, respiratoire, ni de douleurs cancéreuses durant toute la période de l'étude. En plus de ces critères d'inclusion communs à tous les deux groupes, conditions spécifiques à chaque groupe ont été considéré pour être inclus dans l'étude :

Pour le groupe d'intervention : suivi intégrale de tout le programme de réadaptation fonctionnelle et alimentation contrôlée.

Pour le groupe contrôle : pas de participation au programme de réadaptation, seulement une alimentation contrôlée.

Méthodes

Identification des sujets âgés : l'identification des séniors a été faite grâce à leurs dossiers trouvés dans les hospices de l'étude. Ces dossiers ont permis de relever les renseignements sur l'identité complète (les initiales des noms, l'âge et le sexe) et les antécédents personnels des séniors.

Evaluation des sujets âgés : les séniors répondant aux critères de l'étude ont été évalués au moyen des tests et échelles référencés. L'échelle de chute de Morse (ECM) a servi pour évaluer les risques de chute de chaque personne âgée, tandis que le Timed up and go-test (TUG) a permis d'évaluer les capacités de mobilité par l'équilibre des personnes âgées en considérant le temps du lever actif et de la marche autonome pour chaque individu.

L'échelle de chutes de Morse : ECM 12]

L'échelle de chutes de Morse est une grille reconnue et validée, utilisée dans divers milieux de soins et permettant de cibler, parmi les patients, ceux qui ont le plus des probabilités de chute. Elle permet d'identifier, dans un groupe de patients d'un milieu de soins, ceux pour lesquels une attention plus particulière doit être portée pour prévenir les chutes. C'est donc un score diagnostic et pronostic de risque de chute. Son interprétation a été faite en fonction d'une grille dont le score varie de 0 à 150, un score bas était de meilleur pronostic :

En dessous du score 25/150 il n'y a pas de risque de

chute éventuel ;

Entre 25 et 50/150 il y a un faible risque de chute ;

Au-delà du score 50/150, le risque de chute est très élevé et nécessite des interventions de prévention des chutes.

b. Le test « Timed up and go »: TUG [12-14]

Le test « Timed up and go » évalue l'équilibre et la mobilité. Il permet d'évaluer le niveau d'autonomie motrice d'un individu. Il consiste à demander au sujet de se lever d'une chaise avec dossier et accoudoir, marcher sur une distance de 3 mètres, faire demi-tour et retourner s'asseoir sur la chaise de départ. L'interprétation a été faite en fonction du temps de réalisation du test, plus le temps est important, moins bon est le score :

Inférieur à 20 secondes, le test est normal : bonne équilibre et mobilité ;

Entre 20 et 30 secondes, il a les aptitudes motrices incertaines qui nécessitent aussi une prise en charge adaptée : faible équilibre et mobilité ;

Supérieur à 30 secondes, on note une certaine dépendance motrice, qui exige une prise en charge adaptée : très faible d'équilibre et mobilité très réduite.

Deux évaluations des séniors à l'ECM et TUG ont été faites par un examinateur expérimenté, rendu aveugle à l'intervention. La première évaluation a été faite avant l'application du programme de réadaptation, la seconde évaluation a été faite, à la fin de l'application de l'intervention de réadaptation.

L'intervention et le programme de réadaptation fonctionnelle : Tous les 72 séniors constituant l'échantillon ont bénéficié d'un régime alimentaire riche et variée trois fois par jour, constitué des trois groupes d'aliments de base. Le groupe d'intervention composé de 40 séniors a été soumis à un programme de réadaptation fonctionnelle durant 6 mois. Le groupe contrôle composé de 32 séniors n'a pas bénéficié de programme de réadaptation.

Le programme de réadaptation motrice était administré par physiothérapeutes, tous qualifiés de niveau supérieur (Bac+5). En tenant compte des aptitudes et variations individuelles, chaque physiothérapeute prenait en charge un groupe de 8

séniors. Ce programme était appliqué dans un espace de 20 mètres de longueur et 10 mètres de largeur. Le premier trimestre le rythme des séances était trihebdomadaire, tandis qu'au second trimestre le rythme était bihebdomadaire. Tout en respectant les principes de la spécificité, régularité et progressivité, les séances se déroulaient les avant-midis, dans une ambiance ludique et de confiance. La durée d'une séance était de 30 à 45 minutes le premier trimestre puis d'une heure au second trimestre.

Contenu du programme de réadaptation motrice

En considérant les problèmes cliniques décrits dans la littérature sur les chutes chez les séniors [15,16], un programme spécial de réadaptation fonctionnelle a été élaboré et adapté pour être administré aux personnes âgées en hospice de Kinshasa. Il comprenait :

L'échauffement ou la mise en train : constitué des mobilisations activo-passives puis actives des articulations mobiles des extrémités et racines des membres ; suivi d'une verticalisation (station) du sujet âgé seul durant 30 à 60 secondes le premier mois, puis durant 3 à 5 minutes le deuxième et troisième mois, enfin durant 10 minutes avec appuis ensuite sans à partir du second trimestre.

Les étirements des muscles rétractés ou contractés au niveau des membres inférieurs durant deux à trois minutes.

La stimulation des récepteurs plantaires : les deux premiers mois, pendant environ 5 minutes, le rééducateur faisait rouler une balle de tennis sous les pieds du sujet âgé assis ou en décubitus dorsal. A partir du 3ème mois, la personne âgée elle-même en station debout prenant appui sur un espalier ou un bâton roulait la balle de tennis sous ses pieds.

La pratique des quelques exercices fonctionnels tels que :

Le transfert du lit à la chaise et de la chaise au lit répété 3 à 5 fois ;

Le passage de la position couché sur tapis à la station debout pour réaliser le schéma automatique du levé ;
Les exercices fonctionnels des membres inférieurs : placé devant une chaise et prenant appui sur elle, le sujet âgé effectue plusieurs séries de flexions/

extensions des membres inférieurs (5 séries le premier mois, 10 séries le 2ème et 3ème mois, puis 15 séries au second trimestre).

La réadaptation à la marche autonome bipédique, en équilibre avec ou sans appuis entre des barres parallèles, sur une distance de 10 mètres. Au premier trimestre, les séniors parcouraient 5 tours sur un sol sans obstacles. A partir du second trimestre, Cinq morceaux de bois ont été placés sur le parcours de marche comme obstacles afin d'augmenter l'oscillation du pas avec une augmentation progressive du nombre des tours jusqu'à atteindre 10 tours.

Le massage général du corps : des manœuvres relaxantes étaient appliquées à la région cervicale, en passant par le rachis dorsolombaire et les membres en insistant sur les zones douloureuses.

Pour finir des conseils thérapeutiques, d'hygiène personnelle et d'aménagement de son espace de vie clôturaient la séance. Il s'agissait d'expliquer au seniors l'importance de respecter la posologie de la médication prescrite pour des pathologies sous-jacentes, l'importance de changement régulier de sous vêtement et de prendre deux douches, de faire une marche d'au moins 30 minutes au quotidien et d'éviter au maximum les objets encombrant dans leur espace de vie.

Matériels

Les matériels suivants ont été utilisés : chronomètre numérique marque verte®, tensiomètre électronique à brassard de marque Omron®, une chaise avec dossier et accoudoir, tapis de Bobath, balle de tennis, barres parallèles, morceaux de bois de 30 cm de longueur et 14 cm de largeur.

Variables d'intérêt et définitions opérationnelles

L'âge du sénior correspond à l'âge chronologique, il a permis de catégoriser les séniors en deux sous-groupes. Ceux du troisième âge se trouvant dans la tranche de 65 à 80 ans, et ceux du 4ème âge à partir de 81 ans.

L'alimentation est considérée contrôlée et correcte lorsque la personne âgée se nourrit des aliments consommés par la majorité de la population, 3 repas différents par jours : avant 9 heures, entre 13h et

15h et entre 18 h et 20h, riche et variée, c'est-à-dire constitués des trois aliments de base à chaque repas.

Les scores de l'ECM ont été calculés sur 150 pour déterminer le risque de chute, tandis que le temps réalisé au TUG-test en seconde a permis de déceler le niveau d'autonomie motrice.

Les évaluations, concernaient tous les séniors inclus dans l'étude (groupe témoin et groupe d'intervention). La 1ère évaluation est initiale faite avant le début du programme de réadaptation fonctionnelle. La seconde évaluation a été réalisée à la fin du programme de réadaptation. L'arrêt du programme de réadaptation a été motivé par l'observation des demandes d'abandon formulées par un tiers des sujets du groupe d'intervention.

Analyses statistiques

Les données collectées ont été enregistrées et analysées par le logiciel SPSS 20.0 for IBM. Après vérification de la normalité de l'échantillon au test de Shapiro-wilk, elles sont présentées avec les mesures de tendance centrale (moyennes et écart-type) et leurs extrêmes. Le test T de Student a été utilisé pour comparer les moyennes des scores des évaluations d'ECM et de TUG, au seuil de $p \leq 0.05$.

Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa. Les participants ont également consenti à participer volontairement à l'étude. Les données collectées ont été enregistrées, analysées et interprétées par les auteurs dans le strict respect de la déclaration d'Helsinki sur les manipulations humaines de l'AMM. Aucun incident lié à l'étude n'a été observé ni rapporté pendant et après intervention de réadaptation.

Résultats

Caractéristiques des personnes âgées étudiées

La moyenne d'âge des tous les séniors étudiés (troisième et quatrième âges) était de 77.5 ± 3.6 ans, avec des extrêmes : [69 ans et 84 ans], ceux du troisième âge représentaient 69.4 % contre 30.6 % pour le quatrième âge. Dans cet échantillon : 61.1 %

étaient des femmes pour 38.9 % d’hommes, avec sex-ratio de 0.6 (tableau 1).

Evaluation initiale du risque des chutes (ECM) et de l’équilibre (TUG) des personnes âgées résidants en hospice

Dans le tableau 1, on observe lors de l’évaluation initiale, que tous les sujets âgés vivant en hospice avaient un risque élevé de chute, extrêmes : (60 et 115/150 points) ; avec moyenne générale de l’ECM très élevée : 90.7±8.73 points. En outre, tous avaient très faible niveau d’équilibre et de mobilité, extrêmes : (35 et 145 secondes), moyenne de temps de TUG : 73.85±27.3 secondes.

Comparaison des groupes avant intervention

Entre le groupe d’intervention et le groupe contrôle, il n’y avait pas de différence d’âge : 77.5±3.6 versus 77.1±3.2 ans (p= 0.8), ni de risque de chute ECM : 91.25±9.33 versus 90.15±8.12 points (p=0.2), non plus sur le niveau d’équilibre et de mobilité TUG : 74.45±25.53 versus 73.85±27.34 secondes (p=0.6) (Tableau 2).

Dans le groupe de ceux qui allaient bénéficier de la réadaptation (groupe d’intervention) :

Le risque de chute et le niveau d’équilibre et mobilité n’étaient pas différents entre ceux du 3ème âge et ceux du 4ème âge, ECM : (90.35±9.14 versus 92.25±9.52 points ; p=0.9) ; TUG : (71.07±24.63 versus 77.84±26.44 secondes ; p=0.5) (tableau 4).

En fonction du sexe, le risque de chute était plus

bas chez les hommes par rapport aux femmes ECM : (85±8.76 versus 97.51±9.9 points, p=0.04).

Cependant, il n’y avait pas de différence concernant leur équilibre et mobilité TUG : (73.37±25.01 versus 75.53±26.05 secondes, p=0.9) (tableau 4).

Evaluation des personnes âgées après intervention et comparaison des groupes

Après interventions, le risque de chute, l’équilibre et la mobilité motrice du groupe qui avait bénéficié de la réadaptation fonctionnelle s’étaient sensiblement améliorés par rapport au groupe contrôle, ECM : 54.25±6.2 versus 85.21±7.9 points (p<0.001) ; TUG : 45.97±11.7 versus 69.12±20.38 secondes (p<0.01) (Tableau 3).

Cependant, dans le groupe d’intervention, après réadaptation fonctionnelle :

En fonction des catégories d’âges, le risque de chute et le niveau d’équilibre et de mobilité étaient identiques entre les séniors de 3ème âge et ceux du 4ème âge, ECM : 52.35±6.41 versus 56.15±6.99 points (p=0.7) ; TUG : 29.66±10.5 versus 32.27±12.9 secondes (p=0.5).

En fonction du sexe, le risque de chute était plus bas chez les hommes par rapport aux femmes ECM : 45.63±5.39 versus 62.87±7.1 points (p<0.01), mais le niveau d’équilibre n’était pas différent entre les deux sexes TUG : 27.54±10.19 versus 34.40±13.22 secondes (p=0.5), (tableau 4).

Tableau 1 : Description sociodémographique et des échelles motrices des personnes âgées logées en hospice

Paramètres	Personnes âgées (tous) n=72	
	Moyenne±ET.	Min-Max
Age (années)	77.3±3.4	[69-84]
ECM (points)	90.7±8.73	[60-130]
TUG-test (secondes)	74.15±26.44	[35-145]
Genre	n (%)	
Masculin	31 (38.9)	
Féminin	41 (61.1)	
Catégorie d'âge	n (%)	
3ème âge	50 (69.4)	
4ème âge	22 (30.6)	

Légende: ECM: Echelle de chute de Morse, TUG: timed up and Go test

Tableau 2 : Comparaison entre le groupe témoin et le groupe d'intervention à l'évaluation initiale avant réadaptation

Paramètres	GRUPE CONTROLE N= 32	GRUPE D'INTERVENTION n=40	p value
	Moyenne±Ecart Type		
Age (années)	77.1±3.2	77.5±3.6	0.8
ECM (points)	90.15±8.12	91.25±9.33	0.2
TUG-test(secondes)	73.85±27.34	74.45±25.53	0.6

Légende: ECM: Echelle de chute de Morse, TUG: timed up and Go test

Tableau 3 : Comparaison entre le groupe témoin et le groupe d'intervention à l'évaluation finale après réadaptation

Paramètres	Groupe contrôle (évaluation finale)	Groupe d'intervention (évaluation finale) n=40	p value
	n= 32		
Moyenne±Ecart Type			
Age (années)	77.1±3.2	77.5±3.6	0.8
ECM (points)	85.21±7.9	54.25±6.2	<0.001*
TUG-test (secondes)	69.12±20.38	45.97±11.7	<0.01*

Légende: ECM: Echelle de chute de Morse, TUG: timed up and Go test, * p significatif

Tableau 4 : Comparaison des moyennes des scores de l'ECM et de TUG des personnes âgées ayant bénéficié de la réadaptation entre les sous-groupes d'âge, de sexe avant et après intervention

Paramètres	Groupes d'intervention n=40		p value
	Moyenne±Ecart Type		
Catégories d'âge	3 ^{ème} âge	4 ^{ème} âge	
Avant Réadaptation			
ECM	90.35±9.14	92.25±9.52	0.9
TUG	71.07±24.63	77.84±26.44	0.5
Après Réadaptation			
ECM	52.35±6.41	56.15±6.99	0.7
TUG	29.66±10.5	32.27±12.9	0.5
Sexe			
Avant Réadaptation			
ECM	85±8.76	97.51±9.9	0.04*
TUG	73.37±25.01	75.53±26.05	0.9
Après Réadaptation			
ECM	45.63±5.39	62.87±7.1	0.01*
TUG	27.54±10.19	34.40±13.22	0.3

Légende: ECM: Echelle de chute de Morse, TUG: timed up and Go test, * p significatif

Discussion

Cette étude transversale, interventionnelle, multicentrique avait pour objectif de déterminer l'existence et la gravité du risque de chute, des problèmes d'équilibre et de mobilité et l'efficacité de la réadaptation fonctionnelle chez les personnes âgées hébergées dans les hospices de Kinshasa. Elle révèle que tous les séniors ont une mobilité très réduite, avec risque majeur de chute, plus important dans le sexe féminin. Un programme de prise en charge multidimensionnelle comprenant une bonne alimentation soutenue par une intervention de réadaptation motrice est efficace pour améliorer leur pronostic moteur.

Le vieillissement de la population africaine est perceptible depuis la dernière décennie avec l'augmentation de l'espérance de vie (17) ; en milieu urbain ou rural, la majorité des personnes âgées africaines vivent en famille, de ce fait très peu sont hébergés en hospice [17,18]. Néanmoins, sur le plan sociodémographique, nous avons observé que plus de 2/3 des personnes âgées résidents en hospice sont du 3ème âge, pour une moyenne d'âge de 77.5 ± 3.6 ans. En Europe, les sujets de 3ème âge sont également plus nombreux dans les EHPA ; cependant les moyennes d'âge des séniors européens en hébergement demeurent globalement plus élevées qu'en Afrique [19-21]. Par ailleurs, chez les séniors européens comme africains, les femmes sont plus représentées, du fait d'une surmortalité masculine à la période active de la vie [17,20,21] ; la présente étude confirme cette observation.

Au sujet du risque de chute et de la dépendance motrice, tous les sujets âgés évalués au départ avaient une mobilité très réduite et faible niveau équilibre avec un risque majeur de chute. Cette observation corrobore la littérature, qui rapporte que le risque de chute et la dépendance motrice sont plus fréquents chez les adultes âgés hébergés en hospice qu'à domicile [6]. En observant le groupe d'intervention et le groupe contrôle dans la présente série, on remarque que l'importance du problème était identique entre

les deux groupes. Les moyennes d'ECM et de TUG-test observées étant théoriquement dans le pronostic de gravité, ces personnes âgées nécessitaient une intervention spécialisée, comprenant la réadaptation motrice telle que stipulé en théorie [9,12,13].

Après 6 mois de réadaptation fonctionnelle des seniors, une différence a été observée sur le plan de mobilité, équilibre et du risque de chute entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Bien que se trouvant toujours dans la catégorie de gravité d'ECM et de TUG-test, le groupe d'intervention a amélioré son score d'équilibre, mobilité et du risque de chute par rapport au groupe contrôle. Dans la prise en charge des chutes et des troubles neuromoteurs des personnes âgées, les évidences des méta-analyses plaident en faveur d'une intervention multifactorielle [22] ; comprenant une supplémentation en vitamine D, une médication adaptée, des soins spécifiques de nursing et de réadaptation fonctionnelle [23,24]. Dans le contexte d'institution, comme dans notre cohorte, il est difficile de dissocier les interventions de réadaptation fonctionnelle avec une bonne alimentation, une médication subséquente aux problèmes de santé et des soins de nursing ; les séniors étant en général sous surveillance lorsqu'ils sont en institution. Plusieurs séries d'interventions de réadaptation motrice pour personnes âgées rapportent des améliorations après entraînement sur le plan neuromoteur, assurant la prévention des chutes en institution [25-28], tout comme à domicile [29]. En similitude avec le protocole d'intervention de notre série, les études rapportent que les améliorations motrices seraient notables lorsque les exercices de réadaptation fonctionnelle sont appliqués durant environ 45 minutes par séances, à une fréquence de plusieurs séances hebdomadaires, étalées sur plusieurs semaines [28,30,31].

Par rapport à l'âge, théoriquement la sarcopénie des membres inférieurs, facteur important dans la chute s'observe déjà à 65 ans, ainsi les problèmes moteurs peuvent s'observer dès le début de la sénescence [6], comme dans notre étude où le risque de chute est le même quelle que soit la catégorie d'âge. Sont

rapportées, des observations différentes à la nôtre, décrivant l'âge au-delà de 90 ans comme facteur de mauvais pronostic du risque de chute, à cause de l'altération importante des systèmes déterminant l'équilibre et la motricité [16,32]. Notons que la présente étude n'a pas enregistré des âges aussi extrêmes. Toutefois entre les différentes catégories d'âges, le degré d'équilibre et de mobilité n'était pas différent avant et après intervention de réadaptation, ceci peut être lié au test utilisé. On sait que le TUG-test utilisé ici pour évaluer le niveau d'autonomie motrice par l'équilibre et la mobilité est parfois critiqué pour son caractère très subjectif, influençable par les caprices psychologiques liées à l'âge [16,33]. Par rapport au genre, il se dégage que le risque de chute était toujours plus élevé dans le genre féminin après intervention de réadaptation ($p < 0.01$) ; contrairement au l'équilibre et la mobilité qui s'étaient améliorés de façon similaire dans les deux sexes ($p < 0.3$). Les arguments en faveur des implications hormonales féminines, facteurs intrinsèques de la force physique, nécessaire pour les activités motrices sont souvent évoqués dans la survenue des chutes chez la femme [23,34]. Notre constat peut aussi s'expliquer en considérant l'outil d'évaluation de la mobilité et d'équilibre : le TUG-test pouvant subir des variations à cause des influences individuelles du jour du test [35].

La force de cette étude est qu'elle décrit clairement le profil sociodémographique et moteur des seniors africains en hospice. De plus, elle établit un protocole de réadaptation motrice avec des adaptations applicables dans la pratique courante. Enfin, elle réaffirme l'importance d'une prise en charge plurifactorielle dans les hospices avec la réadaptation fonctionnelle comme base pour minimiser les problèmes moteurs. Les limites de l'étude concernent : le petit nombre des participants et l'absence de mesures d'autres facteurs connus prédisposant ou précipitant la survenue des troubles de la marche et de chutes comme les comorbidités, l'évaluation nutritionnelle et l'hypovitaminose D.

Conclusion

L'implémentation soutenue d'un protocole de prise en charge multifactorielle, dans lequel le programme de réadaptation fonctionnelle progressive occupe une place importante s'avère nécessaire chez les seniors ; cela permet d'améliorer la mobilité, l'équilibre et de réduire le risque majeur de chute observés en institution à Kinshasa.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements à madame Kiakimwa Mughole ainsi qu'envers tout le personnel des hospices pour personnes âgées de Kintambo et de Lingwala à Kinshasa pour avoir facilité la réalisation de cette étude.

***Correspondance**

Lofuta Olenga Vuvu

lofuta.olenga@unikin.ac.cd

Disponible en ligne : 31 Décembre 2021

- 1 : Université de Kinshasa, Faculté de Médecine, Département de Médecine physique et réadaptation, service de Physiothérapie et Gériatrie, Kinshasa, RD Congo
- 2 : Université Libre de Bruxelles, Faculté des sciences de la Motricité, Laboratoire de réadaptation et physiologie cardio-respiratoire, Bruxelles, Belgique
- 3 : Clinique Sainte-Anne, service de Kinésithérapie et d'Ostéopathie, Bruxelles, Belgique
- 4 : Institut Supérieur des techniques Appliquées, Section de maintenance des matériels médicaux, Kinshasa, RD Congo

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Physiologie du vieillissement. (consulté le 18 janvier 2018). Géroto [Internet] <http://www.winsos.net/fichiers/geriatrie>

- [2] Henrard JC. Vieillesse et âge : âge et représentation de la vieillesse. *Adsp*. 1997; 21:4-11.
- [3] OMS : le vieillissement de la population et le succès de lutte contre les maladies infectieuses, Genève. *Bulletin de l'OMS*. 2004; 34 (12): 21.
- [4] ANSD-France : Recensement général de la population et de l'habitat/France : rapport national de présentation des résultats. ANSD. 2006 Déc; 2 (4): 4.
- [5] OMS : rapport mondial sur le vieillissement et la santé/ résumé. (consulté le 26/11/2018) WHO/FWC/ALC/15.01. OMS Luxembourg 2015. [Internet] <http://www.who.int>
- [6] Podvin-DJ, Dreuil D, Huvent D, Puisieux F. Prévention des chutes en EHPAD. *Rev Geriatr*. 2015; 40 (6): 355-62.
- [7] Ung A, Belanger F, Thélot B et le comité de pilotage Anamort. Les décès par chute en Europe: Situation en 2003 et perspectives apportées par le projet ANAMORT. *Bull Epidémiol Hebdo*. 2007; 42: 328-9.
- [8] Yvain F, Giraud M, Magnier G. Chute de la personne âgée ambulatoire. *Traité de Médecine Akos. EM-Consulte 2007*; 3-1084. Doi : 10.1016/S1634-6939(07)37755-7.
- [9] Kannus P, Sievänen H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet*. 2005; 366:1885-93.
- [10] Institut de recherche et de documentation en économie de la santé-France : la prévention de la perte d'autonomie, la fragilité en questions. (consulté le 21 janvier 2018). [Internet]. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563>
- [11] Les personnes âgées à Kinshasa. (consulté le 22 Février 2018). [Internet]. <http://www.lepotentielonline.com>
- [12] Bischoff HA, Stahelin HB et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed « up and go » test in community-dwelling and institutionalized elderly women. *Age and Ageing* 2003; 32 (3): 315-20.
- [13] Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy* 2000 ; 80 (9): 896-903.
- [14] Puisieux F. Get Up and Go Test et Timed Up and Go Test: 2 tests pour évaluer très simplement le risque de chute. *Rev Geriatr* 2015; 40 (6): 366.
- [15] Moutel L, Collet N, Touzard C, Barré J, Ghali A, Bruhat C, Auvinet B, Chaleil D, Berrut G. Analyse clinique des troubles de l'équilibre et de la marche des sujets âgés après une chute. *Rev Geriatr*. 2003; 28: 465-472.
- [16] Toulotte C, Fabre C, Dangremont B, Thévenon A. Prévention des chutes par l'entraînement chez des séniors déments et chuteurs. *Rev Geriatr*. 2003; 28: 221-226.
- [17] Philippe A, Golaz V. La situation des personnes âgées en Afrique, *Gérontologie* 2010 ; 153 :45-52. ISSN 0016-9005
- [18] Index Mundi : République Démocratique du Congo, profil population 2017. *CIA World. fact-book*. (consulté le 6 Mars 2018). [Internet]. <http://www.indexmundi.com>
- [19] Catherin-Quivet A. Evolution de la population âgée en institution et politiques mises en œuvre, *Annales de démographie historique*, 2005 ; 110 (2) : 185 à 219. ISSN 0066-2062 ISBN 2701144841
- [20] Moisy M. Les français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie reste stable. *Etudes et Résultats. DRESS-France* 2018 ; 1046.
- [21] Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées, Premiers résultats de l'enquête EHPA en 2015. *Etudes et résultats : DRESS-France* 2017 ; 1015
- [22] Büchele G, Becker C, Cameron ID, Köning HH, Robinovitch S, Rapp K. Predictors of serious consequences of falls in residential aged care: analysis of more than 70,000 falls from residents of Bavarian nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:559–63.
- [23] Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JCT, Lamb SE. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;(7): CD012221. DOI: 10.1002/14651858.CD012221.pub2.
- [24] Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;(9): CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub4
- [25] Pons X, Hermabessière S, Rolland Y. Fall and fracture risk assessment in the institutionalized elderly. *Kinesither Rev* 2019;19(207):21–28. Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.09.017>
- [26] Boudes C, Beauseigneur M. Prevention of falls in Alzheimer's disease and related syndromes. *Kinesither Rev* 2019;19(207):29–39. Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.09.017>

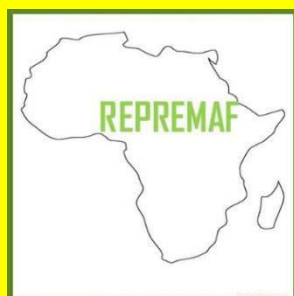
org/10.1016/j.kine.2018.09.018

Pour citer cet article :

- [27] Konrat C, Belmin J. Le risque de chutes en institution gériatrique est diminué par l'exercice physique seulement chez les résidents pré-fragiles. *Rev Geriatr.* 2007; 32: 143-145.
- [28] Hoppeler T. Establishment of a gymnastics workshop by a private sector physiotherapist to prevent falls in nursing homes. *Kinesither Rev* 2019;19(207):40–48. Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.12.003>
- [29] Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, Clemson L, Hopewell S, Lamb SE. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; (1): CD012424. DOI: 10.1002/14651858.CD012424.pub2.
- [30] Cattaneo D, Coote S, Rasova K, Gervasoni E, Groppo E, Prokopiousova T. and al. Factors influencing balance improvement in multiple sclerosis rehabilitation: A pragmatic multicentric trial. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 63 (2020) 93–98. Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.05.007>.
- [31] Villafañe HJ, Pirali C, Buraschi R, Arienti C, Corbellini C, Negrini S. Moving forward in fall prevention: an intervention to improve balance among patients in a quasi-experimental study of hospitalized patients. *Inter J of Rehab Research* 2015, 38:313–319. DOI: 10.1097/MRR.000000000000128
- [32] Scheffer AC, Schuurmans MJ, Van Dijk N, Van Der Hoof T, De Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing.* 2008; 37: 19-24.
- [33] HAS-France : Recommandation de bonne pratique 2009. (consulté le 7 Mars 2018). [Internet]. http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_793371/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnesagees-faisant-des-chutes-repetees
- [34] Bongue B, Sass C, Feroldi J, Bell NW, Vannier-Nitenberg C, Colvez A. Développement d'un programme de prévention du risque de chute adapté à la pratique des professionnels de première ligne. *Rev Geriatr.* 2016; 41(1): 33-44.
- [35] HAS-France : Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. juillet 2012 (consulté le 20 Mars 2018). [Internet] <http://www.hassante.fr>
- P Lofuta Olenga Vuvu, A Kipula Mboko Lutete, P Lubanzadio Mengi, G Nyembwe Njila, C Cilumba Kabundi, L Kikontwe Kalabo et al. Risque de chute des personnes âgées en établissement à Kinshasa : bénéfices de la réadaptation fonctionnelle dans l'approche multidimensionnelle des soins. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 225-235

RÉSEAU DE PROMOTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE

REPREMAF



<https://repremaf.org>

REPREMAF a pour but d'aider à la production scientifique en médecine et sciences sanitaires apparentées.

Il s'agit d'un réseau ouvert à tous les prestataires du domaine de la santé.

REPREMAF se veut un cadre d'échange fructueux et de partage scientifique d'expérience entre les praticiens du continent africain et d'ailleurs.

En outre, REPREMAF constitue une vitrine et un canal de diffusion des parutions des articles de JACCR-AFRICA (Journal africain des cas cliniques et revues) en parution online.

En plus du Journal, le REPREMAF dispose d'une maison d'édition intitulée : " Les éditions du REPREMAF" qui permet d'éditer des livres du domaine de la médecine et sciences sanitaires apparentées afin de promouvoir la recherche médicale en Afrique à travers les écrivains scientifiques africains du continent et ceux de la diaspora.

Par ailleurs, REPREMAF œuvre dans la formation continue en matière de recherche médicale par la diffusion des outils de recherche, la divulgation des rencontres scientifiques et compte rendu de congrès mais aussi l'organisation de colloques REPREMAF autour de thèmes pertinents de la Recherche médicale en Afrique. Visitez régulièrement cette page pour être au courant de nos activités en cours.

Le REPREMAF se donne aussi une mission d'accompagner les doctorants et d'autres étudiants en santé pour la rédaction de leurs thèses, mémoires et rapports de stage.

REPREMAF dispose également d'un *Moteur de Recherche* à vocation *panafricain* sur Recherche Médicale contenant des données africaines en santé et cela dans l'intention de promouvoir la Recherche Médicale sur le continent dont les données sont très peu visibles et accessibles à la communauté scientifique. Trouvez ci-dessous le lien pour accéder au moteur en question.