Mauritanie Médicale

Revue scientifique de la Faculté de Médecine de Nouakchott

Mauritanie Médicale Juin 2017 - N° 1, Vol 1



مجلة موريتانيا الطبية

Université Nouakchott Alaasriya , Faculté de Médecine
Mauritanie Médicale - Email : maurimed2016@gmail.com
Sécretariat d'édition : 36 28 48 28

Rédaction Mauritanie Médicale

Directeur de Publication : Dada Lebchir (Doyen de la Faculté de Médecine) - Email : lebchirdada@yahoo.fr

Administrateur : Sidi Sidi Cheikh - Email : seyidcheikh@yahoo.com / seyidcheikh77@gmail.com

Rédacteur en Chef : Mouhamadou Diagana - Email : mouhamadou.bdiag@gmail.com

Secrétaires de Rédaction :

Ahmed Salem Kleib - Email : remyk@yahoo.fr

Comité de Rédaction :

Mouhamadou Diagana (Nouakchott) - Email : mouhamadou.bdiag@gmail.com
Ahmed Salem Kleib (Nouakchott) - Email :
Yahya Tfeil (Nouakchott) - Email : tefeil2000@gmail.com
Sidi Mouhamed Laghdaf (Nouakchott) - Email : dlm042017@gmail.com
Yakhoub khalef (Nouakchott) - Email : drkhalef@yahoo.fr
Abderrahmane Moulaye (Nouakchott)-Email : abderrahmane_moulaye@yahoo.com
Sidi Sidi Cheikh (Nouakchott) - Email :seyidcheikh@yahoo.com

Comité national de reviewers

Aly Souleymane - Email : alysouleye.mbaye@yahoo.fr
Seydina Oumar Ely - Email : soely_dermato@yahoo.fr
Taleb Jiddou Dahmoud - Email : taleb_dahmoud@yahoo.fr
Hamma Abdel Khader - Email : drabdelkader@yahoo.fr
Mouhamed Moustapha - Email : ouldhayani@gmail.com
Mouhamadou Diagana - Email : mouhamadou.bdiag@gmail.com
Ahmed Salem Kleib - Email : remyk@yahoo.fr

Comité international de reviewers

Ahmed Ben Adel Aziz (Tunisie) - Email : ahmedbenadelaziz.prp2s@gmail.com
Jose Tristan Uroz (Espagne) - Email : joseurozt@yahoo.es
Olivier Amstrong (France) - Email : olivier.armstrong@chu-nantes.fr
Ousmane Faye (Mali) - Email : faye_o@yahoo.fr
Nejib Dos (Tunisie) - Email : nejib.dos@gmail.com

Mise en page : Matar Ndour - Email : matar_ndour@yahoo.fr
Imprimerie : ICD Tél. : +222 46 29 75 11 Nouakchott Mauritanie

Le mot du Doyen

Chers confrères, chers collègues, chers étudiants.

Vous avez entre vos mains, la revue médicale nationale, « Mauritanie Médicale », dont voici le premier numéro. Cette publication scientifique a été possible grâce à la hargne et l'abnégation d'un comité de rédaction. Cette équipe, dès sa mise en place par la faculté de médecine de Nouakchott, s'est attelée à l'objectif principal d'éditer le premier numéro de la revue avec beaucoup de sérieux et de rigueur scientifique et elle a réussi avec brio.

Ce premier numéro a vu le jour aussi, grâce à tous les confrères qui ont fait l'effort d'écrire, de corriger et surtout des lecteurs étrangers et nationaux.

Notre objectif est la continuité, mais aussi d'augmenter progressivement le nombre de revues édités par année; de deux la première année, à trois la deuxième année pour atteindre quatre par année, si on veut que la revue soit indexée. Cet objectif ultime ne se réalisera qu'avec, la production continue des articles de votre part.

Enfin, je ne peux que me réjouir de cet évènement scientifique, et vous assurer du soutien de la faculté de médecine de Nouakchott et lancer un apple de soutient au Ministère de la Santé, au Ministère de l'enseignement supérieur pour que chaque numéro édité de la revue soit distribué dans tous les centres de santé, et les hôpitaux nationaux.

Bon vent et au prochain numéro.

Le Doyen
Pr Dada Lebchir
Directeur de publication

Le mot du Doyen honoraire

Toutes nos félicitations aux Professeurs Sidi Cheikh et Mouhamedou Diagana, ainsi qu'à tous ceux qui ont contribué de prés ou de loin à cette grande première : la parution du premier numéro de Mauritanie Médicale. Ce journal permettra de faire connaitre les travaux de recherche fondamentale, clinique et épidémiologique de notre faculté, d'en diffuser les résultats, de les confronter avec la communauté scientifique. En effet les publications scientifiques sont un indicateur important de développement d'un pays et sont aussi un facteur important de visibilité et de reconnaissance internationale pour notre faculté.

Nos enseignants doivent être motivés pour publier ce qui leur permettra de se faire connaitre, de diffuser leurs travaux pour les soumettre au jugement de leurs pairs, d'avoir la reconnaissance nécessaire à l'obtention du financement de projets de recherche et de faciliter leur accession à une carrière universitaire.

Du fait de la mauvaise organisation de nos formations hospitalières (pas de statut de CHU), de la difficulté d'accessibilité à la documentation scientifique pour la recherche bibliographique et du long processus pour faire accepter un article dans les revues scientifiques étrangères, nos médecins ont privilégié les communications orales aux dépens des publications. Il est utile de leur rappeler que ce qui n'est pas lu est oublié et qu'il faut publier ou périr.

Je vous invite tous à conjuguer les efforts pour la parution régulière de Mauritanie Médicale et de tout faire pour se conformer aux exigences scientifiques pour que notre revue soit référencée parmi les revues internationales indéxées.

Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, le Ministère de la Santé doivent soutenir et financer cette grande et belle œuvre.

Bon vent à Mauritanie Médicale !

Le Doyen honoraire
Pr Sid Ahmed Mogueya

Sommaire

Editorial

Une revue pour la communauté scientifique mauritanienne !
M.Diagana 6

Articles Originaux

Xeroderma pigmentosum : à propos de douze cas Mauritaniens.
Xeroderma pigmentosum : about twelve Mauritanian cases.
Mariem Kébé, Mohamed Veten, Cheikh Ould Sidi, Salma Yahya, Yacoub Khalef, Nasser D. Mohamed Baba, Mamadou Ball..... 7

Les urgences andrologiques à l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott : aspects cliniques et thérapeutiques.
Andrologic emergencies in Cheikh Zayed Hospital: clinical and therapeutical features.
Y. Tfeil, M. Diagana..... 14

Les invaginations intestinales prolabées de l'enfant : étude clinique et aspects thérapeutiques (à propos de 15 cas).
Prolapsed intussusception in children: clinical study and therapeutic aspects (about 15 cases).
A D. Kane, C Diouf, A NDoye, H Tandia, Y M Sghair, A E Salem, M. Houssein, S M Nagi, G. Ngom..... 19

Prévalence et intensité de l'infection à Schistosoma haematobium chez les enfants d'âge scolaire vivant dans les Moughataas riverains de la rive droite du Fleuve Sénégal.
Prevalence and intensity of infection Shistosoma haematobium childhood school age living in Moughataa shoreline of the right bank of the river basin Senegal.
O Ba, M O Abdallahi, O Ndir, M Abdallahi, B Lo..... 24

Thèses et Mémoires

Pronostic et incidence de l'Eclampsie en Mauritanie : Etude de 83 cas.
Prognosis and impact of Eclampsia in Mauritanie : Study of 83 Cases.
A A Bonahy, M M Vall, F Abdelkader, M M Lemine, A B Abdeljelil, M. Moubarak..... 30

Brèves Communications

Pyoderma gangrenosum: à propos de 4 cas avec revue de la littérature.
Pyoderma ganrenosum : about 4 cases with revised literature.
S Yahya, M Kebe, M Ball , A Taieb..... 39

Ictère révélant une hyperthyroïdie : A propos d'une observation au Centre Hospitalier National de Nouakchott.
Jaundice revealing hyperthyroidism: About one observation in National Hospital Center of Nouakchott.
M L. Dahiya, S E. Baba, M M. DAHI, A Sidi, W Coulibaly..... 44

Cas Clinique

Le Mycétome Fongique Multifocal : A propos de deux cas.
Multifocal Fungi Mycetoma : About two cases.
S A Limam, M M E Hacen, C E M Erebih, A Aw, A A Beyrouk, O Soumaré, C Ne, E H Selme..... 47

Cancers du rein révélés par des manifestations neurologiques : deux faits cliniques.
Neurological manifestations revealing renal cancer : Two clinical cases.
T.I Boudhaye, AS. Kleib, M.S Malek, C.Hacen, C.Jdoud..... 51

Un corps étranger intra urétral : fait clinique inhabituel.
A foreign body intra urethral: unusual clinical case.
T I. Boudhaye, S. Boukamel, E. Chartier..... 54

Lettre à la Rédaction

La recherche médicale. Locomotive de la recherche scientifique.
A B Abdelaziz, S A Dahdi, T. Barhoumi, D. Lebchir..... 57

Les nouvelles de la faculté

Les nouvelles de la faculté 60

Les instructions aux auteurs 60

Editorial
Mauritanie Médicale
Revue scientifique de la Faculté de Médecine de Nouakchott



Une revue pour la communauté scientifique mauritanienne !

C'est avec un réel plaisir et une grande joie que nous procédons à la publication du premier numéro de notre Revue Mauritanie Médicale. En effet il y a déjà presque une année que notre Faculté, face à l'absence sur le plan national d'un organe de publication médicale, avait décidé de la création d'une revue scientifique visant à valoriser les travaux de ses enseignants-chercheurs, de ses internes et étudiants en fin de formation. Il s'agit d'une revue générale qui prend en compte dans sa ligne éditoriale tous les thèmes des travaux des différents départements de notre Faculté. Elle reçoit et publie également tout article médical d'une équipe de recherche opérant sur le plan national, à l'étranger et émanant de chercheurs mauritaniens à l'étranger (étudiants, internes, enseignants et chercheurs). Elle publie également des articles soumis par des confrères d'autres facultés et chercheurs étrangers. Cette revue répond à un double objectif : d'abord contribuer au rayonnement national et international de notre Faculté par la qualité de ses publications scientifiques ; ensuite offrir à la communauté médicale mauritanienne en général et aux enseignants de la Faculté de Médecine en particulier une tribune face aux difficultés d'accès de plus en plus croissantes à des journaux étrangers

Concernant tout particulièrement les enseignants de la Faculté, la création de Mauritanie Médicale devrait leur permettre de trouver une occasion d'améliorer la liste de leurs travaux scientifiques, ce qui leur servira dans les différents concours qui seront organisés par la Faculté. Rappelons à cette occasion que par décision du Conseil Pédagogique de la Faculté, en attendant que notre Journal soit indexé (nous l'espérons pour bientôt, cela ne dépendra que de nous-même par la qualité et la régularité de parution du Journal), deux articles parus dans Mauritanie Médicale auront dans le futur la valeur d'un article indexé.

Le temps qu'a mis ce premier numéro à paraître peut sembler long pour certains, mais l'exigence de la qualité du Journal impose de soumettre nos articles à des reviewers aussi bien au niveau national qu'à l'étranger. C'est le lieu de remercier ici tous nos amis, surtout ceux des autres Facultés de Médecine en Afrique et en France, ainsi que des scientifiques de haut niveau de compétence dans leurs domaines respectifs qui ont bien voulu, de façon spontanée et gracieuse, nous apporter leur savoir et savoir-faire pour améliorer la qualité des articles proposés.

Le Journal est structuré en plusieurs rubriques. C'est le Comité de rédaction qui répartit les articles soumis et acceptés entre les différentes rubriques.

- **Articles originaux** : travaux se rapportant à des sujets qui n'ont pas été encore publiés sur le plan national, ou prolongeant un travail déjà publié mais en y apportant une contribution scientifique supplémentaire.

- **Thèses et mémoires** : cette rubrique est consacrée aux articles issus des thèses et mémoires soutenus dans notre Faculté. C'est le lieu d'inviter et d'encourager tous les directeurs de thèse et de mémoire à valoriser leurs travaux par une publication. Sinon ils resteront dans la littérature grise et n'auront aucune valeur en matière de référence.

La Rédaction du journal se propose de rencontrer prochainement la Commission des Thèses et Mémoires afin d'étudier les voies et moyens pour inciter davantage à la valorisation de ces travaux.

- **Brèves communications** : articles consacrés à des séries très limitées sur des sujets rares et étayées par une bonne revue de la littérature.

- **Cas cliniques** : des faits cliniques inhabituels ou insolites rencontrés dans notre pratique quotidienne peuvent être portés à la connaissance de la communauté scientifique nationale et internationale à travers cette rubrique.

- **Lettre à la Rédaction** : brève note d'information sur un sujet ayant fait l'objet d'une publication dans le journal ou non ; sur un sujet d'actualité en y apportant une clarification ou une mise à jour, avec quelques références + à la source de l'information

- **Les nouvelles de la Faculté** : rubrique consacrée aux informations émanant de la Faculté de Médecine.

- **A l'affiche** : espace réservé aux sociétés scientifiques pour leurs avis de congrès ou de toute autre rencontre sur le plan national et international, et aux hôpitaux pour les annonces de missions étrangères, de séminaires de formation, etc.

Le Comité de Rédaction reste cependant relativement déçu par le peu d'engouement qu'a suscité la création de cette revue. Il invite tous les enseignants et particulièrement les chefs de service hospitalo-universitaires et les assistants chefs de clinique à se mobiliser.

Ce Journal est le vôtre, sa pérennité dépendra de l'importance que vous lui accorderez et de l'abondance des propositions d'articles de qualité.

Dans un premier temps nous proposons une parution semestrielle. Elle pourra devenir trimestrielle par la suite, nous l'espérons, voire mensuelle en fonction de l'abondance de vos soumissions.

Longue vie et bon vent à Mauritanie Médicale !

Pr Mouhamadou Diagana

Rédacteur en Chef

Mauritanie Médicale - juin 2017 ; 1, Vol1 : 006 - 006



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Article Original

Xeroderma pigmentosum : à propos de douze cas Mauritaniens.

Xeroderma pigmentosum : about twelve Mauritanian cases.

Auteurs :
Mariem Kébé[1], Mohamed Veten[2], Cheikh Ould Sidi[3], Salma Yahya[1], Yacoub Khalef[4], Nasser D. Mohamed Baba[5], Mamadou Ball[1].

Auteur correspondant : Dr Mariem Kébé
Centre Hospitalier National (CHN) - BP : 612. Nouakchott- Mauritanie.
Tél. : 00 222 52 52 13 58
Adresse E-mail: marikebe@yahoo.fr

Affiliation des auteurs :

[1] Service de Dermatologie CHN
[2] Service de Stomatologie et Chirurgie Faciale CHN
[3] Service d'ORL CHN
[4] Service de Pédiatrie Hôpital Mère-Enfant
[5] Service d'Anatomopathologie CHN

Article Info

Soumis :
le 09/05/2016
Dernière correction :
le 27/06/2016
Accepté :
le : 20/ 01/2017

Résumé

Dans le but de décrire les caractéristiques épidémiologiques et cliniques du xeroderma pigmentosum (XP) en Mauritanie, nous avons mené une étude rétrospective des cas de XP rencontrés dans le service de dermatologie du Centre Hospitalier National de Nouackchott en Mauritanie. De Janvier 2012 à Mars 2016, tous les dossiers de patients atteints de XP ont été revus. Le diagnostic de XP était basé sur les arguments cliniques (xérose, lentigines, poïkilodermie et photophobie) et confirmé dans certains cas par les études génétiques. Nous avons analysé les données suivantes : âge, sexe, signes cliniques, présence de tumeur.

Au total, 12 cas de XP ont été recensés : 8 de sexe masculin et 4 de sexe féminin, soit un sex-ratio de 2. L'âge des malades variait de 2 à 13 ans avec une moyenne de 7 ans. Sur le plan clinique, une xérose était notée chez tous les malades, la poïkilodermie chez 11 patients. Les cancers cutanés observés étaient : carcinome basocellulaire 3 cas, carcinome épidermoïde 1 cas.

Le XP est une pathologie rare mais grave en Mauritanie à cause de nombreux obstacles à la prévention des complications de cette maladie comme l'ensoleillement permanent, l'ignorance des populations.

Mots clés : Xeroderma pigmentosum • Mauritanie.

Abstract

In order to describe the epidemiological and clinical features of xeroderma pigmentosum (XP) in Mauritania, we conducted a retrospective study of XP cases encountered in the dermatology department of the National Center Hospital of Nouakchott in Mauritania. From January 2012 to March 2016, all patients with XP records were reviewed. XP diagnosis was based on clinical evidences (xerosis, lentigo, poikiloderma and photophobia)

and in some cases it was confirmed by genetic studies. We analyzed the following data: age, sex, clinical signs, presence of tumor.

In total, 12 cases of XP were identified: 8 male and 4 female, so the sex ratio was 2. The age of patients ranged from 2 to 13 years with an average of 7 years. Clinically, xerosis was found in all patients, poïkilodermia was noted in 11 patients. Skin cancers encountered were: basal cell carcinoma 3 cases, squamous cell carcinoma 1 case.

XP is a rare but serious pathology in Mauritania because of many obstacles in preventing complications of this disease, such as permanent sunshine and ignorance of people.

Keywords : Xeroderma pigmentosum • Mauritania.

Introduction :

Le xeroderma pigmentosum (XP) est une maladie génétique autosomique récessive handicapante caractérisée par une extrême photosensibilité cutanéo-oculaire associée parfois à des troubles neurologiques [1,2,3]. Cette sensibilité anormale à la lumière ultraviolette est responsable de l'apparition précoce de tumeurs cutanées multiples [3]. Le mécanisme moléculaire rendant compte de la photosensibilité porte sur le système de réparation des altérations de l'ADN induites par les rayons ultraviolets. La photo-protection représente un élément essentiel de la prise en charge du XP mais elle doit commencer très tôt afin de prévenir les complications [1,3,4]. La prise en charge des patients atteints de XP est lourde et onéreuse. Une assistance médicale et sociale, ainsi qu'un soutien psychologique sont indispensables pour les patients et leurs familles [3].

En dehors de l'éviction à vie des UV, on ne dispose d'aucun traitement curatif ou préventif capable d'empêcher la survenue de cancers cutanés chez ces malades. L'idéal pour eux serait d'avoir une « vie nocturne », difficilement réalisable en pratique.

Pour une telle pathologie, une collaboration entre tous les acteurs impliqués dans la prise en charge est indispensable : malade, médecin traitant, médecins spécialistes, médecin scolaire, psychologue, assistante sociale, parents, fratrie, association de malades [3].

Nous rapportons ici les premières observations de cette affection en Mauritanie.

Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée de Janvier 2012 à Mars 2016. Nous avons observé douze cas de XP dans le service de Dermatologie du Centre Hospitalier National de Nouakchott. Le diagnostic de XP a été évoqué sur la base d'éléments cliniques : photosensibilité, érythème diffus du visage, poïkilodermie, lentigines et photophobie. Dans certains cas des lésions tumorales ont également été observées lors de la première consultation.

Notre travail a permis d'étudier les antécédents familiaux des patients et de dresser l'arbre généalogique, l'âge de début, la durée d'évolution, les signes cliniques et les complications. Ces informations ont été recueillies sur un questionnaire. Certains patients ont bénéficié, grâce au centre de référence des maladies rares de la peau du Pr A. Taieb (Bordeaux, France), d'analyses génétiques qui ont permis de confirmer le diagnostic et de préciser la classe du XP. Les patients présentant une tumeur ont eu une exérèse chirurgicale avec examen anatomo-pathologique.

Résultats :

Nous avons colligé douze cas de xeroderma pigmentosum appartenant à neuf familles différentes. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives sont résumées dans les tableaux I et II. L'âge moyen était de 7 ans avec des extrêmes de 2 à 13 ans. La consanguinité était présente dans cinq des neuf familles (Figure 1). Les signes cutanés étaient représentés par un érythème persistant chez un patient (Figure 2), des lentigines chez 11 patients, une poïkilodermie chez 11 patients, une chéilite ulcérée chez 3 patients, un carcinome basocellulaire (CBC) chez 3 patients, une kératose chez un patient, une corne cutanée chez un patient et un carcinome épidermoide chez un patient. Les lésions siégeaient au visage, au décolleté, aux membres et aux lèvres. Tous les patients présentaient une photo-

Tableau I : Caractéristiques cliniques.

Famille	Patient	Peau	Localisations	Yeux	Atteinte nerveuse
I	A	Lentigines, Poïkilodermie, chéilite ulcérée, CBC, Kératose, nævus, corne cutanée.	Visage, décolleté, lèvre	Non	Non
	B	Lentigines, Poïkilodermie, chéilite ulcérée,	Visage, décolleté, lèvre	Non	Non
II	C	Lentigines, Poïkilodermie, chéilite ulcérée, CBC, Kératose	Visage, décolleté, membres	Photophobie, Opacité cornéenne, Tumeur oeil droit	Non
	D	Erythème persistant	Visage	Photophobie	Non
III	E	Lentigines, Poïkilodermie.	Visage, décolleté	Photophobie	Retard psychomoteur
	F	Lentigines, Poïkilodermie.	Visage, décolleté	Photophobie	Non
IV	G	Lentigines, Poïkilodermie, CBC, Kératose, cornes cutanées.	Visage, tronc, membres	Photophobie	Non
V	H	Lentigines, Poïkilodermie, Kératose.	Visage, décolleté, membres	Photophobie	Non
VI	I	Lentigines, Poïkilodermie.	Visage, décolleté	Photophobie	Non
VII	J	Lentigines, Poïkilodermie, cheilite.	Visage, décolleté, lèvre	Photophobie	Non
VIII	K	Lentigines, Poïkilodermie.	Visage, tronc, membres	Photophobie	Non
IX	L	Lentigines, Poïkilodermie, teigne, impétigos	Visage, tronc, membres	Photophobie	Non

Tableau II : Caractéristiques épidémiologiques des patients.

Famille	Patient	Age (ans)	Sexe	Age de début	Type	Phénotype	consanguinité	Tumeurs
I	A	13	M	1 an	A	V	Oui 1	CBC Naevus Corne cutanée
	B	8	M	9 mois	A	V	Oui 1	Non
II	C	6	M	1 an	C	V	Oui 1	CBC multiples CSC
	D	2	F	6 mois	C	V	Oui 1	Non
III	E	10	F	2 ans	C	VI	Oui 1	Non
	F	12	F	18 mois	C	VI	Oui 1	Non
IV	G	5	M	1 an	C	V	Non	CBC Corne cutanée
V	H	6	M	1 an	C	V	Non	Non
VI	I	5	M	9 mois	C	V	Non	Non
VII	J	7	M	1 an		VI	Oui	Non
VIII	K	4	F	6 mois		V	Non	Non
IX	L	5	M	40 jours		V	Non	Non

phobie. Les signes neurologiques éaient présents chez un seul patient à type de retard psychomoteur. Chez sept patients, le xeroderma était de type C, deux patients étaient du type A et trois patients n'avaient pas bénéficié d'analyse génétique. Trois patients (Patients A, C et G) avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale pour un carcinome baso-cellulaire (Figure 3, 4, et 5) avec une exérèse complète. Un patient avait présenté un carcinome épidermoïde du bord de la langue dont l'exérèse avait été réalisée ; ce même patient (Patient C) avait présenté un autre carcinome épidermoïde de la face interne de la joue gauche, un CBC du nez et une tumeur oculaire droite (Figure 6).

Discussion :

Le XP n'avait jusqu'à présent pas été rapporté en Mauritanie. Rare en Afrique Noire, il a été surtout décrit en Afrique du nord et au Japon [1,3,5]. Le premier cas sénégalais a été rapporté en 1983 [2]. En raison de la proximité géographique avec l'Afrique du nord, il est probable qu'il y ait une sous notification en rapport avec la méconnaissance de l'affection.

Nous rapportons les cas de douze patients atteints de XP, ils sont tous d'ethnie maure plutôt originaires du Nord du pays (phototype maghrébin). Le diagnostic était clinique, basé sur des signes dermatologiques et la photophobie, et confirmé par l'analyse génétique. La consanguinité est présente au 1er degré chez sept patients. En dehors de nos cas, il n'y avait pas d'autres membres de la famille atteints de XP. Le premier cas a été diagnostiqué en 2012, la durée moyenne d'évolution avant le diagnostic était de 8 ans.

Le XP associe des manifestations cutanées et oculaires d'hypersensibilité au soleil et, de manière inconstante, une atteinte neurologique réalisant un tableau clinique stéréotypé qui permet d'évoquer aisément le diagnostic [3,8].

Les signes cutanés de la maladie évoluent habituellement en trois stades [3] :

- **Stade de l'érythème persistant** : le début se manifeste entre 6 et 12 mois par l'apparition, à l'occasion d'expositions solaires, d'un érythème des régions découvertes, anormalement durable, se reproduisant avec une intensité croissante jusqu'à devenir permanent. A ce stade, les éléments d'orientation sont l'existence éventuelle de cas familiaux de XP et/ou l'apparition d'une photophobie, pratiquement constante et souvent inaugurale [8]. L'érythème des parties découvertes apparaît dès les premières expositions au soleil, son intensité est corrélée à la fois à la durée de l'exposition et à la forme génétique (Figure 2). Il évoque un coup de soleil, toutefois inhabituel d'une part par son apparition tardive et d'autre part par son caractère persistant. Il s'accompagne d'une xérose cutanéomuqueuse avec chéilite et photophobie [3]. Une patiente de notre série présentait cet érythème persistant (Figure 2).

- **Stade des dyschromies** : les troubles pigmentaires s'installent progressivement et deviennent évidents à partir de l'âge de 12 mois. Ils sont constitués de minuscules macules pigmentées lenticulaires, à limites imprécises. Elles sont associées, la plupart du temps, à des macules lenticulaires hypochromiques ou achromiques qui peuvent précéder l'apparition des taches pigmentées (Figures 2, 3, 4 et 6). Ces lésions peuvent être isolées au niveau des zones non exposées aux rayons solaires. Lorsqu'elles sont multiples, elles confluent pour former des plaques vitiligineuses atrophiques ou scléreuses [3]. Un état poïkilodermique assez particulier va progressivement s'installer, associant une multitude de petites macules brunes ou achromiques, des plages atrophiques, ainsi que de fines télangiectasies difficiles à voir sur peau noire (Figures 2, 3, 4 et 6). L'atrophie est manifeste autour des lèvres, des paupières et des narines où la peau se rétracte [8]. Onze patients de notre série présentaient ces dyschromies.

- **Stade de tumeurs cutanéomuqueuses** : l'apparition de tumeurs cutanéomuqueuses (Figures 3, 4 et 6) est inéluctable et fait toute la gravité de la maladie. Il s'agit de diverses tumeurs bénignes, de kératoses actiniques, et surtout de tumeurs malignes caractérisées par une fréquence élevée et une survenue précoce, souvent dès la première enfance [3,4,8].

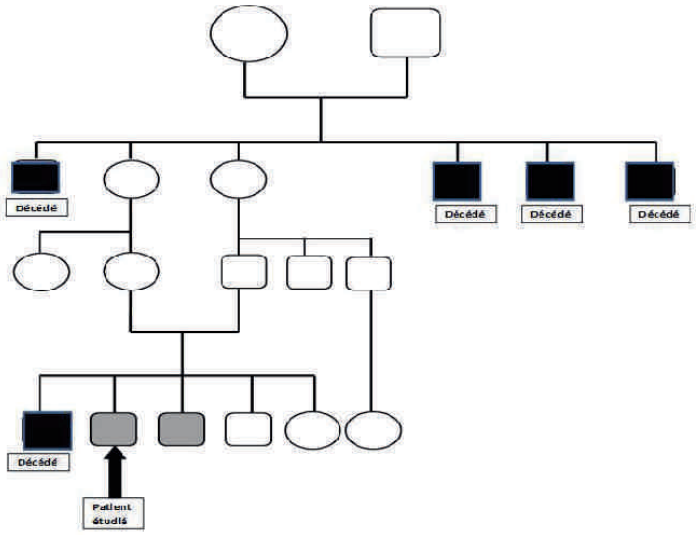


Figure 1: Arbre généalogique de la famille I.



Figure 4 : Patient A âgé de 13 ans aux antécédents de CBC paranasal droit, présentant une discrète dyschromie du visage avec chéilite chronique. Absence de photophobie et de troubles neurologiques.



Figure 2 : Stade de l'érythème persistant chez la sœur et stade des dyschromies chez le frère. Patients du groupe XPC.

Patients B et C.

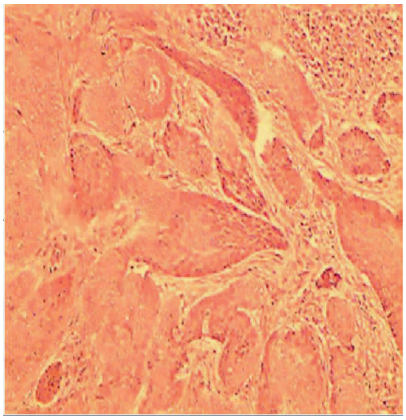


Figure 5 : Carcinome basocellulaire : coloration hématoxyline et éosine.

Grossissement : 1280X960 : 346Kb jpeg : Patient A.



Figure 6: Carcinome spinocellulaire de la lèvre inférieure, carcinome basocellulaire du nez et tumeur oculaire droite : Patient C.



Figure 3 : Carcinome basocellulaire de la racine du nez : Patient G.

Les tumeurs à évolution indéterminée sont essentiellement représentées par les kératoacanthomes et les kératoses actiniques tandis que les tumeurs malignes sont surtout des carcinomes, plus rarement des mélanomes, et exceptionnellement des sarcomes [3, 4].

Les carcinomes basocellulaires (CBC) (Figures 3, 4 et 6) et les carcinomes épidermoïdes ou sont les tumeurs malignes de loin les plus fréquentes avec une augmentation du risque de 100 000 fois par rapport à la population générale de même âge [2,3 ;4,8]. Si leur présentation anatomoclinique est habituelle, leur principale particularité réside dans leur fréquence et la précocité de leur survenue. Leur nombre peut atteindre plusieurs dizaines. Le siège facial des tumeurs est prédominant [4]. Le cuir chevelu, les oreilles ou le cou sont rarement atteints. Les CBC semblent prédominants. Trois de nos patients ont présenté des CBC (Figures 3, 4 et 6).

La localisation des carcinomes épidermoïdes aux lèvres est fréquente. Un patient de notre série a présenté deux carcinomes épidermoïdes localisés au bord de la langue et de la face interne de la joue avec extension à la lèvre inférieure (Figure 6). La pointe de la langue peut être concernée, cette localisation s'observe essentiellement chez les patients qui utilisent le bout de leur langue pour humecter leurs lèvres (Patient C). Les métastases ganglionnaires sont rares et se voient dans les formes évoluées [2,4,8].

Les mélanomes sont fréquents au cours du XP (environ 2000 fois plus fréquents que dans la population générale). Ils concernent 11 à 15 % des malades. L'âge moyen de leur survenue est variable selon le groupe génétique (entre 11 et 19 ans). Ils peuvent survenir chez le Noir même si le mélanome plantaire est la forme la plus fréquente dans cette ethnie. Aucun de nos patients n'a présenté de mélanome.

La survenue de carcinomes et de mélanomes fait la gravité de cette génodermatose [3]. Le XP multiplie par plusieurs milliers de fois le risque de développer précocement des tumeurs malignes de la peau et des yeux. Le risque de survenue de cancers, autres que cutanés, est majoré chez les malades atteints de xeroderma pigmentosum [3,4;5,7,8]. Trois de nos patients avaient présenté un carcinome basocellulaire. Un de ces trois patients a présenté un carcinome épidermoïde du bord de la langue dont l'exérèse a été réalisée, ce même patient a présenté un autre carcinome épidermoïde de la face interne de la joue gauche avec extension à la lèvre inférieure, un CBC du nez et une tumeur oculaire droite.

Le mécanisme moléculaire rendant compte de la photosensibilité porte sur le système de réparation des altérations de l'ADN induites par les rayons ultraviolets. Ce défaut concerne le système de réparation de l'excision nucléotidique de l'ADN dans lequel l'endonucléase est l'enzyme incriminée [1,3,5].

Le polymorphisme clinique et génétique est tel que sept groupes ont été décrits (de A à G) [1,3,5]. L'étude génétique chez nos patients a mis en évidence une mutation du Xeroderma pigmentosum du type A chez deux patients et du type C chez sept autres. Le XP de type A se manifeste par une forme sévère. Cependant nos patients avaient des lésions cutanées limitées au visage avec une photophobie et ne présentaient pas de signe neurologique. Le type C est le plus fréquent et ne s'accompagne pas de signe neurologique.

La photo-protection représente un élément essentiel de la prise en charge du XP mais elle doit commencer très tôt afin de prévenir les complications [1,3]. Elle doit être effectuée sous toutes ses formes (crèmes solaires, sticks labiaux, protections vestimentaires, lunettes, équipement en filtres anti-UV du domicile, de la voiture, de l'environnement scolaire et professionnel).

Nos patients et leurs parents avaient reçu des conseils de photo-protection, à savoir le port de vêtements longs couvrant toutes les parties du corps, des gants, des chapeaux à bords larges et des lunettes de soleil noires. Des crèmes et des sticks photo-protecteurs avaient été prescrits. Malheureusement, nos patients vivaient en zone très ensoleillée et les recommandations de photo-protection ne pouvaient être suivies comme elles devraient l'être.

La chirurgie représente le meilleur moyen thérapeutique pour toutes les tumeurs surtout pour les carcinomes basocellulaires où elle donne de meilleurs résultats [9, 10]. Trois patients avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale pour un carcinome basocellulaire avec une exérèse complète. Un patient a présenté un carcinome épidermoïde du bord de la langue dont l'exérèse a été réalisée.

Le pronostic reste globalement sombre. La surveillance doit être régulière et maintenue à vie car le nombre de cancers cutanés se multiplie avec l'âge et la dose cumulée d'UV. La fonction visuelle est compromise à plus ou moins longue échéance. Dix de nos patients présentaient une photophobie. Un patient présentait en plus une opacité cornéenne et une tumeur de l'œil droit dont la nature anatomopathologique n'a pas pu être établie.

L'atteinte neurologique est invalidante et d'aggravation progressive, sans prévention possible.

Un patient avait un retard psychomoteur.

Le préjudice esthétique de l'état cutané et son retentissement psychologique sont majeurs. Les exérèses itératives sont source de nombreuses complications fonctionnelles

La survie est tributaire des tumeurs cutanées et muqueuses, mais aussi de l'état de cachexie qui finit par s'installer [1,3,7]. La survie dépasse rarement l'âge de 20 ans. Elle peut cependant être améliorée par un mode de vie « à l'ombre », adopté dès le plus jeune âge avec le recours, lors des expositions non intentionnelles, aux différentes mesures de photo-protection externe dont le malade peut disposer [3].

Conclusion :

Le xeroderma pigmentosum est une pathologie relativement rare en Mauritanie. Nous en rapportons douze cas. La rareté de cette pathologie fait que le diagnostic est rarement évoqué ce qui aboutit à un retard diagnostique. La prise en charge est particulièrement difficile notamment la photo-protection. Ce travail illustre le risque de méconnaissance d'une maladie qu'il est important de dépister tôt pour tenter, par des mesures palliatives très difficiles à mettre en pratique, de prévenir ou du moins retarder l'apparition des cancers cutanés et les traiter le plus rapidement et le mieux possible. Il illustre aussi la nécessité, en vue d'une prise en charge optimale, d'une bonne collaboration interdisciplinaire

Références

[1] Moussaid L , Benchikhi H , Boukind EH et al. Tumeurs cutanées au cours du xeroderma pigmentosum au Maroc : étude de 120 patients. Ann Dermatol Venereol. Jan 2004; 131 :29-33.

[2] Ndiaye B, Ball MD, Strobel M, Niang I. Xeroderma pigmentosum: 1ère observation Sénégalaise. Dakar Med. 1983; 28(1):167-72.

[3] Zghal M., Fazaa B., Abdelhak S., Mokni M. Xeroderma pigmentosum. EMC - Dermatologie 2014;9(3): 1-13.

[4] Dieng MT, Niang SO, Dangou JM, Ndiaye B. Xeroderma pigmentosum : à propos de 6 cas à Dakar. Bulletin du cancer.2001; 88 (2), 199-202.

[5] Grampurohit VU , Dinesh US , Rao R. Multiple cutaneous malignant tumors in a patient with xeroderma pigmentosum. J Cancer Res Ther. 2011;7(2):205-7.

[6] Dieng MT, Diop NN, Déme A, Sy TN, Niang SO, Ndiaye B. Carcinome spinocellulaire chez des patients noirs: 80 cas. Ann Dermatol Venereol. 2004; 131(12):1055-7.

[7] Leal-Khouri S , Hruza GJ , Hruza LL , Martin AG. Management of a young patient with xeroderma pigmentosum. Pediatr Dermatol 1994 Mar; 11(1):72-5.

[8] Feller L, bois NH , Motswaledi MH , Khammissa RA , Meyer M , J Lemmer. Xeroderma pigmentosum: un rapport de cas et revue de la littérature. J Prev Med Hyg. 2010; 51(2):87-91.

[9] Bonvallot T, Raulo Y, Zeller J, Faivre JM, Horn G, Baruch J. Carcinome basocellulaire du nez. Ann Dermatol Venereol. 1993; 120(3):209-14.

[10] DiGiovanna JJ, Kraemer K H. Shining a Light on Xeroderma Pigmentosum. Journal of Investigative Dermatology. 2012 ;132 :785–96.

Remerciements :

Nos remerciements à l'équipe du Pr Alain Taieb et du Dr Cecile GED de Bordeaux pour la pratique des analyses génétiques des patients et de leurs parents.



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Article Original

Les urgences andrologiques à l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott : aspects cliniques et thérapeutiques.

Andrologic emergencies in Cheikh Zayed Hospital: clinical and therapeutical features.

Auteurs :
Yahya Tfeil, Mouhamedou Diagana

Auteur correspondant : Dr. Yahya TFEIL
E-mail : tefeil2000@gmail.com

Affiliation des auteurs :

[1] SERVICE D'UROLOGIE HCZ de Nouakchott (Mauritanie)

Article Info

Soumis :
le 18/08/2016
Dernière correction :
le 23/11/2016
Accepté le : 12/02/2017

Résumé

But :

Il s'agit d' une étude rétrospective sur une période de 4 ans, recrutant toutes les urgences andrologiques reçues au service d'urgence de l' Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott.

Résultats:

Nous avons recensé 582 patients d'âge moyen de 42,50 ans. La majorité des patients (73,53 %) avait un âge compris entre [3–45] ans. Les affections les plus fréquentes étaient les traumatismes des organes génitaux externes (OGE) (51,50 %) et les infections urogénitales (23,71 %). Le priapisme (2 %), et la torsion du cordon spermatique (TCS) (3 %)ont également été retrouvés. Parmi les urgences reçues, 370 ont nécessité des interventions chirurgicales. L'exploration et la suture des plaies des OGE (38,91 %) et la scrototomie exploratrice (21,62 %) étaient les principaux gestes effectués.

Conclusion :

Les traumatismes des OGE sont la principale urgence andrologique à l'hôpital cheikh Zayed de Nouakchott, Mauritanie.

Mots clés : Urgences andrologiques • traumatisme OGE • Infection urogénitale • Mauritanie.

Abstract

Aim :

Describe clinical and therapeutic aspects of andrologic emergencies received in the service of urology, Cheikh Zayed Hospital, Nouakchott, Mauritania.

Methodology :

We retrospectively studied during 4 years all andrologic emergencies received at the Emergency service of Cheikh Zayed hospital.

Results :

We had a total of 582 patients. The mean age was 42.50 years. Most of our patients' age was between 3 and 45 years. The most frequent lesion was genito-urinary trauma (51.50%) and uro-genital infections (23.71%). Priapism(2%) and torsion of the spermatic cord (3%)were also frequent. We carried out 370 emergency surgical interventions. Exploration and suture of wounds of the external genitalia (38.91%) and the exploratory scrototomy (21.62%) were the main emergency procedures.

Conclusion :

Genito-urinary trauma are the most encountered andrologic emergencies in Nouakchott, Mauritania.

Keywords : Andrological emergency • Genitourinary trauma • Urogenital Infection • Mauritania.

Introduction

Les urgences andrologiques occupent une part importante mais souvent sous-estimée de l'activité des services d'urologie. Leur prise en charge dans un contexte largement dominé par l'activité réglée pose de nombreux problèmes. En Mauritanie en particulier, bien que l'urgence soit un motif habituel de consultation et/ou d'hospitalisation dans les hôpitaux publics [1], les données sur l'épidémiologie des urgences andrologiques sont rares.

Leur prise en charge, par un personnel non qualifié, constitue un problème dans un milieu médical dominé par la chirurgie programmée, le faible nombre de chirurgiens urologues, l'inadéquation du plateau technique et une mauvaise organisation des structures de santé. Bien que le pronostic vital soit rarement engagé, ces urgences méritent d'être connues afin d'être correctement prises en charge.

Notre étude avait pour but de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des urgences andrologiques prises en charge en milieu africain.

Matériel et méthode

Une étude rétrospective a été conduite pendant 4 ans, du Janvier 2012 à Décembre 2015, sur tous les cas d'urgences andrologiques au service des urgences de l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott.

L'équipe de garde était composée de six infirmiers, de 4 médecins généralistes et d'un urologue en astreinte. Il existe au niveau du service une unité d'hospitalisation des urgences. Le médecin de garde assurait par ailleurs la surveillance des malades hospitalisés dans tout le service des urgences notamment les opérés récents. L'âge, le diagnostic, le diagnostic clinique, le traitement réalisé en urgence et la durée d'hospitalisation ont été enregistrés.

Résultats

Nous avons enregistré cinq cent quatre-vingt-deux patients âgés de 3 et 85 ans. Leur âge moyen était de 42,50 ans, et plus de la moitié (61,26 %) avait entre16 et 45 ans (Fig .1).

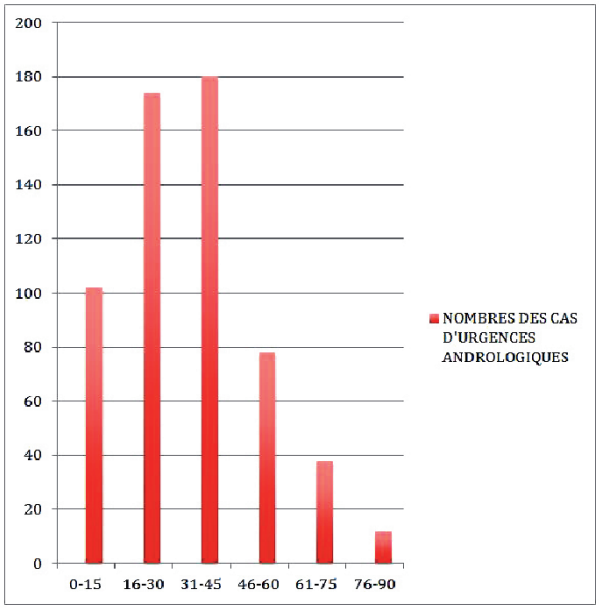


Figure 1 : Répartition des urgences andrologiques reçues, selon les tranches d'âge

La pathologie andrologique la plus fréquemment retrouvée dans notre série était les traumatismes des organes génitaux externes (OGE), avec 51,50 % des cas (Tableau 1). Les accidents de la voie

Tableau I : Prévalence des pathologies andrologiques reçues

Pathologies (n = 582)	Nombre de cas	%
Traumatismes OGE	294	50,51
Pénis	84	14,43
Scrotum	156	26,80
Testicules	54	9,27
Infections urogénitales basses	138	23,71
Gangrène des OGE	78	13,40
Orchiépidymites aiguës	60	10,30
Torsion du cordon spermatique	66	11,34
Priapisme	66	11,34
Accident de circoncision	18	3,09

Tableau II : Traumatisme des bourses : rationnel et traitement

Traumatisme	Lésions *	Traitement *
Bourses (n = 156)	Plaie du scrotum (40) Traumatisme fermé (116)	Exploration-suture (40) Surveillance/traitement médical (38) Scrototomie exploratrice (66) Échographie (12)

* Sont indiqués dans les () le nombre de cas de lésions et de patients ayant reçu un traitement.

Tableau III : Répartition des gestes effectués en urgence, en fonction du diagnostic posé

Diagnostic	Gestes (n = 370)	Nombre de cas	%
Trauma des OGE	Exploration et PEC plaies OGE	144	38,91
Suspicion TCS	Scrototomie exploratrice	80	21,62
Gangrène des OGE	Débridement	44	11,89
	Débridement + cystostomie	32	8,64
	Débridement + cystostomie + colostomie	2	0,54
Priapisme	Ponction corps caverneux	46	12,43
	Al-Ghorab	4	1,08
	Reprise circoncision	12	3,24
Accident circoncision	Hémostase tranche section verge	6	1,62

OGE = organes génitaux externes

PEC = prise en charge

TCS = torsion du cordon spermatique

publique (39 %), les plaies par armes blanches ou à feu (27 %) et les accidents ludiques (13 %) étaient les principales causes de ces traumatismes. Dans 26,80 % des cas, ces traumatismes concernaient uniquement les bourses et étaient des traumatismes fermés avec hématome isolé du scrotum dans la plupart des cas. Le détail des lésions retrouvées et leur prise en charge sont résumés au Tableau 2.

Les lésions traumatiques du testicule ont été décrites chez 54 patients après examen clinique ou après une exploration scrotale. Nous avons retrouvé 16 contusions, 10 hématomes intratesticulaires, 10 plaies de l'albuginée, 6 cas d'écrasement testiculaire. La description précise des lésions testiculaires et leur traitement n'ont pas été précisés pour 10 patients.

La prise en charge de ces traumatismes testiculaires a consisté en un traitement chirurgical tel que la suture du scrotum pour tous les cas de contusions et d'hématomes intratesticulaires, une suture de l'albuginée avec du fil résorbable 3/0 pour les cas de plaie de l'albuginée. Huit orchidectomies ont été réalisées pour les cas d'écrasement testiculaire et de section incomplète du cordon spermatique.

Concernant les 84 traumatismes de la verge de notre série, les lésions étaient dans 70 % des cas des plaies de la peau de la verge ou des dermo-abrasions.

Le traitement de ces lésions a consisté pour l'essentiel au parage et/ou à la suture des plaies avec du Vicryl® 2/0.

Les complications sexuelles ou urinaires de ces traumatismes n'ont globalement pas pu être évaluées.

Les infections urogénitales basses (23,71 %) représentaient la seconde pathologie reçue en termes de fréquence. Le diagnostic de gangrène des OGE a été retenu pour 78 patients. Cette gangrène était secondaire à un rétrécissement urétral pour 48 patients, due à un abcès périanal pour deux patients et sans cause retrouvée pour 28 patients.

La prise en charge spécifique de ces patients est décrite au Tableau 3.

Soixante patients ont été pris en charge après un diagnostic clinique d'orchi- épididymite aiguë. Pour 44 d'entre eux, il a été retrouvé une notion de rapports sexuels à risque. Leur traitement a consisté en une association AINS, antalgiques et antibiotiques, associé au port d'un suspensoir. Aucun de ces patients n'a été revu à long terme, pour s'assurer du devenir du testicule malade.

Le priapisme a été retrouvé chez 66 patients, soit 11,34 % de notre série. Du point de vue étiologique, la drépanocytose a été retrouvée dans 38 cas, six cas étaient révélateurs d'une leucémie myéloïde chronique, six cas étaient d'origine médicamenteuse. Chez seize patients, la cause n'a pas été retrouvée.

La prise en charge de ces priapismes a consisté en un traitement médical (étiléfrine injectable et orale, exercice physique) pour 8 cas, une ponction évacuatrice des corps caverneux pour 46 cas, une anastomose cavernospongieuse selon Al-Ghorab pour 4 cas. Le traitement du priapisme n'a pas été précisé pour dix patients.

Sur l'ensemble des patients venus consulter pour grosse bourse aiguë douloureuse, nous avons diagnostiqué 214 victimes de traumatisme des bourses ou du testicule, 60 avaient une orchiépididymite aiguë et 66 étaient victimes de torsion du cordon spermatique (TCS). Une scrototomie exploratrice pour suspicion de TCS a été réalisée chez 80 pattients.

L'âge moyen de ces derniers patients était de 19 ans, avec des extrêmes de 3 et 35 ans. Le délai de prise en charge n'a pas pu être évalué. Une orchidopexie au dartos a été réalisée dans seize cas, une fixation du testicule en trois points de fil non résorbable 3/0 dans douze cas et une orchidectomie dans 38 cas.

Dix huit cas d'accidents de circoncision ont été retrouvés, tous les patients étant âgés de 0 à 15 ans. Douze patients venaient consulter pour hémorragie persistante, et six pour amputation totale du gland.

La prise en charge des 582 patients de notre série a nécessité un suivi en ambulatoire (18,24 %) ou une hospitalisation (81,76 %), dont la durée variait d'un jour à deux semaines.

Des interventions chirurgicales ont été réalisées en urgence sur 63,87 % des patients. L'exploration et la suture des plaies des OGE (38,91 %) et la scrotomie exploratrice pour suspicion de TCS (21,62 %) ont été les principaux gestes réalisés (Tableau 3).

Discussion

La majorité de nos patients avait un âge entre 16 et 45 ans (âge moyen: 42,50 ans) [1]. Ces chiffres montrent que les urgences andrologiques touchent surtout les jeunes, contrairement aux urgences urologiques. En effet, des études antérieures menées en Mauritanie [2] en Guinée [3] et au Sénégal [4] ont montré que les urgences urologiques concernent plus les personnes âgées.

Les traumatismes des OGE représentaient 51,50 % des cas et occupaient la première place au tableau des urgences dans notre série. Ces traumatismes occupaient la troisième place dans la série de Bobo-Diallo et al. (7 %) [2] alors qu'ils ne représentaient que 3,7 % des cas chez Fall et al. [4] ainsi que chez Ould-Tfeil et al. [2]. Il est important de noter que ces séries concernaient les urgences urologiques en général. Ces traumatismes étaient essentiellement dus aux accidents de la voie publique (42 %). Les rixes (12 %) et les agressions à arme blanche (8 %) en sont également les causes. Paparel et al.au Cameroun [5] avaient trouvé que les reins (43 %) et les testicules (24 %) étaient les organes urogénitaux les plus atteints. les traumatismes des bourses étaient les urgences les plus fréquentes (26,80 %).

La pathologie infectieuse (23,71 %) occupait la deuxième place des urgences andrologiques de notre série. Elle était fortement dominée par la gangrène des OGE et du périnée (13,40 %), mais les orchiépididymites aiguës (10,30 %) ne sont pas rares. Ces chiffres sont comparables à ceux de Fall et al. [4] qui avaient trouvé que la pathologie infectieuse constituait la deuxième urgence urologique (16,4 %) à Dakar. Dans la plupart des études européennes [6,7,8] les gangrènes des OGE n'ont pas été rapportées. Cette pathologie semble être l'apanage des pays en développement, où la situation sanitaire est encore caratérisée par la fréquence élevée des infections opportunistes, et par une prise en charge tardive et parfois inadaptée des infections urogénitales.

Concernant les cas de priapisme retrouvés dans notre série, 57 % étaient d'origine drépanocytaire. Ces chiffres sont proches de ceux retrouvés au Congo par Bouya et al. (62,7 %) [9]. Au Sénégal, Kane et al avaient retrouvé dans leur étude 43 % de patients drépanocytaires [10]. Pour le traitement complémentaire du priapisme, nous n'utilisions pas de l'Androcur®, pour nos patients drépanocytaires, comme le décrivent Roupret et al. [11], du fait du coût élevé de ce médicament.

L'âge moyen de 19 ans retrouvé dans notre série de patients victimes de TCS est comparable avec les résultats de Sarr et al. [12], qui avaient retrouvé un âge moyen de 21 ans à Dakar. De plus, notre résultat

est en adéquation avec ceux de Sauvat et al. [13] qui précisent que la TCS présente classiquement deux pics de fréquence: pendant la période néonatale et lors de l'adolescence.

Concernant le volet thérapeutique de la TCS, des 66 patients chez qui ce diagnostic a été retenu après scrotomie exploratrice, une orchidectomie a dû être réalisée dans 57,57 % des cas. Ce taux très élevé de castrations pourrait s'expliquer par le long délai de prise en charge des douleurs aiguës des bourses dans notre environnement. Ces résultats sont comparables à ceux de Sarr et al. (52 %) [12], mais différents de ceux de Zini et al. (15 %) [14] et de Hodonou et al. (18 %) [15]. Nos résultats confortent le fait qu'il est impératif de considérer comme urgence chirurgicale toute douleur aiguë du testicule, surtout chez le jeune garçon. Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur la formation des médecins généralistes qui devraient être capables de réaliser une exploration chirurgicale de la bourse au moindre doute diagnostique.

Les actes en urgence concernant les circoncisions ont été peu retrouvés (dix huite cas), similaire à l'etude de Ba et al. [16] qui rapportent 20 cas, alors qu'ils étaient de 63 cas dans la série de Sylla et al. [17].

Conclusion

Les traumatismes des OGE constituent l'urgence andrologique la plus fréquente à l'hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott. La gravité et la fréquence des gangrènes des organes génitaux sont considérables. Ces données soulignent l'importance des urgences andrologiques en Mauritanie et la nécessité de la mise en service de structures et de personnels spécifiquement formés pour leur prise en charge optimale.

Conflit d'intérêt :

les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

[1]. Moby Mpah E.H. •. Fouda P.J,Sala-Beyeme T,• et al. Les urgences andrologiques en milieu urbain au Cameroun : aspects cliniques et thérapeutiques, Andrologie 2012;22:223-226.

[2]. Ould-Tfeil Y, Ould-Elmoctar CA, Ould-Jdoud C, Ca MO. Les urgences urologiques au centre hospitalier national de Nouakchott : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeu- tiques. Andrologie 2010; 20:144–7

[3]. Bobo-Diallo A, Bah I, Diallo TM, et al. Le profil des urgences urologiques au CHU de Conakry, Guinée. Prog Urol 2010;20:214–8.

[4]. Fall B, Diao B, Fall P, et al. Les urgences urologiques en milieu hospitalier universitaire à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Prog Urol 2008;l 18:650–3.

[5]. Paparel P, N'Diaye A, Laumon B, et al. The epidemiology of trauma of the genitourinary system after traffic accidents: analysis of a register of over 43,000 victims. BJU Int 2006;97:338–41.

[6]. Parra Muntaner L, López Pacios JC, Piñeiro Fernández MC, et al. Urologic disease emergency: clinico-epidemiolgic analysis at a district hospital. Arch Esp Urol 2001;54:411–5.

[7]. Mondet F, Chartier-Kastler E, Yonneau L, et al. Épidémiologie des urgences urologiques en centre hospitalier universitaire. Prog Urol 2002;12:437–42.

[8]. Danuser H, Ackermann DK, Studer UE. Urological emergencies. Schweiz Med Wochenschr 1993;123:749–55 ;

[9]. Bouya PA, Odzébé AWS, Koumou Moritoua RD, Elira Dokékias A. Priapisme aigu drépanocytaire : analyse de 20 cas trai- tés au CHU de Brazzaville. Andrologie 2011;21:34–7

[10]. 10. Kane R, Niang L, Berthe H, et al. Prise en charge du priapisme à Dakar: Basic Clin. Androl. 2012 ;22: 36. (doi:10.1007/s12610-012-0162-z)

[11]. Roupret M, Beley S, Traxer O, et al. Prise en charge du priapisme chez les patients drépanocytaires. Prog Urol 12005;5:392–6 11.

[12]. Sarr A, Fall B, Mouss B, et al. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la torsion du cordon spermatique au CHU Aristide-Le-Dantec de Dakar. Andrologie 2010;20:203–8.

[13]. Sauvat F, Hennequin S, Ait Ai Slimane M, Gauthier F. Un âge pour la torsion testiculaire ? . Arch Pediatr2002 9:1226–9.

[14]. Zini L, Mouton D, Leroy X, et al. Faut-il déconseiller l'échographie scrotale en cas de suspicion de torsion du cordon spermatique? Prog Urol 2003;13:440–4.

[15]. Hodonou R, Soumanou-Kaffo R, Akpo C. La torsion du cordon spermatique (TCS) : facteurs étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques à propos de 33 cas au CNHU de Coto- nou. Med Afr Noire 1999; 46:69–74.

[16]. Ba M, Ndoye A, Fall PA, et al. Les fistules péniennes après circoncision : à propos de 20 observations. Andrologie 2000;10:87–115

[17]. Sylla C, Diao B, Diallo AB, et al. Les complications de la circoncision. À propos de 63 cas. Prog Urol 2003 ;13:266–72.



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Article Original

Les invaginations intestinales prolabées de l'enfant : étude clinique et aspects thérapeutiques (à propos de 15 cas).

Prolapsed intussusception in children: clinical study and therapeutic aspects (about 15 cases).

Auteurs :
Ahmed D. Kane[1], Cheikh Diouf[2], Aby NDoye[2], Hadya Tandia[3], Yacoub Mouhamed Sghair[3], Abdallahi Ely Salem[1], Mouhamedou Houssein[3], Sidi M Nagi[3], Gabriel Ngom[2].

Auteur correspondant : Ahmed KANE
Service de Chirurgie CHN - BP : 612. Nouakchott- Mauritanie.
Téléphone: 00 222 33 56 75 91
Adresse E-mail: kane.ahmed@yahoo.fr

Affiliation des auteurs :

[1] Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier National, Nouakchott, Mauritanie
[2] Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal
[3] Service de Chirurgie Pédiatrique, Centre Hospitalier Mère et Enfant, Nouakchott, Mauritanie

Article Info

Soumis :
le 27/08/2016
Dernière correction :
le 23/11/2016
Accepté le : 12/2/2017

Résumé

But :

Analyser les aspects cliniques et thérapeutiques des invaginations prolabées à l'anus chez l'enfant.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre juin 1998 et mai 2015 au service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, au service de chirurgie du Centre Hospitalier National de Nouakchott et au service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Mère et Enfant de Nouakchott. Nous avons ainsi répertorié quinze observations d'invaginations prolabées à l'anus. Nous avons étudié le délai de consultation, les motifs de consultation, les signes généraux et physiques, le délai d'intervention, les découvertes opératoires, les méthodes thérapeutiques et les suites opératoires.

Résultats

Tous les enfants ont été adressés pour un prolapsus rectal. Douze enfants présentaient des douleurs abdominales, treize des vomissements et sept des rectorragies. Une masse prolabée à l'anus était le signe physique constant. Le toucher rectal mettait en évidence un sillon de séparation entre la masse et la paroi rectale. Une désinvagination par taxis était réussie chez sept enfants. Huit cas de nécrose intestinale ont nécessité une résection intestinale. Trois enfants ont présenté une suppuration pariétale et un enfant a présenté une éviscération. Ces complications ont bien évolué sous traitement. Cinq enfants sont décédés. Les décès concernaient 3 enfants ayant eu une résection intestinale étendue et deux enfants qui présentaient une instabilité hémodynamique.

Article original

Conclusion :

Les aspects cliniques permettent de différencier l'invagination prolabée du prolapsus rectal. Le traitement chirurgical est souvent délicat du fait de la longue durée d'évolution de la pathologie.

Mots clés : Prolapsus intestinal • Sulcus • Chirurgie du prolapsus

Abstract

Aim :

To analyze clinical and therapeutic aspects of prolapsed intussusceptions.

Patients and methods :

This is a retrospective study conducted between June 1998 and May 2015 at the Department of Pediatric Surgery at the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar, at the Surgery Department of the National Hospital Center of Nouakchott and at the Pediatric Surgery Service of the Hospital Center Mother and Child of Nouakchott. We have thus recorded fifteen observations of invasive prolapse at the anus. We studied the consultation period, the reasons for consultation, the general and physical signs, the time of intervention, the operative findings, the therapeutic methods and the follow-up procedures.

Results :

All children were referred for rectal prolapse. Twelve children had abdominal pain, thirteen vomiting and seven rectal bleeding. A mass prolapsed at the anus was the constant physical sign. The rectal examination revealed a separation furrow between the mass and the rectal wall. Disinvagination by taxis was successful in seven children. Eight cases of intestinal necrosis required intestinal resection. Three children presented with a parietal suppuration and one child presented an evisceration. These complications have evolved well under treatment. Five children died. The deaths involved 3 children with extensive intestinal resection and 2 children with hemodynamic instability.

Conclusion :

The clinical aspects make it possible to differentiate prolapsed invagination from rectal prolapse. Surgical treatment is often delicate because of the long duration of the pathology.

Keywords : Prolapsed intussusception • Sulcus • Surgical treatment

Introduction

L'invagination intestinale est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez le nourrisson. Dans les pays développés le diagnostic est fait précocement. Par contre, dans les pays en développement, les enfants sont reçus tardivement au centre de référence [1,2]. Il n'est pas d'ailleurs rare de rencontrer une invagination avec un boudin prolabé à l'anus [3]. En Afrique des observations isolées de prolapsus d'invagination à l'anus ont été rapportées mais aucune étude originale n'a été publiée. C'est pour combler ce vide que nous avons entrepris ce travail dont le but était de rapporter les aspects cliniques et thérapeutiques de l'invagination intestinale prolabée à l'anus.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre juin 1998 et mai 2015 au service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, au service de chirurgie du Centre Hospitalier National de Nouakchott et au service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Mère et Enfant de Nouakchott. Tous les enfants âgés de moins de 16 ans et présentant une invagination intestinale avec un prolapsus du boudin à l'anus ont été inclus dans l'étude. Nous avons ainsi répertorié quinze observations d'invaginations prolabées à l'anus. L'âge moyen des enfants était de 7,6 mois avec des extrêmes de 2 mois et 9 mois. La série était composée de onze enfants de sexe masculin et quatre de sexe féminin. Les aspects

cliniques étudiés étaient le délai de consultation, les motifs de consultation, les signes généraux et physiques. Les paramètres thérapeutiques étaient le délai d'intervention, les découvertes opératoires, les méthodes thérapeutiques et les suites opératoires. Les enfants ont été suivis avec un recul moyen de 30 mois.

Résultats

Aspects cliniques

Le délai moyen de consultation était de 22,8 jours avec des extrêmes de 1 jour et 95 jours. Tous les enfants ont été adressés pour un prolapsus rectal. L'interrogatoire révélait des douleurs abdominales entrecoupées de rémission chez 12 enfants. Treize enfants présentaient des vomissements qui étaient alimentaires dans 12 cas et bilieux dans 1 cas. Sept enfants avaient des rectorragies. Un syndrome dysentérique a été le motif de consultation chez 6 enfants qui ont présenté des selles glairo-sanglantes. Six parents signalaient un ballonnement abdominal. Chez un patient la fièvre faisait partie des motifs de consultation. Sept enfants présentaient une dénutrition et une déshydration. L'examen physique retrouvait un signe constant : une masse prolabée à l'anus de couleur prune, à surface irrégulière de consistance ferme. Une nécrose était visible sur cette masse extériorisée dans 4 cas. Le toucher rectal mettait en évidence un sillon de séparation entre la masse et la paroi rectale ce qui permettait de faire le diagnostic d'une invagination prolabée (figures 1 et 2). Au niveau de l'abdomen, on palpait le boudin d'invagination chez 9 enfants. Six enfants présentaient un météorisme abdominal.



Figure 1 : Invagination prolabée pris en charge au Centre Hospitalier National de Nouakchott. Le doigt est dans le sillon entre la masse prolabée et la paroi rectale



Figure 2 : Invagination prolabée pris en charge à l'Hôpital A. Le Dantec de Dakar

Tableau I : Comparaison entre le prolapsus rectal et l'invagination prolabée

Caractéristiques	Prolapsus d'invagination	Prolapsus rectal
Consistance	Ferme	Molle
Surface	Irrégulière, bosselée	Régulière
Couleur	Prune	Rouge
Sulcus	Présent	Absent

Tableau II : Comparaison des pourcentages de nécrose selon les délais diagnostiques

Série	Effectif	Délai diagnostique	Pourcentage de nécrose
Davies [7]	8	12 jours	12 %
Nouri [4]	4	15 jours	25 %
Notre étude	9	29,8 jours	44,4 %

Aspects thérapeutiques

Les enfants ont bénéficié d'une réanimation avant l'intervention chirurgicale. Ils ont été opérés en moyenne dans les 3,5 heures qui ont suivi la confirmation diagnostique. L'exploration chirurgicale a retrouvé 13 cas d'invagination iléo-cæco-colique et 2 cas d'invagination sigmoïdo-rectale. Huit enfants présentaient un mésentère long et 11 avaient un défaut d'accolement colique. Huit enfants ont présenté une nécrose intestinale. Des adénopathies mésentériques étaient retrouvées dans 11 cas. L'intervention chirurgicale était réalisée sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale. Une laparotomie transverse a été réalisée chez 13 patients et les deux autres ont eu une laparotomie médiane. Un

chirurgien placé au niveau du périnée réalisait une expression douce du boudin prolabé. L'équipe abdominale complétait la désinvagination. Cette manœuvre était réussie chez sept enfants et était complétée par une appendicectomie. Chez 8 enfants une résection intestinale était nécessaire du fait de l'existence de nécrose intestinale. Cette résection était suivie d'une anastomose termino-terminale dans 5 cas et d'une stomie dans les 3 autres cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 19,3 jours avec des extrêmes de 4 jours et 30 jours. Les suites opératoires étaient simples dans 6 cas. Un enfant a présenté une éviscération qui a bénéficié d'une réfection pariétale et trois enfants ont présenté une suppuration pariétale qui a bien évolué avec les soins locaux. Cinq enfants sont décédés, tous en unité de réanimation. Il s'agissait de deux enfants décédés à J1 postopératoire par instabilité hémodynamique et de 3 enfants ayant eu une résection intestinale étendue (décédés respectivement à J12, J21 et J25 postopératoire).

Discussion

Aspects cliniques

Le délai de consultation élevé dans notre contexte peut s'expliquer par l'absence d'un diagnostic correct dans les structures sanitaires qui ont reçu les enfants au tout début des symptômes. Ce délai est élevé comparé à celui des séries occidentales mais se rapproche de celui de certaines séries dans les pays en développement où l'affection est le plus souvent considérée comme un prolapsus rectal [3,4]. La masse rectale extériorisée était le motif de consultation constant. Elle était considérée dans tous les cas comme un prolapsus rectal. Cette confusion diagnostique est retrouvée dans certaines séries de la littérature. Les vomissements, les douleurs abdominales, les rectorragies sont des signes classiques d'invagination intestinale aiguë. Les selles glairo-sanglantes ont fait évoquer un syndrome dysentérique chez 6 patients. Cette confusion retarde davantage le diagnostic comme cela été le cas dans l'étude de Gnassingbé et al. au Togo [3]. Le mauvais état général de la plupart des enfants s'explique par le long délai de consultation. Le signe physique commun à tous les enfants était le boudin d'invagination extériorisé à l'anus. Ses caractères ont permis de le différencier du prolapsus rectal (tableau I, figure 3). L'élément essentiel est la présence d'un sulcus entre le boudin d'invagination et la paroi rectale. L'examen de l'abdomen retrouvait un météorisme chez 6 enfants. Ce signe est certainement en rapport avec le diagnostic tardif. Cependant les enfants de notre série n'étaient pas en occlusion intestinale contrairement aux études de Gnassingbé et al. [3] et Nouri et al. [4] où tous les malades présentaient une occlusion. Chez 6 de nos enfants le boudin n'a pu être palpé à cause du météorisme abdominal.

Aspects thérapeutiques

Le délai d'intervention de 3,5 heures peut paraitre court surtout pour les enfants reçus avec un mauvais état général. Ainsi, chez les enfants présentant une instabilité hémodynamique le décès pourrait être imputé à une insuffisance de la réanimation. Sur les 15 invaginations, 13 étaient iléo-cæco-coliques et deux étaientt sigmoïdo-rectales. La prédominance de la forme iléo-cæco-colique est conforme aux résultats de la plupart des auteurs [5,6]. Le mécanisme invoqué est un retournement du cæcum et du côlon qui constitue un facteur déterminant dans la progression du boudin jusqu'à l'anus. Cependant le phénomène de retournement ne pourrait expliquer la forme transvalvulaire retrouvée dans l'étude de Nouri et al. [4] de même que les formes sigmoïdo-rectales rencontrées dans notre série. Selon Nouri et al. [4], la forme transvalvulaire serait liée à la longue durée d'évolution de l'invagination. Quant à l'invagination sigmoïdo-rectale, elle a surtout été rapportée chez l'adulte. Des anomalies anatomiques sont décrites comme favorisant la survenue d'un prolapsus d'invagination. Dans les formes iléo-coliques, un mésentère long et un défaut d'accolement colique permettent au boudin de migrer jusqu'à l'anus. Ces anomalies ont été retrouvées chez la plupart de nos enfants qui ont présenté des formes iléo-cæco-coliques. Pour l'invagination sigmoïdo-rectale, la progression du boudin peut s'expliquer par le fait que le sigmoïde traverse le rectum

et atteint rapidement l'anus [7]. Malgré la longue durée d'évolution de l'invagination, 8 enfants seulement présentaient une nécrose intestinale. Ceci pourrait s'expliquer par la nature anatomique de l'invagination. Il est établi en effet que dans les formes iléo-cæco-coliques, la progression est maximale et l'ischémie minimale contrairement aux formes transvalvulaires où l'ischémie est maximale et la progression très limitée. Le tableau II nous permet de comparer le pourcentage de nécrose intestinale retrouvé par divers auteurs. Nous constatons ainsi que plus le délai diagnostique est long plus le pourcentage de nécrose augmente. Le choix de la méthode thérapeutique dans l'invagination prolabée à l'anus dépend de plusieurs facteurs : le délai de consultation, l'état général du patient, l'étiologie de l'invagination, l'existence d'une nécrose intestinale. Les auteurs sont unanimes quant à l'indication de la réduction par technique de lavement en traitement de première intention dans l'invagination intestinale, la chirurgie n'étant réservée qu'aux échecs et contre-indications du lavement ou en cas de suspicion d'une invagination secondaire [8,9,10]. Dans notre contexte la chirurgie était réalisée dans tous les cas. Du fait du délai de consultation particulièrement long, tenter une désinvagination par un lavement serait très risqué. L'existence de nécrose intestinale a conduit à une résection intestinale chez 8 enfants. Cette résection a été suivie d'une anastomose immédiate ou d'une stomie, le choix étant guidé par l'état général de l'enfant. Dans la littérature la majorité des auteurs prônent l'anastomose termino-terminale [3,11]. Chez 3 enfants de notre série qui avaient un état général altéré, nous avons préféré réaliser une stomie. La durée moyenne d'hospitalisation dans notre contexte est supérieure à celle des séries de Rakotoarisoa et al. [12] et de Maazouna et al. [11] qui était respectivement de 5,6 jours et 6 jours. Cela pourrait s'expliquer par les complications post-opératoires et la prolongation de l'hospitalisation pour les enfants présentant une stomie digestive. Quant à la mortalité, elle est élevée comparée à la plupart des séries [13,14]. Trois enfants qui avaient une résection intestinale étendue sont décédés d'un syndrome du grêle court. Deux enfants sont décédés d'une instabilité hémodynamique. La qualité de la réanimation pourrait être incriminée dans ce cas car ce sont des enfants qui ont été reçus avec un mauvais état général. Ainsi une réanimation rigoureuse est indispensable en période péri-opératoire pour améliorer les résultats.

Conclusion

Il existe quelques similitudes entre nos résultats et la plupart des études comparatives concernant les aspects cliniques et thérapeutiques. Cependant nous avons noté des différences ayant trait au délai de consultation qui est long, au pourcentage élevé de nécrose intestinale, à la pratique systématique de la chirurgie, à la durée d'hospitalisation qui est longue et aux taux de morbidité et de mortalité qui sont élevés.

Références

[1] Gaudin J, Lefevre C, Jehannin B. Résultat du traitement des invaginations intestinales aiguës par lavement opaque : à propos de 70 cas. Chir Pediatr 1987;28: 151-4.

[2] Fall I, Ngom G, Sankalé AA, Ndoye M. Invagination intestinale de l'enfant à propos de 20 cas. Dakar Medical 2003;48:194-8.

[3] Gnassingbé K, Akakpo-Numado GK, Attipou K, Tekou H. Invagination intestinale avec boudin prolabé par l'anus chez le nourrisson. Arch Pediatr 2008;15:1672-5.

[4] Nouri A, Mekki M, Belghith M, Krichene I, Chelly S. Invagination intestinale prolabée à l'anus: à propos de 4 cas. Ann Pediatr 1995 ; 42(3):316-8

[5] Franchi S, Martelli H, Paye-Jaouen A, et al. Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. Encycl MC-Pédiat 2005 ; pp 45-57

|6] Chazelet C, Romano L, Baumel H : Une forme rare d'invagination intestinale du nourrisson : l'invagination iléo-caeco-colique totale. Chir Pediatr 1987; 28 : 185-6

[7] Davies MRQ, Cywes S. Colonic intussusception in children. S Afr Med J 1978; 54: 517-9

|8] Grant RL, Piotto L. Benefits of sonographic guided hydrostatic reduction. Australas Radiol 2004;14:621-3

[9] Markowitz RI. Pneumatic versus hydrostatic reduction of intussusception. Radiology 1992;183:623-4

[10] Wood SK, Kim JS, Suh SJ et al. Childhood intussusceptions: US guided hydrostatic reduction. Radiology 1992;187:77-80

[11] Maazouna K, Mekkia M, Sahnouna L Hafsab S, Ben Brahima M,

[12] Rakotoarisa B, Rabarljaona M, Zafitasondry LRAA. Invagination intestinale aiguë du nourrisson : à propos de 22 cas traités chirurgicalement dans le service de chirurgie pédiatrique d'Antananarivo. Med Afr Noire 2001;48 :8-9.

[13] Welch K J, Randolph JG, Ravitch MM, et al. Pediatric Surgery. Chicago: Year Book Medical Publisher;1986; pp 868-82.

[14] She YX. Traitement de l'invagination intestinale avec regard spécial sur la réduction par l'insufflation du côlon. Expérience de 5110 cas. Chir Pediatr 1982;23:373-8.



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Article Original

Prévalence et intensité de l'infection à *Schistosoma haematobium* chez les enfants d'âge scolaire vivant dans les Moughataas riverains de la rive droite du Fleuve Sénégal.

Prevalence and intensity of infection *Shistosoma haematobium* childhood school age living in Moughataa shoreline of the right bank of the river basin Senegal

Auteurs :
Ousmane Ba[1, 2], Mohamed Ould Abdallahi[1], Oumar Ndir[3], Moussa Abdallahi[3], Baidy Lo[2]

Auteur correspondant : Dr. BA Ousmane
Service Parasitologie-Mycologie, INRSP
Téléphone: 00 222 46 44 62 48
Adresse E-mail: o.ba99@yahoo.fr

Affiliation des auteurs :
[1] Laboratoire de Parasitologie-Mycologie de l'INRSP
[2] Faculté de Médecine de Nouakchott (Université AL Aasriya de Nouakchott)
[3] Laboratoire de Parasitologie-Mycologie de la Faculté de Médecine de l'UCAD (Sénégal)

Article Info

Soumis :
le 30/01/2017
Dernière correction :
le 05/04/2017
Accepté le : 15/04/2017

Résumé

La bilharziose est un problème de santé publique en Mauritanie, elle est la deuxième maladie parasitaire endémique après le paludisme. L'étude s'est déroulée de février à mars 2010 dans les Wilayas riveraines du bassin du fleuve Sénégal rive droite. L'objectif principal était d'évaluer la prévalence et l'intensité des infestations de la bilharziose urinaire chez les enfants d'âge scolaire. Un questionnaire a été soumis aux élèves, puis des échantillons d'urines ont été prélevés en vue de la réalisation de la technique de filtration urinaire. Au total, 920 enfants ont été inclus dans l'étude. Le sexe ratio (H/F) était de 0,93. La moyenne d'âge était de 9 ans 6 mois. La prévalence globale de bilharziose urinaire était de 34,8 %. La zone écologique du Delta avait la prévalence la plus élevée. Les taux d'infestation massive les plus élevés de la bilharziose urinaire ont été rencontrés au niveau de la Wilaya du Trarza (Delta). Tous les enfants malades ont été traités avec du praziquantel selon les directives du programme national de lutte contre la bilharziose (PNLB).

Mots clés : Bilharziose urinaire, Schistosoma haematobium, Rosso, Mauritanie.

Abstract

Bilharziasis is a public health problem in Mauritania, it is the second endemic parasitic disease after malaria. The study was conducted from february to march 2010 in the riparian Wilayas of the Senegal River Basin right bank. The main aim was to assess the prevalence and intensity of urinary infections by schistosomiasis in school-aged children. A questionnaire was administered to students and samples of urine were collected for the achievement of urinary filtration technique. A total of 920 children were included in the study. The sex ratio (M/F) was 0.93. The average age was 9 years 6 months. The overall prevalence of

urinary bilharziasis was 34.8 %. Ecological zone of the delta had the highest prevalence. The highest rates of massive urinary schistosomiasis infestations were found in the Wilaya of Trarza (delta). All sick children were treated with praziquantel according to the national program guidelines (PNLB).

Mots clés : Urinary bilharziasis, Schistosoma haematobium, Rosso, Mauritania.

Article original

Introduction

La schistosomiase, ou bilharziose est une maladie parasitaire endémique des régions tropicales. La contamination se fait lors du contact de la peau avec des eaux infestées de bilharzies lors des baignades, lessives, pêches dans les pays chauds où sévit la schistosomiase [1]. La bilharziose est une affection endémique et chronique, à évolution lente et insidieuse, à morbidité élevée et aux complications sévères voire mortelles (hypertension portale, infections uro-génitales à répétition, stérilité, glomérulonéphrite, insuffisance rénale et cancer de vessie). Elle entraine souvent de graves incapacités physiques, sociales et économiques [2]. Par sa prévalence, la bilharziose occupe le premier rang des maladies transmises par l'eau et le deuxième rang après le paludisme pour son importance en termes de santé publique dans les régions tropicales et subtropicales [3,4].

Selon l'OMS, on estime à 600 millions le nombre de personnes exposées à cette maladie, avec 200 à 300 millions d'individus actuellement infestés dont 120 millions présentant les symptômes et 20 millions atteintes d'une forme grave et invalidante [5]. En Afrique, la bilharziose urinaire est couramment rapportée dans 44 pays, et quelques 85 % de l'ensemble des cas graves se trouvent en Afrique [5,6].

En Mauritanie, la schistosomiase à S.haematobium est largement répandue. Les enquêtes, réalisées par le Centre National d'Hygiène (CNH) (actuel Institut National de Recherches en Sante Publique (INRSP)) en milieu scolaire et chez les écoliers bénéficiaires des cantines du programme alimentaire mondial (PAM), ont donné des prévalences respectives de 24,7 % et 13,7 % [7,8].

La stabilisation du niveau du fleuve par le barrage de Diama et de Manantali, la prolifération des végétaux aquatiques (forêts de typha), la création de canaux d'irrigation et l'inondation des périmètres sont autant de facteurs favorables au développement des mollusques, hôtes intermédiaires de la bilharziose.

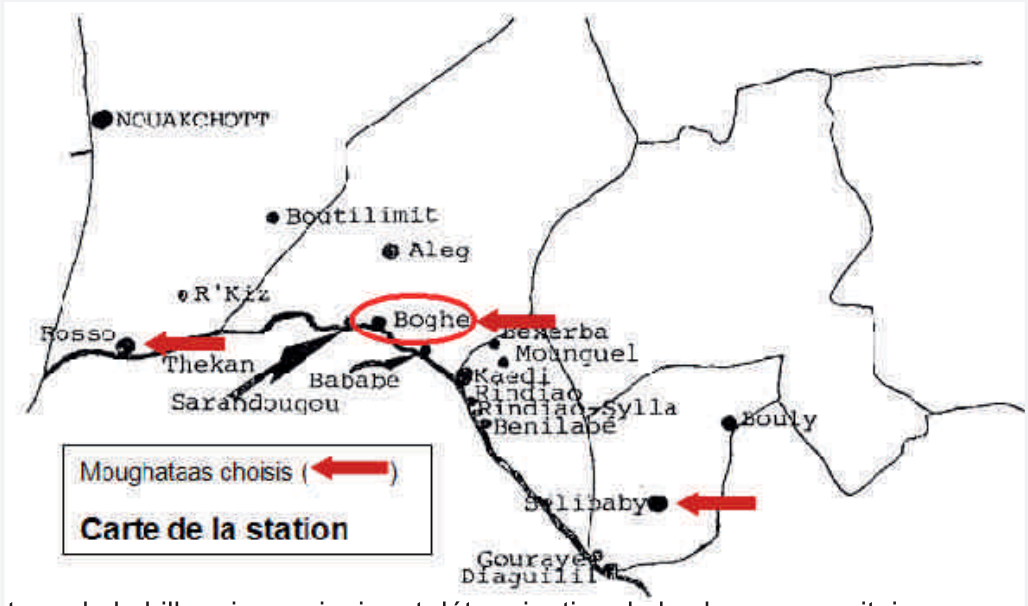
L'objet de cette étude était d'évaluer la prévalence et l'intensité des infestations des schistosomiases urinaires chez l'enfant en âge scolaire vivant sur la rive mauritanienne du fleuve Sénégal (rive droite) afin d'orienter la stratégie de prise en charge de ces parasitoses.

Matériel et méthodes

Stations d'études

Les Wilayas (ou régions) sont répartis dans les trois zones écologiques suivantes : le Delta : Trarza, la Moyenne vallée : Brakna et Gorgol et la la Haute vallée : Guidimakha

Neuf Moughatâas (départements ou districts sanitaires) sont situés dans la zone d'étude selon la carte ci-dessous. La riziculture irriguée et la pêche artisanale sont les activités principales pratiquées par les populations. La saison des pluies dure 3 mois avec des précipitations annuelles moyennes de 200 à 300 mm. La température moyenne annuelle est de 30° C. La population est constituée pour l'essentiel d'agriculteurs et de pasteurs négro-africains (Peulhs, Wolofs, Soninkés, Maures ?) dont les principales activités sont l'élevage, la pêche et la riziculture irriguée. Le fleuve Sénégal constitue le seul cours d'eau permanent. Cependant, il existe des mares temporaires qui jouent un rôle important dans l'activité socio-économique des populations.



Dépistage de la bilharziose urinaire et détermination de la charge parasitaire

Il a été réalisé en fin de saison sèche et froide (janvier–fèvrier 2010). La population-cible est constituée d'enfants en âge scolaire, scolarisés ou non. Nous avons procédé par sondage stratifié considérant 4 niveaux : zone écologique, moughataa, école, classe. L'échantillon de chaque classe a été constitué par tirage au sort d'un écolier sur quatre à partir des listes de présence.

Après quelques efforts physiques, l'urine de l'écolier est récupérée dans un flacon étiqueté et ramenée au laboratoire dans une glacière réfrigérée. Nous avons utilisé la technique de filtration des œufs. Dix millilitres d'urine homogénéisée sont prélevés à l'aide d'une seringue de 10 cc et passés à travers un filtre. Le filtre est retiré et immédiatement coloré au Lugol, puis la lecture des œufs est faite par deux techniciens à l'objectif x10, puis à l'objectif x40 du microscope optique. A l'aide d'un appareil GPS (Global Positionning System), on mesure la longitude et la latitude de chaque école sélectionnée en vue de réaliser une cartographie des zones d'endémie de bilharziose. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Épi-Data.

Aspect éthique

Des réunions d'explication et d'information préalables ont permis d'obtenir le consentement des populations et des parents d'élèves. Les enfants infestés par des œufs de bilharzie ont reçu une dose de 40 mg/kg de praziquantel.

Résultats

La population totale examinée était de 920 enfants d'âge scolaire dont 83,80 % étaient scolarisés et 16,20 % non scolarisés. Parmi les 920 enfants d'âge scolaire examinés, 48,15 % étaient de sexe masculin et 51,85 % de sexe féminin. L'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon était de 9,5 ans.

Sur 920 urines examinées, 320 contenaient des œufs de S. haematobium soit une prévalence globale de 34,8 %. La prévalence de la bilharziose urinaire selon les villages est représentée dans le tableau I. La prévalence de la bilharziose urinaire selon les Moughatâas était superposable aux zones écologiques. Ainsi c'est la moughatâa de Rosso qui avait la prévalence la plus élevée (50 %) ; ensuite venaient les districts de Boghé (30,6 %) et de Sélibaby (23,6 %) (Voir Tableau II et Figure 1).

La prévalence était ≥ 50 % dans les districts de Keur Macène, R'Kiz et Rosso. Elle était ≥ 20 % et < 50 % dans les districts de Kaédi, Mbout, Bababé, Boghé, Maghama, M'bagne et Sélibaby (Voir Figure 2).

La prévalence des infestations massives de la bilharziose urinaire selon les villages est représentée au le Tableau III.

Tableau I : Prévalence de la bilharziose urinaire dans les différentes localités / Prevalence of urinary schistosomiasis in different localities

Villages/Ecoles	Nombre prélèvements examinés	Porteurs d'œufs *S.haematobium*	Prévalence de *S.haematobium* (%)
Village Pêcheurs	62	16	25,8
Tounguenne	62	21	33,9
PK6	65	27	41,5
Bagdad	61	47	77,0
Breen	60	43	71,7
Thiènel	62	23	37,1
Touldé	62	11	17,7
Bakaw	61	50	82,0
Thidé	62	4	6,4
Sarandogo	63	7	11,1
Sélibaby	60	5	8,3
Gouraye	60	12	20,0
Diaguily	60	6	10,0
Ghabou	60	14	23,3
Diougontoro	60	34	56,7
Total	**920**	**320**	**34,8**

Tableau II :
Prévalence de la bilharziose urinaire selon les zones écologiques
Prevalence of urinary bilharziasis according to ecological areas

Moughatâas (Delta)	Nombre d'élèves prélevés	Nombre d'œufs de S.haematobium	Prévalences bilharziose urinaire(%)
Delta (Rosso)	310	154	50
Vallée (Boghé)	310	95	30,6
Bassin (Sélibaby)	300	71	23,6
Total	**920**	**320**	**34,8**

Tableau III :

Prévalence des infestations massives de la bilharziose urinaire selon les villages

Prevalence of massive infestations of urinary bilharziasis according to the villages

Villages	Nbre prélèvements examinés	Nombre de cas	Prévalence
Village pêcheurs	62	2	3,23
Tounguenne	62	0	0
PK6	65	19	29,23
Bagdad	61	20	33,33
Breen	60	18	30
Thiènel	62	0	0
Touldé	62	3	4,84
Bakaw	61	13	21,31
Thidé	62	1	1,61
Sarandogo	63	1	1,59
Sélibaby	60	0	0
Gouraye	60	0	0
Ghabou	60	0	0
Diaguily	60	1	1,67
Diougontorou	60	2	3,33
TOTAL	**920**	**80**	**8,70**

Article original

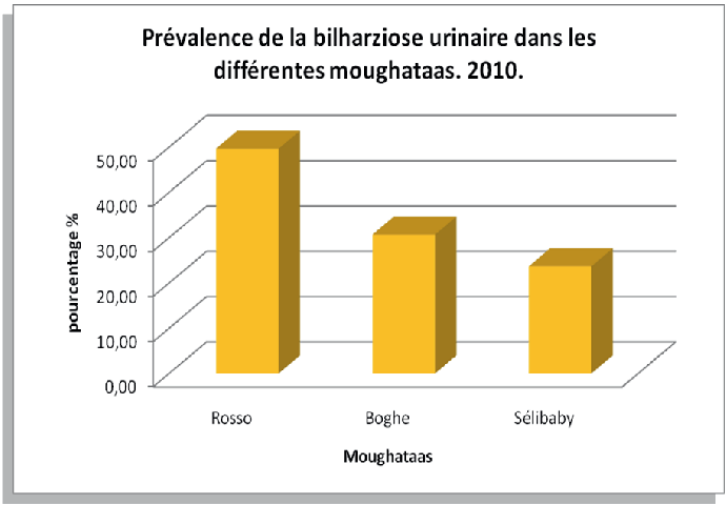


Figure 1 :
Prévalence de la bilharziose urinaire dans les moughataas
Prevalence of urinary schistosomiasis in moughataas

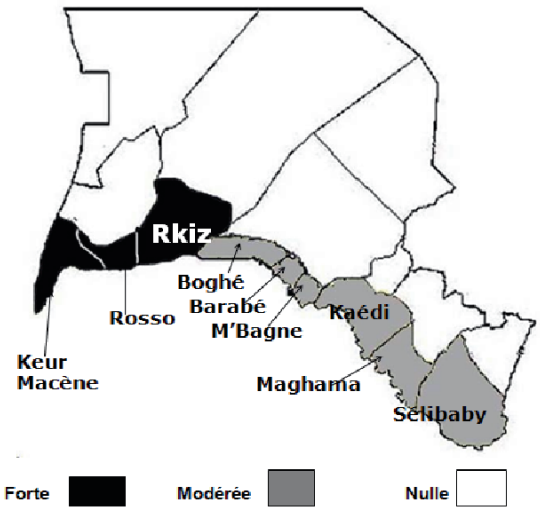


Figure 2 :
Cartographie des Moughatâas selon la prévalence de la bilharziose urinaire
Mapping moughataas by prevalence of urinary schistosomiasis.

Discussion

Avant la construction des barrages de Diama et de Manantali, la bilharziose urinaire était endémique en Mauritanie, notamment dans la vallée du fleuve Sénégal où le taux de prévalence de S .haematobium était de 10,2 % dans la région du Trarza, de 24,5 % dans la région du Brakna et de 27,5 % pour le Gorgol [9,10].

La construction des barrages a complètement modifié l'écologie dans le bassin du fleuve Sénégal et parallèlement, la transmission des maladies associées à l'eau. La situation épidémiologique a profondément changé avec la mise en opération du barrage de Diama en 1986. La stabilisation du niveau du fleuve par le barrage de Manantali, la prolifération des végétaux aquatiques (forêts de typha), la création de canaux d'irrigation et l'inondation des périmètres sont autant de facteurs favorables au développement des mollusques, hôtes intermédiaires de la bilharziose.

Pour notre présente étude, la prévalence globale de bilharziose à Schistosoma haematobium est de 34,8 %. Cette prévalence est élevée dans le Delta (50 %) et modérée dans la Vallée (30,6 %) et le Haut bassin (23,6 %). En 2005 la prévalence était modérée dans le Delta, la Vallée et le Haut bassin |11]. Cette augmentation au niveau du Delta malgré un traitement de masse effectué trois mois précédant l'étude montre les limites des actions de lutte et l'absence de surveillance. Cependant il faut signaler que ce traitement de masse a été effectué par les enseignants du primaire. Le résultat pourrait être différent d'un traitement fait par un personnel médical.

Il ressort de notre étude que la schistosomiase urinaire est présente dans toutes les localités situées le long de la vallée du fleuve Sénégal et ses affluents. Les taux d'infestation sont cependant très variables selon les localités. La schistosomiase urinaire à Schistosoma haematobium est endémique depuis plusieurs décennies. L'étude réalisée par Sidatt et al. [12], entre 1979 et 1980 enregistrait de faibles prévalences le long de la vallée du fleuve, alors que les zones hyper-endémiques étaient localisées autour des mares permanentes (Sélibaby, Kankossa, N'Béika, Tamchekett...) [12]. Dans le Delta, avant l'avènement des barrages en 1978, Down et Patton (Doumenge et al.) [13], puis Lemasson et Diaw [14] avaient plutôt noté la rareté de foyers de transmission de la bilharziose urinaire. Ces résultats ont été confirmés par Diallo et al. [15] qui avaient aussi considéré la transmission de la bilharziose urinaire comme faible voire inexistante dans la zone du Delta. La faible prévalence s'expliquait par la remontée de la langue salée pendant une période de l'année dans une bonne partie du fleuve et une variation saisonnière importante du niveau du fleuve créant un environnement défavorable à la survie des

mollusques (hôtes intermédiaires). La construction des barrages de Diama et Manantali au début des années 80 a transformé la configuration du fleuve avec l'absence de remontée saline et une stabilisation du niveau des eaux et la mise en valeur de la vallée (aménagements agricoles : riziculture…). Ces modifications ont facilité d'une part l'émergence de la schistosomiase intestinale au début des années 90 dans la région du Trarza alors qu'elle était inconnue en Mauritanie par l'extension de l'habitat naturel des hôtes intermédiaires (Biomphalaria pfeifferi), et d'autre part la recrudescence de la schistosomiase urinaire dans les localités situées le long de la vallée du fleuve et ses affluents.

Selon nos résultats, la prévalence de la bilharziose urinaire est globalement plus élevée dans le Delta même si le village le plus touché se situe au niveau de la Vallée.

Dans les localités situées auprès du fleuve et de ses affluents, la transmission de la schistosomiase est permanente, les enfants étant toujours en contact avec l'eau. Malgré le déparasitage répété, ils se réinfectent ; ceci explique qu'en dépit de la baisse de la prévalence globale, son niveau reste toujours élevé.

Le taux des infestations massives de la bilharziose urinaire est de 8,70 %. Les taux les plus élevés sont rencontrés au niveau du Delta, où on a enregistré par exemple 33,33 % et 29,23 % respectivement dans les villages de Bagdad et de PK6. Le traitement de masse semble être inefficace et donc des actions de lutte plus efficaces sont à entreprendre dans ces localités. Au niveau de la Vallée, seul le village de Bakaw a un taux notable de 21,31 %. Les taux d'infestations massives de la bilharziose urinaire sont très faibles au niveau du Bassin. Le traitement de masse semble être plus efficace dans cette zone écologique. Il faut noter aussi l'importance des aménagements agricoles : riziculture et autres au niveau du Delta et de la Vallée.

Conclusion et recommandations

Notre étude a montré que les taux de prévalence des schistosomiases restent élevés malgré le traitement de masse effectué trois mois avant le début de l'enquête. Ces résultats doivent interpeller les autorités sanitaires pour qu'elles y associent d'autres mesures de lutte.

Il faut aussi mettre en place un programme de surveillance épidémiologique avec la création de sites-sentinelles au niveau des localités de la Vallée.

Références

[1] Bronstein JA, Caumes JL., Richecoeur M., Lipovac AS., Klotz F. Complications digestives et hépatiques des schistosomiases. Hépato-Gastro 2003;10:425-34.

[2] Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). Comité d'experts (série de rapports techniques - 830. Lutte contre les schistosomiases. Deuxième rapport du comité O.M.S. d'experts). 1993.

[3] Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). Schistosomiases (Bilharzioses). Aide-mémoire 2010 ; N°115.

[4] Engels D., Chitsulo L., Montresor A., Savioli L. The global epidemiological situation of Schistosomiasis and new approaches to control and research. Acta Tropica 2002;82:139-46.

[5] Van Der Werf MJ, De Vlas SJ, Brooker S. Quantification of clinical morbidity associated with schistosome infection in sub-Saharan Africa. Acta Trop 2003;86:125-39.

[6] Mayaka MS. Etude épidémiologique de la bilharziose à Shistosoma mansoni en milieu scolaire : cas du groupement de Kiyanika. Mémoire de doctorat. Universités de Kongo. Faculté de médecine, 2001, 58p.

[7] Lô B., Niang S., Ould El Ghadi I., Bâ O. et al. Situation épidémiologique de la bilharziose dans les différentes localités de la Mauritanie. Doc. INRSP, 2001, 14p

[8] Centre National d'Hygiène. Etude de prévalence des parasitoses intestinales et de la Schistosomiase urinaire chez les écoliers bénéficiaires des cantines scolaires du PAM dans les Wilayas du Gorgol et du Guidimakha, Mauritanie. Rapport d'étude, 2005.

[9] Marill FG. Enseignements d'une première enquête sur l'épidémiologie de la bilharziose à Schistosoma haematobium en Mauritanie. Médecine Tropicale 1961; 21:373-86.

[10] Chaine J.P., Malek E.A. - Urinary schistosomiasis in the sahelian region of the Senegal river basin. TropGeograph Med 1983; 35:249-46.

[11] Ould Abdallahi M, Ould Bezeid M, Diop C, Dem E, Lassana K. Epidémiologie des bilharzioses humaines en Mauritanie. L'exemple de la rive droite du fleuve Sénégal.Bull. Soc. Pathol. Exot. (2010) 103 :317-322

[12] Sidatt M, Cuishu K. La bilharziose en République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, ministère du travail, 1981: 24p

[13] Doumenge JP, Mott K E., Cheung C. et al. Atlas de la répartition mondiale des schistosomiases.Ceget – CNRS et OMS, Talence et Genève 1987, 400p

[14] Lemasson J.M., Diaw D.T. Les données épidémiologiques de la bilharziose urinaire dans le delta du Fleuve Sénégal.Doc. Multigr. , SAED Dakar, Projet Debi Lampsar, Etudes sanitaires n°18 SE, 1978, 22p

[15] Diallo S., Ndir O., Souaré D., Gaye O., Dieng T. Prévalence des bilharzioses et des autres parasitoses intestinales dans le bassin du fleuve Sénégal. Doc. Orstom Dakar, 1990, n°Orstom/ES/DK/22.90, 41p



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Thèses et Mémoires

Pronostic et incidence de l'Eclampsie en Mauritanie : Etude de 83 cas.

Prognosis and impact of Eclampsia in Mauritanie : Study of 83 Cases.

Auteurs :
Abdi Ahmed Bonahy[1], Mohamed Mohamed Vall[2], Fatimettou Abdelkader[3], Maïmouna Mohamed Lemine[4], Ahmed B Abdeljelil[3], Mahmoudi Moubarak[3].

Auteur correspondant :
Abdi Ahmed Bonahy
E-mail: abdi_ahmed74@yahoo.fr
Centre Hospitalier Mère et Enfant

Services :
[1]Pole de Gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier Mère et Enfant
[2]Service de Réanimation au Centre Hospitalier National
[3]Service de Gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier National
[4]Interne des hôpitaux

Article Info

Soumis :
le 01/08/2017
Dernière correction :
le 09/02/2017
Accepté :
le 20/03/2017

Résumé

Objectif :

L'objectif de ce travail était d'étudier l'incidence et les facteurs de morbidité et de mortalité de l'éclampsie au Centre Hospitalier National (CHN) de Nouakchott.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective à visé analytique, de 83 cas (entre le 1er juillet 2013 et le 31 juin 2014) des éclamptiques admises au service de gynécologie obstétrique du CHN.

Résultats :

Sur un total de 3 789 accouchements, 83 cas d'éclampsie étaient enregistrés représentant une incidence de 2.18 %. Le profil retrouvé était celui d'une jeune femme (âge moyen de 21 ans), de race noire dans 85.5 %, de bas niveau socio-économique dans 76 %, primipare (69.9 %), reçue dans un état de coma post critique (24 %) (en moyenne après 2 crises), porteuse d'une grossesse à terme (73.02 %), mal suivie (40 %) et référée par un centre de santé ou par un hôpital régional environnant (69.87 %). La crise était survenue en antépartum et en post-partum respectivement dans 67.5 % et 32,5 % des cas. Toutes les patientes étaient hypertendues. L'œdème des membres inférieurs et la protéinurie étaient retrouvés respectivement chez 50.61 % et 71 % des patientes. Sur le plan thérapeutique, la nicardipine était le principal antihypertenseur utilisé (73.49 %) et le sulfate de magnésie était l'anticonvulsivant le plus administré (92.77 %). La césarienne était le mode d'accouchement le plus pratiqué (87.5 %) pour les patientes reçues en antépartum. Le pronostic était marqué par une létalité maternelle de 7.22 %. Avec 6 sur les 14 décès enregistrés (42,85 %), elle représente la première cause de mortalité maternelle au CHN. La mortalité périnatale était de 8.42 %. Les principaux facteurs de risque de survenue de complications maternelles étaient : le jeune âge (≤ 25 ans), la primiparité, les réflexes osteotendineux

(ROT) anormaux et l'évacuation. Les principaux facteurs de risque de mortalité maternelle étaient représentés par l'absence de consultation périnatale et un score de Glasgow ≤ 9.

Mots clés : Eclampsie - pré-éclampsie –convulsion–morbi-mortalité matérno-fœtale

Abstract

Objectives of the study:

The objective of this work was to study the incidence and the morbidity and mortality factors of the eclampsia at the Nouakchott National hospital center.

Materials and methods :

This is a prospective, analytical study of 83 cases (July 1st 2013 and June30th 2014) of eclampsia admitted to the obstetric gynecology department of the CHN.

Results:

Out of a total of 3 789 deliveries, 83 cases of eclampsia were recorded with an incidence of 2.18 %. The profile found was that of a young woman (average age of 21 years), black in 85.5 %, low socioeconomic level in 76 %, primipare (69.9 %), received in a post-critical coma state %) (On average after 2 seizures), with a term pregnancy (73.02 %), poorly followed (40 %) and referred by a health center or a surrounding regional hospital (69.87 %). The crisis occurred in antepartum and postpartum, respectively, in 67.5 % and 32.5 % of cases.

All patients were hypertensive. Lower limb edema and proteinuria were found in 50.61 % and 71 % of patients, respectively. From a therapeutic standpoint, nicardipine was the main antihypertensive agent used (73.49 %) and magnesia sulphate was the most widely administered anticonvulsant (92.77 %). Caesarean section was the most common mode of delivery (87.5 %) for patients receiving antepartum. The prognosis was marked by maternal lethality of 7.22 %. With 6 of the 14 deaths recorded (42.85 %), it is the leading cause of maternal mortality at CHN. Perinatal mortality was 8.42 %. The main risk factors for the occurrence of maternal complications were: young age (≤ 25 years), primiparity, abnormal osteotendinous reflexes (ROT) and evacuation. The main risk factors for maternal mortality were the absence of perinatal consultation and a Glasgow score ≤9.

Keywords : Preeclampsia-Eclampsia- maternal-fetal morbi mortality

INTRODUCTION

L'éclampsie est une urgence médico-obstétricale, définie selon les critères de la SFAR (société française d'anesthésie réanimation) par l'existence de convulsions généralisées et/ou de troubles de la conscience, survenant au cours de la grossesse ou du post-partum (avant la sixième semaine) dans un contexte de pré éclampsie (PE), et ne pouvant être rapportés à un problème neurologique [1]. On considère qu'au niveau mondial, l'éclampsie est responsable annuellement de 50 000 décès maternels [2] en particulier dans les pays en voie de développement.

L'éclampsie ne cesse d'être un problème majeur de santé publique dans les pays en développement tel que le nôtre où elle est associée à une forte morbidité et mortalité materno-fœtales.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que le pré éclampsie-éclampsie survient dans 2 à 8 % des grossesses [3].

En Mauritanie, l'HTA est la 2éme cause des décès maternels (HTA préexistante ou gravidique) [4].

En 2007, la mortalité maternelle globale, était estimée à 686 décès /100 000 naissances vivantes (stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2007-2013).

L' estimation en 2013 était de 568 décès /100 000 naissances vivantes dans notre pays [4].

La fréquence de l'éclampsie est diversement appréciée à travers le monde et dépend du pays mais surtout de l'accès aux soins (14 et 15,6 % contre 0 à 1,8 % dans les pays développés) [5, 6].

La mortalité périnatale, varie de 5,6 à 11,8 % et elle est essentiellement liée aux complications de la prématurité induite, aux Hématomes retro placentaires(HRP) et aux retards de croissance in utero (RCIU) [7, 8].

En 2013, l'hypertension artérielle au cours de la grossesse dans le monde était responsable de 343000 décès maternels par ses complications soit 14 % du total des décès maternels. Elle était la deuxième cause de mortalité maternelle [4]. Il est important ainsi de se concentrer sur la prévention qui doit passer par une meilleure connaissance épidémiologique de cette complication paroxystique de la pré-éclampsie.

Il a été constaté, qu'il y a dans notre pays (plus particulièrement dans les régions du Gorgol et de Nouakchott), une incidence élevée de pré éclampsies et des complications maternelles et fœtales qui en découlent.

Il n'existe pas de données épidémiologiques publiées concernant ces pathologies dans notre pays.

L'objectif de cette étude était de déterminer l'incidence et le pronostic de l'éclampsie à la maternité de CHN.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, à visée analytique portant sur les patientes prises en charge pour éclampsie au sein de la maternité et du service de la réanimation polyvalente du Centre Hospitalier National de Nouakchott entre le 1er juillet 2013 et le 30 juin 2014. L'étude a porté sur toutes les patientes admises dans les services de gynéco obstétrique et de la réanimation polyvalente du CHN pour une éclampsie, quel que soit le moment de survenue par rapport à l'accouchement.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS.20. Les résultats sont exprimés en nombre, moyenne, extrêmes, et en pourcentage. Les proportions ont été comparées par le Chi2 de Pearson, les moyennes par le test de Mann Withney. Une valeur de p inférieure à 0.05 était considérée comme significative.

RESULTATS

Quatre-vingt-trois cas d'éclampsie étaient hospitalisés durant la période d'étude allant du 1er juillet 2013 au 30 juin 2014 et 3 798 accouchements ont été enregistrés durant la même période.

L'incidence globale dans cette étude était de 2,18 %, alors que l'incidence selon les mois est représentée à la figure1. Deux pics d'incidence au mois de juillet et de décembre ont été constatés.

Les primipares représentaient 61,9 % de nos patientes et les femmes jeunes (âge moyen de 21 ans) issues d'un milieu socioéconomique défavorisé représentaient 76 %.

Elles étaient de race noire dans 86 % de cas, et portaient une grossesse à terme dans 62.27 % de cas.

Le tableau I représente la répartition selon les tranches d'âge des patientes :

S'agissant de la provenance des patientes, l'étude a montré que 58 d'entre-elles (soit 62,65 %) étaient référées d'un centre de santé ou d'un hôpital régional.

La figure 2: montre la répartition selon les wilayas d'évacuation

Nous avons classé les patientes selon la parité en 3 groupes :

Les primipares: 58 cas (70 %).

Les paucipares:(2 à 3 grossesses):
17 cas (20 %).

Les multipares (à partir de 4 grossesses) :
8 cas (10 %).

La grossesse était à terme chez 62,71 % des 59 des patientes qui avaient des crises du péripartum. Cette grossesse était soit non suivie (25 patientes : 30 %) ou mal suivie (33 patientes : 40 %).

L'HTA chronique a été notée chez 3.63 % de nos patientes, et les ATCD obstétricaux étaient présents dans 36,14 % des cas.

La crise était survenue en péri partum chez 56 patientes (67,5 %). Vingt patientes (24 %) avaient un score de Glasgow ≤ à 9.

Theses et Mémoires

Dans 53 % de cas la pression artérielle systolique était ≥ 180 mmHz, et 51.8 % avaient une pression artérielle diastolique ≥ 110 mmHz.

L'œdème des membres inferieurs était absent dans 44.6 % de cas. La protéinurie à la bandelette urinaire a été recherchée chez 72,28 % des patientes et elle était positive chez 71,8 % d'entre-elles. La Nicardipine était utilisé dans 69,9 % des cas pour lutter contre l'HTA, et le sulfate de magnésium comme anticonvulsivant a été administré chez 92,77 % des patientes. Aucun cas de récidive de crise convulsives n'a été enregistré sous ce dernier. La césarienne était le mode d'accouchement le plus pratiqué (87,5 %) pour les patientes reçues en anté-partum.

Les complications maternelles étaient dominées par l'insuffisance rénale avec une fréquence de 50 % ; alors que les complications fœtales étaient dominées par la prématurité (39,47 %), suivie de la souffrance fœtale aigue (SFA) : 23,68 %. Six cas de décès maternels ont été enregistrés(soit 7,22 %), et la mortalité périnatale représentait 8,42 % de cas.

Les facteurs de risque de survenue de complications étaient : l'âge jeune à 25 ans (p=0.023), la primiparité (p=0.014), l'évacuation (p=0.040), les ROT anormaux (0.012), l'existence d'un déficit moteur (p=0.0001).

Les facteurs de mauvais pronostic maternel étaient : l'absence de consultations prénatales (p=0.001), et un score de Glasgow ≤ 9 ans (p=0.04). Ces facteurs de risques sont représentés au tableau II.

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Nombre de cas	%
< 17	24	28.91 %
18-25	42	50.60 %
26-35	13	15.66 %
> 35	4	4.81 %
Total	**83**	**100 %**

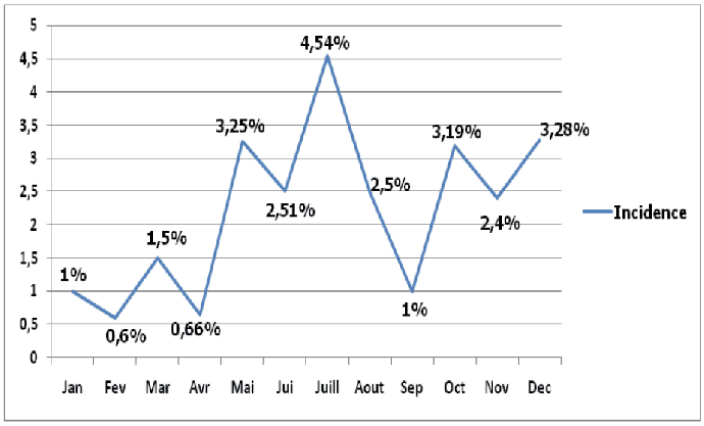


Figure I : L'incidence de l'éclampsie selon les saisons

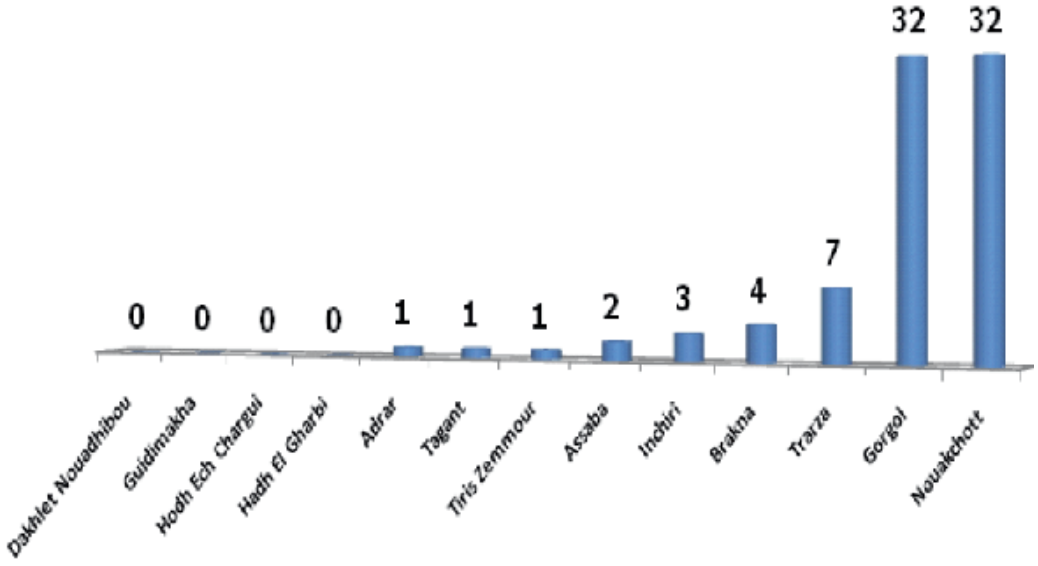


Figure 2 : Répartition des patientes selon la provenance

DISCUSSION :

Selon la littérature, l'incidence de l'éclampsie est comprise entre 0,05 et 1 % [9].

Cette incidence relativement élevée de 2,18 dans notre situation est liée au nombre élevé de malades référées des autres structures sanitaires vers le CHN vu la proximité du service de réanimation, ce qui donne un biais de sélection. la réanimation constitue l'endroit privilégié des éclamptiques [10].

Nous avons constaté une variation d'incidence de l'éclampsie en fonction des périodes de l'année, avec un pic en saison froide 33.73 %. Cet aspect a été rapporté dans les études d'Elongi et autres [11, 12, 13] qui suggéraient qu'il y'aurait une association entre humidité, basses températures et risque de

Theses et Mémoires

survenue d'éclampsie.

Le tableau III illustre la variation de l'incidence selon les pays.

Dans notre série la tranche d'âge la plus touchée est celle inferieure à 25 ans (79,51 %) ; Lankoande au Burkina Faso avait rapporté que 44 patientes (40.7 %) éclamptiques de sa série avaient entre 15 et 19 ans [16].

Dans cette étude, l'âge inférieur ou égal à 25 ans est significativement lié à la survenue des complications maternelles (P=0.023).

La majorité des patientes était de race noire (85.5 %), concordant avec les travaux américains [8, 17, 18, 19, 20]. Mac Kay et al. ont fait la même observation avec une fréquence particulièrement élevée de la pré-éclampsie et des complications materno-foetales chez les femmes afro-américaines par rapport aux femmes de race blanche [21].

Deux tiers des patientes étaient des primipares (70 %) ; la primiparité était significativement liée à la survenue des complications maternelles (P=0.014).

Dans une étude cas témoins comparant des patientes ayant eu une éclampsie à des femmes qui menaient une grossesse normale, les antécédents de gestité protègent contre la survenue d'une crise lors d'une grossesse ultérieure [17].

En ce qui concerne le suivi prénatal, 40 % des grossesses étaient mal suivies alors que 30 % des patientes n'avaient aucune CPN et le pronostic maternel était mauvais pour ces dernières (P=0.001).

L'absence de suivi des grossesses semble constituer un facteur de risque de la survenue de l'éclampsie [10]. Dans une étude multicentrique récente de 24 pays, l'absence de CPN a été retrouvée comme un facteur de mauvais pronostic [22]. Un mauvais suivi obstétrical a été décrit par certains auteurs comme facteur de risque de survenue de l'éclampsie [23, 24].

Ce travail confirme les données épidémiologiques classiques caractérisant l'éclampsie, à savoir une primipare jeune porteuse d'une grossesse près du terme et mal ou non suivie.

L'examen clinique trouve que 78,3 % des patientes avaient une PAS > 160 mmHg, dont 53 % avaient une PSA > 180 mmHg. Deux patientes avaient une PAS normale, malgré la notion d'une crise convulsive et l'élévation de la PAD avec 51,8 % qui avaient une PAD > 110 mmHg ; 39,8 % entre 90 et 110 mmHg. Nos résultats sont contrastant avec ceux trouvés par Turck qui rapporte un taux de 61 % des éclamptiques ayant une PA systolique supérieure à 160 mmHg, dont 29 % avaient PSA supérieure ou égale 180; 32 % entre 140 et 160 mmHg ; 25 % des ces patientes avaient une PA diastolique supérieure à 110 mmHg, 53 % entre 90 et 110mmHg [25].

Toutes les patientes ont été initialement prises en charge au service de la maternité du CHN

Tableau II : Comparaison des pourcentages de la présence ou non des complications en fonction des facteurs pronostiques

Facteurs Pronostiques (N = 83)	présence de complications	absence de complications	p
Age			
≤ 25 ans (66)	8 (45.45%)	58 (84%)	0,023
> 25 ans (17)	6 (54.54%)	11 (16%)	
Parité			
Primipares (55)	6 (36.36%)	49 (71%)	0,014
Paucipares (19)	4 (27.27%)	15 (21.7%)	
Multipares (9)	4 (36.36%)	5 (7.3%)	
ROT :			
Normaux (61)	4 (28.57%)	57 (79.2%)	0,012
Anormaux (22)	7 (50%)	15 (2.8%)	
Evacuation			
Evacuées (58)	13 (92.85%)	45 (65.3%)	0,040
Non évacuées (25)	1 (7.69%)	24 (34.7%)	
Déficit moteur			
Oui (3)	3 (21.42%)	80 (96.4%)	0.000
Non (80)	0 (0%)	3 (3.6%)	

Tableau III : L'incidence de l'éclampsie selon les pays

Auteur	Pays	Année	Incidence %
Ben Salem [13]	Tunisie	2003	0.18 %
Liu [14]	Canada	2010	0.57 ‰
Ducarme [15]	France	2009	0.81 ‰
Notre série	**Mauritanie**	**2015**	**2.18 %**

Tableau IV : Taux de mortalité maternelle en rapport avec l'éclampsie

Auteurs	Pays	Année	%
Turck [25]	France	2011	1.45%
Knight [43]	Royaume-Uni	2007	0%
Diouf A. [45]	Sénégal	2013	1.62%
Dia EM [46]	Égypte	2011	3.9%
Notre série	**Mauritanie**	**2015**	**7.22%**

dont 56.62 % ont ensuite été prises en charge à la réanimation. Ces patientes hospitalisées en réanimation (47 patientes) avaient bénéficié de remplissage par SSI 0,9 %, soit 56.66 %. Ringer lactate et Sérum Salé Isotonique a été la solution de remplissage pour les hospitalisées dans le service de gynéco-obstétrique. La pré-éclampsie sévère peut conduire à un état d'hypovolémie relative, avec hémoconcentration [26]. Cette hypovolémie peut induire une hypotension artérielle sévère, lors de l'instauration d'un traitement vasodilatateur [27]. Ceci a conduit certains auteurs à préconiser un remplissage vasculaire [28]. Par ailleurs, Duley L. dans une méta-analyse dont l'objectif était d'évaluer l'effet du remplissage vasculaire sur la morbi-mortalité maternelle, n'a pas pu conclure quant au bénéfice de l'expansion volumique [29].

Dans le présent travail, 77 patientes soit 92,77 % ont bénéficié d'un traitement à base de sulfate de magnésium.

Ce traitement a été proposé par voie intrathecale dès 1906, puis par voie veineuse a partir de 1925. Son utilisation s'est répandue à la suite des travaux de Pritchard [30].

En cas de pré-éclampsie sévère, la prévalence de l'éclampsie est beaucoup plus importante, passant de 0,3 à 0,8 % en cas de prévention par le sulfate de magnésium et de 2 à 3 % en son absence [31, 32, 33].

Duley et al. ont prouvé en 2005 la supériorité du MgSO4 en cas d'Eclampsie [34] comparé au diazépam, à la phenytoıne et au cocktail lytique (chlorpromazine, prométhazine, pethidine) [35, 36].

Abd El Aal et al. [37] a rapporté que le sulfate de magnésium avait contrôlé les crises convulsives pour ses patientes dans 98 % avec seulement 2 % de récurrences.

Dans notre étude, on a eu recours au méthyle-dopa seul chez 6 patientes soit 7,22 % des cas, à la Nicardipine injectable seule dans 73,49 %, avec relai oral par méthyle-dopa, en association chez 5 patientes soit 6,02% ; lors qu'on les a utilisées en trithérapie avec un bétabloquant pour une patiente.

Ce traitement vise essentiellement la prévention des complications maternelles mais il n'empêche pas la survenue des complications fœtales. Les risques d'une pression artérielle élevée chez l'éclamptique ainsi qu'au cours de la pré-éclampsie sévère sont d'ordre vital : complication neurologique (AVC, œdème cérébral), défaillance cardiorespiratoire, IRA. Le control de la pression artérielle constitue ainsi une priorité thérapeutique [38].

Dans notre série, le taux de césarienne était de 87.5% avec comme principale indication le sauvetage maternel. La voie d'accouchement privilégiée en dehors du travail reste pour beaucoup d'auteurs la césarienne [39]. Une revue de la littérature concernant les séries publiées sur l'éclampsie montre que les taux de césariennes varient entre 64 et 79 % [18],[40]. Dans la série de Ben Salem le taux de césarienne était de 68% des cas [13].

La mortalité maternelle dans notre série était de 7,22 % et elle est significativement associée au non suivi de grossesse (P=0,001) et au mauvais état neurologique à l'admission (un score de GLASGOW ≤9) avec p=0,04.

L'éclampsie constitue la 1ère cause de décès maternels au CHN, où elle représente 42.85% des décès maternels durant la période d'étude.

La pré-éclampsie/ éclampsie est l'une des 3 principales causes de morbidité et mortalité maternelle dans le monde [41].

Les complications liées à l'HTA gravidique sont incriminées dans 12 % des cas de mortalité maternelle globale [42]. 10 % -15 % de ces décès, soit environ 1.5 décès pour 100 000 naissances vivantes, sont dus à la pré-éclampsie/ éclampsie [43, 44]. L'éclampsie est responsable de 50 000 décès par an dans le monde [6].

La mortalité maternelle dans notre série était de 7,22 %. Elle est significativement associée au non suivie de grossesse (P=0,001) et au mauvais état neurologique à l'admission (un GLASGOW ≤ 9) (p=0,04).

L'éclampsie constitue la 1ere cause de décès maternels au CHN, où elle représente 42.85 % des décès maternels enregistrés durant la période d'étude.

La mortalité maternelle liée à l'éclampsie est aujourd'hui faible dans les pays européens entre 0 et 1,8 % grâce à une prise en charge rapide et adaptée

[5, 6], alors qu'elle varie entre 14 et 15,6 % dans les pays en voie de développement [26]. (Tableau IV):

La mortalité maternelle par éclampsie est résumée par le (tableau IV).

Le tableau IV montre le taux de mortalité maternelle en rapport avec l'éclampsie :

Dans notre série, 14 patientes, soit 17 % des cas ont développé au moins une complication.

- Dont 2 HELLP syndrome (14%).
- 1 OAP (7%)
- 2 AVC hémorragiques (14%) prouvés radiologiquement
- 1 œdème cérébral (7%)
- 1 HRP (7%)
- 7 IRA (50%)

La morbidité maternelle reste importante et les complications maternelles sont significativement plus fréquentes dans les éclampsies du péripartum [2].

L'éclampsie est l'étape ultime de la maladie gravidique. C'est un accident systémique qui s'accompagne le plus souvent d'un cortège de complications, rendant le pronostic encore plus défavorable. Le syndrome HELLP (8 %), l'insuffisance rénale aigue (8 %), l'hématome rétro placentaire (6 %) sont souvent retrouvés par d'autres auteurs; leur fréquence paraît être élevée en antépartum [39, 9, 47]

Dans la série de Sibai portant sur 400 cas, il avait retrouvé 10 % d'HRP ou de HELLP, 7 % d'inhalation, 6 % de CIVD et 12 cas d'arrêt circulatoire dont 4 irréversibles [5]

Ce taux, relativement moins élevé par rapport aux autres études, peut s'expliquer par la fréquence de l'éclampsie du postpartum dans notre série : du fait de l'absence de grossesse, elle est globalement de meilleur pronostic comparée aux autres moments de survenue [48, 49].

Dans notre étude, le taux de prématurité était de 39,47 %. Le retard de croissance intra-utérin, conséquence de la souffrance fœtale chronique a concerné 18,42 % des nouveau-nés contre 4,76 % ou 3,2 % rapportés par d'autres auteurs [45]. Une des explications semble être le retard au diagnostic qui est parallèlement corrélé à la qualité du suivi des grossesses. En effet, seul 30 % des grossesses étaient bien suivies dans notre série. La mortalité et la morbidité périnatales restent toujours élevées avec une mortalité périnatale variant entre 6 et 11,8 % qui sont essentiellement liées aux complications de la prématurité induite, des HRP et des RCIU [7, 8, 50, 51].

Dans notre série, la fréquence de la mortalité périnatale était de 8,43 %, taux relativement bas par rapport aux résultats trouvés par Diouf. A [45] au Sénégal (11.29 %), ce qui peut être expliqué par le nombre élevé des cas d'E de post partum.

CONCLUSION :

L'incidence de l'éclampsie reste élevée dans notre pays.

Les facteurs de risques sont dominés par la parité, le niveau socioéconomique bas et le mauvais suivi de la grossesse.

L'amélioration du pronostic passe par la prévention avec un suivi précoce et régulier des gestantes et l'intensification des consultations prénatales de qualité avec dépistage précoce des grossesses à risque

Au terme de notre étude, les recommandations suivantes sont proposées. Ces recommandations s'adressent :

Au Ministre de la Santé :

- Mettre en place des moyens d'évacuation rapides et médicalisés avec des fiches de transfert contenant les indications.
- Créer un réseau d'unités de réanimation couplées avec les maternités des hôpitaux régionaux du pays, avec un personnel qualifié.
- Former dans les plus brefs délais les personnels qualifiés pour ces unités.
- Assurer la formation continue de ces personnels.
- Exiger des CPN de qualité avec des paramètres bien définis.
- Multiplication des maternités périphériques avec équipements humains et matériels.
- Education, sensibilisation communautaire.

Aux autorités administratives :

- Inciter et encourager la création d'associations communautaires de lutte contre la mortalité maternelle et l'HTA gravidique.
- Une collaboration avec les autres ministères pour l'amélioration du niveau socioéconomique et éducatif des parturientes et de la population générale.

Aux prestataires de service sanitaire :

- Sensibiliser les femmes enceintes sur le bien fondé des CPN.
- Assurer un mode de communication entre le centre de référence et ses établissements satellites (régionalisation des soins) qui peut être amélioré grâce à l'utilisation de la liaison téléphonique pour annoncer la venue de l'urgence et donner le temps à l'équipe obstétricale de bien s'organiser pour accueillir la patiente dans les meilleures conditions.
- La collaboration interprofessionnelle, et la réalisation des staffs multidisplinaires.
- Disponibilisation des traitements nécessaires en urgence de façon gratuite.
- Disponibilisation des moyens de surveillance dans toutes les maternités et en salle d'accouchement.
- Surveillance étroite de toute patiente avec pré-éclampsie sévère en milieu hospitalier.
- surveillance de toute pré-éclampsie en post-partum à court ou à long terme.
- Assurer le suivi du travail et de l'accouchement.
- Référer ou évacuer les gestantes à temps.

Références

[1]. Pottecher T, Luton D, Zupan V, Collet M. Multidiscipli-nary management of severe pre-eclampsia (PE). Experts' guidelines 2008. Ann FrAnesthReanim 2009; 28:275–81.

[2]. Mattar F, Sibai BM. EclampsiaVIII.Risk factors for maternal morbidity.Am J ObstetGynecol 2000;182:307-12.

[3]. WHO. Recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia, WHO 2011.

[4]. Nicholas J,Kassebaum et al., Global regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, www.thelancet.com Published online May 2, 2014: 60696-6(http://dx.doi.org/10.1016/ S0140- 6736(14)).

[5]. Sibai BM. Diagnosis, prevention and management of eclampsia. Lancet 2005; 105: 402-10.

[6]. Duley L. Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean.Br J ObstetGynecol 1992;99:547.

[7]. Leitch CR, Cameron Ad, Walker Jj. The changing pattern of eclampsia over a 60-year period. Br J ObstetGynecol 1997;104:917–22.

[8]. Sibai BM. Eclampsia, Maternal-perinatal outcome in 254 consecutive cases. Am J ObstetGynecol1990;163:49-54.

[9]. Lopez-Llera M. Main clinical types and subtypes of eclampsia. Am J ObstetGynecol 1992;166:4–9.

[10]. Collange O, Launoy A, Kopf-Pottecher A, DietemannJl, Pottecher T. Recommendations formalisées d'experts. Eclampsie.Ann Fr. AnesthReanim 2010;29:75-82.

[11]. Elongi JP, Tandu B, Spitz B, Verdonck F. Influence de la variation saisonnière sur la prévalence de la prééclampsie à Kinshasa. GynecolObstetFertil 2011; 39(3):132-135.

[12]. Sabiri B, Moussalit A, Salmi S, El Youssoufi S, Miguil M. Post-partum eclampsia: epidemiology and prognosis. J GynecolObstetBiolReprod 2007;36:276–80.

[13]. Ben Salem F, Ben Salem K, Grati L, Arfaoui C, et al. Les facteurs de risqued'éclampsie : étude cas-témoins. Ann FrAnesthReanim 2003; 22:865-869.

[14]. Liu S, Joseph K.S, Bartholomew S, ET AL. Temporal trends and regional variations in severe maternal morbidity In Canada, 2003 to 2007.J Obst et Gynecol Canada 2010;32: 847–55.

[15]. Ducarme G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M. Éclampsie : étude rétrospective de 16 cas. GynecolObstretFertil 2009;37:11—7.

[16]. Lankoande J, Toure B, Ouedraogo A, et al. Les éclampsies à la maternité du centre hospitalier national YALGADO OUEDRAOGO de OUAGADOUGOU (BURKINA FASO).Médecine d'Afrique Noire 1998 : 45.

[17]. Abi-Said D, Annegers JF, Combs-Cantrell D, Frankowski RF, Willmore LJ. Case-control study of the risk factors for eclampsia. Am J Epidemiol 1995;142:437–41.

[18]. Noraihan MN, Sharda P, Jammal AB. Report of 50 cases of eclampsia. J ObstetGynecol Res 2005;31:302–9.

[19]. Irwin DE, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Andre St KA. The risk of pregnancyinduced hypertension: black and white differences in a military population. AmJ Public Health 1994;84:1508–10.

[20]. Knuist M, Bonsel GJ, Zondervan HA, Treffers PE. Risk factors for preeclampsia in nulliparous women in distinct ethnic groups: a prospective cohort study. ObstetGynecol 1998;92:174–8.

[21]. Mac Kay AP, Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy-related mortality from pree-clampsia and eclampsia. ObstetGynecol 2001;97:533–8.

[22]. Bilano VL, Ota E, Ganchimeg T, Mori R, Souza JP (2014) Risk Factors of PreEclampsia/Eclampsia and Its Adverse Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A WHO Secondary Analysis. PLoS ONE 9(3): e91198. doi:10.1371/journal.pone.0091198

[23]. Sabiri B, Moussalit A, Salmi S, El Youssoufi S, Miguil M. Post-partum eclampsia: epidemiology and prognosis. J GynecolObstetBiolReprod 2007;36:276–80.

[24]. Biswas A, Modak R, Baksi S, Biswas S. Epidemiological study of eclampsia in a referral teaching hospital. J Indian Med Assoc 2005;03. 323–4, 326.

[25]. TURCK M, CARLES G, ELGUINDI W, HELOU G, ALASSAS N, DREYFUS M. Soixante-neuf éclampsies consécutives: signes

annonciateurset circonstances de survenueJGynecolObstetBiolReprod 2011 ; 40 : 340-47
[26]. NHBPEP. Report of High Blood Pressure in Pregnancy.Am J ObstetGynecol 2000; 183:1-22.
[27]. Anonyme. Prise en charge d'une forme sévère de preéclampsie Protocoles 2007. MAPAR 2007: 411-14.
[28]. Heilmann L, Gerhold S, Von TempelhoffGf, Pollow K. The role of intravenous volume expansion in moderate preeclampsia.ClinHemorheolMicrocirc 2001; 25: 83-9.
[29]. Duley L, Williams J, Henderson-Smart Dj. Plasma volume expansion for treatment of women with preeclampsia.CochraneDatabaseSystRev 2000; 2:CD001805.
[30]. Anonyme. Réanimation des formes graves de pré éclampsie. Conférence d'experts de la SFRA. Paris: Elsevier, Paris; 2000.
[31]. Coetzee Ej, Dommisse J, Anthony Ja. Randomised controlled trial of intravenous magnesium sulphate versus placebo in the management of women with preeclampsia.Br J ObstetGynaecol 1998; 105:300–3.
[32]. Magpie trial collaborative group. Do Women with preeclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? A randomized placebo-controlledtriel. Lancet 2002; 359: 1877-90.
[33]. Belfort Ma, Anthony J, Saade Gr, Allen Jc. A comparison of magnesium sulfate and nimodipine for the prevention of eclampsia. N Engl J Med 2003; 348: 304-311.
[34]. Duley L. Evidence and practice: the magnesium sulphate story. Best Pract Res ClinObstetGynaecol 2005;19:57–74.
[35]. Begum MR, Begum A, Quadir E. Loading dose versus standard regime of magnesium sulfate in the management of eclampsia: a randomized trial. J ObstetGynaecol Res2002;28:154–9.
[36]. Domisse J. Phenytoin and magnesium sulfate in themanagement of eclampsia. Br J ObstGynaecol 1990;97:104–9.
[37]. Abd El Aal DM, Mohamed SA, Amin AF, Yousef MA, Za-rihZE. Management of eclampsia in Assiut university hospital.J Egypt SocObstetGynecol 1999;25(10–12):873–88.
[38]. Boutroy Marie-jeanne. Utilisation des antihypertenseurs en obstétrique. Obstétrique (5-036-A-20).
[39]. Duley L,Henderson-Smart D. Magnesiumsulphate versus diazepam for eclampsia. Cochrane Database Syst Rev 2003; 4:CD000127.
[40]. Mahmoudi N, Graves SW, Solomon CG, Repke JT, Seely EW. Eclampsia: a 13-year experience at a United States tertiary care center. J Womens Health Gend Based Med 1999;4:495–500.
[41]. Ghulmiyyah L, Sibai B. Maternal mortality from Preeclampsia/Eclampsia. SeminPerinatol 36:56-59 © 2012 Elsevier Inc. All rights reserved.
[42]. NandiniR, Melissa I. March, Hacker M Ret all. Adverse maternal and fetal outcomes and deaths related to preeclampsia and eclampsia in Haiti. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 2014:4 279–86.
[43]. World Health Organization. Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank.Published 2007.
[44] MacKay A, Berg CJ, AtrashHK. Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia. ObstetGynecol 2001;97(4):533–8.
[45] Diouf AA, Diallo M, Mbaye M, et al. Profil épidémiologique et prise en charge de l'éclampsie au Sénégal: à propos de 62 cas. Pan AfricanMedical J 2013;16:83
[46] Dia E.M., El AalA , Ahmed YS. Management of eclampsia at Assiut University Hospital, Egypt. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2012;116:232–36.
[47] Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. BMJ 1994;309:1395-400.
[48] Berkane N. Définitions et conséquences des hypertensions artérielles de la grossesse. Ann Fr AnesthReanim 2010;29:1-6.
[49] Zupan-Simunek V. Pronostic des nouveau-nés de mère pré-éclamptique. Ann Fr AnesthReanim 2010;29(5):35-9.
[50] Jabnoun S, Chnayna J, Kacem S, Mokrani C, ChabchoubA,Khroufen A. Le devenir néonatal des grossesses compliquées detoxémie gravidique au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.Maghreb Médical 2001l; 395:21.
[51] Moller B, Lindmark G. Eclampsia in Sweden, 1976–1980. ActaObstetGynecolScand 1986;65:307–14



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Brèves Communications

Pyoderma gangrenosum : à propos de 4 cas avec revue de la littérature.
Pyoderma ganrenosum : about 4 cases with revised literature.

Auteurs :
Salma Yahya[1], Mariem Kebe[1], Mamadou Ball[1] , Alain Taieb[2].

Auteur correspondant :
Salma Yahya
E-mail : Salmayahya@yahoo.fr

Services :
[1]Service de Dermatologie-CHN. Nouakchott. Mauritanie
[2]Servide de Dermatologie-Bordeaux. France.

Article Info

Soumis :
le 24/08/2016
Dernière correction :
le 09/02/2017
Accepté :
le 12/04/2017

Résumé

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare, d'étiologie encore incertaine ; il est caractérisé par des ulcérations cutanées aseptiques et chroniques. Il est parfois associé à une maladie systémique, essentiellement, digestive, rhumatismale ou hématologique .Nous rapportons 4 observations de PG qui ont posé un problème diagnostique et/ou thérapeutique

Mots clés : pyoderma ganrenosum, dermatose neutrophilique, ulcérations cutanées

Abstract

Pyoderma gangrenosum (PG) is a rare neutrophilic dermatosis, of uncertain etiology; It is characterized by aseptic and chronic cutaneous ulcerations. It is sometimes associated with a systemic disease, essentially, digestive, rheumatic or haematological. We report 4 observations of PG which presented a diagnostic and/or therapeutic problem

Key words : Pyoderma gangrenosum(PG), neutrophilic dermatosis , skin ulcers

Introduction

Le pyodermagangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare, dont l'étiologie reste incertaine [1]. Il est caractérisé par des ulcérations cutanées aseptiques et chroniques. Dans plus de 50 % des cas le PG est associé à une maladie systémique, essentiellement, digestive, rhumatismale ou hématologique [1, 2, 3].

Nous rapportons 4 observations de PG qui ont posé un problème diagnostic et/ou thérapeutique.

Observation N°1

Mr A.K, patient, âgé de 38 ans, instituteur, consulte pour un placard inflammatoire du flanc droit évoluant depuis 2mois. Son histoire remonte à 9 ans marquée par l'apparition de plusieurs lésions similaires à la lésion actuelle, localisées à divers endroits du corps. Il a eu recours à diverses thérapeutiques modernes et traditionnelles sans amélioration notable. Les lésions se sont cicatrisées très lentement au bout de plusieurs mois.

A l'examen clinique on note l'existence d'un placard inflammatoire localisé au niveau du flanc droit, centré par une ulcération, mesurant 80 × 120mm (Figure1,a), entourée d'une bordure nécrotique avec un discret suintement purulent. Le placard est douloureux mais il y'a pas de fièvre. Le bilan biologique pratiqué (NFS, VS CRP prélèvement bactériologique) est normal. La biopsie cutanée n'a pas été pratiquée. Le diagnostic de pyodermagangrenosum est porté. La corticothérapie par voie générale à la dose de 1 mg/kg/J n'apporte pas d'amélioration. C'est à la suite de cet échec thérapeutique et avec l'appui des laboratoires Jansen par l'entremise du Pr Taieb qu'un traitement par Stelara (ustekinumab) 90mg est institué avec 3 injections à un mois d'intervalle. Un mois après la dernière injection, une nette amélioration est observée avec cicatrisation quasi complète de la lésion du flanc (Figure1,b). Reparti chez lui, le patient nous informe de la cicatrisation complète du placard sans apparition de nouvelles lésions. .



Figure 1a : placard inflammatoire du flanc droit (a).



Figure 1b : Cicatrisation quasi complète de la lésion du flanc(b).

Observation N° 2

Mme E.F. est une patiente âgée de 47 ans, hospitalisée pour des lésions ulcéro-nécrotiques diffuses. Son histoire remonte a 4 mois par l'apparition de lésions papulo-nodulaires diffuses qui s'ulcèrent rapidement. Elle a été hospitalisée au CHU Le Dantec au Sénégal où le diagnostic de panniculite a été évoqué mais les explorations pratiquées étaient négatives (bilan immunologique : anticoprs anti ECT, anticoprs anti-ADN, puis anti ECT, et anti ANCA. Le bilan à la recherche d'atteinte pancréatique : alpha 1 antitrypsine, amylaséemie, lipaséemie. A l'examen on note des lésions ulcéro-nécrotiques avec des bords surélevés et infiltrés par endroits (Figure 2,a). La taille des lésions est variable de 4 cm atteignant 16cm de longueur pour les plus grandes. Elles sont localisées aux seins, membres supérieurs et membres inférieurs ou les lésions sont très profondes (Figure2,b). En raison de la chronicité des lésions et de la présence de clapiers purulents par endroit, le diagnostic de pyodermagangrenosum a été porté. Une numération formule sanguine faite a objectivé une hyperleucocytose à polynucléose neutrophile et une anémie normochrome normocytaire régénérative à 5,7g/l. La biopsie cutanée a montré un infiltrat inflammatoire dense à PNN avec des signes de nécrose. L'électrophorèse des protéines objective une hypogammaglobulinémie d'allure hétérogène. Sous traitement par Prednisone (Cortancyl) à la dose de 1 mg/kg/J puis à 1,5 mg/kg/j, aucune amélioration notable n'a été notée. Un essai de traitement par la Dapsone n'apportant pas de résultat, elle a reçu des bolus de méthylprednisolone : solumedrol® à raison de 1 g/j pendant 3 jours. Un prélèvement bactériologique fait a objectivé la présence de Pseudomonas aeruginosa , la patiente été mise sous ciprofloxacine et amoxiciline-acide clavulanique. Après trois jours de traitement antibiotique, l'aspect des lésions était inchangé, la température était toujours élevée à 39-40 et son état général s'était détérioré. Elle est décédée dans un tableau de choc septique.

Observation N° 3

Mme C.D est une patiente âgée de 25 ans qui consulte pour une lésion de la jambe gauche évoluant depuis environ 8 mois. A l'interrogatoire, elle rapporte l'existence de plusieurs lésions similaires sur les membres inférieurs, de taille plus petite, évoluant sur plusieurs mois, laissant place à des cicatrices atrophiques hypopigmentées (figure3) par endroit. Plusieurs traitements avaient été prescrits, notamment des antibiotiques, sans amélioration notable. A l'examen, on note sur la face antero interne de la jambe gauche une lésion ulcéro-nécrotique (Figure3), à bords irréguliers et, surélevés mesurant environ



Figure 2 : lésions ulcéro-nécrotiques.

5 cm sur son grand axe. Les examens complémentaires pratiqués (NFS, Dosage des immunoglobulines, electrophorèse de l'hémoglobine) ne révèlent aucune particularité. Le diagnostic de pyodermegangrenosum ayant été évoqué, la patiente est mise sous corticothérapie générale à la dose de 1 mg/kg/j. sous ce traitement accompagné d'une surveillance clinique de la corticothérapie, l'évolution est rapidement favorable et une cicatrisation complète de la lésion est notée au bout de 3 mois (figure3).

Observation N° 4

Mr MA, patient âgé de 47 ans consulte pour une ulcération du tronc. Son histoire remonte à 2 mois marquée par l'apparition d'une ulcération au niveau du tronc ce qui l'a amené à consulter à l'hôpital d'Aioun ou il a bénéficié d'un débridement chirurgical qui a aggravé la lésion. A l'examen on note une vaste ulcération superficielle propre mesurant 170 cm / 100 cm, avec bordure sous minée et des clapiers purulents, localisée au niveau du tronc (figure4). Les examens complémentaires (NFS, CRP, Ionogramme sanguin, glycémie à jeun, sérologie HIV) sont normaux. Le diagnostic de pyodermagangrenosum est évoqué et le patient est mis sous corticothérapie par voie général à la dose de 1 mg/kg/J avec une bonne évolution et cicatrisation complète de la lésion. (Figure 4)

Discussion :

Décrite en 1930 par Brunsting, Goeckerman et O'Leary, le pyodermagangrenosum est une dermatose neutrophilique rare, dont l'incidence est estimée à deux cas par an par million de personnes[2, 4, 5]. En Mauritanie l'incidence de PG n'est pas connue



Figure 3 : lésion ulcéro-nécrotique avec évolution vers la cicatrisation complète.

avec précision et aucun cas n'a été rapporté à notre connaissance.

Nous rapportons quatre cas de PG ; deux hommes et deux femmes, dont l'âge se situe entre 25 et 47 ans. Dans la littérature le PG est plus fréquemment observé chez les femmes et il touche surtout l'adulte entre 25 et 55 ans. [5, 6, 7, 8].

Le diagnostic clinique de PG est basé sur les caractères de l'ulcération (ulcération bien limitée, peu profonde, ses bords sont réguliers et surélevés, sous miné par des clapiers purulents, entourés d'un bourrelé inflammatoire) [1, 4, 5, 8].

Dans la littérature, les lésions de PG siègent préférentiellement aux membres inférieurs (75 à 80 %) puis par ordre de fréquence décroissante sur le tronc, le cou, les membres supérieurs, les organes génitaux externes. [9,10] Le phénomène de pathergie (apparition ou reproduction des lésions sur une



Figure 4 : Vaste ulcération superficielle propre .Evolution vers la cicatrisation sous traitement

zone traumatisée), est retrouvé dans 5 à 20 p. 100 des cas [9,10].

Pour notre premier patient le diagnostic de PG a été porté tardivement après 9 ans d'évolution bien qu'il ait présenté une forme typique de PG avec des ulcérations superficielles et des clapiers purulents, entourée d'un halo inflammatoire. Le retard du diagnostic est certainement lié à la méconnaissance de cette affection, le patient ayant consulté auprès de plusieurs structures médicales nationales de différents niveaux.

Le 2e cas a présenté une forme aigue et grave de PG avec des lésions nécrotiques et diffuses. Le 3ème cas s'est présenté sous la forme d'une lésion ulcéro-nécrotique localisée sur la jambe gauche. Le 4ème cas a présenté une ulcération rapidement extensive, aggravée par le débridement chirurgical ce qui illustre le phénomène de pathergie.

Chez nos patients aucune cause de PG n'a été retrouvée. Notre deuxième cas a présenté une hypogammaglobulinémie à l'EPP mais malheureusement celle-ci n'a pas été explorée par l'Immunofixation des protéines sériques, et le dosage pondéral des immunoglobulines notamment les IgA et IgM) par manque de moyens. Cette hypergammaglobulinémie peut s'expliquer par la déperdition protéique en rapport avec les lésions cutanées très étendues.

Ruocco et al [2] rapportent que le PG serait idiopathique dans 20 à 50 % des cas, et dans la série de Garcia-Rabasco et al [4] le PG n'était pas associé à une maladie systémique dans 33 % des cas. Selon d'autres auteurs dans plus de 50 % des cas le pyodermagangrenosum est associé à une maladie sous-jacente [2, 11, 12]. Cette maladie peut précéder le pyodermagangrenosum, mais celui-ci peut aussi la révéler ou la précéder. Il s'agit des maladies inflammatoires digestives (un tiers des cas), essentiellement la maladie de Crohn et RCH. Des rhumatismes inflammatoires (Polyarthrite séronégative, Polyarthrite rhumatoïde), des gammapathies monoclonales à IgA, Des affections hématologiques et néoplasiques (LMA et LMC,lymphomes …) [9, 10, 11].

Concernant l'évolution de PG, trois de nos patients ont rapporté la notion d'épisodes antérieurs de lésions similaires, avec des remissions plus ou moins longues. Dans la littérature l'évolution de pyodermagangrenosum est chronique, par poussées intermittentes dont le nombre est variable [8,9]. Cette évolution peut être aggravée par une intervention chirurgicale intempestive en raison du phénomène de pathergie tel qu'on l'a observé au cours du quatrième cas.

Le traitement de PG n'est pas codifié du fait de sa faible incidence et de l'absence d'études randomisées. [3,5].

Concernant nos patients ils ont été traités par la corticothérapie systémique en première intention. Le premier patient suite à l'échec de la corticothérapie, a été mis sous Selaru (ustekinumab) 90 mg, avec une très bonne évolution et une cicatrisation complète de lésions. Il s'agit du premier cas traité par la biothérapie en Mauritanie, car ce traitement n'est pas disponible dans notre pays. Notre

deuxième patiente a présenté une forme grave de PG avec une atteinte très extensive, elle n'a pas répondu au traitement par corticoïdes oral ni au bolus de corticoïdes avec une évolution fatale en quelque jours. Par contre la troisième et le quatrième cas ont bien évolué sous corticothérapie orale avec une cicatrisation des lésions.

Ceci rejoint les données de la littérature car la plupart des auteurs recommandent la corticothérapie par voie systémique en première intention [2, 3, 6, 7, 12, 13]. Les immunosuppresseurs tels que la ciclosporine sont également utilisés avec un certain degré de succès, mais leur utilisation et limitée par leurs effets secondaires graves : diabète induit, HTA et néphrotoxicité [12].

La biothérapie par les anti TNF alfa a été plus récemment utilisée avec succès par de auteurs. Plusieurs études ont prouvé l'efficacité de l'infliximab [14, 15] et de adalimumab [16, 17], mais infliximab est la seule molécule testée dans une étude randomisée, contrôlée[15].

A notre connaissance seuls deux cas documentés de PG multirésistants ont été traités par ustekinumab avec succès [18, 19]. Il s'agit d'un anticorps humain anti-IL12-IL23 qui agit en amont de la production de TNF alfa , bloquant la maturation des lymphocytes TH17 qui sont importants dans l'immunité des barrières épithéliales, en particulier pour recruter les neutrophiles[18] .l'infliximab et l'adalimumab ont donné des résultats prometteurs mais L' l'ustekinumab pourrait constituer une alternative pour le traitement du PG, si une étude randomisée confirmait l'efficacité, observée par notre observation 1.

Conclusion

La pyodermaganrenesum est une affection inflammatoire rare, qui est encore méconnue dans notre pays, ce qui explique en partie la rareté des cas rapportés. Nos 4 observations confirment l'efficacité de la corticothérapie dans certaines formes ainsi que l'efficacité de l'ustekinumab dans les fromes résistantes de PG.

Références

[1]. Jeffrey P Callen. Pyodermagangrenosum. The Lancet, Volume 351, Issue 9102, 21 February 1998, Pages 581–585.

[2]. Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG. Pyoderma gangrenosum: an updated review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23:1008-17.

[3]. Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, Tilgen W. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: an evidence-based review of the literature based on more than 350 patients. J Am Acad Dermatol. 2005;53:273-83.

[4]. Garcia-Rabasco AE, Esteve-Martinez A, Zaragoza-Ninet V and all. Pyoderma gangrenosum associated with hidradenitis-suppurativa: a case report and review of the literature. Actas Dermosifiliogr.2010;101:717-21.

[5]. Miller J, Yentzer BA, Clark A, Jorizzo JL, Feldman SR. Pyoderma gangrenosum: a review and update on new therapies. J Am AcadDermatol. 2010;62:646-54.

[6]. J.A. Suárez-Pérez, E. Herrera-Acosta, N. López-Navarro, and all. Pyoderma Gangrenosum, A Report of 15 Cases and Review of the Literature. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:120-6. - Vol. 103 Num.02 DOI: 10.1016/j.adengl.2011.04.008.

[7]. Crowson AN, Mihm MC, Magro C. Pyoderma gangrenosum: a review. J CutanPathol.2003; 30:97-107.

[8]. Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and treatment of pyoderma gangrenosum. BMJ. 2006;333:181-4.

[9]. Mlika RB, et al. Pyoderma Gangrenosum: a report of 2l cases. Int J Derm 2002;47:65-8.

[10].Mag C, Jones G & Mackay Y G. Pyoderma gangrenosum: a great marauder. Ann PlastSurg, 2002, 48, 546-552.

[11]. Callen JP. Pyoderma gangrenosum. Lancet. 1998;351:581-5.

[12]. Matis WL, Ellis CN, Griffiths CE, Lazarus GS. Treatment of pyoderma gangrenosum with cyclosporine.Arch Dermatol. 1992;128:1060–1064.

[13]. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, et al. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. J Crohns Colitis. 2010;4:63–101.

[14]. Regueiro M, Valentine J, Plevy S, Fleisher MR, Lichtenstein GR. Infliximab for treatment of pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol. 2003;98:1821–1826.

[15]. Brooklyn TN, Dunnill MG, Shetty A, Bowden JJ, Williams JD, Griffiths CE, et-al. Infliximab for the treatment of pyoderm gangrenosum: a randomised, double blind, placebo controlled trial. Gut. 2006;55:505.

[16]. Löfberg R, Louis EV, Reinisch W, Robinson AM, et al. Adalimumab produces clinical remission and reduces extraintestinal manifestations in Crohn's disease: results from CARE. Inflamm Bowel Dis. 2012;18:1–9.

[17]. Zold E, Nagy A, Devenyi K, Zeher M, Barta Z. Successful use of adalimumab for treating fistulizingCrohn's disease with pyoderma gangrenosum: two birds with one stone. World J Gastroenterol. 2009;15:2293–2295.

[18]. Sambourg E.T, Milpied B, Seneschal J, Ezzedine K, Taieb A. Intérêt de l'ustekinumab dans le traitement d'un pyoderma gangrenosum multirésistant. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 2011, (138), Suppl December : A188.

[19]. Ari M. Goldminz, BA, ,Nina C. Botto, MD, Alice B. Gottlieb, MD, PhD. Severely recalcitrant pyoderma gangrenosum successfully treated with ustekinumab . Journal of the American Academy of Dermatology 2012, (67), Issue 5, November, :e237–e238.



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Brèves Communications

Ictère révélant une hyperthyroïdie : A propos d'une observation au Centre Hospitalier National de Nouakchott.

Jaundice revealing hyperthyroidism : About one observation in National Hospital Center of Nouakchott.

Auteurs :
Mohamed L. Dahiya[1], Sidi E. Baba[1], Mohamed M. DAHI[2], Abdelwedoud Sidi[1], Wolo Coulibaly[1].

Auteur correspondant :
Mohamed Lemine Dahiya
E-mail : dahiya.mohamed@yahoo.fr

Services :
[1]Sevice de médecine interne CHN Nouakchott.
[2]Servide ORL CHN Nouakchott.

Article Info

Soumis :
le 19/09/2016
Dernière correction :
le 23/11/2016
Accepté :
le 20/04/2017

Résumé

Introduction :

les atteintes hépatiques au cours des hyperthyroïdies sont diverses et de physiopathologie non élucidée en dehors de celles observées au cours des cardiothyréoses ou liées au traitement. Cette observation décrit un cas d'ictère franc au cours d'une hyperthyroïdie.

Observation :

il s'agit d'une patiente de 60 ans, diabétique équilibrée sous mesures hygiénodiététiques seules. Elle s'est présentée pour un amaigrissement important non chiffré et une asthénie physique. L'examen trouvait un ictère et une tachycardie. La biologie montrait : glycémie à 1.16 g/l, HbA1C à 6.2 %, bilirubine totale à 66 µmols/l, bilirubine conjuguée à 53 µmols/l, bilirubine libre à 13 µmols/l. Le bilan thyroïdien montrait :TSHus < 0,005 mUI/l , FT4 libre à 42.4 pmols/l, Ac anti-TPO à 1268 UI/l (N<12), les Ac antithyroidiens à 8 UI/l (N<35). l'échographie abdominale était dans les normes. l'ictère avait disparu et les bilirubines sont revenus aux normes après un mois sous Carbimazole 50mg/jours.

Conclusion :

la cholestase intrahépatique n'est pas rare au cours des hyperthyroidies.il convient de la rechercher devant une cholestase inexpliquée.

Mots clés :ictère, cholestase, hyperthyroidie.

Abstract

Introduction :

liver damages during hyperthyroidism are miscellaneous and of unexplained pathophysiology beyond those observed in cardiothyreosis or related to treatment. This observation describes a plain jaundice case during hyperthyroidism.

Observation:

She is a 60 year old patient, she is balanced diabetic under hygienic dietary measures alone. She came due to an unencrypted significant weight loss and physical fatigue. Medical examination revealed jaundice and tachycardia. Biology showed: glucose 1.16 g/l, HbA1c 6.2 %, total bilirubin to 66 µmols/l, conjugate bilirubin to 53 µmols/l, free bilirubin to 13 µmols/l. The thyroid examinations showed: TSHus <0.005 mIU/l, free FT4 42.4 pmols/l, anti-TPO Ac 1268 IU/l (N < 12), anti-thyroid Ac 8 IU/l (N < 35) . Abdominal ultrasound was within standards. Jaundice vanished and bilirubin came back to the standards after a month under Carbimazole 50mg/day.

Conclusion:

Intrahepatic cholestasis is not scarce during hyperthyroidism. It should be sought for before an unexplained cholestasis.

Keywords : jaundice, cholestasis, hyperthyroidism.

Introduction :

les hormones thyroïdiennes (HT) jouent un rôle essentiel dans le métabolisme pour répondre aux besoins énergétiques de l'organisme [1].

Le catabolisme des HT périphériques par glucorono- et sulfoconjugaison et par désamination se produit au niveau dufoie. L'excès des HT entraine des anomalies hépatiques qui sont de physiopathologie mal connue jusqu'à nos jours. Parmi ses anomalies on peut citer : l'albuminémie abaissée, l'élévation des transaminases et des Phosphatases Alcalines et l'élévation des Bilirubines [2],[3]. Il s'agit en général d'anomalies minimes sans traduction clinique. Cette observation décrit un cas rare d'ictère franc révélant une hyperthyroidie.

Observation :

il s'agit d'une patiente de 60 ans qui présentait un amaigrissement important non chiffré, une dyspnée à l'effort et une asthénie physique intense. Comme antécédent elle était connue pour un diabète type 2 depuis 1 an équilibré sous mesures hygiéno-diététiques. Il n'y avait pas d'antécédent de tabagisme ni de consommation d'alcool. Elle ne prenait aucun médicament de synthèse ni de phytothérapie. A l'examen elle était apyrétique, il y'avait un ictère franc et une tachycardie. Il n'y avait pas d'exophtalmie ni de goitre. L'abdomen était souple et sans organomégalie. La biologie montrait : TSHus < 0.05 mUI/l, FT4 libre à 42,4 pmol/l (N 9 -20), glycémie à jeun a 1.16g/l, HbA1c à 6.2%, créatininemie à 6 mg/l, CRP à 7mg/l, bilirubine totale à 66 µmol/l, bilirubine conjuguée (directe) 53 µmol/l, Bilirubine libre (indirecte) à 13µmol/l, TGO (ASAT) à 39 UI/l, TGP (ALAT) à 36 UI/l. l'hémogramme : GB à 6000/mm^3, Hb à 11.2 g/dl, VGM à 70 fl et plaquettes à 146 000/mm^3. Les Ac Antithyroglobulines étaient à 8 UI/l(N<35), les AC Antithyroperoxydases à 1268 UI/l (N<12), les Ac Antinucléaires étaient négatifs et l'Ag Hbs était négatif. L'échographie cervicale montrait une thyroïde multinodulaire de volume normal. la scintigraphie n'était pas disponible. L'ECG montrait une tachyarythmie par fibrillation auriculaire (TACFA).

L'échographie cardiaque ne montrait pas de thrombus. La Radiographie du thorax ne montrait pas de cardiomégalie. L'échographie abdominale était normale, le foie était homogène de taille normale. La patiente a été mise sous Carbimazole 50mg /jour. Après un mois de traitement, l'ictère avait disparu et le bilan de contrôle montrait : la bilirubine totale à 17 µmol/l, la bilirubine conjuguée à 12µmol/ l et la TSHus était à 0.05 mUI/l.

Discussion :

notre patiente présentait un amaigrissement important et un ictère. Le bilan hépatique montrait une cholestase intrahépatique sans cytolyse ni perturbation de la fonction hépatique. La tachycardie au repos orientait la demande d'un bilan thyroïdien. L'ECG montrait une tachyarythmie par fibrillation auriculaire (TACFA). Le bilan thyroidien montrait une hyperthyroïdie franche :TSHus < 0.05

mUI/, FT4 libre à 42,4 pmol/l (N 9 -20). Le bilan auto-immun montrait des Ac anti-TPO à 1268 UI/l (N<12) les Ac antithyroïdiens à 8 UI/l (N<35). L'échographie montrait une thyroïde de volume normal multihétéronodulaire. Devant ces données, il s'agit d'un goitre multinodulaire toxique compliqué d'une TACFA. Il n'y avait pas d'insuffisance cardiaque. La radiographie du thorax ne montrait pas de cardiomégalie, l'échocardiographie ne montrait pas de perturbation de la fonction systolique. L'échographie abdominale était dans les limites des normes. Ceci écartait une cholestase par obstacle. Notre patiente ne prenait aucun médicament ni de phytothérapie pour évoquer une étiologie médicamentesue ou toxique. L'AgHbs était négatif. Le taux normal des transaminases écartait toute hépatite aigue infectieuse ou non infectieuse. Devant ces arguments, nous avons retenu une cholestase intrahépatique secondaire à l'hyperthyroidie.

La cholestase sévère au cours de la thyreotoxicose en dehors toute défaillance cardiaque est décrite par Greenberg NJ et col.[4]. Elle n'est pas rare ou cours des hyperthyroïdies. Ashkar FS et col trouvait 33 cas (6.4%) d'ictère dans une série de 570 cas d'hyperthyroïdie[5]. L'ictère n'a pas de corrélation avec l'intensité de la thyreotoxicose, Il s'observe dans les hyperthyroïdies franches [6,7] et il peut s'observer et être révélateur dans les hyperthyroïdies infracliniques [8]. la physiopathologie de la cholestase n'est pas claire. Pour certains auteurs ces anomalies sont l'effet toxique direct des hormones thyroïdiennes sur les hépatocytes [9], pour d'autres auteurs, cette cholestase est la conséquence d'une hypoxie relative des hépatocytes qui ne répondent pas à cette situation de métabolisme accéléré [10]. La prise en charge est étiologique. L'ictère disparait sous Antithyroïdiens de Synthèse (ATS) seules [4],[5],[6]. La Rifampycine est introduite en association avec les ATS par certaines équipes, sans preuve de supériorité [8]. Chez notre patiente, l'ictère a disparu et les bilirubines sont revenues aux normes après un mois sous ATS. Elle à été mise sous Propranolol et AVK par le cardiologue. Une thyroidectomie totale à été réalisée après un an de suivi. En conclusion ce premier cas d'hyperthyroidie révélé par un ictère franc décrit à Nouakchott concorde avec les données de la littérature. La cholestase dans les hyperthyroïdies est une complication bénigne. Elle n'a pas de prise en charge spécifique et répond rapidement au traitement par ATS. Il convient de rechercher une hyperthyroïdie dans les cas d'ictères inexpliqués, avant de demander d'examens coûteux parfois non disponibles (tel que les sérologies virales et ou la recherche d'une auto-immunité), ou invasifs parfois inutiles comme la biopsie hépatique.

Les auteurs de cet article ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

[1]. Wémeau Jean-Louis: les maladies de la thyroide. Elsevier Masson 2010 ;9-10.

[2]. Thompson P, Strum D, Boehm T, Wartosfsky L: Abnormalities of liver function tests in thyrotoxicosis. Mil Med 1978; 143:548-551.

[3]. Sola J, Pardo-Mindan FJ, Zozaya J, Quirga J, Sangro B, Prieto J: Liver changes in patients with hyperthyroidism. Liver 1991; 11:193-197.

[4].Greenberger NJ, Milligan FD, DeGroot LJ, Isselbacher KJ: Jaundice and thyrotoxicosis in the absence of congestive heart failure. A study of four cases. Am J Med 1964;36:840-846.

[5].Ashkar FS, Miller R, Smoak WM, Gilson AJ : Liver disease in hyperthyroidism. South Med J 1971;64:462-465.

[6].Viallard J.F, TABARIN A, Neau D, Longy-Boursier M: Hyperthyroidism with severe intrahepatic cholestatsis. Dig Dis Sci 1999;44:2001-2002.

[7]. Regelmann MO, Miloh T, Arnon R, Morotti R, Kerkar N and Rapaport R: Grave's Disease Presenting with Severe choléstatsis. Thyroid 2012; 22;4:437-439.

[8].Soylu A, Taskale MG, Ciltas A, Kalayci M, Kumbasar AB. Intrahepatic cholestatsis in subclinical and overt hyperthyroidism: two case reports. J Med Case Reports 2008; 2:116.

[9].Hull K, Horenstein R, Naglieri R, Munir K, Ghany M, Celi FS. Two cases of thyroid strom-associated cholestatic jaundice. Endocr Pract 2007;13:476-480.

[10].Yao JD, Gross JB JrLdwig J, et al. Cholestatic jaundice in hyperthyroidism. Am J Med 1989;86:619-20.



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Le Mycétome Fongique Multifocal : A propos de deux cas.

Multifocal Fungi Mycetoma : About two cases.

Auteurs :
Sid'Ahmed Limam[1], Mohamed M El Hacen[2], Cheikh El M Erebih[3], Abdoulaye Aw[1], Abdel A Beyrouk[2], Outouma Soumaré[4], Cheikh Ne[3], El Hassen Selme[2].

Auteur correspondant :
Limam Sid' Ahmed, chef service de Traumato-orthopédie de l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott.
Contact : E-mail : slimam2010@yahoo.fr
Tel : 00 222 37 17 17 11 - 00 222 22 47 17 11 - 00 222 49 17 17 11

Services :
[1]Service de Traumatologie-Orthopédie - Hôpital Cheikh Zayed- Nouakchott
[2]Service de Traumatologie-Orthopédie - Hôpital Militaire de Nouakchott
[3]Service de Traumatologie-Orthopédie - Centre Hospitalier National - Nouakchott
[4]Neurochirurgie - Centre Hospitalier des Spécialités de Nouakchott.

Article Info

Soumis :
le 09/10/2016
Dernière correction :
le 08/04/2017
Accepté :
le 19/04/2017

Résumé

Le mycétome appartient au groupe de maladies tropicales négligées. Il s'agit d'une tumeur sous cutanée d'évolution lente, qui peut s'étendre aux tissus mous et à l'os avec des conséquences qui peuvent toucher la vie, la fonction et l'esthétique du malade en fonction des localisations. Le traitement du mycétome fongique reste essentiellement chirurgical et la récidive est fréquente.

Mots clés : mycétome fongique, chirurgie du Mycétome ; traitement anti-fongique

Abstract

Mycetoma belongs to the group of neglected tropical diseases. It is a slowly developing subcutaneous tumor that can spread to soft tissues and bone with consequences that can affect the life, the function and aesthetics of the patient depending on the location. The treatment of fungal Mycetoma remains essentially surgical and recurrence is frequent

Key words : Mycetoma; surgery of mycetoma; antifungal drugs

Introduction :

Le mycétome se définit comme une pseudo-tumeur infectieuse sous cutanée chronique responsable d'une réponse inflammatoire granulomateuse du derme profond et du tissu cellulaire sous cutané, caractérisée par l'élimination de grains à travers des fistules cutanées.

Cette inflammation peut s'étendre aux tissus mous et a l'os. Elle entraine la déformation et la perte de la fonction des membres atteints. Il en existe deux types l'actinomycétome d'origine bactérienne et le maduromycétome d'origine fongique.

Cas Cliniques

Observations :

Premier cas :

Monsieur A. Dia âgé de 70 ans, originaire du Gorgol, sans antécédents médico-chirurgicaux notables, qui a consulté pour une tuméfaction indolore sous malléolaire interne du pied gauche évoluant depuis 5 ans avec notion de fistules intermittentes et émission de grains noirs. (figure 1)

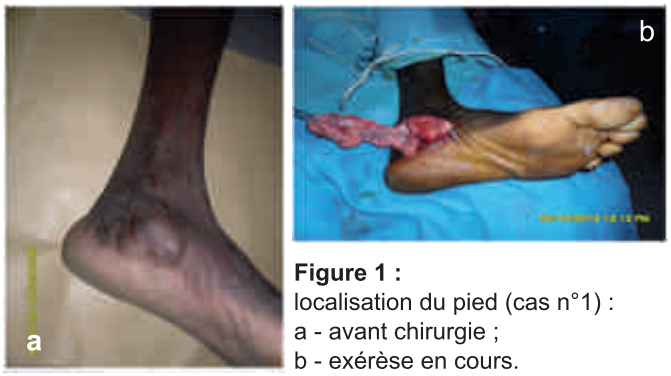


Figure 1 :
localisation du pied (cas n°1) :
a - avant chirurgie ;
b - exérèse en cours.

L'examen clinique a retrouvé une deuxième tuméfaction indolore sur le bord ulnaire du troisième doigt droit sans fistules. (Figure2)

La radiographie standard et la TDM ont permis d'éliminer une atteinte osseuse.

L'indication chirurgicale était retenue devant le caractère circonscrit des tumeurs, devant la nature fongique (grains noirs) et l'absence d'atteinte osseuse.

Le patient était admis au bloc opératoire ; L'examen sous anesthésie avait permis de découvrir une troisième masse tumorale sous cutanée indolore en regard du grand trochanter droit. (Figure 3).

Vu les caractéristiques cliniques de la masse sous malléolaire ; nous avons décidé de commencer par l'exérèse carcinologique des deux autres masses pour éviter l'ensemencement des plaies opératoires.

La masse du doigt était bien encapsulée, adhérente, de nature tissulaire et elle contenait des grains noirs de petite taille et nombreux.

La masse du grand trochanter avait le même aspect et le même type de grains que la masse précédente.

L'exérèse de la masse sous malléolaire interne gauche a été réalisée en dernier avec un losange cutané portant les fistules. La masse était tissulaire avec des rares gros grains noirs (figure 4).

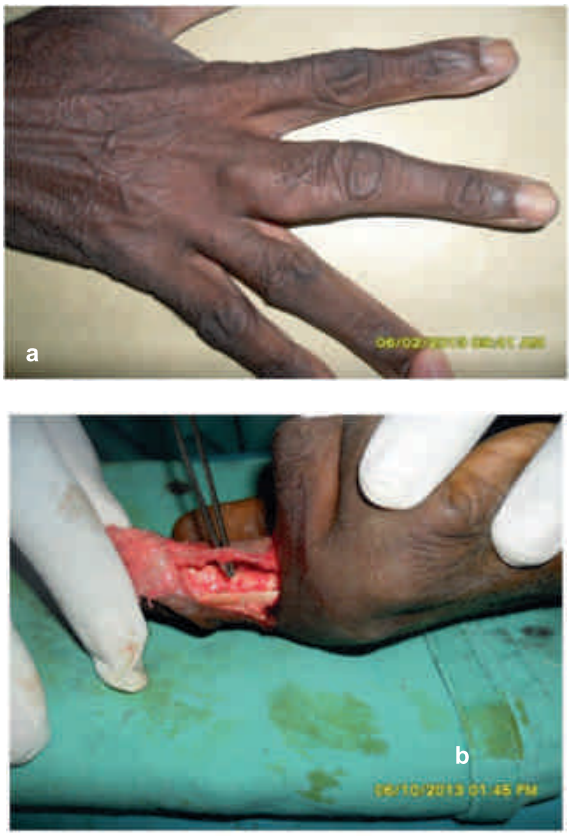


Figure 2 : Localisation de la main (cas n°1) :
a - aspect clinique b - exérèse.



Figure 3 : Localisation de la hanche (cas n°1) :
a- aspect clinique b- exérèse.

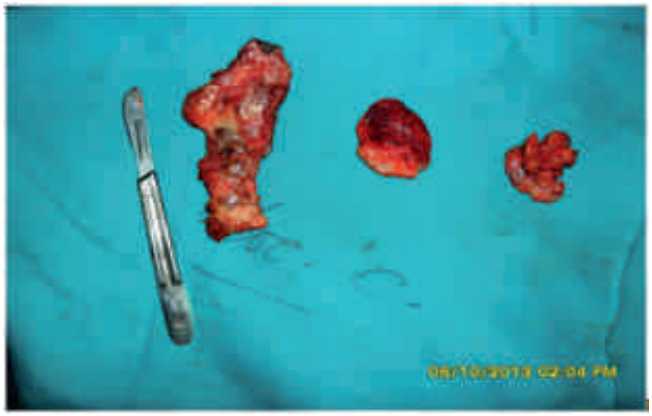


Figure 4 : Les trois pièces après exérèse (cas premier)

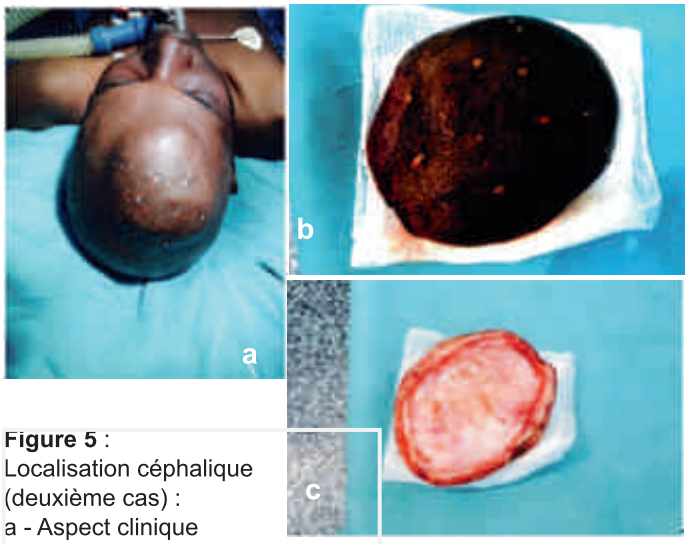


Figure 5 :
Localisation céphalique (deuxième cas) :
a - Aspect clinique
b - Face superficielle de la pièce
c - Face profonde de la pièce



Figure 6 : Cicatrisation de la localisation céphalique (deuxième cas)

La fermeture cutanée était possible au doigt et à la hanche, par contre une cicatrisation dirigée était nécessaire pour la cheville.

Les suites postopératoires étaient simples et la cicatrisation définitive fut obtenue sans séquelles fonctionnelles. Le recul est de 3 ans, sans récidive.

Deuxième cas :

Mr.B.S, âgé de 25 ans a consulté pour un mycétome du pied réalisant le classique ''pied de Madura'' avec une masse sous cutanée fronto-pariétale droite. La radiographie du pied avait montré une atteinte osseuse extensive tarso-métatarsienne.

Une TDM cranio-cérébrale fut réalisée avec fenêtres osseuses et parenchymateuses et n'avait pas montré d'atteintes osseuses.

La décision d'une amputation de la jambe fut retenue et réalisée avec des suites simples et un appareillage bien toléré.

L'exérèse de la localisation crânienne avait été confiée à un neurochirurgien et avait était complétée par une cicatrisation dirigée (Figures5 et 6). Le recul est de 2 ans sans récidive.

Discussion:

Les mycétomes restent endémiques au niveau de la ceinture géographique comprise entre le 15 ème parallèle sud et le 30 ème parallèle nord (Mycetoma belt).

Malgré leur bénignité histologique ; ils constituent des tumeurs à malignité locale car ils infiltrent les tissus avoisinants et récidivent fréquemment [1,2,3].

Cette maladie touche le secteur rural. Elle est fréquente en Mauritanie, mais sa prise en charge reste aléatoire et les travaux publiés restent anecdotiques [1,2].

Le mycétome fongique, plus difficile à traiter est le plus fréquent ; contrairement aux autres pays de la sous-région (Sénégal, Mali et Niger) [3].

La chirurgie garde encore une place de choix dans le traitement des mycétomes fongiques contrairement aux bactériens qui répondent au traitement médical [4,5].

La chirurgie du mycétome obéit a des règles bien définies : elle doit se faire sous anesthésie générale, loco-régionale ou plexuelle ; l'usage d'un garrot pneumatique est de rigueur et l'exérèse carcinologique doit se faire à distance des limites macroscopique de la tumeur ; pour réduire la fréquence des récidives. Cette fréquence a incité certains auteurs à qualifier les mycétomes de tumeurs à malignité locale [5].

Des travaux récents réalisés par Fahal & coll. ont montré l'intérêt d'un traitement antifongique néo-adjuvant par la Terbinafine dans la circonscription des grains et l'amélioration des conditions de résection tumorale pour le mycétome fongique [6].

L'intérêt de ces deux observations réside dans le caractère multifocal du mycétome ; c'est à notre connaissance le premier travail qui parle de 3 localisations d'un mycétome sur 3 organes différents (main, hanche et pied) chez le même malade.

Fida Khan a publié un cas clinique en 2009, chez un jeune asiatique, chez qui quelques localisations d'un mycétome à P. Boydi ont été retrouvées au tronc [7].

Cela a conduit à discuter la pathogénie de ces lésions multiples : s'agit-il de plusieurs inoculations ? Ou d'une dissémination ? Et par quelle voie : sanguine ? Lymphatique ?

La transmission ganglionnaire a été décrite bien que rare [3].

Le fait que les localisations ne suivent pas un trajet lymphatique bien défini nous a fait écarter la transmission par voie lymphatique.

La transmission sanguine a été prouvée récemment par l'équipe soudanaise du Mycetoma Research Center dans un article publié en juillet 2016 et qui parle de localisations secondaires pulmonaires prouvées par examen mycologique au décours d'un mycétome du genou [8].

Dans notre situation le siège des localisations au niveau d'un membre supérieur et d'un membre inférieur (premier cas) sans aucune atteinte viscérale de même qu'une atteinte du membre inférieur associée à une localisation sous cutanée de l'extrémité céphalique sans atteinte osseuse ou parenchymateuse (deuxième cas) nous permet d'exclure une transmission sanguine.

La thèse des inoculations multiples reste la plus plausible dans notre contexte vu que nos patients résident dans une zone d'endémie et vu le caractère fruste et l'évolution insidieuse de la maladie.

Conclusions :

Le mycétome constitue une pathologie tropicale fréquente dans notre pratique.

La distinction entre le mycétome bactérien et fongique est capitale car si l'aspect clinique est similaire, le traitement et le pronostic restent différents. Le caractère multifocal de nos cas pose aussi la problématique de la pathogénie.

La description du mycétome comme une maladie locale est à remettre en cause, car des travaux sérieux ont prouvé la transmission lymphatique et sanguine dans certaines espèces pathogènes et par conséquent la malignité locale de cette tumeur risque de ne plus l'être.

Références

[1] Philippon M, Larroque D, Ravisse : Mycétomes en Mauritanie espèces rencontrées, caractères épidémiologiques et répartition dans le pays. A propos de 122 cas. Bull Soc Pathol Exot1992;85 :107- 14.

[2] Sow F, Limam SA M, Picot S, Anne-Lise B: Fiche Dermatologie: Le mycétome. Rev pod 2014 ;59: 29- 30.(http : //dx.doi.org./J.revpod.2014.08.004)

[3] Develoux M, Dieng M T, Kane A, Ndiaye B: Prise en charge des mycétomes en Afrique de l'ouest. Bull Soc Pathol Exot 2000;96:376-82.

[4] Welch.O, El Abdely.H.M, Salinas-Carmona. M.C, Fahal.A.H: Mycetoma Medical Therapy. Plos Negl Trop Dis 2014; 8:3218.

[5] Suleiman H S, El Semmani W, Fahal A H. The Surgical Treatement of Mycetoma: Plos Negl Trop Dis2 016. (DOI:10.1373 / Journal.pntd.0004690,June 23).

[6] Fahal. A.H : Managment of Mycetoma. Expert Rev. Dermatol 2010; 5(1):87-93.

[7] Fida A. k, Shahrukh H, Sarwari A R. : Multiple Subcutaneous Mycetoma caused by Pseudallescheria boydii : Reponse to therapy with oral potassium iodide solution. J inf 2009;60(2):178-81.

[8] EL Semani W M, Nancy S E, Fahal A H: Multiple Mycetoma Lung Secondaries From Knee Eumycetoma : An Usual Complication. Plos Negl Trop Dis 2016. (DOI: 10.1373 / Journal.pntd.0004735 ,July 21).



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Cancers du rein révélés par des manifestations neurologiques : deux faits cliniques.
Neurological manifestations revealing renal cancer : Two clinical cases.

Auteurs :
T.Ismail Boudhaye[1], AS. Kleib[2], M.Sidi Malek[3], C.Hacen[4], C.Jdoud[5].

Auteur correspondant : Taher Ismail Boudhaye, E-mail : rghibe96@yahoo.fr
Tél : 00 222 32 56 96 57

Affiliation des auteurs :

[1] Service d'urologie, Hôpital Militaire de Nouakchott
[2] Service de neurochirurgie, Centre Hospitalier National
[3] Service d'anesthésie, Hôpital Militaire de Nouakchott
[4] Service de neurologie, Hôpital Militaire de Nouakchott
[5] Service d'urologie, Centre Hospitalier National

Article Info

Soumis :
le 08/07/2016
Dernière correction :
le 16/04/2017
Accepté le : 20/04/2017

Résumé

Introduction :

Le cancer du rein représente le troisième cancer urologique, ses métastases sont souvent découvertes dans un contexte de cancer connu. Nous rapportons les observations cliniques de deux cancers rénaux révélés par des manifestations neurologiques.

Observations :

Observation 1 : Monsieur A.M âgé de 43 ans a consulté pour hémiparésie droite d'installation progressive, le bilan radiologique cérébral a mis en évidence un processus cérébral fronto-pariétal. L'étude histopathologique et immunohistochimique de la pièce était en faveur d'une métastase d'un carcinome à cellules rénales.

Observation 2 : Monsieur S.B, âgé de 43 ans a consulté pour douleur rachidienne avec paraplégie flasque évoluant depuis 3 mois, le bilan radiologique a montré une lésion vertébrale ostéolytique compressive, puis une volumineuse masse médio-rénale gauche.

Conclusion :

Les métastases cérébrales d'origine rénale sont rares, le sous-type histologique le plus incriminé est le carcinome à cellule claires. Quel que soit le traitement de la métastase, la néphrectomie est toujours de mise.

Mots clés : cancer rénal • métastases révélatrices • localisations neurologiques

Abstract

Kidney cancer is the third urologic cancer, its metastases are often found in a known cancer context. We report the clinical observations of two kidney cancers revealed by neurological manifestations.

Cases :

Case 1 : Mr. A.M aged 43 consulted for right hemiparesis with progressive installation, the radiological assessment showed a fronto-parietal brain tumor. Histopathological

and immunohistochemical study of the tumor showed a renal cell carcinoma metastasis.

Case 2 : Mr. S.B, aged 43 consulted for spinal pain with flaccid paraplegia lasting for 3 months, the balance sheet showed an osteolytic and compressive spinal injury, then a left voluminous medio-renal mass .

Conclusion:

Brain metastases from kidney are rare, the most histological subtype concerned is clear cell carcinoma. Whatever the metastasis treatment is, nephrectomy must always be done.

Mots clés : renal cancer • revealing metastases • neurological localizations

Introduction

Le cancer du rein représente le troisième cancer urologique et 3 % de l'ensemble des cancers. Par ordre décroissant, la dissémination métastatique du cancer du rein se répartit ainsi, tout type histologique confondu et quel que soit le mode de révélation (synchrone ou non) [1] : poumons : 50 à 80% ; foie : 10 à 35% ; os : 10 à 35% ; cerveau : 3,5 à 7% ; surrénales : 2 à 5%.

Un patient sur deux présente des métastases au moment du diagnostic ou au cours de l'évolution du cancer du rein. Les métastases peuvent survenir dans un contexte de cancer connu, être de découverte synchrone ou être révélatrices dans 6 à 21% des cas [2,3].

L'objectif de ce travail est de rapporter deux localisations secondaires à manifestations neurologiques révélatrices d'un carcinome rénal et de discuter ces situations à la lumière des données de la littérature.

Observation 1 :

Monsieur A.M âgé de 43 ans a consulté pour hémiparésie droite d'installation progressive, dans un contexte de conservation de l'état général et sans signe urinaire associé. La TDM et l'IRM cérébrales ont mis en évidence un processus cérébral fronto-pariétal gauche extraparenchymateux évoquant un méningiome (Fig. 1). Une craniotomie fronto-pariétale gauche a été réalisée pour l'exérèse complète de la masse. L'étude histopathologique et immunohistochimique de la pièce était en faveur d'une métastase d'un carcinome à cellules rénales (Fig.2). Une TDM abdomino-pelvienne a mis en évidence une masse du pôle inférieur du rein gauche.

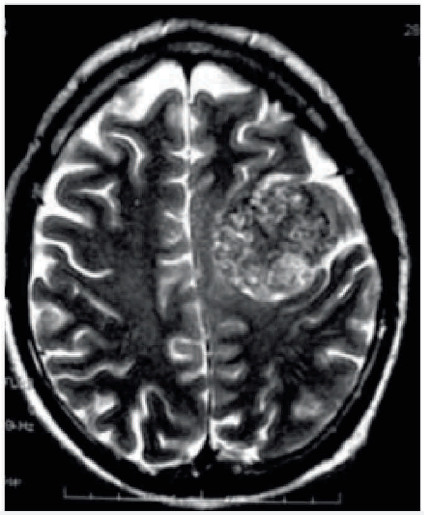


Fig.1 : l'IRM cérébrale mettait en évidence un processus cérébral fronto-pariétal gauche extraparenchymateux évoquant un méningiome

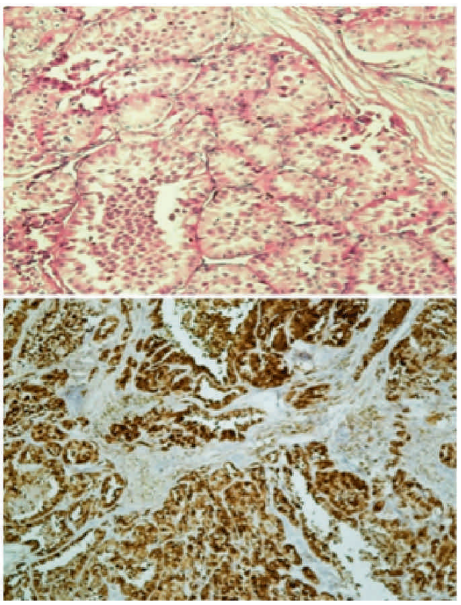


Fig.2 : L'étude histopathologique et immunohistochimique de la pièce était en faveur d'une métastase d'un carcinome à cellules rénales

Le patient a bénéficié d'une néphrectomie gauche totale élargie ; l'examen anatomopathologique était en faveur d'un carcinome à cellules claires, grade 4 de Furhman, stade PT3a Nx M1. Il a reçu par ailleurs une radiothérapie externe de 40Gy sur l'ensemble de l'encéphale, complétée d'une surimpression de 20Gy en 10 fractions sur la métastase.

L'évolution était marquée par une rémission temporaire de 3 mois puis réapparition de signes neurologiques en rapport avec des nouvelles lésions métastatiques cérébrales et osseuses. Le patient est décédé 6 mois après.

Observation 2 :

Monsieur S.B, âgé de 43 ans a consulté pour une douleur rachidienne avec paraplégie flasque évoluant depuis 3 mois, dans un contexte d'altération de l'état général et sans trouble urinaire associé. L'IRM rachidienne a montré une lésion vertébrale ostéolytique compressive.Une TDM abdomino-pelvienne a mis en évidence une volumineuse masse médio-rénale gauche. L'indication opératoire a été récusée vu l'état général du patient. Ce dernier est décédé 3 mois après.

Discussion

La découverte d'une métastase d'un cancer du rein survient le plus souvent dans un contexte de cancer connu. Dans d'autres situations, le mode de révélation peut être synchrone et parfois les signes cliniques révélant la métastase permettent de découvrir le cancer du rein [3]. Les métastases cérébrales des tumeurs solides se produisent en général à un stade avancé de la maladie, lorsque les patients ont des métastases diffuses systémiques, avec une incidence de 8% tous cancers confondus [4]. Les métastases révélatrices surviennent chez 6 à 21% des patients [5]. Les métastases cérébrales des cancers urogénitaux (rein vessie et prostate) sont rares ; peu de cas ont été publiés dans la littérature [6,7]. Dix à 40% des patients sont d'emblée métastatiques, le sous-type histologique le plus souvent responsable est le carcinome à cellules claires [8].

En cas de métastase d'un cancer du rein, quelle que soit la localisation, l'exérèse chirurgicale est toujours recommandée. Dans les métastases cérébrales, l'exérèse neurochirurgicale est indiquée en cas de métastase unique même si la localisation est intraventriculaire avec un taux de survie médiane de 1 an. Cette exérèse permet de soulager le patient et de déterminer le type histologique. Si l'exérèse n'est pas possible, une radiothérapie stéréotaxique est indiquée. L'intérêt de la néphrectomie en situation métastatique est toujours de mise quand l'état général l'autorise [1].

Dans nos observations, l'attitude chirurgicale n'a pu être engagée que pour un patient dont l'état général était relativement conservé avec des résultats fonctionnels acceptables. Pour le deuxième patient, le diagnostic tardif et l'état général altéré ne permettaient que le recours à des soins médicaux palliatifs.

Conclusion

Les métastases cérébrales d'origine urologique n'étant pas les plus fréquentes, les séries de la littérature ne permettent pas d'en isoler une attitude propre. L'existence de plusieurs possibilités thérapeutiques (exérèse chirurgicale et radiothérapie) rend nécessaire une confrontation multidisciplinaire pour prendre la décision thérapeutique la plus adaptée. Quel que soit le traitement de la métastase, la néphrectomie reste toujours de mise.

Références

[1] Mejean A, Lebret T. Prise en charge du cancer rénal métastatique. Progrès en urologie 2008,suppl 7:S298-S308.

[2]. Sakumoto N, Infuku S, Shimoji H et al. Endobronchial metastasis from renal cell carcinoma: report of a case. Surg Today 2000;30(8):744-6.

[3]. Zekri J, Ahmed N, Coleman RE et al. The skeletal metastatic complications of renal cell carcinoma. Int J Oncol 2001;19:379-82.

[4]. Weitzner MA, Olofsson SM, Forman AD et al. Patients with malignant meningitis presenting with neuropsychiatric manifestations. Cancer 1995;76:804-8.

[5]. Singh SK, Leeds, NE, Ginsberg LE et al. MR imaging of leptomeningeal metastases: Comparison of three sequences. Am J Neuroradiol 2002;23:817-21.

|6]. Laidlaw JD, Kumar A, Chan A et al. Dural metastasis mimicking meningioma. Case report and review of the literature. Journal of Clinical Neuroscience 2004;11(7): 780-3.

[7]. Montano N, Puca A, Pierconti F et al. Extremely delayed falx metastasis from renal cell carcinoma Neurology 2007; 68: 1541-1542.

[8]. Hoffman NE, Gillet MD, Cheville JC et al. Differences in organ system of distant métastasis by renal cell carcinoma subtype. J Uro 2008; 179: 474-7.



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Un corps étranger intra urétral : fait clinique inhabituel.
A foreign body intra urethral: unusual clinical case.

Auteurs :
Taher I. Boudhaye[1], S. Boukamel[2], E. Chartier[2].

Auteur correspondant :
Taher Ismail Boudhaye
E-mail : rghibe96@yahoo.fr
Tél. : 00 222 32 56 96 57

Services :
[1]Service d'urologie, Hôpital Militaire de Nouakchott
[2]Service d'urologie, centre hospitalier de Meaux,France.

Article Info

Soumis :
le 08/07/2016
Dernière correction :
le 16/04/2017
Accepté :
le 20/04/2017

Résumé

Introduction

L'insertion de corps étrangers dans l'urètre est un acte inhabituel, elle survient souvent dans un contexte de manipulation sexuelle, d'intoxication, ou à la suite de troubles psychiatriques.

Observation

Il s'agit d'un enfant de 7 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui s'est inséré une aiguille à coudre dans l'urètre. La prise en charge consistait en une ablation endoscopique.

Conclusion :

L'insertion de corps étrangers dans l'urètre est rare, notamment chez l'enfant, l'ablation endoscopique semble sûre et fiable.

Mots clés : étrangers, urètre, enfant

Abstract

Introduction

The insertion of foreign bodies into the urethra is unusual, it often occurs in the context of sexual manipulation, intoxication, or as a result of psychiatric disorders.

Case

We describe an unusual case of a foreign body urethral.This was the case of a 7 year old, without medical history, who had inserted a sewing needle in his urethra.

This was managed by endoscopic removal.

Conclusion

The insertion of foreign bodies into the urethra is rare, especially in children, endoscopic removal seems safe and reliable.

Key words : foreign bodies; urethra, child

Introduction :

L'insertion de corps étrangers dans l'urètre est un acte inhabituel, elle survient souvent dans un contexte de manipulation sexuelle, d'intoxication, ou à la suite de troubles psychiatriques. Le corps étranger peut disparaître dans l'urètre ou rester visible au niveau du méat. Le traitement peut aller d'un simple retrait par traction jusqu'à une vraie extraction endoscopique ou chirurgicale [1].

Observation :

Il s'agissait d'un enfant A.D, âgé de 7ans, sans antécédents pathologiques notables, il consultait pour dysurie importante avec hématurie, l'interrogatoire trouvait la notion d'insertion d'une aiguille à coudre dans le méat urétral, remontant à 4 heures, pour l'enfant c'était une question de curiosité.

L'enfant était conduit aussitôt au bloc opératoire après réalisation d'un bassin sans préparation qui objectivait la présence d'un corps opaque, se projetant sur le trajet de l'urètre postérieur(Fig.1et2). L'exploration endoscopique rétrograde, sous anesthésie générale, moyennant un urétéroscope charrière 9F(Karl Storz), poussé progressivement sous contrôle visuel jusqu'au contact de l'aiguille, l'ablation était effectuée grâce à une pince à préhension 5F, il s'agissait d'une aiguille à coudre de 12mm(Fig.3), siégeant dans l'urètre postérieur dont le bout distal affleurait l'urètre membraneux. Une antibiothérapie à large spectre était prescrite. Une sonde de Foley était mise en place pendant 24 heures.

Les suites postopératoires étaient simples avec rétablissement d'une miction normale en 24 heures. Un examen cytobactériologique urinaire de contrôle était normal.

Discussion :

La présence d'un corps étranger dans le bas appareil urinaire (vessie, urètre) est une situation rare, qui pose dans tous les cas des questions sur son mode de pénétration :

- **Introduction volontaire** : survenant essentiellement sur un terrain d'handicap mental ou lors d'érotisme sexuel ou pour une curiosité sexuelle, témoignant d'un trouble psychiatrique [1, 2], ou chez des sujets présentant un retard mental, une démence, ou schizophrène [3], une dépression majeure [4] ou au cours d'un épisode psychotique aigu [5]. Pour certains auteurs, une évaluation psychosociale est recommandée pour prévenir les récidives [6].

- **Introduction iatrogène** : notamment après une chirurgie endoscopique ou rarement par migration à partir des espaces périvésicaux lors d'une chirurgie à ciel ouvert pelvienne de voisinage [4, 7].

- **Introduction accidentelle** : introduction d'une canule vaginale dans l'urètre, ou d'une sonde d'autosondage.

Ces corps étrangers sont très variables par leurs natures, leurs volumes, leurs nombres pouvant même dépasser l'imagination : crayon, pièces de monnaie, thermomètre [1], fil électrique utilisé à la recherche de sensations érotiques, stylo, thermomètre, épingles à cheveux, épingle à nourrice, tuyaux de pipes, tige métallique [1], pille de batterie, coton tige, bille [8].

L'originalité de cette observation tient au terrain de survenue très particulier, car il s'agissait d'un enfant, sans antécédents neuropsychiatriques, ce fait est presque inexistant dans la littérature consultée.

Les symptômes induits par les corps étrangers dans l'urètre sont variés. Dans une situation aiguë, habituellement les symptômes sont une dysurie et une hématurie macroscopique.

Au stade chronique, il peut y avoir une infection récurrente des voies urinaires et une dysurie [9].

Le diagnostic est souvent réalisé facilement par l'histoire clinique, l'examen physique, un bilan d'imagerie comportant un ASP, une échographie ou une TDM, le corps étranger est parfois visualisé par une endoscopie. Ces examens paracliniques permettent surtout de déterminer la taille, la forme, la localisation et l'orientation du corps étranger, pour déterminer le type d'intervention et la voie d'abord. Dans notre observation, le bassin sans préparation a montré le corps étranger et l'exploration endoscopique a confirmé sa nature et permis son extraction [9].

Apres l'ablation du corps étranger, certaines complications peuvent survenir, il peut s'agir d'infection urinaire, sepsis, fausse route, traumatisme urétral et sténose [10].

Conclusion :

L'insertion de corps étrangers dans l'urètre est rare, notamment chez l'enfant, l'ablation endoscopique semble sûre et fiable.





Figures 1 et 2 : Bassin sans préparation face et profil montrant un corps étranger opaque, se projetant sur le trajet de l'urètre postérieur

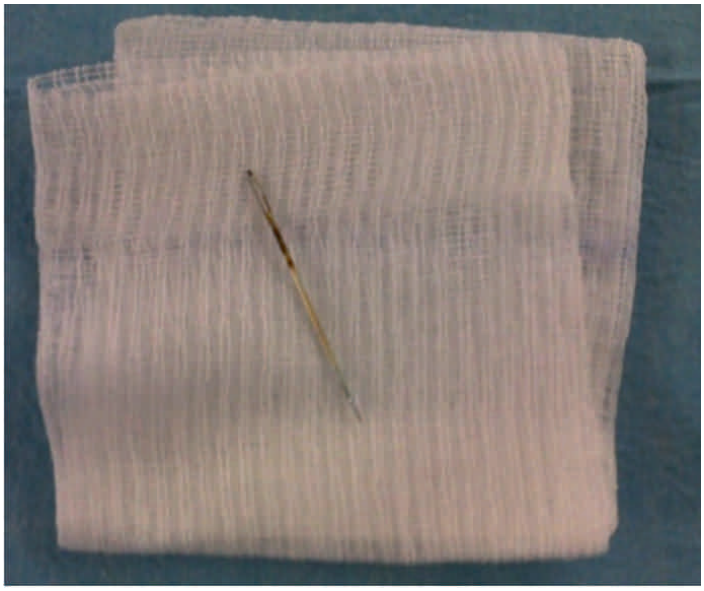


Figure 3 : l'aiguille à coudre au moment de l'ablation

Références

[1]. Dahami z, Barjani f, Saghir o et al. corps etrangers de la vessie et de l'uretre :circonstances de decouverte et prise en charge chez 5 patients . j maroc urol 2007 ; 7 : 19-23.

[2]. Evans JWH, Chappel CR, Ralph DL, Milroy JG. Bladder calculus formation as a complication of the stamey procedure. Br J Urol 1990 ; 65 : 580-2.

[3]. Pal DK, Bag AK. Intravesical wire as foreign body in urinary bladder. Int Braz J Urol 2005 ; 31 : 472-4.

[4]. Sukkarieh T, Smaldone M, Shah B. Multiple foreign bodies in the anterior and posterior urethra. Int Braz J Urol 2004 ; 30 : 219-20.

[5]. Debre B, Teyssier P. Corps étrangers de l'urètre et de la vessie. Traité d'urologie, édition médicale Pierre Fabre 1996 ; 5 : 79-82.

[6]. Mahadevappa N, Kochhar G, Senguttuvan Vilvapathy K et al. Self-inflicted foreign bodies in lower genitourinary tract in males: Our experience and review of literature Urol Ann. 2016 Jul-Sep; 8(3): 338–342.

[7]. Houlgatte A, Fournier R. Calculs et corps étrangers de la vessie et de l'urètre. Ann Urol 2004 ; 38 : 45-51.

[8]. Rahman NU, Elliott SP, Mc Aninch JW. Self-inflicted male urethral foreign body insertion : endoscopic management and complications. BJU Int 2004 ; 94 (7):1051-3.

[9]. Ndiaye A, Niang L, Kane R. Un câblage inhabituel dans l'urètre.Andrologie 2011:21:263-265.

[10]. Houlihan M, Psutka SP, Alexandria Ellis K et al. Urethral Foreign Bodies: Clinical Presentation and Management.Urology 16.In press.



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Lettre à la Rédaction

La recherche médicale
Locomotive de la recherche scientifique.

Auteurs :
Ahmed Ben Abdelaziz[1], Sid Ahmed Dahdi[2], Tarek Barhoumi[3], Dada Lebchir[4]

Auteur correspondant :
Ahmed BEN ABDELAZIZ
ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

Affiliation des auteurs :

[1] Professeur de Médecine Préventive et Communautaire à la Faculté de Médecine de Sousse (Tunisie). Directeur des Systèmes d'Information au CHU Sahloul de Sousse (Tunisie). Chef de l'Unité de Recherche UR12SP36 « Mesure de la Performance Hospitalière » et Président du Réseau Maghrébin PRP2S (Pédagogie-Recherche-Publication en Sciences de la Santé).
Courriel: ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com

[2] Professeur-Assistant en Santé Publique à la Faculté de Médecine de Nouakchott. Directeur des Ressources Humaines au Ministère de la Santé (Mauritanie). Chef de département de santé Publique à la Faculté de Médecine de Nouakchott. Coordinateur de la formation post graduée en Pédagogie Par Compétences.
Courriel : dahdi5@yahoo.fr

[3] Médecin Major de la Santé Publique. Directeur Régional de la Santé à Gabes (Tunisie). Membre fondateur du Réseau Maghrébin PRP2S (Pédagogie-Recherche-Publication en Sciences de la Santé). Formateur en Bio Statistique, Santé Environnementale et en Communication. Courriel:hygiene.kairouan@gmail.com

[4] Professeur de Cardiologie. Doyen de la Faculté de Médecine de Nouakchott (Mauritanie)
Courriel : lebchirdada@yahoo.fr

La recherche scientifique est le miroir du développement socio-économique d'un pays et un traceur de la qualification de ses cadres humains [1]. Dans sa liste des indicateurs de monitorage du développement mondial, la Banque Mondiale a retenu le «nombre d'articles des journaux scientifiques », comme étant un indicateur princeps du progrès des nations, dans la rubrique « Science et Technologie ». C'est dans ce cadre que plusieurs bases de données se sont développées, au cours des dernières années, assurant une veille bibliométrique [2,3] sur la production scientifique (dont médical) en brevets et en publications. Parmi ces portails, SCIMago [4], un groupe de recherche espagnol, spécialisé dans la représentation et la visualisation de l'information bibliométrique. La consultation du portail de la SCIMago : Journal & Country Rank (SJR), à propos de la Mauritanie, nous renseigne sur les faits suivants :

- Au cours de deux décennies suivantes 1996-2015, la Mauritanie a publié 482 articles scientifiques (toutes spécialités confondues), occupant ainsi la 42ème position dans le palmarès africain. La majorité de ces publications scientifiques, a été conduite dans les domaines de l'agriculture et des sciences biologiques. Le taux moyen de citation de

ces articles scientifiques mauritaniens, au cours de cette période, a été de 9,88.

• Parmi ces 482 articles scientifiques mauritaniens, 151 articles ont été rédigés sur des thématiques médicales, essentiellement des maladies infectieuses. Leur taux moyen de citation a été de 8,27 avec un positionnement de 43, dans le classement des pays africains.

Quant à la base des données médicales Medline [5], elle a indexé au cours de l'année 2016, 35 articles avec une affiliation mauritanienne de l'un de ses cosignataires. Ces publications ont été effectuées souvent avec une collaboration européenne (France, Allemagne, Italie) et africaine (Sénégal, Coite d'ivoire, Mali, Guinée, Burkina Faso, Maroc Tunisie). Les deux pays les plus sollicités par la Mauritanie, lors de sa coopération internationale en publications scientifiques, ont été: la France et le Sénégal. Ces publications (avec une affiliation mauriacienne: « Mauritanie » ou « Mauritania ») ont été éditées dans des multiples revues indexées dont particulièrement le « Pan Afr Med J ». Lorsque le premier auteur de ces publications était mauritanien, les principales adresses mentionnées ont été essentiellement liées à des établissements académiques (Faculté de Médecine de Nouakchott, Université des Sciences de Technologies et de Médecine), à des instituts nationaux (Institut National de Recherche en Santé Publique, Centre National de Lutte Antiacridienne), et à des établissements de santé (Hôpital Régional d'Aïoun, Centre Hospitalier National, Centre Hospitalier de Kiffa).

Les structures académiques et professionnelles mauritaniennes en sciences de la santé, sont ainsi appelées à jouer un rôle de leadership dans la dynamisation d'une recherche scientifiquement valide, thématiquement pertinente et socialement responsable. Les facultés de sciences de santé sont habituellement les locomotives de la recherche opérationnelle et les prometteurs des programmes de formation à la méthodologie de recherche et à la communication scientifique [1].

La Faculté de Médecine de Nouakchott, dix ans après sa naissance, a pris conscience des nouveaux défis de la certification et de l'excellence, tels que l'adoption d'une « pédagogie par compétences » et le renforcement des capacités en « recherche scientifique », dés la phase de la conception d'un protocole de recherche, au stade de la soumission d'un manuscrit, à une revue indexée et à facteur d'impact élevé. C'est ainsi qu'aux marges d'un workshop ayant regroupé, en novembre 2016, une soixantaine d'enseignants de la Faculté de Médecine de Nouakchott, les participants ont débattu, lors d'un atelier de type TGN (Technique du Groupe Nominal), les axes stratégiques d'un plan de développement de la recherche médicale mauritanienne. La question suivante: « comment multiplier, par dix, le nombre des publications mauritaniennes au cours de cinq prochaines années ? » a alimenté un débat fructueux ayant fini à un consensus autour de la feuille de route suivante :

1. Adopter le modèle « thèse Article » dans la rédaction des dissertations de thèse de doctorat de médecine
2. Renforcer l'apprentissage de l'anglais médical, tout au long des études de médecine
3. Soutenir l'édition régulière d'une revue médicale polyvalente, à comité de lecture, et conforme aux recommandations internationales de publication
4. Faciliter l'accès à la documentation médicale, via l'abonnement aux portails bibliographiques
5. Formaliser la corrélation entre la prolifération en publications scientifiques et la promotion dans la carrière académique et professionnelle

Si aujourd'hui, la communauté africaine et maghrébine célèbre, avec fierté, l'édition du premier numéro de la revue « Mauritanie Médicale », son comité éditorial est conscient de l'importance de l'application des autres composantes de cette feuille de route, vers une dynamique de recherche prospère et utile, en Mauritanie, en parfaite synergie avec la mobilité scientifique maghrébine. En effet, la pérennité de l'édition de la revue « Mauritanie Médi-

cale » serait conditionnée par la formation à la recherche des auteurs nationaux potentiels (dont le staff enseignant de la Faculté de Médecine et des écoles de Santé publique, les résidents, les internes de médecine, les praticiens hospitaliers, les médecins chefs des centres et postes de santé, les chercheurs de l'INRSP, de l'INVH, …) d'une part et par la valorisation des activités de publication dans le parcours académique et professionnel des chercheurs d'autre part [2].

Avec une revue médicale scientifique, multilingue et conforme aux standards internationaux de publication scientifique, et prochainement indexée et citée, la Mauritanie prouvera, au monde entier, à l'Afrique et au Grand Maghreb, qu'elle n'est pas uniquement le pays d'un «million de poètes », mais aussi le pays des « milliers des chercheurs » capables de produire un million d'articles scientifiques. C'est un projet de plusieurs générations, dont la notre, ayant l'obligation de rêver (les rêves ont été tout au long de l'histoire humaine, le carburant du progrès). Cette dizaine d'articles scientifiques, dans ce premier numéro de la revue « Mauritanie Médicale », est un premier jet d'une production médicale mauritanienne, qui sera prolifique, permanente et pertinente. Le chemin d'un million d'articles a commencé par un numéro de dix articles. Longue vie à la revue maghrébine « Mauritanie Médicale».

Références

[1]. Ben Abdelaziz A, Abdelali M, Khmakhem A. Profil bibliométrique des publications médicales tunisiennes indexées dans "Medline" de 2000 à 2003, partie 3: Rayonnement international. Tunis Med 2007 ; 85(2):96-101.

[2]. Bezzaoucha A, Atif ML, Bouamra A, El Kebboub A, Benzerga M. Maghreb Group of Bibliometric Studies., Algerian medical teachers'research output and its determinants during the 2000-2009 decade. Rev Epidemiol Sante Publique 2014; 62(1):33-40.

[3]. Mazboudi M, Ben Abdelaziz A. Medical research productivity of Lebanon: a bibliometric study of papers indexed in Medline, 1985-2004. Tunis Med 2010; 88(8):579-85.

[4]. SCImago. (2007). SJ SCImago Journal & Country Rank. Retrieved July 21, 2015, from http://www.scimagojr.com

[5]. US National Library of MedicineNational Institutes of Health. PubMed.gov. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ [consulté le 27 avril 2017].



Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Les nouvelles de la faculté

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Nouakchott, le Pr Dada Lebchir vous informe que :

- Les Premières journées medico-chirurgicales de la Faculté : Octobre 2017
- Le Concours d'Agrégation : Novembre 2017
- Workshop de production des articles de recherche pedagogique : 7- 8 juillet 2017

Instructions aux auteurs

1-Mauritanie Médicale est une publication scientifique périodique de la faculté de Médecine

• Tout article soumis pour publication à la revue doit être envoyé sous fichier à l'adresse Email (maurimed2016@gmail.com) de l'éditeur ou par courrier sur CD. L'auteur – ou tous les auteurs pour un travail collectif – devront certifier et apposer leurs noms et signatures sur un document à part que leur texte n'est pas soumis à un autre journal ou à une autre revue en vue de publication.

• Un texte déjà publié sera refusé.

• Les textes seront examinés par deux lecteurs anonymes, membres du Comité scientifique, ou sollicités en raison de leur compétence.

• Les auteurs seront avisés par la Rédaction de l'accord, et éventuellement des modifications souhaitées, ou du refus pour publication de leur article.

2-Conflit d'intérêt

Pour toute soumission de manuscrit, tous les auteurs doivent déclarer toutes les relations qui peuvent être considérées comme ayant un potentiel de conflits d'intérêt uniquement en lien avec le texte présenté.
Pour plus d'informations : se renseigner auprès de la Rédaction.
La Rédaction décline toute responsabilité sur les opinions exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses. Celles-ci n'engagent que leurs auteurs.

3-Mauritanie Médicale publie des articles originaux cliniques, des travaux originaux biologiques, radiologiques ou expérimentaux, des éditoriaux, des revues générales, des mises au point, des hypothèses, des controverses, des notes brèves, des lettres à la rédaction, de analyses de presse commentées, ainsi que les comptes rendus des séances de travail de la faculté de Médecine ou des structures sanitaires.

4-CONDITIONS DE PUBLICATION

Les articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure (à l'exception d'un résumé de moins de 400 mots), ni être simultanément soumis pour publication à une autre revue. L'auteur (ou les auteurs) s'engage(nt) à demander l'autorisation de Mauritanie Médicale s' il(s) désire(nt) reproduire en partie ou la totalité de son (leur) article dans un autre périodique ou une autre publication. Les textes peuvent être rédigés en anglais, en français ou en arabe. Les articles sont adressés pour avis à des lecteurs qui restent anonymes pour les auteurs.

En aucun cas la revue n'est engagée vis-à-vis des manuscrits qui lui sont adressés, avant la décision définitive du Comité de rédaction.

La publication de cas cliniques isolés ne peut être envisagée que si ces cas apportent des éléments originaux, concernant notamment la physiopathologie, l'intérêt d'une démarche diagnostique ou le traitement d'une affection.

La soumission de revues de la littérature à propos de cas cliniques isolés est déconseillée dans la rubrique articles originaux.

Les auteurs souhaitant néanmoins soumettre ce type de manuscrit doivent consulter le Comité de Rédaction qui leur adressera les règles de présentation des mises au point.

Les éditoriaux, revues générales et les mises au point peuvent être demandés par le Comité de rédaction; dans ce cas ils n'en seront pas moins soumis à l'avis de lecteurs avant leur éventuelle publication. Il est recommandé aux auteurs souhaitant soumettre des mises au point de s'assurer auprès du Comité de rédaction qu'une mise au point sur le même sujet n'est pas en cours de publication.

L'envoi de Lettres à la rédaction est vivement encouragé. Ces lettres pourront être des réponses ou des commentaires à

un article récemment publié dans la revue, ou un fait original estimé important. Elles sont néanmoins soumises à l'accord du Comité de rédaction.

Il est demandé que la longueur des manuscrits (non compris les références) ne dépasse pas 15 pages dactylographiées (double interligne) pour les articles originaux, 16 pages pour les mises au point, 6 pages pour les éditoriaux, les notes brèves et les hypothèses, 2 pages pour les lettres à la rédaction.

Le nombre des références doit être inférieur à 100 pour les mises au point et à 5 pour les lettres à la rédaction.

5-MODALITÉ DE PRÉSENTATION DES ARTICLES

Les auteurs sont priés de se conformer aux règles de présentation définies ci-dessous :

- Manuscrit

• Ce manuscrit n'est pas soumis simultanément à une autre revue
• texte obligatoirement saisi en caractère Arial de préférence, corps 11, en double interligne, avec une marge latérale de 2 cm minimum
• La disposition du manuscrit est conforme aux usages des articles originaux : introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, mots clés, références, tableaux, légendes des figures, résumés

• Les pages sont numérotées consécutivement en commençant par la page de titre

- Il est recommandé d'utiliser le passé pour rapporter les résultats des expériences effectuées
• La citation, dans le texte, d'un travail référencé, se fait ainsi : Nom du 1er auteur, suivi de "et al"

- Page de titre

Elle inclut pour tous les articles soumis
• Un titre précis et concis mais informatif, indiquant notamment si le travail porte sur l'homme ou l'animal, et éventuellement le nombre de cas étudiés
• Le prénom, l'initial du deuxième prénom, le nom de chaque auteur
• L'adresse complète de l'hôpital ou du centre de recherches dans lequel le travail a été effectué
• Le nom et l'adresse complète de la personne à laquelle doit être envoyée la correspondance concernant l'article
• L'adresse pour la demande de tirés à part
• Le titre courant 40 caractères
• Le titre anglais
• Le titre arabe

- R é s u m é s

Les articles originaux comportent, sur des feuilles séparées :
• Un résumé français de 100 à 250 mots, sans abréviation ni références. Ce résumé doit être structuré : Prérequis, objectif du travail, méthodes, résultats, conclusions.
• La traduction anglaise de ce résumé et des mots-clés

- Mots-clés :

En français, anglais et en arabe (3 à 7 termes) caractéristiques du travail fourni.

- Références et bibliographie

Les références bibliographiques, limitées selon la rubrique, sont portées en fin d'article, numérotées selon l'ordre de citation et d'appel dans le texte.
Toutes les références doivent être appelées dans le texte (tableau compris) : le numéro de la référence bibliographique citée est mentionné entre crochets.

Les références d'articles parus dans un périodique doivent comporter les trois premiers auteurs avec les initiales des prénoms (suivis de «et al.» éventuellement), le titre complet de l'article dans la langue originale, le nom de la revue selon les abréviations de l'Index Medicus, l'année, le numéro du tome, le numéro du fascicule, la première et la dernière page abrégée du texte, selon l'exemple suivant :
[1] Paivio AA, Jansen B, Becker LJ, et al., Comparisons through the mind's eye. N Engl J Med 1975;7(2):635-47.

Les citations de livres doivent comporter les noms des auteurs, le titre du livre, la ville, le nom de la maison d'édition et l'année de publication, selon l'exemple suivant :
[7] Gurman AS, Kniskern DP, Family therapy outcome research: knows and unknows. In : Gurman AS, Kniskern DP, editors, Handbook of family therapy. New York:Brunner/ Maazel;1981.p.742-775.

- Abréviations

• Les abréviations d'unité de mesure et symboles chimiques sont conformes à celles d'utilisation internationalement reconnues.
• Le manuscrit comporte le minimum d'abréviations, celles-ci doivent être indiquées, à leur premier emploi, après l'expression ou le mot qu'elles abrègent.
• Toutes les abréviations utilisées sont récapitulées sur une feuille séparée

- Tableaux, figures et images

Ils doivent faire l'objet d'un renvoi précisé en italique et entre parenthèses dans le texte. Ils sont présentés séparément ainsi que les légendes qui seront saisies et fournies avec la copie sous word.
• Les tableaux : 5 au maximum sont numérotés en chiffres romains et comportent un titre : ex Tableau I.
• Les figures sont numérotées en chiffres arabes et comportent une légende : ex Figure 1.
• Dessins et diagrammes doivent être exécutés sur support informatique et fournis en accompagnement du fichier texte et non incorporés dans le fichier word.
• Images : la Rédaction accepte les illustrations couleur et noir, tirages papier, négatifs, ektachromes, diapositives. Supports numériques : CD/DVD. Fichiers images ou illustrations fournies sous Photoshop ou Illustrator (enregistrés sous format EPS, TIFF ou JPEG). Les images doivent être fournies en haute définition soit 300 dpi au format souhaité de publication.

- Unités de mesure

• Les mesures de longueur, hauteur, poids et volumes sont dans le système métrique (m, kg,l) ou leurs multiples
• Les températures sont en degrés Celsius, les pressions sanguines en millimètres de mercure
• Les mesures hématologiques et biochimiques sont dans le système des unités internationales

- Remerciements

Ils figurent à une place appropriée dans l'article (note en bas de page ou fin d'article et précisent:
Les contributions qui appellent un remerciement mais ne justifient pas une place parmi les auteurs
Les remerciements pour les aides techniques.
Les remerciements pour un soutien matériel ou financier

Le Comité de Rédaction se réserve le droit de renvoyer aux auteurs, avant toute soumission à l'avis des lecteurs, les manuscrits qui ne seraient pas conformes à ces modalités de présentation. Le Comité de rédaction conseille aux auteurs de conserver un exemplaire du manuscrit, des figures et des tableaux.

Chers Collègues, à tous ceux qui attendaient une publication scientifique digne de ce nom de la Faculté de Médecine ; « que ça commence »

Mauritanie Médicale, la revue scientifique de notre jeune faculté est née. Ce n'était pas facile mais c'est le résultat qui compte. Notre motivation principale était de satisfaire votre attente et le souci de mettre notre faculté aux standards des institutions de l'enseignement supérieur qui se respectent en publiant tous les travaux qui se réalisent tous les jours dans nos différentes structures à travers notre chère Mauritanie.

La communication met en valeur le travail de chacun, lui permet d'exposer son point de vue et d'avoir les avis des autres directement ou indirectement au lieu de rester isolé au sens propre et au sens figuré et Dieu sait que beaucoup de travail sérieux est réalisé tous les jours de manière anonyme dans nos différents hôpitaux, nos centres et postes de santé de même que dans toutes les structures scientifiques de notre pays.

Cette revue se veut le forum de rencontre pour vous tous, en donnant une visibilité longtemps ignorée pour vos travaux afin qu'ils soient visibles en Mauritanie et partout dans le Monde car il existe une version en ligne de Mauritanie Médicale qui est ouverte par ailleurs à tous les Mauritaniens et étrangers qui respectent sa ligne éditoriale.

Je remercie les autorités de notre faculté qui ont eu confiance en nous pour faire aboutir ce projet cher à nous tous et en particulier Le Pr Dada Lebchir, doyen en titre et le Pr Sidahmed Mogueya, premier doyen qui a été à l'origine de la création de notre faculté et du projet du journal.

Je remercie le Pr Diagana Mohamedou qui a accepté d'être le Rédacteur en chef de cette revue, tache qu'il a accompli avec tact, brio, patience et abnégation.

Je remercie Dr Kleib Ahmed Salem et son érudition informatique. La maquette de ce journal est signée par lui.

Je remercie le Dr Mohamed Lemine Salem pour nous avoir édité les Instructions aux Auteurs.

Je remercie tout le comité de Rédaction en particulier : Dr Yahya Tfeil, Pr Yacoub Khalef, Dr Sidi Mohamed Laghdaf et Dr Abderrahmane Moulaye.

Je remercie tous les membres reviewers nationaux qui ont tous accepté de travailler dur et ont supporté nos rappels fréquents et dérangeants afin de terminer les corrections dans les plus brefs délais. Je veux parler des docteurs : Hamma Abdel Khader, Seydina Oumar Ely, Taleb Jiddou Dahmoud, Aly souleymane et Mohamed Moustapha.

Je remercie les membres du comité scientifique international et en particulier notre Maitre le Pr Ahmed Abdel Aziz de Tunisie qui ne cessait de nous encourager de même que le Pr Olivier Armstrong de Nantes de CIDMEF sciences.

Je ne saurai terminer sans vous remercier vous tous chers collègues pour vos encouragements et en particulier ceux parmi vous qui ont cru en eux même et soumis des articles.

Ce travail ne pouvait se réaliser sans le concours o combien utile et calme de notre secrétaire d'édition Mr Matar Ndour qui a été régulier et calme tout le long du processus d'enfantement de Mauritanie Médicale.

Pr S. Sidi Cheikh, Administrateur