



La Lettre Médicale du Congo

Magazine d'expression des professionnels de la santé du Congo

N°005

Septembre 2018

La lettre de la rédaction

Mesdames et Messieurs,

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Le Comité de rédaction a le plaisir de vous annoncer la parution du cinquième numéro de la Lettre Médicale du Congo.

Cette revue diffusée exclusivement en ligne se veut être un mode d'expression de l'ensemble des professionnels de santé. Son but est de favoriser les échanges et de faire partager à la communauté médicale et paramédicale les expériences professionnelles en vue d'une amélioration des pratiques de chacun.

Le comité de rédaction a également le plaisir de vous informer que La Lettre Médicale du Congo est désormais répertoriée dans **l'Index Medicus Africain** accessible à l'adresse suivante : <http://Indexmedicus.afro.who.int/>.

Cette base de données est gérée par la bibliothèque du bureau régional de l'OMS depuis 1993. Elle permet de répertorier les publications africaines pour faciliter une visibilité mondiale et encourager les publications locales.

Vous trouverez ci-après les instructions aux auteurs permettant de soumettre des travaux, conformément aux recommandations internationales.

En souhaitant une bonne réception de ce magazine en ligne, veuillez croire en l'expression de nos salutations cordiales et confraternelles.

Rédacteurs en chef :

Pôle chirurgical : Dr Jean Patrice Binuani.Angers, France.

Pôle médical : Dr Patrice Serge Ganga-Zandzou...Roubaix, France.

Responsable de la publication :

Dr Richard Bibi. Tours, France.

Responsable de la communication

Dr Florian Diakabana. Paris, France.

Membres de la rédaction:

Dr Jean Claude Ban.....Evreux, France

Dr Bertin Ebikili.....Le Mans, France

Dr Daniel Mbey.....Pontivy, France

Dr Raymond Mizele.....Orléans, France

Pr Alain Mouanga.....Brazzaville, Congo

Dr Roland Rizet.....Brazzaville, Congo

Pr Paulette Yapi Yapo...Abidjan, Côte d'Ivoire

Dr Hubert Ythier.....Roubaix, France



Instructions aux auteurs

La lettre médicale du Congo publie des articles originaux, des éditoriaux, des articles de revue, des cas cliniques, des notes techniques et des lettres à la rédaction.

Les articles doivent être soumis par voie électronique au comité de rédaction :

lalettremedicaleducongo@gmail.com

• **Politique de conflit d'intérêt** : un conflit d'intérêt se présente lorsque l'auteur entretient une relation, notamment d'ordre financier, avec un organisme ou une société commerciale pouvant influencer son travail. Pour publier un article dans le Journal, les auteurs doivent divulguer tout conflit d'intérêt, réel ou potentiel, en lien avec leur sujet, par l'intermédiaire du « Formulaire auteur » qui leur est envoyé par l'éditeur. Les affiliations des auteurs, y compris leurs liens aux entreprises dont les produits sont cités dans l'article, doivent apparaître dans la page de titre du manuscrit. Le Journal peut décider de ne pas publier un article sur la base de ces informations. La déclaration de conflit d'intérêt est publiée dans le Journal.

• **Vie privée et consentement éclairé des patients** : la vie privée des patients doit être respectée. Toute information d'identification (nom, référence hospitalière, etc.) doit être supprimée du texte comme des figures avant publication. Si une information permettant l'identification du patient est impérative à des fins scientifiques, elle doit s'accompagner d'un consentement éclairé écrit de la personne (ou de son tuteur). Dans le cas de l'utilisation d'une photographie présentant le visage d'un patient, le consentement éclairé de ce dernier est requis, l'anonymat complet étant dès lors difficile à mettre en œuvre.

Manuscrit

Les manuscrits complets sont soumis au format Word.

La disposition du manuscrit est la suivante :

- page de titre ;
- résumés et mots-clés ;
- texte comprenant :
 - 1) Introduction, 2) Patients et méthodes, 3) Résultats, 4) Discussion dans le cas des articles originaux,
 - 1) Introduction, 2) Observation, 3) Discussion, 4) Conclusion pour les cas cliniques;
- références, tableaux et légendes des figures.

La longueur maximale des manuscrits dactylographiés (figures et références exclues) dépend de la rubrique de publication :

- articles originaux : 15 pages ;
- éditoriaux : 6 pages ;
- articles de revue : 20 pages ;
- cas cliniques : 4 pages ;
- lettres à la rédaction : 2 pages.



Numéroter les références, les illustrations et les tableaux en fonction de leur ordre d'apparition dans le texte et en utilisant des chiffres arabes.

Limiter le nombre d'abréviations, définir le terme complet correspondant lors de sa première apparition dans le texte et éviter l'emploi des abréviations dans le titre et le résumé.

Citer les entreprises pharmaceutiques ou biomédicales dont le matériel est mentionné dans le texte en indiquant, entre parenthèses, le nom de l'entreprise et sa localisation géographique. Indiquer les remerciements et les sources de financement en fin de texte.

Page de titre

La page de titre inclut le titre de l'article, le prénom et le nom de chaque auteur, le nom des services et des institutions d'où provient le travail, le nom, l'adresse, le téléphone, l'adresse mail et/ou le fax de l'auteur correspondant.

Résumés et mots-clés

Un résumé en français et/ou anglais n'excédant pas 200 mots accompagnent le manuscrit. Ce résumé sera structuré de la façon suivante : objectif ; méthodes ; résultats ; conclusion. Les résumés des articles de revue, cas cliniques et notes techniques n'ont pas besoin d'être structurés. Pour ces deux derniers types d'articles, la longueur du résumé ne doit pas excéder 75 mots.

Références

Les références sont numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (chiffres arabes entre crochets). Les communications personnelles, manuscrits en préparation et autres données non publiées ne doivent pas figurer dans la liste des références mais seront cités dans le texte entre parenthèses. Le nombre de références est limité à 20 pour les articles originaux, 8 pour les cas cliniques et 5 pour les notes techniques. Les titres des journaux sont abrégés selon l'Index Medicus. Les références sont présentées dans le format dit « de Vancouver » :

- **Périodiques** : Fedoruk LM, Jamieson WR, Ling H et al. Predictors of recurrence and reoperation for prosthetic valve endocarditis after valve replacement surgery for native valve endocarditis. J Thorac Cardiovasc Surg 2009 ; 137 : 326-33.

Indiquer tous les auteurs jusqu'à 6 ; lorsqu'il y a plus de 6 auteurs, citer les 3 premiers suivis de la mention « et al. ».

- **Livres**: Shields TW, LoCicero J, Reed CE, Feins RH, eds. General thoracic surgery. 7th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

- **Chapitre d'un livre**:

Fox KAA. Reperfusion injury. A clinical perspective. In : Yellon DM, Jennings RB, eds. Myocardial protection : The pathophysiology of reperfusion and reperfusion injury. New York : Raven Press Ltd, 1992 : 151-63.

Si la référence est un résumé, celui-ci doit être identifié en tant que tel par la mention « Abstract », figurant entre parenthèses après la page correspondante.

Tableaux

Ils sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte.

Le contenu des tableaux ne doit pas faire double emploi avec celui du texte. Les abréviations figurant dans un tableau seront définies en bas de celui-ci. Le tableau est accompagné d'un titre explicatif.

Figures et illustrations

Les schémas, figures, photos et autres illustrations sont numérotés en chiffres arabes dans l'ordre de leur première citation dans le texte. Ils doivent être soumis sous format jpeg haute définition (300 dpi). Chaque figure comporte un titre explicatif

Sommaire

Lettre de la rédaction

Instructions aux auteurs

Sommaire

Billet du comité de rédaction

ÉDITORIAL

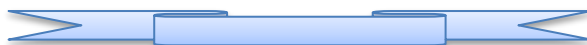
- La nouvelle Gouvernance Hospitalière un modèle de responsabilisation du corps soignant pour une meilleure efficacité de l'offre de soins ?

P. Ikounga

ARTICLES MEDICAUX

- Profil épidémiologique des personnes âgées dans la communauté urbaine de Kinkala au Congo Brazzaville.
Loko A, Mbouka R, Mayembo G, Mampouma E, Milandou Sita E, Nzingoula N, Mountsambote P.
- Volvulus "essentiel" de la dernière anse iléale de l'adulte.
Thiam S, Keïta S, Soumaré L, Koumaré S, Koïta A, Mallé M, Camara M, Camara A, Sacko O, Traoré D, Tounkara I, Abdoulaye D, Diallo D, Thiam MB, Sanogo ZZ.
- Une sialocèle post-traumatique du canal de Stenon. A propos d'un cas.
Itoua R.W, Ibata P.
- Cas radiologique du mois
Maxime Debrez

Contact



Billet du comité de rédaction

Le présent numéro est composé d'un éditorial et d'articles médicaux.

Dans son éditorial, P. Ickounga nous fait part de sa réflexion et de son expérience sur l'application des nouvelles réformes concernant la loi Hôpital Patients Santé Territoire promulguée en France en 2009.

Les articles médicaux regroupent une étude épidémiologique, des cas cliniques et un cas radiologique.

En effet, A. Loko et al. nous rapportent les résultats d'une enquête épidémiologique réalisée à Kinkala, au Congo Brazzaville.

Un cas rare de volvulus de l'intestin grêle nous est présenté par S. Thiam et al. du CHU du Point G de Bamako.

RW. Itoua et P. Ibata nous rapportent leur expérience du traitement d'un sialocèle post traumatique à l'Hôpital Central des Armées de Brazzaville.

Et, à travers un cas radiologique, M. Debrez nous rappelle que l'otite moyenne aigue ne peut être considérée comme une affection banale.

Ce présent numéro est diffusé conjointement à un numéro spécial consacré aux 2e Journées médicales Congolaises de France qui se sont déroulées à Evreux le 3 juin 2016.

Nous vous en souhaitons une agréable lecture.

Le comité de rédaction



La nouvelle Gouvernance Hospitalière un modèle de responsabilisation du corps soignant pour une meilleure efficience de l'offre de soins ?

*Guy Patrick Ikounga, MD
Chef de Service de Pédiatrie
Centre Hospitalier du Sud Seine et Marne*

L'Hôpital public français a connu lors de ces vingt dernières années une vraie révolution culturelle dans un processus évolutif dû à des mutations successives survenues dans son univers. Un secteur jusqu'ici peu touché par des logiques économiques s'est vu contraint d'intégrer dans son fonctionnement de nouveaux paradigmes regroupant des notions de rentabilité, de productivité, de performance, d'optimisation, etc., conséquences de l'accroissement continu des besoins des patients, des évolutions générales dans la pratique de la profession médicale dans un contexte d'avancées technologiques fulgurantes d'une part, et de l'autre la raréfaction des ressources. Dès lors, la recherche du meilleur rapport entre les moyens et les résultats s'avérait nécessaire. Cette recherche de l'efficience, bien que légitime, ne pouvait que heurter la perception du corps soignant dans son rôle jusque-ici uniquement dédié aux soins administrés aux patients. Cette approche a permis de révéler, sinon d'aggraver le conflit entre les soignants, acteurs de terrain d'une part et les gouvernants de l'autre, dont la mission consiste à gérer les ressources dont les premiers ont besoin dans l'exercice de leur fonction, deux systèmes fonctionnant au sein de l'hôpital dans un véritable cloisonnement.

La Nouvelle Gouvernance Hospitalière, principale mesure du plan Hôpital 2007 a été en cela une vraie rupture. Outre, le changement du mode de fonctionnement de l'hôpital avec la tarification à l'activité (les recettes déterminants désormais les dépenses et non l'inverse), la réforme des instances dirigeantes et l'accréditation, l'un des objectifs principaux était la responsabilisation des acteurs de santé dans un management de proximité et dans un nouveau rapport administratifs-soignants.

L'hôpital a été divisé en Pôles d'activités comptant à leur tête un médecin responsable de pôle entouré d'un cadre administratif et d'un cadre de santé. Les pôles ainsi constitués devaient bénéficier d'une délégation de gestion et d'une autonomie financière



par le biais de contrats d'objectifs et de moyens établis entre le responsable de pôle et la direction. Ces médecins devenaient donc les garants d'un compromis nécessaire entre l'approche purement comptable de la maîtrise des dépenses et celle uniquement centrée sur le soin, toujours dans le souci d'offrir la meilleure qualité de soins possible à moindre coût. C'est à dire l'efficience.

L'objectif de responsabiliser les soignants dans la gestion de l'hôpital a été l'un des éléments positifs de la loi, contribuant au décloisonnement entre deux systèmes aux rapports complexes, fonctionnant selon des logiques différentes, voire opposées. Dans le but d'une coopération cordiale et non plus continuellement conflictuelle, Les différentes parties devaient intégrer au mieux les contraintes de l'autre, sans forcément y adhérer.

Peut-on en effet limiter les projets qui ont pour objectif l'amélioration de la qualité des soins afin d'économiser les ressources face à la souffrance humaine ? Cela est à l'évidence contraire au système de valeurs régissant la fonction des soignants. A l'inverse peut-on engager des projets qui nécessitent des ressources dont on ne dispose pas ? Ceci s'avère incompréhensible dans la fonction de gestion des instances dirigeantes. Voilà le dilemme auquel se sont confrontés les responsables de pôles dans l'élaboration des contrats de pôles. Sans toujours disposés d'outils pour y répondre, ces derniers ont reçu une formation inégale en management hospitalier. Ils ont en outre bénéficié d'une autonomie de gestion uniquement virtuelle et sans réel pouvoir décisionnel. Par ailleurs La logique économique s'est progressivement imposée au cours du processus, conférant à ces médecins la posture de simples relayeurs des contraintes imposées par la pénurie des ressources, devenant en clair, les organisateurs de la dite pénurie. Ce phénomène a été plus visible dans des petites structures possédant peu de marge dans la capacité d'améliorer leur «productivité» en développant des activités nouvelles plus «rentables». En conséquence, la plupart d'entre elles n'ont pas pu empêcher la réduction ou la suppression de certaines de leurs activités voire la fermeture de structures entières.

Le mode de désignation de ces responsables de pôle pose également question. Initialement élus par leurs collègues au sein du pôle, ils sont désormais nommés par le directeur. On comprend aisément que ce dernier privilégie le profil de candidat le plus consensuel.

Pour conclure nous dirons que La nouvelle gouvernance hospitalière constitue une approche intéressante de gestion de l'hôpital public confronté à de nouveaux enjeux. Elle a permis une plus grande sensibilisation des soignants à d'autres aspects du fonctionnement de l'hôpital que les soins administrés aux patients, ainsi qu'une meilleure prise en compte par les organes de gestion, des problématiques liées à la sphère opérationnelle. Le médecin responsable de pôle devant assurer le pont entre les deux. Quel a été l'impact sur la recherche de l'efficience ? La réponse serait plus mitigée et l'effet réel de cet aspect de la



réforme difficile à évaluer. La délégation financière au bénéfice des pôles n'a pas été effective. A l'inverse, en l'absence de réelles compétences managériales de leurs responsables, les pôles auraient-ils été à la hauteur de cette délégation ?

Une approche opposable est celle de confier la gestion des structures sanitaires à des professionnels de santé. Des médecins directeurs d'hôpitaux formés et initiés au monde de la gestion hospitalière et possédant par essence une parfaite connaissance des besoins en termes d'organisation des soins aux patients.

La question peut se poser également de la nécessité d'une initiation à la gestion hospitalière dans le cursus des étudiants en Médecine, leur permettant d'acquérir d'emblée cette double vision des structures dans lesquelles ils sont appelés à travailler.

Quoi qu'il en soit, le corps médical devrait s'approprier et approfondir cette réflexion imposée par les enjeux actuels liés à la pratique de sa profession.



Articles Médicaux

Profil épidémiologique des personnes âgées dans la communauté urbaine de Kinkala au Congo Brazzaville

Loko A, Mbouka R, Mayembo G, Mampouma E, Milandou Sita E, Nzingoula N, Mountsambote P.

Association d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées (AASDPAC). Antenne de Kinkala.

Siège social : avenue de l'indépendance, Pointe-Noire Congo Brazzaville

1. INTRODUCTION

Les personnes âgées constituent avec les enfants et les femmes enceintes des personnes vulnérables. Si depuis de nombreuses années, de gros efforts ont été consentis pour améliorer l'état de santé des enfants et des femmes enceintes, l'implication des pouvoirs publics auprès des personnes âgées est plus récente. Ainsi pour améliorer leur qualité de vie, il convient de disposer de données épidémiologiques qui caractérisent cette tranche de la population (1, 2).

L'association d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées (AASDPAC) est une association régie par la loi de 1901, qui apporte aide et soins à domicile aux personnes âgées invalides, en mettant à leur disposition des soignants et auxiliaires de vie. A ce titre, elle intervient aux domiciles des patients et dispose d'informations pouvant servir à améliorer leur confort et état de santé.

L'AASDPAC a donc réalisé une enquête de population dans le but d'identifier et de déterminer la fréquence des différentes affections qui touchent les personnes âgées afin d'y apporter une aide adéquate.

2. METHODE ET PATIENTS.

L'enquête s'est déroulée dans le département du Pool, plus précisément dans la communauté urbaine de Kinkala, à partir du mois d'octobre 2015.

Le plan d'action annuel de l'AASDPAC prévoit des activités en trois phases :

- La première étape est consacrée à l'identification des personnes âgées,
- la 2^{ème} à la prise en charge des malades référés dans les formations sanitaires de la ville

- et la 3e correspond au suivi à domicile des soins prescrits aux personnes âgées.

Suite à une convention, l'accord des responsables de l'hôpital de Kinkala et du Centre de Santé Intégré a été obtenu pour assurer les consultations et réaliser les examens biologiques de routine (goutte épaisse, recherche de filariose, examens des selles) moyennant un forfait de 20 000 FCFA (Vingt-mille FCFA) par mois, soit 30,53 € à la charge de l'AASDPAC.

Dix professionnels de santé bénévoles ont été identifiés et formés sur les thématiques spécifiques à la gérontologie pour mener à bien les activités de l'association, bénéficiant d'une somme forfaitaire de 50 000 FCFA par mois, soit 76,33 € par mois, à la charge de l'AASDPAC.

Durant la première phase se déroulant du 1er octobre à fin décembre 2015, les prestataires de l'Association ont sillonné tous les quartiers de la ville de Kinkala, pour identifier les personnes âgées. Les démarches étaient menées de porte à porte par un personnel soignant formé en gérontologie. Notamment, ces équipes comportaient des infirmiers et infirmières équipé(e)s de sacs médicalisés comprenant du matériel médical de diagnostic (tensiomètres, pèse personnes, appareils de glycémie, thermomètres, saturomètres,...) et du matériel de rééducation fonctionnelle à usage à domicile pour réaliser le pré-diagnostic. Le coût du matériel utilisé était de plus de 2 161 000 FCFA, soit 3300 €.

Le principal critère d'inclusion était un âge supérieur ou égal à 60 ans. Un sujet âgé d'au moins 85 ans était considéré comme très âgé.

Les informations recueillies durant la première phase portaient sur l'état civil, les habitudes de vie, le type de maladie chronique ou de handicap (instabilité posturale, autonomie fonctionnelle et troubles visuels ou auditifs), les points essentiels à surveiller (poids, hydratation, état nutritionnel, niveau d'activités) et le type de vieillissement (habituel, réussi ou pathologique) (cf annexe).

Après la phase d'identification, un lancement officiel des phases 2 et 3 était réalisé à partir de février 2016.

Le programme d'activités pour ces phases était le suivant :

- ✓ Poursuite de l'identification des personnes âgées
- ✓ Prise en charge des personnes âgées en structure sanitaire
- ✓ Soins infirmiers à domicile (soins d'hygiène, nursing, prise de la tension artérielle, pouls et glycémie)
- ✓ Dispensation de certains médicaments essentiels (paracétamol, Mébendazole, metronidazole, amoxicilline, cotrimoxazole antihypertenseurs)
- ✓ Suivi des personnes âgées à domicile
- ✓ Assistance aux repas à domicile (conseils diététiques pour les hypertendus et les diabétiques)



- ✓ Aide aux travaux ménagers et actes de vie courante (habillage, manutention et transport d'eau pour les personnes isolées)

3. RESULTATS.

Phase 1

Durant cette phase, au total, 414 personnes âgées ont été répertoriées dans les différents quartiers, dont 267 femmes (64%) et 147 hommes (36 %). La répartition de la population par quartier et par sexe est rapportée dans le **tableau 1**. 20% de la population étudiée était considérée comme très âgée (> à 85 ans).

Quartier	Sexes		Retraités		Non retraités	
	M	F	M	F	M	F
Ntari Ngouari	12	23	2	0	10	23
MABI	23	38	4	0	19	38
MASSOMBO	3	17	0	0	3	17
MADIBA	8	15	0	0	8	15
MAKOUNBOU	17	43	0	0	17	43
VINZA	18	27	4	1	14	26
OAUYAKO	17	31	2	0	15	31
NGAMBARI	7	8	8	0	4	8
LOUBIKOU	4	10	3	0	1	10
MBANDZA NKANDI	19	21	8	0	11	21
BANZIEMO	19	34	3	1	16	33
Sous TOTAL	147	267	34	2	118	265
TOTAL GENERAL	414		36		383	

Tableau 1 : Répartition des personnes âgées dans les quartiers et par sexe (H : homme ; F : femme)

Concernant l'état civil, 39% étaient veufs (ves), 31% mariés (ées), 25% célibataires et 4% divorcés (ées).

Concernant leurs habitudes de vie, 53% étaient sédentaires, 16% étaient considérés comme alcooliques, 12% vivaient un isolement socio-familial et 8% étaient tabagiques.

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, 70% avaient au moins une pathologie chronique et 53 % vivaient avec un handicap.

La répartition des différentes pathologies répertoriées est rapportée au **tableau 2**. Les affections dentaires, cardiovasculaires et pulmonaires prédominaient.

Concernant l'état nutritionnel et d'hydratation, 18% étaient dénutris et 24 % déshydratés.

Au sein de la population étudiée, 90% étaient considérés comme ayant un vieillissement pathologique.



	Pathologies	Nombre de cas	%
1	Affections dentaires	220	24.53
2	Problèmes cardio-vasculaires : HTA	192	21.40
3	Affections pulmonaires	68	7.58
4	Affections parasitaires chroniques éléphantiasis	9	1.0
5	Affections parasitaires chroniques autres	2	0.22
6	Diabète type I	22	2.45
7	Diabète type II	7	0.78
8	Affections ostéo-articulaires : Goutte	11	1.23
9	Affections ostéo-articulaires : RAA	322	35.90
10	Affections neurologiques : Tremblements	14	1.56
11	Affections neurologiques : Paralysie	14	1.56
12	Affections neurologiques : Parkinson	13	1.45
13	Affections cutanées	3	0.33
	TOTAL	897	100

Tableau 2 : Répartition des pathologies chroniques

Concernant les ressources financières, seuls 10% avaient acquis leurs droits à la retraite. Les personnes répertoriées étaient pour la plupart sans ressources parce qu'elles ne bénéficiaient pas d'une pension de retraite.

Phases 2 et 3

Au cours de cette deuxième phase, la prise en charge s'est effectuée dans les structures de santé pour la phase 2 et à domicile pour la phase 3.

De février à avril 2016, les prestataires ont pris en charge à domicile, 101 personnes sur les 414 âgées identifiées en première phase. Quarante-trois personnes (10%), dont 13 hommes et 30 femmes avaient été reçues dans les services de l'hôpital de base de Kinkala pour des soins curatifs. Parmi elles, 30 ont été hospitalisées. La répartition du nombre de prises en charge en structures sanitaires ou à domicile en fonction des pathologies est rapportée dans le **Tableau 3**.



N°	Pathologies	Nombre de personnes prises en charge en structure sanitaire			Nombre de personnes ayant reçu des soins à domicile			Nombre de personnes hospitalisées			Nombre de personnes reçues pour des examens complémentaires		
		M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
1	Affections dentaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Affections cardio-vasculaires HTA	7	6	13	9	15	24	4	6	10	0	0	0
3	Affections pulmonaires	0	2	2	0	0	0	0	1	1			
4	Affections parasitaires chroniques: éléphantiasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Affections parasitaires chroniques autres	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
6	Diabète type I	1	3	4	1	4	5	1	0	1	0	1	1
7	Diabète type II	0	3	3	2	4	6	0	1	1	2	2	4
8	Affections ostéo articulaires; goutte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Affection ostéo articulaires: RAA	0	2	2	1	10	11	0	0	0	0	0	0
10	Affection neurologique; paralysie	0	1	1	3	1	4	0	1	1	0	0	0
11	Affection neurologique; Parkinson	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Affections neurologiques; tremblements	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
13	Affections cutanées; plaie atones	0	2	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0
	Autres maladies (paludisme, gastrite,...)	5	10	15	2	13	15	5	10	15	3	7	10
	Sous total	13	30	43	20	50	70	10	20	30	5	10	15
	TOTAL	43			70			30			15		

Tableau 3 : Répartition du nombre de personnes prises en charge en structure sanitaire ou à domicile selon les pathologies (*H : homme ; F : femme ; Tot : total*)

Soixante-dix personnes (17%) dont 20 hommes et 50 femmes ont reçu des soins infirmiers à domicile. La répartition du type de soins administrés aux personnes âgées à domicile est rapportée au **Tableau 4**.

Période	Soins d'hygiène		Manutention		Habillage		Soins divers		Facteurs aggravants	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Février	1	3	0	1	0	1	4	5	0	0
Mars	1	1	1	1	0	0	2	12	0	0
Avril	2	5	1	3	1	3	8	14	0	1
Sous TOTAL 1	4	9	2	5	1	4	14	31	0	1
Sous TOTAL 2	13		7		5		45		1	
TOTAL GEN	70								1	

Tableau 4 : Type de soins à domicile de février à avril 2016 (*H : homme ; F : femme*)

Durant ces 3 mois, 6 décès (1,4%) ont été déplorés parmi les personnes identifiées. Les principales causes de décès étaient l'AVC (n=4), l'HTA (n=1) et le paludisme grave (n=1).

4. COMMENTAIRES

Les informations recueillies lors de cette première phase ont permis de disposer de données devant servir à optimiser les phases 2 et 3.

En effet, il apparaît clairement que les personnes âgées de la communauté urbaine de Kinkala sont porteuses de différentes affections chroniques dont les plus fréquentes sont les affections dentaires, les pathologies cardiovasculaires telles que l'HTA et les affections pulmonaires. Il convient donc de disposer dans l'offre de soins locale de personnels soignants pouvant faire face à ces pathologies. Toutefois, il sied de constater que bien que les affections dentaires soient les plus fréquentes, aucun patient n'a bénéficié de soins à visée stomatologique, faute de personnel local qualifié dans ce domaine et de moyens financiers des personnes concernées.

Il est également important de souligner que sur 3 mois, 6 décès (1,4%) ont été enregistrés avec l'AVC et l'HTA comme causes prédominantes. Ceci souligne le lourd tribut que paient nos populations aux maladies cardio-vasculaires qui nécessitent sans doute une action de grande envergure de la part des pouvoirs publics (3, 4).

De plus, il a été identifié des habitudes de vie néfastes, telles que la sédentarité, l'alcoolisme et le tabagisme qui représentent des facteurs de risque connus pour la santé des populations d'autant plus qu'elles font partie des personnes vulnérables. La dénutrition et la déshydratation ont également été retrouvées avec une fréquence non négligeable pouvant entraîner une fragilisation vis-à-vis des infections. Ceci souligne la nécessité d'une information, sensibilisation et d'une éducation par des actions de santé publique.

L'autonomie fonctionnelle est importante chez les personnes âgées, cependant 53% ont été retrouvées avec un handicap et 12 % avec un isolement socio-familial. Ceci expose à des risques de dépression ou de chute dont on sait les conséquences désastreuses que cela peut entraîner chez des personnes déjà fragilisées (5).

Enfin, le manque de ressources financières de la majorité de cette population souligne l'intérêt d'un soutien financier et d'un accompagnement social nécessaire par les services publics de notre pays (6). L'isolement socio-familial retrouvé chez plus d'une personne âgée sur 10 doit également nous faire réfléchir.

5. CONCLUSION

Cette enquête en population réalisée chez des personnes âgées d'au moins 60 ans dans la communauté urbaine de Kinkala a permis d'identifier les caractéristiques de cette population. Elle montre que ces personnes vulnérables présentent des affections responsables d'une co-morbidité dont il faut tenir compte lors de leur prise en charge. Cette prise en charge par les pouvoirs publics et les familles doit donc inclure aussi bien le volet médical et paramédical qu'un accompagnement socio-économique à domicile.



REFERENCES

1. Kouamé A.
Le vieillissement de la population en Afrique. Ottawa: CRDI; 1990.
2. Kâ O, Gaye A, Mbacké Leye MM, Ngom NF, Dia AT, Diop SN, Sow AM.
Personnes âgées et prise en charge préventive des pathologies gériatriques en milieu africain. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016 ; 14(4) :363-70
doi:10.1684/pnv.2016.0617
3. Guerchet M, Aboyans V, Mbelesso P, Mouanga AM, Salazar J, Bandzouzi B, Tabo A, Clément JP, Preux PM, Lacroix P.
Epidemiology of peripheral artery disease in elder general population of two cities of Central Africa: Bangui and Brazzaville. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2012 Aug;44(2):164-9.
4. Andrew Moran, Mohammad Forouzanfar, Uchechukwu Sampson, Sumeet Chugh, Valery Feigin and George Mensah.
The Epidemiology of Cardiovascular Diseases in Sub-Saharan Africa: The Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors 2010 Study. *Prog Cardiovasc Dis*. 2013 Nov-Dec; 56(3): 234–239.
5. Uwakwe R, Ibeh CC, Modebe AI, Bo E, Ezeama N, Njelita I, Ferri CP, Prince MJ.
The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 dementia research group cross-sectional survey. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(9):1620-7.
6. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Bibliothèque de l'OMS - 2016.



ANNEXES

A.A.S.D.P.A.C



ASSOCIATION D'AIDES ET DE SOINS A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES DU CONGO
 Siège social : avenue de l'indépendance vers marché Tié-Tié de Pointe-Noire Tél : +242 06 649 46 39 /
 +336 65 98 40 18 (France) mail : association.asdpqa@yahoo.fr

FEUILLE D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AGEE : PROJET SEPVD

- Nom(s) :
- Prénom(s) :
- Date de naissance :
- Etat Civil : Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf / ve ☐ divorcé(e) ☐
- Retraité(e) ☐ Non retraité(e) : ☐
- N° de la structure : SEPVD / /G / / /
- Quartier :
- Ville :
- Contact :

Photo

I - CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES :

- Personne de très grand âge (supérieur à 85 ans) : ☐
- Personne de 60 ans présentant un handicap : ☐
- Personne de 60 ans atteints de pathologies chroniques : ☐

II - TYPES DE MALADIES CHRONIQUES ET HABITUDES :

- Problème dentaire : ☐
- Affections cardio-vasculaires : HTA ☐ Autres :
- Affections pulmonaires : ☐ Saturation en oxygène :
- Affections parasitaires chroniques : Eléphantiasis ☐ Autres :
- Affections métaboliques : Diabète du type 1 ☐ du type 2 ☐ Autres :
- Affections ostéo-articulaires : Goutte ☐ RAA ☐ Autres :
- Affections neurologiques : Tremblements ☐ Paralyse ☐ Parkinson ☐ Autres :
- Affections cutanées : Plaies atones ☐
- Habitudes : Alcoolisme ☐ Tabagisme ☐ Sédentarité ☐ Isolement socio-familial ☐

III- LES QUATRE POINTS ESSENTIELS A SURVEILLER :

- Le poids : Normal ☐ Surpoids : ☐ Maigreur : ☐
- L'alimentation : Tableau de dénutrition ☐
- L'hydratation : Tableau de déshydratation ☐
- Niveau d'activité : x à exercer une activité physique et sportive dans l'année ? ☐
- Au moins une fois : ☐ au moins 30 min de marche rapide par jour

IV-TYPES D'HANDICAP :

- Instabilités posturales : ☐
- Troubles visuels : ☐ Troubles auditifs : ☐
- Perte d'autonomie fonctionnelle : ☐

V - TYPE PROBABLE DE VIEILLISSEMENT :

- Vieillessement habituel : (sans pathologies, avec peu de risques d'en développer) : ☐
- Vieillessement réussi : (sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie) ☐
- Vieillessement pathologique : (marqué par des nombreux facteurs de risques, des pathologies et/ou des incapacités installées tôt) ☐

Fait à Pointe-Noire, le.....
 Signature de la personne âgée ou proche Signature du Directeur du Bureau

Association Congolaise de loi 1901. Journal officiel de la République du Congo du jeudi 11 février 2010. Déclarée par le Ministère de l'Intérieur sous le récépissé N°0079/MATD/DPN/SG/DDSP du 31 juillet 2009. Enregistrée au Ministère de la Santé sous le N°365/MSAS/F/CAB/DCC du 05 août 2009. Protocole d'accord de partenariat signé en février 2017.

Volvulus “essentiel” de la dernière anse iléale de l’adulte.

Thiam S¹, Keïta S¹, Soumaré L¹, Koumaré S¹, Koïta A¹, Mallé M², Camara M¹, Camara A¹, Sacko O¹, Traoré D², Tounkara I¹, Abdoulaye D¹, Diallo D¹, Thiam MB¹, Sanogo ZZ¹.

¹Service de chirurgie A, CHU du Point G, Bamako Mali

²Service de chirurgie B du CHU du Point G

Auteur correspondant : Souleymane Thiam, service de chirurgie A, CHU du Point G, Bamako Mali, email : solothiam@yahoo.fr

RESUME

Le volvulus de la dernière anse iléale, rarement évoqué dans la littérature, réalise une urgence médico-chirurgicale. Il s’agissait d’une patiente, âgée de 40 ans, multipare, sans antécédents particuliers, reçue en urgence pour douleur abdominale siégeant dans la fosse iliaque droite. Les signes d’accompagnement étaient : vomissements post prandiaux précoces, arrêt des matières et des gaz tardifs et fièvre. A l’examen physique, il n’y avait pas de cicatrice de laparotomie, on notait une douleur de la fosse iliaque droite à la palpation, un tympanisme peri ombilical, un silence abdominal à l’auscultation, une ampoule rectale vide et une douleur à droite du cul de sac de Douglas au toucher rectal. A la radiographie de l’abdomen sans préparation on notait des niveaux hydro aériques centraux plus larges que hauts. Le diagnostic d’occlusion du grêle a été posé et le patient a été opéré. A l’exploration nous avons trouvé un volvulus de la dernière anse grêle avec nécrose. Une résection emportant la dernière anse iléale suivie d’une anastomose iléo colique termino-latérale a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples. La patiente a été revue à 1 mois, 3 mois et 6 mois sans plainte.

Le volvulus du grêle est une pathologie bénigne, dont le pronostic est favorable lorsque le délai de prise en charge médico chirurgicale n’est pas allongé.

Mots clés : volvulus, grêle, urgence, chirurgie, réanimation

SUMMARY

Volvulus of the last ileal loop in adults: report of a case

Abstract

Even if it is rarely mentioned in the literature, the volvulus of the last ileal ansa makes a medico-surgical emergency. The present study reports a case of small intestine volvulus with necrosis of the last ileal ansa. It is a case of a forty years old multiparous patient without any previous medical history. The patient has been admitted in emergency for abdominal pains in the right iliac fossa. The cover signs were early post prandial vomiting, late stoppage of faeces and gas, in the context of high temperature. On physical examination, there was no laparotomy scar, however, one could notice a pain in the right iliac fossa on palpation, a peri

umbilical tympanitis, an abdominal silence on auscultation, along with an empty rectum and a pain on the right side of Douglas cul sac on rectal examination. On abdomen X ray, higher central hydro aeric levels were also noticed. The small bowel occlusion diagnosis was posed; as a result, a small intestine volvulus with necrosis was located and the patient's surgery was decided. A resection of the last ileal ansa followed by an ileo-caecal terminal side anastomosis was performed. Digestive transit has resumed on the third day post-operative gas formed. The post-operative follow up was uneventful. The patient has been observed after one month, three months and six months without any complaints. The volvulus of the small intestine is a minor disease whose prognosis is favorable when the time for surgical medical care is not extended.

Keywords: Small bowel volvulus, surgery, emergency, intensive care.



1. INTRODUCTION

Le volvulus du grêle réalise une occlusion haute par torsion et enroulement plus ou moins serré dans le sens horaire et cranio-caudal du grêle proximal autour de l'axe mésentérique supérieur [1].

L'occlusion du grêle est une des causes d'admission en urgence des patients. Le volvulus du grêle réalise la rotation de l'intestin sur lui-même autour d'un axe représenté le plus souvent par une bride, un appendice long et ectopique (mésocoeliaque, iléopelvien) ou un diverticule de Meckel [2]. Cette torsion peut être serrée, irréversible avec un risque de nécrose intestinale imminente, ou au contraire être lâche, réversible ou récurrente réalisant le volvulus chronique de diagnostic difficile [1]. C'est une urgence médicochirurgicale grave du fait de la torsion vasculaire avec risque de nécrose et de perforation du grêle. Son pronostic dépend entre autre de la rapidité de la prise en charge. Il se voit à tout âge et son diagnostic repose sur les signes cliniques et radiologiques [3].

Nous rapportons un cas de volvulus du grêle avec nécrose de la dernière anse iléale sans cause macroscopique évidente.

NB Nous avons consacré le terme volvulus "essentiel" en raison de l'absence de cause macroscopique évidente.

2. OBSERVATION

Une patiente de 45 ans multipare (5 grossesses) nous a été adressée par le service des urgences pour douleur abdominale et distension abdominale. Le début de la symptomatologie remontait à 4 jours par des vomissements en jet, post prandiaux précoces. A ces vomissements s'associait une douleur abdominale spasmodique a type de colique, permanente, siégeant dans la fosse iliaque droite, irradiant dans l'hypogastre sans facteur déclenchant, calmée par la prise d'antalgique de palier 1 et d'anti inflammatoires non stéroïdiens. A cette douleur s'associait un arrêt permanent de matières et de gaz dans un contexte de fièvre non quantifiée. A l'examen clinique la patiente avait un IMC égal à 26,63 Kg/m² et une température à 37°5 et un indice OMS coté grade II. Les conjonctives étaient colorées. Il n'y avait pas de cicatrices de laparotomie. La palpation de la fosse iliaque droite réveillait la douleur. A la percussion abdominale on notait un tympanisme péri ombilical. Il y avait un silence à l'auscultation abdominale. Au toucher rectal, l'ampoule rectale était vide mais on notait une douleur à droite au niveau du cul de sac de Douglas. Le reste de l'examen clinique était normal.

En résumé il s'agissait d'une multipare de 45 ans reçue pour douleur et distension chez qui l'examen clinique a retrouvé une douleur abdominale associée à des vomissements ; une notion de fièvre non quantifiée et un arrêt du transit (matières et gaz).

Nous avons émis 2 hypothèses diagnostiques : une occlusion ou une appendicite avec iléus paralytique.



A la radiographie de l'abdomen sans préparation, on notait des niveaux hydro aériques centraux plus larges que hauts et une discrète aération rectale en faveur d'une occlusion intestinale. Aux examens biologiques ; le taux d'hémoglobine était à 12g/dl (12 à 16g/dl) et la patiente était du groupe A avec un rhésus positif (A+).

Une intervention chirurgicale a été décidée et réalisée en urgence. Elle s'est déroulée sous anesthésie générale. La voie d'abord était une laparotomie sus et sous ombilicale. A l'exploration, de l'étage sous mésocolique on découvrait un volvulus de l'intestin grêle à 2 tours de spires serrées dans le sens horaire à 15 cm de l'angle iléo coecal et une nécrose sur 25 cm de l'anse grêle (portion avec volvulus) **Figure 1**. Il n'y avait pas de mésentère commun ni de diverticule de Meckel. L'appendice était d'aspect normal. On procède à une dévolvulation de l'anse grêle, à une résection de la partie nécrosée et à une anastomose latérale iléo-caecale termino-latérale. La sonde naso-gastrique a été enlevée à J2 post opératoire. Le transit digestif a repris à J3 post opératoire sous forme de gaz. L'ablation des fils a eu lieu à J10 post opératoire. La patiente est rentrée à domicile à J12 post opératoire. Les suites opératoires ont été simples. La patiente a été revue à 1 mois, 3 mois et 6 mois. La patiente ne se plaignait pas et l'examen physique était normal.

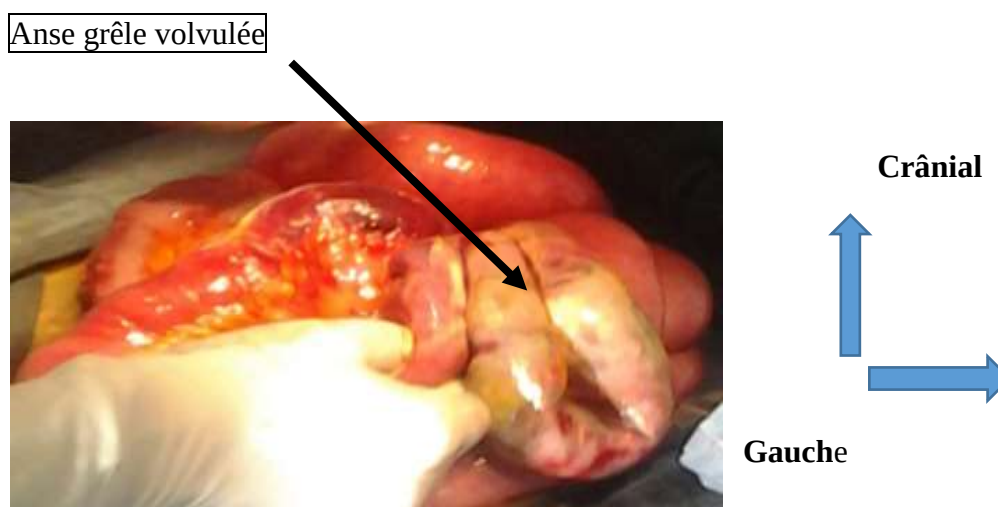


Figure 1 : Exploration volvulus de la dernière anse iléale

3. DISCUSSION

Le volvulus de l'intestin grêle est rare chez l'adulte [4]. Le volvulus de l'iléon terminal sans anomalie de la rotation a rarement été évoqué dans la littérature. KANTE-KABA et al ont répertorié 10 cas de volvulus du grêle sur 86 patients opérés en urgence pour occlusion intestinale [2]. L'âge de ses patients variait de 15 à 40 ans [2]. Kotobi et al trouvent que le

volvulus total de l'intestin grêle est surtout l'apanage de l'enfant de moins de 1 an surtout dans le premier mois de la vie avec un risque qui diminue au-delà de un an [4].

Le tableau clinique est fait de douleurs abdominales, vomissements post prandiaux précoces, d'arrêt de matières et de gaz. L'état général peut être conservé ou rapidement altéré [2]. La température peut être normale ou élevée. La radiographie de l'abdomen sans préparation montre des images hydro-aériques affirmant l'occlusion du grêle : nombreuses, centrales, étagées, plus larges que hautes avec contours fins des anses et absence d'haustrations [2]. La présence d'une grisaille diffuse témoigne d'un épanchement péritonéal liquidien. Nous avons réalisé la radiographie de l'abdomen sans préparation en première intention. Moifo et al pensent que l'échographie abdominale couplée au Doppler permet d'évoquer le diagnostic et constitue un examen de choix et de première intention [1]. Elle permet d'objectiver la malrotation avec l'artère mésentérique supérieure à droite de la veine mésentérique supérieure, le volvulus avec la masse mésentérique pré-vertébrale au sein de laquelle on observe le signe du tourbillon. Elle permet également de rechercher un épaississement pariétal des anses témoin d'une souffrance ischémique. La fiabilité de l'échographie est très grande avec le signe du tourbillon comme élément pathognomonique. Kotobi et al trouvent que l'échographie n'est pas toujours contributive car souvent gênée par les gaz [4]. A. Elmadi et al pensent que l'écho-doppler qui est un examen, non irradiant est suffisant pour le diagnostic [5]. Pour Mehinto, l'échographie n'est pas l'examen le mieux indiqué dans les occlusions intestinales aiguës [3], mais elle permet de montrer le signe du « whirl » qui est l'enroulement vasculaire et/ digestif. La tomodensitométrie de l'abdomen avec injection est l'examen de référence chez l'adulte [4]. En effet le signe du tourbillon encore whirl-like semble être pathognomonique. Le scanner doublé d'une opacification haute permet de diagnostiquer une anomalie de la rotation. Bien que décrit, l'artériographie qui est un examen long, coûteux et invasif ne doit plus être retenu dans cette indication.

La prise en charge du volvulus du grêle reste un défi clinique. Les patients hospitalisés en urgence pour volvulus du grêle doivent être pris en charge de façon médico-chirurgicale. Les moyens médicaux impliquent un remplissage vasculaire avec correction des désordres des électrolytes et des gaz du sang. Les moyens chirurgicaux sont surtout une laparotomie permettant d'évaluer la viabilité du segment d'intestin grêle incriminé. Cette évaluation peut s'avérer difficile. Dans une situation de nécrose franche, la décision de résection est évidente. En cas de doute, l'approche habituelle est de placer des compresses chaudes sur l'anse douteuse pendant une dizaine de minutes avant d'évaluer la récupération selon la couleur pariétale, la motilité et la présence d'un pouls mésentérique. Si le doute de viabilité de l'anse concernée persiste, il est préférable de pratiquer une résection segmentaire en raison du risque d'évolution vers une nécrose avec ou sans perforation [6]. Il est préférable de réaliser une résection à minima car la résection d'un long segment expose le patient à un syndrome du grêle court. L'anastomose peut être réalisée en un ou deux temps. VALLA pense que le traitement laparoscopique peut être tenté dans tous les cas de volvulus du grêle mais qu'il faut s'attendre à un taux important de conversion en cas de volvulus serré avec plusieurs tours de spires [7].

4. CONCLUSION

Le volvulus du grêle lorsqu'il est serré constitue une urgence médico-chirurgicale. La rapidité de la prise en charge après le diagnostic est un facteur pronostic important. Plus ce délai est court, plus le pronostic est favorable après une réanimation et une intervention chirurgicale.



REFERENCES

1. Moifo B, Asonganyi B.D, Nzokou A, F. Mouafo Tambo F, Andze G, Gonsu J.F.
Apport de l'échographie doppler dans le diagnostic du volvulus chronique du grêle sur mal rotation intestinale : à propos d'un cas. Med. d'Afr. Noire 2008 ; 55(1) :17-20
2. Kante- Kaba N.M, KANTE-Diawara F, Carolfi J.
Les occlusions par volvulus du grêle : a propos de 10 cas. Med. d'Afr. Noire : 1990 ; (6) :37
3. Mehinto D.K, Bagnan O.K, Padonou N.
Volvulus du grêle chez l'adulte en chirurgie viscérale au centre National Hospitalier Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. Med. d'Afr. Noire 2010 ; 57(7):363-369
4. Kotobi H, Gallot D.
Complications des anomalies embryonnaires de la rotation intestinale : prise en charge chez l'adulte. EMC-Chirurgie 2004 ;(1):413-25.
5. Elmadi A, Boubou M, Khattala K, Rami M, Afifi A, Bouabdallah Y.
Volvulus chronique sur mésentère commun. Méd. Maghreb 2011 ;(183):13-17
6. Schwenter F, Dominguez S, Meier R, Oulhaci de Saussure W, Platon A, Gervaz P, Morel P.
Occlusion du grêle aigue. Traitement conservateur ou chirurgical ? Rev. Med. Suisse 2011 ;(7) :1341-7
7. Valla J.
Traitement laparoscopique du volvulus du grêle sur mésentère commun Ressource :
Htt:// www.canal-u tv 14 janvier 2007



Une sialocèle post-traumatique du canal de Stenon. A propos d'un cas.

Itoua R.W, Ibata P.

Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale.
Hôpital Central des Armées Pierre Mobengo. Brazzaville

Auteur correspondant : R. W. ITOUA. Service ORL et CCF HCA Pierre Mobengo. Brazzaville - Congo
Tel : 00 242 06 806 53 20. **Email :** wulfran_rosaire@yahoo.fr

RESUME

La sialocèle est une lésion acquise due à l'extravasation de la salive dans les tissus mous au voisinage de la glande salivaire ou de son canal excréteur suite à un traumatisme, une chirurgie ou une infection. La sialocèle se développe classiquement entre 8 et 14 jours. Un cas de sialocèle post-traumatique du conduit parotidien gauche ou canal de Stenon survenu après une plaie de la région parotido-jugale gauche par arme blanche est rapporté. Dans ce cas, le diagnostic a été établi sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique, de l'échographie et de la ponction. Un traitement conservateur a été adopté avec une issue favorable. A travers cette observation et une revue de la littérature, les aspects étiopathogéniques et cliniques de cette affection et les diverses approches thérapeutiques sont présentées.

Mots clés : fièvre récurrente, enfant.

SUMMARY

Sialocele is an acquired lesion due to extravasation of the saliva in soft tissue, next to salivary gland or its excretor canal, after a traumata surgery or an infection.

Classically, sialocele develops between 8 and 14 days. A post traumatic sialocele case of left parotid ductus or Stenon canal, after a left parotid region and cheek wound is reported. In that case, the diagnostic was established basing on anamnesis, clinical examination, ultrasonography and puncture. A conservative treatment was adopted, and the issue was good. Through that study, and a literature review, etiopathogenic and clinical aspects of that affection, and different therapies are presented.

Key words: sialocele, parotid gland, puncture.



1. INTRODUCTION

La sialocèle est une cavité contenant de la salive, le plus souvent due à un traumatisme ou à une infection de la glande salivaire, à une section du canal salivaire ou une sténose canalaire avec dilatation en amont (1). La sialocèle post-traumatique est une lésion acquise résultant de l'extravasation de la salive dans les tissus au voisinage de la glande salivaire ou de son canal par section complète ou non du canal salivaire à la suite de traumatismes pénétrants ou non de la joue, de fractures de la mandibule, de l'os zygomatique, d'exérèse per orale de lithiase, de lithotripsie salivaire, d'exérèse de tumeur de la joue ou de la muqueuse buccale et de sialofibrosopie. Le diagnostic de sialocèle repose sur l'anamnèse, l'examen clinique, l'imagerie et la ponction. Sa prise en charge est sujette à controverses. Un cas de sialocèle post-traumatique du canal parotidien ou canal de Stenon, traitée par une approche conservatrice est décrit chez un patient de 35 ans. A travers cette observation et une revue de la littérature, nous présentons les aspects étiopathogéniques et cliniques de cette affection et les diverses approches thérapeutiques à la disposition du praticien.

2. OBSERVATION CLINIQUE

Un homme âgé de 35 ans sans antécédent particulier nous a été référé du service de triage pour prise en charge d'une tuméfaction de la joue gauche apparue dans les suites immédiates de la cicatrisation d'une plaie de la région parotido-jugale gauche par arme blanche. Cette lésion traumatique suturée 2 semaines plus tôt, a évolué vers une tuméfaction indolore qui augmentait de volume lors des repas (**Fig. 1- Fig. 2**).



Figure 1 et 2 : vues antérieure et postérieure de la tuméfaction avec peau en regard siège d'une cicatrice.

L'examen clinique montrait une cicatrice récente d'environ 8 centimètres de long au niveau de la joue gauche. Hormis la cicatrice, la peau en regard était normale sans signe

d'inflammation. Il n'y avait pas de signes même frustes de paralysie faciale. La palpation bimanuelle notait une tuméfaction molle, mobile, froide et bien circonscrite. L'orifice du canal de Stenon homolatéral était sain, laissant sourdre une salive normale. Le reste de l'examen clinique ORL était sans particularité.

L'échographie (ultrasonographie) (**Fig.3**) réalisée mettait en évidence la présence d'une formation anéchogène, ovale, bien limitée renfermant des échos, mesurant 39,9 X 25,5 millimètres évoquant à priori une grosse lésion kystique. La sialographie, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonnance magnétique n'ont pu être réalisées.



Figure 3 : vue de la sialocèle en échographie montrant une formation anechogene, ovale, bien limitée mesurant 39,9x25,5mm.

Une ponction percutanée à l'aiguille de la masse a permis de recueillir un liquide citrin, visqueux. Ce liquide n'a malheureusement pu être soumis à une analyse biochimique ou microbiologique.

A partir de ces différents éléments, le diagnostic de sialocèle post-traumatique du canal parotidien gauche a été retenu.





Figure 4 : vue de la région parotidienne gauche 1 mois après la dernière séance de ponction.

Notre patient a bénéficié d'un traitement conservateur consistant en des ponctions évacuatrices répétées suivies de pansements compressifs sous couverture antibiotique. Au total 4 séances de ponction ont été réalisées à raison d'une séance tous les 4 jours, en raison de la reconstitution de son contenu liquidien. Sous ce traitement et surveillance rapprochée, l'évolution a été favorable puisqu'après 18 mois de suivi, le patient n'a présenté aucune récurrence. (**Fig.4**)

3. DISCUSSION

La sialocèle est une accumulation de salive dans les tissus mous au voisinage de la glande salivaire ou de son canal excréteur. Le terme de pseudokyste semble avoir été utilisé le premier pour désigner cette lésion (2-4). Ce n'est qu'à la fin des années 70 qu'apparut et se popularisa celui de sialocèle (5-8). Ainsi que l'ont bien écrit Van der Goten et al (9), la différence principale entre un pseudokyste et une sialocèle est la présence ou l'absence de recouvrement épithélial de la cavité. Le pseudokyste désigne une accumulation de salive dans les tissus mous par extravasation et qui reste confinée par des tissus de granulation ou de la fibrose. En revanche, lorsque cette accumulation se fait au sein d'une cavité recouverte d'un épithélium, il s'agit d'une sialocèle (9). Cependant, une confusion persiste toujours quant à la distinction exacte de ces lésions. En effet, pour Laccoureye et al, la définition appropriée pour une sialocèle correspondrait au "développement d'une cavité épithélialisée survenue dans les suites du traumatisme d'une glande ou de son canal" (10). L'adjonction des termes parotidien ou sub-mandibulaire étant réservée à l'atteinte de la glande elle-même alors que l'atteinte de leur canal sera différenciée par l'accolement de leur propre nom (Stenon ou Wharton) (10).



La sialocèle post-traumatique fait suite à une lésion méconnue, mal ou non traitée de la glande salivaire ou de son canal excréteur. Les causes traumatiques comprennent les plaies pénétrantes de la cavité orale et de la face (11,12) ainsi que les fractures de la mandibule et de l'os zygomatique (3,13).

Des actes chirurgicaux tels que la parotidectomie (14), la mastoïdectomie (5), l'ostéotomie mandibulaire, la chirurgie de l'articulation temporo-mandibulaire (15) et le drainage d'un abcès de la face (16) sont reconnus comme des causes probables de sialocèle.

Le canal parotidien ou canal de Stenon se projette dans le tiers médian de la ligne tirée du tragus de l'oreille à un point médian entre le vermillon de la lèvre supérieure et du nez. Devant toute plaie traversant cette ligne, une lésion du canal parotidien doit être suspectée. Van Sickels (17) a proposé une classification des plaies du canal parotidien. Selon cette classification, le canal parotidien est divisé en 3 portions : postérieure au muscle masséter ou intraglandulaire (site A) ; au niveau ou à travers le muscle masséter (site B) ; et en avant du muscle masséter (site C). La sialocèle post-traumatique du canal de Stenon est une complication rare. Selon Laccoureye, moins d'une dizaine d'articles parus depuis les années 50 rapportent l'existence de telles atteintes au niveau du canal de Stenon (10).

Classiquement la sialocèle se développe 8 à 14 jours après le traumatisme (7-18) comme cela a été le cas chez notre patient.

La sialocèle se manifeste cliniquement par une tuméfaction molle, froide, indolore, augmentant souvent de volume lors des repas dans la région de la glande salivaire concernée. La peau en regard reste normale sans signe inflammatoire local en dehors d'une surinfection. Celle-ci est une complication redoutée de la sialocèle et conduit à la formation d'une fistule salivaire externe (18).

Le diagnostic de sialocèle est basé sur l'anamnèse, l'examen clinique, l'imagerie et la ponction. Souvent est retrouvée une notion de traumatisme ou de chirurgie avant l'apparition de la tumefaction. Akhil M. et al ont décrit un cas de sialocèle non traumatique de la parotide (19). Ces formes beaucoup plus rares peuvent apparaître dans les suites d'une infection de la glande parotide (19).

L'échographie est contributive car confirme la nature kystique et précise la localisation de la sialocèle. Cet examen montre fréquemment une collection liquidienne complexe avec des cloisons et des débris (20). La tomodensitométrie peut montrer un ou plusieurs kystes constituant des masses hypodenses, bien limitées (21).

La sialographie est utile au diagnostic mais plusieurs auteurs lui reprochent d'augmenter la pression dans la sialocèle causant une rupture à l'origine de fistule salivaire (5,1). La sialographie par résonance magnétique et la sialendoscopie sont reconnues comme les moyens diagnostiques les plus performants de la sialocèle (19).



La ponction confirme le diagnostic en ramenant un liquide clair, visqueux dont l'analyse montre souvent un taux élevé d'amylase salivaire de l'ordre de 10,000 UI/L dans le cas d'une sécrétion salivaire parotidienne(3).

Plusieurs méthodes thérapeutiques sont rapportées dans la littérature pour la prise en charge de la sialocèle. Le délai de la prise en charge initiale et l'importance du délabrement lié au traumatisme sont les deux principaux facteurs qui influencent le pronostic fonctionnel : l'allongement de ce délai et la gravité croissante du délabrement grevant le pronostic (10). On distingue les moyens non chirurgicaux et les moyens chirurgicaux.

Les moyens conservateurs ou non chirurgicaux comportent : les ponctions évacuatrices suivies de pansements compressifs ; l'administration d'antisialogogues comme l'atropine ou la probanthine, mais leurs effets secondaires (xérostomie, constipation, photophobie, tachycardie et la rétention urinaire) limitent leur emploi ; la radiothérapie à 6-20Gy qui induit la fibrose et l'atrophie de la glande, actuellement abandonnée car les doses nécessaires sont élevées et peuvent être cancérogènes ; l'injection intraparotidienne de toxine botulinique cause une dénervation chimique temporaire des fibres nerveuses cholinergiques et est utilisée avec succès. C'est la méthode la plus efficace du traitement non invasif (18, 22,23).

Quand le traitement conservateur est inefficace ou quand il y a un risque imminent de rupture, le traitement chirurgical est indiqué (24). Les méthodes chirurgicales peuvent être divisées en deux groupes.

Le premier groupe est constitué des techniques qui consistent à inhiber ou réduire la sécrétion salivaire de la glande parotide. Il s'agit de la ligature du canal parotidien avec section du nerf auriculotemporal ou du nerf de Jacobson et la parotidectomie superficielle ou totale.

Le second groupe rassemble les techniques qui consistent à dériver la sécrétion salivaire dans la bouche : création d'une fistule interne contrôlée, réparation ou reconstruction du canal parotidien par interposition d'un greffon veineux et suture de la portion proximale du canal à la muqueuse buccale (24).

Les modalités thérapeutiques dépendent du site et du type de la lésion du canal. Les lésions dans le site A sont traitées habituellement par ligature du canal. Les lésions distales du canal de Stenon au niveau du site C peuvent être traitées par la réparation du canal. Les lésions au niveau du Site B sont les plus fréquentes du canal parotidien et peuvent être traitées par réparation, reconstruction ou ligature (25).

Chez notre patient, nous avons opté pour des ponctions évacuatrices suivies de pansements compressifs avec une issue favorable. Pour plusieurs auteurs cette attitude est inefficace et conduit inévitablement à la récurrence (2,4). Cependant cet avis est loin de faire



l'unanimité, car Landau et Stewart (12) dans leur série ont observé des résultats similaires à notre observation.

4. CONCLUSION

La sialocèle post-traumatique du canal parotidien ou canal de Stenon doit être évoquée devant une tuméfaction apparue au décours d'un traumatisme ou d'une chirurgie de la région parotidienne ou de la face. De nombreux traitements peuvent être proposés avec des résultats et une morbidité variant selon les auteurs. Le meilleur traitement passe par la recherche et la prise en charge initiale adaptée de toute lésion du canal parotidien devant tout traumatisme de la face.



REFERENCES

1. Bater MC.
An unusual case of preauricular swelling: a giant parotid sialoceles. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 27(2):125-6.
2. Landry RM. Traumatic pseudocyst of the parotid duct; a safer method of obliteration. *AMA Arch.Surg* 1958; 76: 97-99.
3. Meyer RA, Gordon RC.
Method for repair of traumatic pseudocyst of parotid duct: report of case. *Oral Surg* 1969; 27 : 281-283.
4. Singh B, Awasthi PN, Dutta SN.
Repair of traumatic pseudocyst of parotid duct. *J Indian Dent Assoc* 1979; 51: 89-90.
5. Dierks EJ, Granite EL.
Parotid sialoceles and fistula after mandibular osteotomy. *J Oral Surg* 1977; 35: 299-300.
6. Gombos F, Laino G, Rullo R.
An unusual case of a sialocèle secondary to a traumatic lesion of Stensen's duct. *Arch Stomatol (Napoli)* 1983; 24: 455-463.
7. Canosa A, Cohen MA.
Post-traumatic parotid sialocèle: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1999; 57 : 742-745.
8. Capaccio P, Paglia M, Minoratis D, Manzo R, Ottaviani F.
Diagnosis and therapeutic management of iatrogenic parotid sialocèle. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004; 113: 562-564.
9. Van der Gooten A Hermans R, Smet M.H., Baert A.L.
Submandibular gland mucocele of the extravasation type: report of two cases. *Pediatr Radiol* 1995; 25 : 366-368.
10. Laccoureye L, Malinvaud D, Bonfils P, Laccoureye O.
Sialocèle géante post traumatique du canal de Stenon. *Fr.ORL-2007*; 93 :353-357.
11. Burch RJ.
Spontaneous closure of a parotid gland fistula with the aid of bantline; report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1953; 6(10):1191-4.
12. Landau R, Stewart M.
Conservative management of posttraumatic parotid fistulae and sialoceles: a prospective study. *Br J Surg.* 1985; 72(1):42-4.
13. Hutchison IL, Ryan D.
A parotid fistula and sialocèle complicating temporomandibular joint surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1989; 27(3):203-8.
14. Langdon JD.
Complications of parotid gland surgery. *J Maxillofac Surg.* 1984; 12(5):225-9.
15. Dolwick MF, Kretschmar DP.
Morbidity associated with the preauricular and perimeatal approaches to the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg.* 1982; 40(11):699-700.
16. Richardson GS, Clairmont AA, Erickson ER.
Cystic lesions of the parotid gland. *Plast Reconstr Surg.* 1978; 61(3):364-70.
17. Van Sickels JE.
Management of parotid gland and duct injuries. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2009 May; 21(2):243-6.



18. Parekh D, Glezeron G, Stewart M, Esser J, Lowson HH.
Post traumatic parotid fistulae and sialoceles a prospective study of conservative management in 51 cases. *Ann Surg* 1989; 209: 105-11.
19. Akhil M .Kulkarni, Dhruva Rajgopal, Bhaghyanathi M. Kulkarni, Akoula D.
Non traumatic parotid sialocele: a case report. *J Pub Health Med Res* 2014; 2(1): 53-55.
20. Cholankeril JV, Ravipati M, Khedekar S, Janeira LF, Villacin A.
Unusually large sialocele: CT characteristics. *J Comput Assist Tomogr* 1989; 13: 367-8.
21. Yasumoto M, Nakagawa T, Shibuya H, Suzuki S, Satoh T.
Ultrasonography of the sublingual space. *J Ultrasound Med* 1993; 12(12): 723-9.
22. Pereira KD, Smith SL, Mitchell RB.
Parotid sialocele in a 10-year-old girl. *Ear Nose Throat J.* 2007; 86(1):27-8.
23. Vargas H, Galati LT, Parnes SM.
A pilot study evaluating the treatment of postparotidectomy sialoceles with botulinum toxin type A. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 126: 421-4.
24. Khan M, Wazir S, Rehman Y.
Pakistan oral and dental journal vol 33 N°1 (April 2013).
25. Lewkowicz AA, Hasson O, Nahlieli O.
Traumatic injuries to the parotid gland and duct. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002 Jun;60(6):676-80.



Cas radiologique du mois

Maxime Debrez , MD

Service de Pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre,
Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille

Un nourrisson de 4 mois a été hospitalisé pour fièvre, otorrhée et vomissements. Deuxième enfant d'une fratrie de 2, il est né au terme d'une grossesse normale avec un poids de 4 kg 290, une taille de 53 cm et un périmètre crânien de 36 cm. Ses vaccins sont à jour et sa croissance staturo-pondérale est correcte.

Depuis 24h, il présentait une majoration des vomissements et une diminution des prises alimentaires sous AMOXICILLINE et OFLOCET. L'examen clinique objectivait une fièvre à 39°1, une fréquence cardiaque à 174 battements/mn, une saturation de l'hémoglobine en O₂ à 99 % en air ambiant. Il était geignard, pâle et présentait des cernes oculaires avec un écoulement purulent de l'oreille droite et une gorge érythémateuse. Le reste de l'examen clinique retrouvait une discrète raideur de la nuque.

Le bilan biologique retrouvait 14 820 globules blancs dont 9 970 polynucléaires neutrophiles et 3 040 lymphocytes/mm³, une hémoglobine à 8,8 g/dl, des plaquettes à 404 000 par mm³, une CRP à 188 mg/l (N< 3) et une procalcitonine à 61,7 ng/ml (N< 0,5). L'ionogramme sanguin montrait une natrémie à 135 mmol/l et une kaliémie à 4,4 mmol/l, l'urée sanguine et la créatinine étaient normales. Les hémocultures étaient négatives et l'antigénurie pneumococcique négative. La ponction lombaire retrouvait 150 éléments dont 87 % de PN, une glycorachie à 0,57 g/l, 119 mmol/l de chlorurachie, un taux de protéines à 0,76 g/l (N : 0,15-0,45) et un taux de lactates à 1,9 mmol/l. La culture du liquide céphalo-rachidien se révélait stérile et la PCR herpès négative.

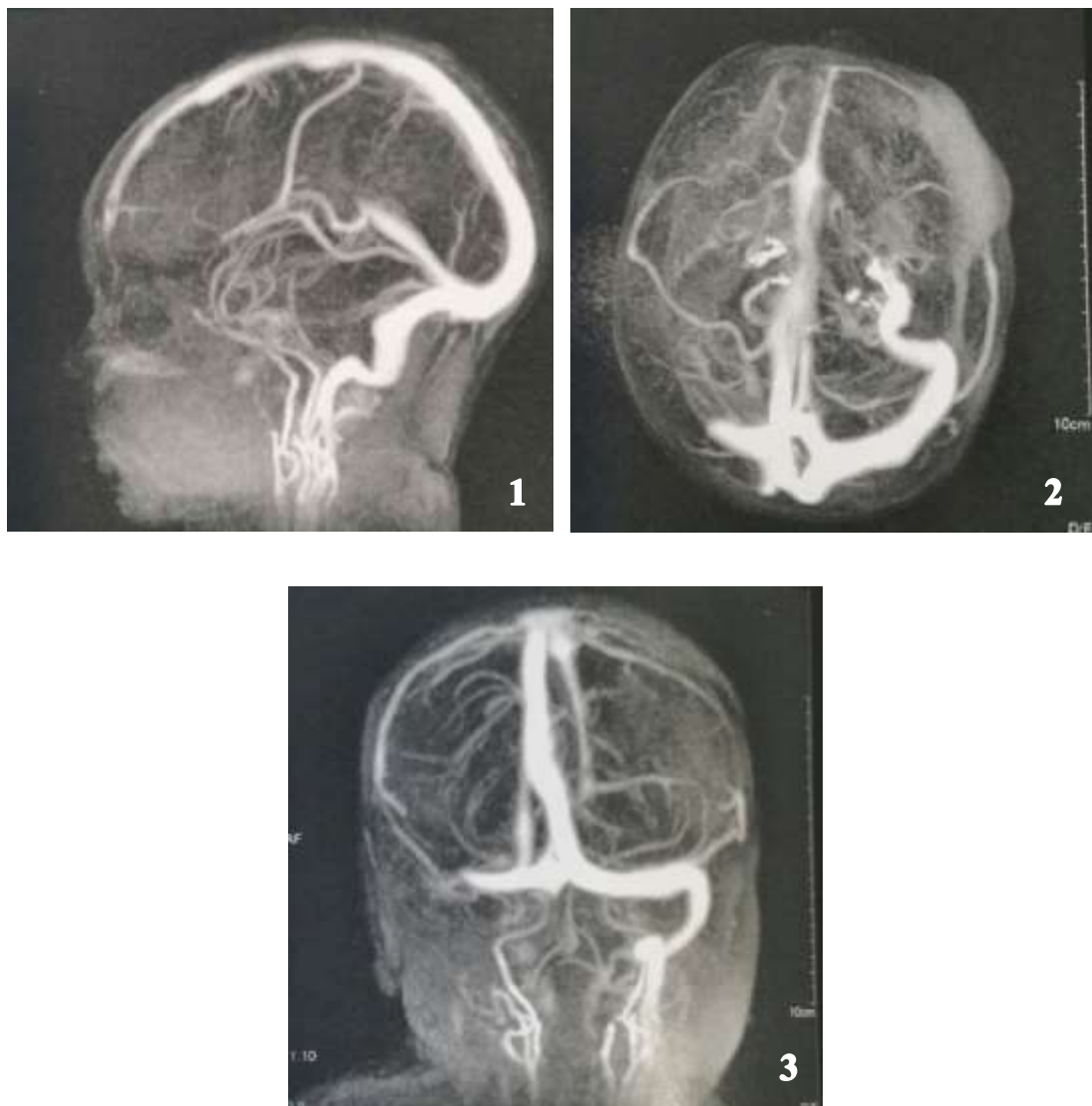
Le scanner cérébral retrouvait un parenchyme normal et une thrombose veineuse étendue du sinus transverse droit à la partie proximale de la veine jugulaire droite avec prise de contraste focale extra-axiale temporale droite au-dessus du rocher droit de 2,5 mm d'épaisseur pouvant correspondre à un empyème.

La prise en charge a associé une antibiothérapie à une corticothérapie et un traitement initial par ACICLOVIR dans l'hypothèse d'une méningo-encéphalite. Tous les prélèvements, périphériques et centraux (PL, oreille, hémocultures, urines) se sont révélés négatifs. Un traitement anticoagulant par LOVENOX a été prescrit durant l'hospitalisation avec des anti Xa entre 0,5 et 1 et poursuivi pendant 3 mois. L'examen ORL retrouvait une perforation spontanée traitée par aspiration-méchage avec évolution locale favorable. La douleur et l'inconfort neurologique initiaux ont nécessité une mise sous morphine avec bonne efficacité.

L'IRM cérébrale retrouvait une otite et une mastoïdite droites compliquées d'une



lame d'empyème de 4 mm avec signes de pachy-méningite et d'une thrombose du sinus transverse droit **Photos 1, 2, 3**. L'indication chirurgicale n'ayant pas été retenue du fait de sa petite taille, le contrôle d'IRM réalisé 10 jours plus tard, retrouvait la persistance d'une thrombophlébite du sinus transverse, sigmoïde et jugulaire droit sans infarctus veineux et un abcès mastoïdien droit, cependant sans collection.



Photos 1, 2, 3: Otite moyenne et mastoïdite droites, compliquées d'une lame d'empyème de 4 mm temporale droite avec signes de pachy-méningite et d'une thrombose du sinus transverse droit s'étendant jusqu'à la partie haute de la veine jugulaire interne.

De plus, il était constaté une amélioration clinique et biologique, avec baisse progressive du syndrome inflammatoire durant l'hospitalisation. L'examen de sortie retrouvait un bon état général, une tenue assise en cours d'acquisition, un relèvement correct sur les 2 membres, une préhension volontaire bilatérale, un bon suivi oculaire avec quelques épisodes de strabisme. Un scanner de contrôle et un bilan immunitaire sont prévus 15 jours après la sortie avec contrôle hebdomadaire des plaquettes et de l'anti Xa. Un scanner cérébral de contrôle est prévu 3 mois et 6 mois plus tard. Une consultation ORL de

contrôle révèle un état otoscopique satisfaisant, avec une légère tympanosclérose à droite. Le test comportemental auditif est normal, avec des réponses bilatérales à intensité minimale (20 décibels) sur tous les modes fréquentiels.

Quinze jours plus tard, l'enfant est hospitalisé en hôpital de jour. Son examen neurologique est normal avec un développement psychomoteur correspondant à son âge. Le bilan biologique est normal. Le bilan immunitaire montre un phénotypage lymphocytaire avec hyperlymphocytose CD4, CD8 et NK, des dosages d'IgG à 5.46 g/l (normes : 2.35-4.37), d'IgA inférieure à 0.25g/l et d'IgM à 0.77g/l (normes : 0.34-0.95). Les sérologies post-vaccinales (Tétanos, Poliomyélite, Haemophilus) sont négatives après une seule injection. La sérologie pneumocoque est positive à 15 mg/L en IgG. Le scanner cérébral montre la persistance d'une thrombo-phlébite du sinus transverse sigmoïde et jugulaire droit. De ce fait, le traitement par LOVENOX est poursuivi avec un contrôle hebdomadaire d'Anti-XA pour une durée de 3 mois.

Trois mois plus tard, l'examen clinique est normal et le bilan biologique satisfaisant. Le scanner cérébral retrouve une reperméabilisation partielle du sinus transverse droit et de la partie proximale de la veine jugulaire interne droite associée à un aspect grêle hypoplasique d'allure séquellaire. Devant la reperméabilisation, la bonne évolution et la guérison totale de la mastoïdite, l'arrêt de l'anticoagulation est préconisé avec un contrôle du scanner 2 mois plus tard qui se révèle normal.

Actuellement, l'enfant va bien. Il a marché à l'âge de 11 mois et a un langage conforme à son âge. Sa marche est normale sans asymétrie, ni signe de Gowers, la préhension est bilatérale et symétrique. Il ne présente aucun trouble de la motricité fine et sa croissance staturo-pondérale est satisfaisante. Le scanner retrouve une évolution séquellaire avec probable sténose du sinus latéral droit sans signe de thrombose persistante.

COMMENTAIRES

L'otite moyenne aigue reste une affection fréquente chez l'enfant dont le traitement est parfaitement codifié (1). Depuis l'avènement des antibiotiques, la survenue des complications est en nette régression. Cependant, ces dernières peuvent être redoutables telles que l'illustre cette présente observation. L'intérêt de ce cas radiologique est de rappeler qu'une otite moyenne aigue doit être convenablement traitée chez l'enfant car pouvant exposer à de multiples et graves complications (2). Les principales complications à redouter, intra ou extra-temporales en sont les mastoïdites, les paralysies faciales, les abcès sous périostés, les labyrinthites, les thromboses du sinus latéral, les abcès extra-duraux et les hydrocéphalies (2). Il nous paraît tout aussi important de souligner l'intérêt de respecter les recommandations de bonnes pratiques, basée sur des niveaux de preuve scientifique (3, 4).



REFERENCES

1. Haute Autorité de Santé
Otite moyenne aigue de l'enfant de plus de 3 mois. <https://www.has-sante.fr/>.
2. Julian N, Vinckenbosch P, Richard C.
Otite moyenne aigue et complications à court terme. Rev Med Suisse 2016 ; 12 : 338-43.
3. Chevalier P.
Quelle durée pour un traitement antibiotique d'une OMA chez des enfants âgés de 6 à 23 mois. Revue Minerva 2017 ; 16(7) : 167-170.
4. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, et al.
Shortened antimicrobial treatment for acute otitis media in young children. N Engl J Med 2016;375:2446-56



Contacts

Pour tout contact avec la revue adresser votre courriel à l'adresse mail suivante :

lalettremedicaleducongo@gmail.com

Les membres du comité de rédaction peuvent être contactés de façon individuelle aux adresses suivantes :

✉ **Rédacteurs en chef :**

Pôle chirurgical : Dr Jean Patrice Binuani
Pôle médical : Dr Patrice Serge Ganga-Zandzou

JPBinuani@chu-angers.fr
psgangazandzou@hotmail.com

✉ **Responsable de la publication :**

Dr Richard Bibi.

cesarhyve@yahoo.fr

✉ **Responsable de la communication**

Dr Florian Diakabana.

flodiak@hotmail.fr

