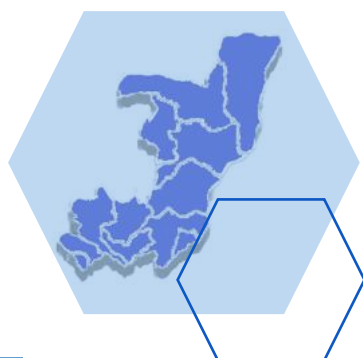
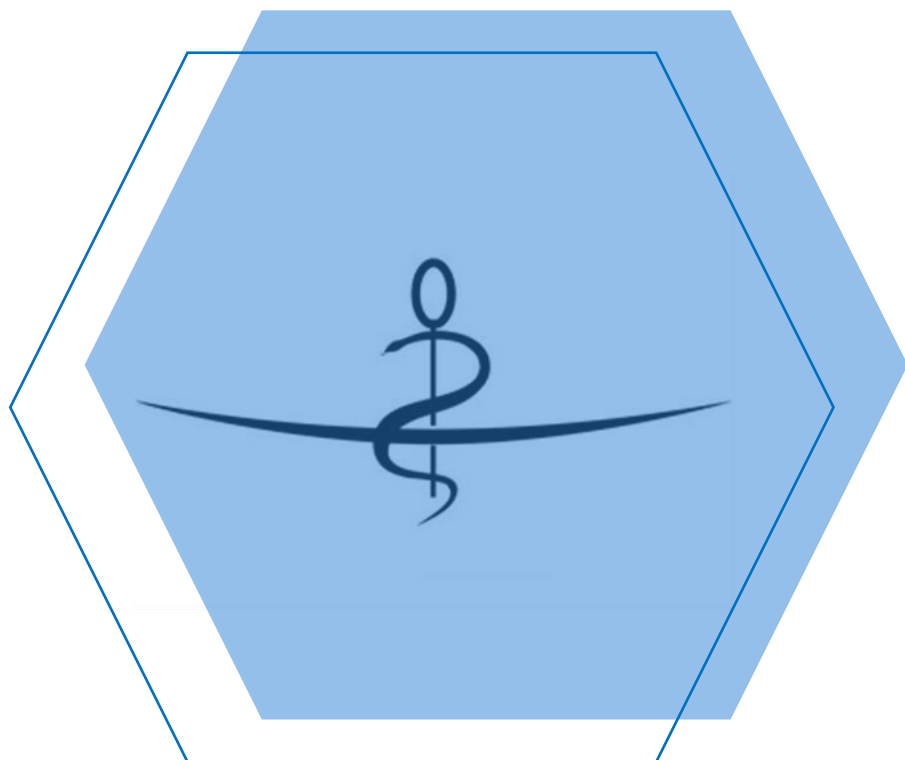


SANTÉ

MAGAZINE D'EXPRESSION DES
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
DU CONGO



NUMÉRO SPÉCIAL 10 ANS

Numéro avec un index des auteurs

P. 7

Dix ans de passion, de science et d'engagement.

Comité de rédaction de la Lettre Médicale du Congo.

P. 9

L'évolution de l'ophtalmologie comorienne : De l'obscurité à la lumière, des débuts précaires à une spécialité nationale consolidée (1960–2025).

M Chanfi.

P. 46

Facteurs associés au cancer du sein chez la femme selon l'âge au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville en 2022. *GRJ Buambo.*



N°019 -.8000021

Décembre 2025

Numéro d'ISSN 2119-9663

La lettre de la rédaction

Mesdames et Messieurs,

Chères Consœurs, Chers Confrères,

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 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.

De plus, La Lettre médicale du Congo est dorénavant également archivée à la Bibliothèque Nationale de France (BNF) sous la référence **ISSN 2119 9663**.

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 Monique L. Goma.....Baltimore, USA

Pr Eliane Kuissi Kamgaing...Libreville, Gabon

Dr Raymond Mizele.....Orléans, France

Pr Alain Mouanga.....Brazzaville, Congo

Dr Basile Ondzé.....Mt de Marsan, France

Dr Lionel-Ange Pougui.....Gatineau, Canada

Dr Roland Rizet.....Brazzaville, Congo

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

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

- Dix ans de passion, de science et d'engagement.
Comité de rédaction de la Lettre Médicale du Congo.

ARTICLES MEDICAUX

- L'évolution de l'ophtalmologie comorienne : De l'obscurité à la lumière, des débuts précaires à une spécialité nationale consolidée (1960–2025). *M CHANFI.*
- Prise en charge de l'enfant en danger en unité spécialisée. *C TROCHU.*
- Facteurs associés au cancer du sein chez la femme selon l'âge au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville en 2022. *GRJ BUAMBO.*
- Aspects épidémiologiques et évolutifs des nouveau-nés prématurés au CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville de 2019 à 2022. *R KOUMBA MANIAGA.*
- Fistule vésico-vaginale post hystérectomie : rapport de cas et revue de la littérature au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (République du Congo). *NSB POTOKOUE MPIA.*
- Réduction chirurgicale d'une macroglossie chez un enfant de 13 ans en contexte africain : à propos d'un cas et revue de la littérature. *BDD MABIKA.*

IMAGE DU MOIS

- Une histoire de peau.
S HASSANALY.

INDEX DES AUTEURS

Contact



Billet du comité de rédaction

Le comité de rédaction de La Lettre Médicale du Congo a le plaisir de clôturer cette décennie par le présent numéro.

Ainsi, l'éditorial rédigé à cette occasion nous rappelle le contexte de la création de la revue ainsi que les étapes son évolution jusqu'à ce jour.

Ce numéro comprend des articles d'ophtalmologie, de gynécobobstétrique, de chirurgie maxillo-faciale, de néonatalogie et de pédiatrie provenant des Comores, du Congo, du Gabon et de France.

En effet, Chanfi dresse le parcours de l'ophtalmologie aux Comores avec son historique et son évolution jusqu'à l'heure actuelle.

Trochu et al. nous indiquent combien l'enfance maltraitée devient une réelle préoccupation dans l'hexagone avec nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire : médico-sociale, mais aussi psychologique et judiciaire, au sein d'une même structure.

Buambo et al. nous décrivent les facteurs associés au cancer du sein chez la femme selon l'âge au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville en 2022.

Koumba Maniaga et al. nous présentent les conséquences de la prématurité à travers une étude réalisée au CHU mère enfant Jeanne Ebori de Libreville.

A travers un cas clinique et une revue de la littérature, Potokoue Mpia et al. soulignent le risque de survenue de fistule vésico-vaginale chez les femmes après hystérectomie.

Mabika et al. rapportent une expérience de réduction chirurgicale de macroglossie au CHU de Brazzaville avec revue de la littérature.

Enfin, dans la rubrique image du mois, Hassanaly nous rapporte le cas d'un nouveau-né présentant une ichtyose congénitale.

Un index des auteurs de 2015 à 2025 vous est présenté en fin de revue.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

Le comité de rédaction

Information importante

Pour accéder au site internet de la revue et consulter les précédents numéros ou ils sont tous archivés;

Veillez écrire sur la barre d'adresse de votre navigateur le texte suivant :

<https://lalettremedicaleducongo.com/>

et cliquer sur entrée.



Dix ans de passion, de science et d'engagement.

Le comité de rédaction de La Lettre Médicale du Congo

Dix ans déjà...

Dix années de travail, de persévérance, de doutes parfois, mais surtout de passion et de conviction.

L'année 2025 nous est particulière en cela qu'elle marque 2 événements importants : les 10 ans d'existence de la revue **La Lettre Médicale du Congo** et les 50 ans de la **Faculté des Sciences de la Santé** de l'Université Marien Ngouabi.

Lorsque **La Lettre Médicale du Congo** a vu le jour, c'était avant tout le rêve partagé de quelques collègues convaincus que la recherche médicale congolaise méritait un espace d'expression, où se raconte, la science avec nos réalités et nos espoirs.

Depuis, chemin faisant, la revue a grandi et accueilli des centaines d'auteurs, qui ont choisi de partager leurs découvertes, expériences et analyses. Elle a vu passer des sujets aussi divers que variés.

En effet, depuis sa création en mars 2015, **La Lettre Médicale du Congo** a connu une évolution progressive qui s'est déroulée en plusieurs étapes : attribution du numéro ISSN 2119-9663, parution de 2 numéros par an en plus de numéros spéciaux consacrés à des congrès ou colloques nationaux ou internationaux, archivage à la Bibliothèque Nationale de France, inclusion dans l'Index Medicus Africain à la bibliothèque du siège régional Afrique de l'OMS, inscription sur la liste des revues indexées par le Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur (CAMES).

Chaque article, chaque numéro, a été une pierre ajoutée à cet édifice commun. Ainsi, les différents auteurs qui y ont contribué proviennent de divers pays répartis sur les différents continents : Afrique, Europe, Canada, USA, Îles du Pacifique.

Sur les 10 années écoulées, cela a représenté 88 auteurs et 123 articles publiés.

L'expérience de la décennie écoulée souligne l'intérêt de poursuivre l'amélioration de ses qualités, diffusion et visibilité pour se rapprocher des standards des journaux scientifiques de référence.

Ces dix ans représentent avant tout une histoire humaine incluant : auteurs, relecteurs, membres du comité scientifique, secrétaires de rédaction, sans oublier nos fidèles lecteurs.

Pour illustrer ces 10 ans, le présent numéro est diffusé conjointement avec un index des auteurs ayant publié un article dans La Lettre Médicale du Congo depuis sa création.

Cette année 2025 marque aussi la célébration des cinquante ans d'existence de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (**INSSSA**) devenu la Faculté des Sciences de la Santé (**FSSA**).

Ce sont, cinquante années d'enseignement, de formation, de recherche et de service à la nation qui se sont écoulées, depuis son inauguration en 1975, sous l'impulsion des professeurs **Christophe Bouramoué**, 1^{er} directeur de l'établissement et **Alfred Quenum**, directeur régional de l'OMS pour l'Afrique.

Cet établissement de renom a été plus tard rebaptisé Faculté des Sciences de la Santé. Depuis la sortie de la première promotion de médecins en 1981, force est de constater que près d'une quarantaine de promotions de médecins et cadres de santé en sont issus, faisant la fierté du Congo. En honorant la Faculté, nous honorons notre propre histoire, celle d'une communauté scientifique qui, depuis un demi-siècle, se bat pour faire progresser la médecine congolaise au service de la vie.

A cette occasion spéciale, permettez-nous de témoigner de notre profonde gratitude à l'ensemble des maîtres qui ont fait ce pari ambitieux de créer ce lieu du savoir 15 ans après l'accession de notre pays à l'indépendance.

La revue est fière d'être l'un des fruits de cette noble institution, témoin de son dynamisme et prolongement naturel de sa mission : qui est de former, publier, partager et transmettre le savoir.

Mais dix ans, c'est aussi un nouveau départ. Notre monde médical change, nos défis se renouvellent et la recherche africaine s'impose désormais avec une nouvelle force. **La Lettre Médicale du Congo** veut continuer à en être le témoin et un moteur : encourager les jeunes chercheurs, promouvoir les collaborations régionales ou au-delà et défendre une science utile, ancrée dans la réalité des patients et des communautés.

Merci à toutes celles et tous ceux qui ont cru — et qui croient encore — à cette belle aventure.

Que ces dix premières années ne soient qu'un début.



Articles Médicaux

L'évolution de l'ophtalmologie comorienne : De l'obscurité à la lumière, des débuts précaires à une spécialité nationale consolidée (1960–2025).

Mohamed Chanfi MD

Chef du service d'ophtalmologie du CHN EI – Maarouf
Coordonnateur National du Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC)
Moroni, COMORES.

1. INTRODUCTION.

Aux Comores, comme partout en Afrique subsaharienne, l'accès à des soins spécialisés a longtemps été limité par la pénurie en ressources humaines qualifiées et en plateaux techniques adéquats.

L'ophtalmologie, spécialité de pointe et essentielle pour prévenir les pathologies cécitantes et améliorer la qualité de vie des populations, a lentement évolué, mais a connu un réel essor marquant les années 2000 à nos jours.

Cet article retrace, en trois grandes phases, l'histoire de la spécialité ophtalmologique en Union des Comores, depuis ses tout débuts jusqu'à sa structuration en un véritable service national capable d'assurer des soins ophtalmologiques de qualité à la population.

2. PHASE 1 - Les années pionnières (1960–1980).

Dans les années 60 et 70, les Comores dépendaient largement de l'assistance technique étrangère et plus particulièrement française, pour assurer les soins médicaux spécialisés. En ophtalmologie, seul André Dominique NÉGREL, volontaire de l'assistance technique française, s'occupait des pathologies oculaires et limitait son offre aux soins de base : consultations médicales, détection précoce des affections courantes.

En l'absence d'un service ophtalmologique structuré, la majorité des patients souffrant de pathologies graves ou nécessitant des interventions chirurgicales se faisait soigner à l'étranger, principalement à Madagascar ou en France.

A partir de 1975, à l'arrêt de l'assistance technique, Abbas Cheikh, médecin généraliste et Chef de service du centre médical urbain de Moroni prend la relève, prescrit des corrections optiques et traite les pathologies les plus bénignes.

Cette période est donc caractérisée par une forte dépendance aux structures extérieures et par une couverture médicale extrêmement restreinte en ophtalmologie

3. PHASE 2 - Premiers jalons d'un service ophtalmologique (1980–1995).

Au début des années 80, le premier service d'ophtalmologie au sein de l'ancien hôpital El-Maarouf de Moroni est créé en 1981, avec le soutien du Lions Club de Moroni. Ce service, au début, modeste annexe du Centre Hospitalier National (CHN) El-Maarouf, reçoit un renforcement grâce à la coopération française et l'arrivée de Monique Isslame, ophtalmologiste, ancienne praticienne des Quinze–Vingt de Paris. Elle assura pendant près d'une décennie les consultations spécialisées et les interventions chirurgicales, permettant aux Comoriens de bénéficier de soins oculaires plus diversifiés, sans être systématiquement évacués à l'étranger.

Après le départ du Dr Isslame en 1992, les soins furent assurés pendant 2 ans par des infirmiers de l'assistance médicale en l'absence d'ophtalmologue.



4. PHASE 3 - L'émergence d'une ophtalmologie nationale (1995–2025).

L'année 1995 marque un tournant décisif avec le retour de Mohamed Chanfi, premier ophtalmologue comorien formé à Montpellier. Il hérita d'un service vétuste, non fonctionnel, avec un plateau technique obsolète, un personnel non formé, réduit à une infirmière major, un technicien spécialisé en ophtalmologie, une technicienne en exploration fonctionnelle, et une technicienne lunettier, formés à l'institut tropicale pour l'Afrique (IOTA) à Bamako. En effet, six mois après son arrivée, un partenariat a été mis en place entre le centre El – Maarouf en Union des Comores et deux services d'ophtalmologie de Bamako au Mali.

Après des débuts difficiles liées au manque de plateau technique, d'instruments chirurgicaux et de consommables, Mohamed Chanfi sollicita son maître de Montpellier, le Professeur Bernard ARNAUD, pour un appui matériel. Ainsi, les premières interventions chirurgicales et les hospitalisations purent reprendre dans des conditions modestes, mais plus sûres.

En 1996, sur l'initiative du Dr Chanfi, une étude de prévalence sur les causes de la cécité fut réalisée dans le service d'ophtalmologie en partenariat avec l'Institut Tropical d'Afrique de Bamako (**IOTA**), dirigé par Pierre Huguet.

Cette étude permit d'obtenir un financement du Service de Coopération et d'Action Culturelle (SCAC), aboutissant à l'achat du tout premier plateau technique moderne, ainsi que la réhabilitation et la rénovation du service d'ophtalmologie. Sous le haut patronage du Président de la République, et grâce à un partenariat avec une ONG française, l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (**OPC**), avec son directeur exécutif André Dominique NEGREL et son Président le Professeur Yves POULIQUEN de l'Académie Française, le service d'ophtalmologie obtint des dons en équipements et un appui en ressources humaines, formation du personnel médical et paramédical et en consommables durant une décennie.

Ce renouveau permit de prendre en charge les pathologies des plus bénignes au plus graves : cataractes cécitantes, glaucomes, de réaliser les explorations de la rétine avec l'Angiographie rétinienne à la fluorescéine, l'ophtalmoscopie directe et indirecte, et d'inclure les enfants dans la prise en charge des affections oculaires.

5. De 2000 à 2025 : Vers la consolidation.

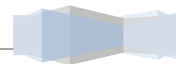
Depuis la fin des années 1990, le service d'ophtalmologie n'a cessé de se structurer et de se renforcer. Plusieurs réalisations furent menées :

- la mise en place du Programme National de Lutte contre la Cécité en Union des Comores, avec la nomination du Dr Chanfi Mohamed comme Coordonnateur National.
- La création d'une filière de formation des infirmiers spécialisés en ophtalmologie à l'Université des Comores.
- La formation de trois nouveaux ophtalmologistes nationaux dont deux à l'Institut d'Ophtalmologie Tropical pour l'Afrique (Dr MOUIGNI SAMBAOUMA et Dr SOIHIHADINE ALI BACAR) et un à l'Université Cheikh Anta DIOP Du Sénégal(Dr ALI NOURDINE AHMED).
- Le recrutement progressif de nouveaux professionnels spécialisés en ophtalmologie formés au Mali, au Soudan, au Maroc et à l'Université des Comores repartis dans les différentes structures ophtalmologiques secondaires du pays (Anjouan, Mohéli et Grande Comore).
- La mise en place dans les centres hospitaliers régionaux d'Anjouan, de Mohéli et de la Grande-Comore, de structures ophtalmologiques secondaires dotées de plateaux techniques.

En 2000, lors de la venue du Pr Bernard ARNAUD, les Journées d'Ophtalmologie des Comores (JMOC) furent créées dans le cadre de la formation continue du personnel médical et paramédical comorien pour palier à l'isolement géographique lié à notre insularité.

En 2016, toutes les structures ophtalmologiques du pays acquièrent des équipements modernes dans le cadre du partenariat entre le Programme National de Lutte contre la Cécité et l'Ambassade de Chine auprès de l'Union des Comores à Moroni.

En 2019, l'association française "Terres d'Ophtalmo" dans le cadre d'une convention de partenariat, dota le service d'ophtalmologie du CHN El-Maarouf, d'équipements



hautement sophistiqués (Phacoémulsificateurs, tomographie en cohérence optique, microscope opératoire et des consommables pour la chirurgie ophtalmologique).

Cette association participa chaque année à la journée Médicale d’Ophtalmologie des Comores en collaboration avec le service d’ophtalmologie du CHN EI - Maarouf.

La mise en place de campagnes de dépistage et des missions chirurgicales de la cataracte à travers les trois îles de l’Union des Comores en collaboration étroite avec “Terres d’Ophtalmo”(TO) et la Banque Islamique de Développement (BID) ont permis une amélioration sensible de l’accès et de la qualité des soins ophtalmologiques dans le pays et surtout de favoriser les échanges entre les ophtalmologistes nationaux et nos confrères internationaux.

Sous l’impulsion de Mohamed Chanfi, différents partenariats ont été établis avec des institutions médicales africaines et européennes : la faculté de médecine de Sfax en Tunisie, la Société Africaine Francophone d’Ophtalmologie, l’Institut d’Ophtalmologie Tropicale pour l’Afrique au Mali, le Sénégal, le Maroc, l’Hôpital Fondation Adolphe de ROTSCHILD par le biais du Coordinateur de la Coopération Internationale Jean François SCHEMANN et du Directeur Général Adjoint Fabrice VERIELE, l’hôpital La Pitié Salpêtrière, la Société Française d’Ophtalmologie, la Banque Islamique de Développement et l’Organisation Mondiale de la Santé.

Les années 2020 ont vu l’introduction de nouvelles techniques chirurgicales dans nos différentes structures ophtalmologiques. Les cataractes sont dorénavant opérées par les nouvelles techniques des ultra-sons appelées phacoémulsification et par technique de la micro-incision appelée la SICS.

Différents projets sont en cours : digitalisation des dossiers médicaux et extension de certaines surspécialités vers les hôpitaux secondaires de Mohéli, Anjouan, et Mitsamiouli pour désengorger le nouveau service d’ophtalmologie du pôle tête et cou du nouveau Centre Hospitalier et Universitaire El-Maarouf.

Avec la Banque Islamique de Développement dans le cadre de la lutte contre la cécité évitable, un projet appelé santé oculaire à l’école sera bientôt initié pour sensibiliser et dépister précocement les troubles de la vision chez les enfants en vue d’un équipement en lunettes à coût modique.



6. CONCLUSION

L'histoire de l'ophtalmologie comorienne est une leçon de résilience, de persévérance et de foi dans le développement local. De l'époque des médecins volontaires de l'assistance technique Française aux années de vides structurels, en passant par l'arrivée du Dr Monique ISSLAME ophtalmologiste formés aux Quinze – Vingt de Paris, pour mettre en place le service d'ophtalmologie de l'hôpital El-Maarouf, le retour du Dr Chanfi Mohamed spécialiste comorien formé à l'Université de Montpellier en France, porteur d'un projet ambitieux, cette spécialité s'est progressivement ancrée dans le système de santé des Comores.

Aujourd'hui, en 2025, le service d'ophtalmologie du CHN El-Maarouf va devenir une référence aux Comores pour le nouveau pôle tête et cou du nouveau CHU, symbole d'une médecine spécialisée enracinée dans les réalités locales mais ouverte à la coopération internationale. Il reste encore des défis : la décentralisation effective, la formation de la relève médicale et l'accessibilité universelle aux soins.

Mais les fondations sont solides et les perspectives prometteuses.



Prise en charge de l'enfant en danger en unité spécialisée

Capuccine Trochu¹, Adeline Bonnet Pinchon², Stéphane Wojtysiak³, Marie Cixous⁴, Frédérique Lefevre⁴, Léontine Croain⁵

¹-Pédiatre coordinatrice UAPED

²-Neuro-psychologue

³-Psychologue

⁴-Infirmières puéricultrices

⁵-Assistante sociale

Unité d'Accueil Pédiatrique de l'Enfant en Danger (UAPED). Service de Pédiatrie
Centre Hospitalier de Roubaix, Roubaix 59000

1. INTRODUCTION.

Les chiffres alarmants de situations préoccupantes d'enfants en danger ont conduit les autorités nationales à envisager des solutions pérennes. En effet, en 2018 en France, plus de 52 000 enfants ont été victimes de violences, mauvais traitements ou abandons. Et, chaque année, plus de 130 000 filles et 35 000 garçons subissent des viols ou des tentatives de viols, en majorité incestueux et 140 000 enfants sont exposés à des violences conjugales.

Selon l'Observatoire national de la protection de l'enfance en lien avec la direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques, 131 mineurs victimes d'infanticide ont été enregistrés en 2016 par les forces de l'ordre. Parmi ces derniers, 51% sont décédés dans un cadre intrafamilial avec une immense majorité âgée de moins de 5 ans.

Il importait donc de créer un cadre juridique précis pour lutter contre ces violences faites aux enfants.

2. PROPOSITION d' ACTIONS.

Les Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques (UAMJP) ont été créées en application de la loi du 17 juin 1998. Véritables structures pluridisciplinaires, elles avaient pour objectif de recueillir la parole de l'enfant victime dans les meilleures conditions et notamment dans un lieu sécurisant et aménagé à cet effet. Ces unités ont pour but, d'une

part de concilier la prise en compte de la souffrance de l'enfant sur le plan médical, psychologique et social et d'autre part, de servir les nécessités de l'enquête et ou de l'instruction judiciaire.

Dorénavant, les UAMJP s'appellent les UAPED : Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger. Car, un enfant victime de violence ou de maltraitance est un enfant souffrant avant d'être un enfant plaignant. Il n'a, de ce fait, pas sa place dans un commissariat ou une gendarmerie. Le service de pédiatrie est le lieu adapté pour cette prise en charge. L'enfant doit être accueilli, entendu dans un lieu spécifique, sécurisant, protecteur et aménagé, entouré d'une équipe pluridisciplinaire dédiée et formée.

Les professionnels (pédiatres, psychologues et pédopsychiatres, médecins légistes, assistantes sociales, policiers et gendarmes, magistrats, associations de protection de l'enfance et d'aide aux victimes...) s'engagent pour une prise en charge globale centrée sur l'enfant chacun apportant une compétence spécifique en complémentarité les uns des autres.



3. UN PROJET POLITIQUE : le Plan de mobilisation contre les violences faites aux enfants (2020-2022).

A l'encontre de l'organisation précédente basée sur une prise en charge de l'enfance en danger centrée vers les centres hospitaliers universitaires, le projet politique actuel s'appuyant sur le plan de mobilisation contre les violences faites aux enfants, accorde un espace primordial aux structures de soins impliquées depuis des années dans la protection de l'enfance en danger comme l'hôpital de Roubaix.

Ainsi, en novembre 2019, le secrétaire d'Etat chargé de la Protection de l'enfance, Adrien Taquet, a présenté un plan de mobilisation contre les violences faites aux enfants (2020-2022), à travers 22 mesures. Ce plan vise à permettre la libération de la parole, à porter davantage attention aux victimes de violences mais aussi à mieux prendre en charge les auteurs de violences ou ceux qui pourraient le devenir, à protéger chaque enfant en tout lieu et à tout moment, afin qu'aucun contexte ni aucun environnement n'échappe à la vigilance nécessaire.

Le déploiement sur le plan national, des UAPED constitue une mesure phare de ce plan.

Ainsi, le projet de création d'une UAPED au sein de notre établissement répondait pleinement aux objectifs de ce plan de mobilisation.

Partout dans l'hexagone, des magistrats, enquêteurs, pédiatres, se sont fortement mobilisés pour lancer des projets d'ouverture d'UAPED dans leur juridiction. Mais beaucoup ont été ralentis en raison de la pandémie à COVID.



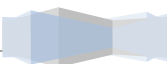
4. Le Centre Hospitalier de Roubaix : sa mobilisation historique, des professionnels engagés

A l'hôpital de Roubaix, sous l'impulsion du Dr Ythier et avec le soutien de équipes soignantes et de Direction, le service de pédiatrie s'engage depuis les années 1990 pour la prise en charge de l'enfance en danger dans toutes ces composantes, médicales, psychologiques, sociales et judiciaires en lien avec tous les partenaires institutionnels et de terrain, le Parquet et les autorités de police et de gendarmerie, l'unité de pédiatrie sociale du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille et de médecine légale du CHRU de Lille. Les enfants étaient accueillis dans le service de pédiatrie ou aux urgences, où nous ne disposions ni de locaux ou matériel spécifiques. L'équipe pluridisciplinaire pédiatrique était en revanche rompue à l'accueil et l'évaluation sur ce thème depuis de nombreuses années et un groupe de travail transversal hospitalier animait des synthèses et des formations internes et externes à l'hôpital.

Aussi, lors de la journée internationale de l'enfant, des thèmes spécifiques sur l'enfance en danger, étaient abordés au sein de l'institution avec ouverture au public.

Une procédure institutionnelle de repérage des signes de maltraitance au sein de l'hôpital a été mise en place, permettant de guider les professionnels dans le signalement des situations d'enfants victimes. Cependant auparavant, les enfants victimes accueillis dans l'établissement étaient transférés au CHRU pour poursuite de la procédure médico-légale.

Le nombre d'enfant nécessitant une évaluation médico-légale est en moyenne de 250 enfants par an au Centre hospitalier (CH) de Roubaix. La création de l'UAPED a donc été approuvée au sein du groupe de travail Enfance en Danger et soutenue par les services judiciaires du territoire et de la médecine légale du CHRU de Lille.



5. UAPED à Roubaix.

5-1- Le parcours de soins obéit à un protocole précis

Lorsqu'une situation de maltraitance est pressentie, l'UAPED intervient afin de l'identifier, de la préciser et d'envisager la prise en charge médico-psychologique de l'enfant en souffrance.

Toutes les dimensions de cette souffrance sont prises en compte : physiques, sexuelles, psychologiques, mineurs exposés aux violences conjugales, négligences lourdes.

Le recours à l'UAPED au sein du service de pédiatrie à l'hôpital de Roubaix peut provenir de sollicitations :

- par le Parquet via les services de police ou de gendarmerie après un signalement ou une plainte sous la forme d'une réquisition ;
- par un soignant ou un travailleur social aux urgences pédiatriques, dans le service d'hospitalisation de pédiatrie ou chirurgie pédiatrique, ou de consultations
- par un médecin, soignant, travailleur social des Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) ou tout autre personne exerçant dans une structure d'accueil de l'enfance notamment en lien avec l'Education Nationale (école du premier ou second degré, crèche, halte-garderie...) ;
- par un médecin libéral, un autre service hospitalier ou une structure de soins ou de rééducation (CAMSP...).

Dans le cadre d'une réquisition en dehors de la situation urgente, l'enfant est orienté vers l'UAPED, sur décision du procureur de la République ou du juge d'instruction, dans le cadre d'une enquête préliminaire ou d'une instruction, sur rendez-vous auprès du secrétariat de l'UAPED. Hors réquisition du procureur de la République ou du juge d'instruction, l'enfant peut aussi être évalué au sein de l'UAPED par l'équipe pluridisciplinaire (pédiatre, psychologue ou pédopsychiatre, infirmière, travailleur social) sans intervention des autorités de police, de gendarmerie, du procureur de la République ou du juge d'instruction.

5-2- Le déroulement de la prise en charge au sein de l'UAPED est également codifié.

L'UAPED permet d'assurer une aide au diagnostic et de prodiguer des soins adaptés dans le respect des enfants et de leur famille.

Face à des situations à risques ou des suspicions de maltraitance, l'aide de l'UAPED peut consister en une guidance téléphonique des professionnels, une proposition de consultation d'évaluation médicale pédiatrique et/ou pédopsychiatrique ou un temps d'hospitalisation selon le contexte, de façon urgente ou semi-urgente.

L'enfant est le plus souvent accueilli pour une évaluation globale (somatique, psychologique, social) de son état de santé, définie par l'OMS comme un état de complet bien-être physique, mental et social.

5-3- Déroulement de l'évaluation en salle d'audition

Les premières salles d'audition-Salles de Confrontation Protégée (SCP)-, permettent à l'enfant de ne plus être en contact direct avec la personne mise en cause.

La salle d'audition est utilisée à la fois pour les évaluations sur réquisition avec enregistrement en présence des autorités de police, mais également dans le cadre des évaluations médico-socio-psychologiques hors réquisitions sans enregistrement de l'évaluation. L'objectif est que l'équipe puisse avoir accès à un espace dédié à l'évaluation de l'enfant et aménagé de manière à répondre à ses besoins. L'UAPED dispose également d'un accès à une chambre dans le service d'hôpital de jour de pédiatrie pour ces évaluations et d'un secrétariat pour les synthèses pluridisciplinaires.

L'enfant est accompagné de l'un de ses parents ou d'une personne ayant autorité tel qu'un travailleur social. Après une mise en confiance de l'enfant par l'équipe pluridisciplinaire et un accueil quant au déroulement de l'entretien et à l'importance de l'enregistrement audio-visuel, une présentation de l'équipe autour de l'enfant, l'audition filmée est menée par l'officier de police judiciaire ou un gendarme, en présence d'un pédopsychiatre, d'un psychologue ou d'un autre professionnel médico-social de l'UAPED.

Dans une UAPED, une audition dure entre 20 et 40 minutes environ, alors que dans un commissariat de police ou une gendarmerie l'audition peut durer d'1h30 à 5h et sera parfois suivie d'une confrontation directe avec la personne mise en cause. A l'UAPED, dans l'immense majorité des cas, une pause a lieu au cours de l'audition. L'enfant est laissé

quelques minutes seul dans la pièce et la caméra continue de filmer, pour observer son comportement lorsqu'il est seul dans la salle d'audition. Il n'est pas rare que ce moment soit révélateur en termes d'observation du comportement de l'enfant (éléments non verbaux).

5-4- Après l'audition

Au regard de l'audition, il sera décidé, après une discussion en pluridisciplinarité, si une expertise psychologique et/ou un examen médico-légal sont nécessaires.

Au terme de l'examen psychologique et, s'il a lieu, de l'examen médico-légal, il est parfois nécessaire de poursuivre avec des examens complémentaires, des soins médicaux et/ou psychologiques, justifiant parfois une hospitalisation ou le suivi de l'enfant en pédiatrie. Au terme de ces explorations, les soins d'aval pourront être organisés par les services de la Protection Maternelle et Infantile, l'Aide Sociale à l'Enfance, les Centres Médico-Psychologiques ou les Centres Médico psycho-pédagogiques. Si une ordonnance de placement provisoire (OPP) est décidée par le Procureur ou le juge des enfants, l'assistant social de l'UAPED se rapprochera des services sociaux du Département afin de mettre en oeuvre la mesure de protection adéquate.

Une synthèse orale est réalisée à l'issue de l'évaluation de l'enfant, de la famille le cas échéant. Un compte-rendu de synthèse est réalisé, rédigé et relu par chaque membre participant à l'évaluation après concertation pluri professionnelle, et transmis en totalité ou en partie vers les autorités compétentes. Et, selon le contexte, un signalement social (information préoccupante IP) ou judiciaire sera adressé aux partenaires.

L'UAPED peut également orienter les parents vers une association d'aide aux victimes, une collaboration existant avec le SIAVIC de Roubaix (Service Intercommunal d'Aide aux Victimes).

5-5- Autres activités de l'UAPED

L'UAPED de Roubaix travaille en réseau au sein du CH de Roubaix (Pôle Femme-Mère-Enfant, consultation de médecine légale, CAMPS, néonatalogie) ainsi qu'avec les professionnels intervenant dans les autres UAPED notamment au CHRU de Lille mais aussi toutes les structures d'évaluation médico-sociale émanant du Conseil Départemental afin de permettre un partage d'informations et d'expériences.

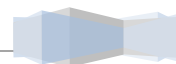


L'UAPED participe à l'animation et la formation des acteurs de terrain sur le thème de la maltraitance en organisant des séminaires de formation au sein de l'hôpital et en dehors du CH de Roubaix au sein de la métropole Lilloise.

Enfin, l'UAPED coordonne des travaux de recherche clinique en lien avec l'Unité de Recherche Clinique du CH de Roubaix.

REFERENCES

1. LOI n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.
2. Lancement du plan 2020-2022 contre les violences faites aux enfants.



Facteurs associés au cancer du sein chez la femme selon l'âge au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville en 2022

Factors associated with breast cancer in women by age at the University Hospital of Brazzaville in 2022

Buambo Gauthier Régis Jostin^{1,3}, Potokoue Mpia Samantha Nuelly B^{1,3}, Mouamba Fabien Gaël^{2,3}, Mapembe Omer Junior¹, Eouani Max Levy Emmery³, Mokoko Jules César^{1,3}, Itoua Clotaire¹

¹Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Congo

²Laboratoire de cytologie et anatomie pathologiques, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Congo

³Faculté des sciences de la santé, Université Marien Ngouabi, Congo

*Auteur correspondant: BUAMBO Gauthier Régis Jostin

Courriel : buambogauthier@yahoo.fr

RESUME.

Introduction. Problème majeur de santé publique, le cancer du sein est associé à plusieurs facteurs qui varient selon l'âge et le profil de la femme. L'objectif de l'étude a été d'analyser les facteurs associés au cancer du sein selon l'âge chez la femme au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

Patientes et méthode. Etude Cas-Témoins, monocentrique menée du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2022, comparant selon un ratio de 1 Cas pour 2 Témoins, 158 patientes atteintes d'un cancer du sein (Cas) et 316 femmes non diagnostiquées d'un cancer du sein (Témoins) appariées sur l'âge, réparties en deux tranches : celles de 35 à 49 ans et celles de 50 ans et plus. La valeur p de la probabilité a été jugée significative pour une valeur inférieure à 0,05.

Résultats. Les facteurs associés au cancer du sein chez la femme de 35 à 49 ans ont été : l'antécédent d'hypertension artérielle (OR = 3,36 [1,4-8,04] ; p < 0,05), de diabète sucré (OR = 3,25 [1,19-8,91] ; p < 0,05), de cancer familial hormonodépendant (5,5% vs 0% ; p < 0,05) et la consommation d'alcool (OR = 2,87 [1,55-5,33] ; p < 0,05). Chez la femme de 50 ans et plus, les facteurs ont été : l'antécédent d'hypertension artérielle (OR = 3,41 [1,99-5,84] ; p <

0,05) ; de diabète sucré (OR = 6,5 [2,51-17] ; $p < 0,05$), la nulliparité (OR = 2,42 [1,1-5,3] ; $p < 0,05$), la primiparité (OR = 2,66 [1,17-6,05] ; $p < 0,05$), la pauciparité (OR = 2,15 [1,93-4,1] ; $p < 0,05$), la ménarche avant 14 ans ($p < 0,05$) et la consommation d'alcool (OR = 2,67 [1,52-4,68] ; $p < 0,05$).

Conclusion. La prévention du cancer du sein chez la femme doit tenir compte de l'âge et des facteurs qui lui sont associés.

Mots-clés : Cancer du sein, Femme, Facteurs associés, Age, Brazzaville.

ABSTRACT.

Introduction. Breast cancer is a major public health issue and is associated with several factors that vary according to a woman's age and profile. The aim of the study was to analyse the factors associated with breast cancer according to age in women at the Brazzaville University Hospital Centre.

Patients and methods. A single-centre case-control study conducted from 1 January 2020 to 31 December 2022, comparing a ratio of 1 case to 2 controls, 158 patients with breast cancer (cases) and 316 women not diagnosed with breast cancer (controls) matched for age, divided into two groups: those aged 35 to 49 and those aged 50 and over. The p-value of the probability was considered significant for a value less than 0.05.

Results. The factors associated with breast cancer in women aged 35 to 49 were: a history of high blood pressure (OR = 3.36 [1.4-8.04]; $p < 0.05$), diabetes mellitus (OR = 3.25 [1.19-8.91]; $p < 0.05$), a family history of hormone-dependent cancer (5.5% vs. 0%; $p < 0.05$) and alcohol consumption (OR = 2.87 [1.55-5.33]; $p < 0.05$). In women aged 50 and over, the factors were: a history of high blood pressure (OR = 3.41 [1.99-5.84]; $p < 0.05$); diabetes mellitus (OR = 6.5 [2.51-17]; $p < 0.05$), nulliparity (OR = 2.42 [1.1-5.3]; $p < 0.05$), primiparity (OR = 2.66 [1.17-6.05]; $p < 0.05$), pauciparity (OR = 2.15 [1.93-4.1]; $p < 0.05$), menarche before age 14 ($p < 0.05$) and alcohol consumption (OR = 2.67 [1.52-4.68]; $p < 0.05$).

Conclusion. Breast cancer prevention in women must consider age and associated factors. Before the age of 50, strategies should focus on family history and health education about harmful behaviors. From the age of 50 onwards, efforts should be made to manage metabolic disorders and provide screening based on hormonal factors.

Keywords: Breast cancer, Woman, Associated factors, Age, Brazzaville.



1. INTRODUCTION.

Véritable problème de santé publique, le cancer du sein est une situation grave, tributaire d'une mortalité féminine élevée dans le monde avec près de 684.996 décès/an soit 6,9% de tous les cancers chez les adultes [1]. Il représente le premier cancer de la femme dans le monde. En occident et outre atlantique, son taux d'incidence est en nette augmentation. En effet, en France entre 1990 et 2018, il est noté un accroissement annuel en moyenne de 1,1% et 58.459 nouveaux cas en 2018 [2]. Selon l'American Cancer Society, 290.560 nouveaux cas de cancer du sein ont été estimés aux USA en 2022 avec un taux d'incidence de 126,9 pour 100.000 habitants entre 2014 et 2018 [3].

L'Afrique Sub-Saharienne est l'une des régions au monde où cette augmentation est la plus remarquable faisant du cancer du sein la première cause de mortalité par cancer chez la femme après celui du col de l'utérus [1] avec 32,3% soit 444 nouveaux cas par an au Congo [4]. Les facteurs associés au cancer du sein sont connus et rapportés dans la littérature [5,6]. Il existe des facteurs non modifiables et modifiables, qui peuvent être répartis en facteurs individuels, génétiques, hormonaux et comportementaux. Ceux-ci varient selon les continents, les pays et même au sein d'un même pays, chaque femme réagit différemment à chaque facteur. Par ailleurs, de nombreux auteurs rapportent des modifications de l'épidémiologie analytique du cancer du sein en fonction de l'âge [7,8].

Au Congo, plusieurs études ont été menées sur le cancer du sein, toutes hospitalières, s'intéressant aux aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques [9,10] sans aborder les facteurs associés. C'est ainsi, que dans l'optique d'établir le profil des facteurs associés à l'âge de survenue du cancer du sein, la présente étude a eu pour objectif général d'analyser les facteurs associés au cancer du sein selon l'âge chez la femme au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B).

2. PATIENTES et METHODE.

Il s'est agi d'une étude Cas-Témoins, menée du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2022 dans les services de Gynécologie-Obstétrique, d'Oncologie médicale et dans certains services de médecine interne (Gastro-entérologie, Neurologie, Cardiologie, Maladies métaboliques et Pneumologie) du CHU-B. La population d'étude a été constituée de femmes adultes hospitalisées réparties en deux groupes : celui des femmes atteintes du cancer du sein (Cas) et celui des femmes non diagnostiquées de cancer du sein (Témoins). Celles-ci ont été appariées en fonction de l'âge avec d'une part les femmes âgées de 35 à 49 ans et de l'autre celles de 50 ans et plus.

Ont été incluses :

- pour les Cas : toute femme ayant présenté durant la période d'étude, un cancer du sein avec preuve cytologique et/ou histologique quel que soit le stade TNM, le type histologique, la classe moléculaire et le traitement ;
- pour les Témoins : toute femme hospitalisée au CHU-B dans les services de médecine interne, durant la période d'étude pour une pathologie médicale non cancéreuse et/ou chirurgicale.

Les femmes ayant présenté une comorbidité cancéreuse (Cas) et celles avec une symptomatologie mammaire non explorée (Témoins), ont été exclues.

La taille de l'échantillon a été calculée en appliquant la formule de Schlesselman [11] en s'aidant des données de l'étude de Seydou F [12]. La taille minimale de l'échantillon permettant une analyse statistique a été 129, soit 129 Cas et 258 Témoins pour un ratio de 1 Cas pour 2 Témoins.

La sélection des Cas a été exhaustive. Les Témoins ont fait l'objet d'une sélection stratifiée, avec les services de médecine interne comme strates, et après avoir déterminé le pourcentage des femmes adultes hospitalisées dans chaque service de médecine interne durant la période d'étude.

Les dossiers médicaux, les registres d'admission et d'hospitalisation ont servi de sources de données.

Les variables étudiées ont été : liées aux antécédents (personnels médicaux et de mastopathies bénignes, familiaux de cancers hormonodépendants), reproductives (parité,

allaitement), comportementales (consommation d'alcool) et hormonales (âge de la ménarche, statut ménopausique).

Le logiciel **Epi info 7.2.5.0** a servi à l'analyse statistique. Nos résultats ont été représentés sous forme de proportion pour les variables qualitatives et les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes et son écartype (moyenne \pm ET) ou de médiane avec ses quartiles (q1-q3) en cas de distribution asymétrique ou d'écartype supérieur au 10^e de la moyenne. Les tests de Fisher et de χ^2 de Pearson ont été utilisés pour la comparaison des proportions et le test de Mann Whitney pour celle des médianes. L'analyse univariée a consisté à la mise en relation de la variable d'intérêt avec toutes les autres variables explicatives. Pour étudier la forme de l'association entre la variable d'intérêt et la variable explicative, l'odds ratio (OR) avec son intervalle de confiance (IC) à 95% a été estimée au seuil de significativité inférieur à 5 %. Afin d'éliminer tout biais de confusion, la colinéarité entre les variables explicatives a été étudiée. En l'absence de colinéarité, la régression logistique n'a pas été réalisée.

3. RESULTATS.

3.1- Variables sociodémographiques

Durant la période d'étude, 158 femmes atteintes du cancer du sein (Cas) et 316 femmes non diagnostiquées de cancer du sein (Témoins) ont été appariées sur l'âge (soit 200 femmes de 35 à 49 ans et 274 femmes de 50 ans et plus). Elles ont été par la suite comparées sur les plans médical, gynécologique, reproductif, comportemental et hormonal. Une différence significative a été notée dans les deux groupes selon l'âge.

Chez les femmes de 35 à 49 ans, comparativement aux Témoins, les Cas ont le plus présenté des antécédents familiaux de cancers hormonodépendants. Elles étaient majoritairement hypertendues, diabétiques et alcooliques. Aucune différence significative n'a été notée sur les plans hormonal et reproductif (**Tableaux I et II**).

Tableau I : Facteurs non modifiables associés au cancer du sein chez la femme de 35 à 49 ans.

	• Cas • (N=72)		Témoins (N=128)		OR [IC (95%)]	p
	n	%	n	%		
Antécédents personnels						
Hypertension artérielle	7	9,7	34	26,6	3,36 [1,4-8,04]	0,01
Diabète sucré	5	6,9	25	19,5	3,25 [1,19 – 8,91]	0,02
Mastopathie bénigne	2	2,7	0	0	-	0,2
Antécédents familiaux de cancers hormonodépendants	4	5,5	0	0	-	0,02
Age de la ménarche (ans)	13		14			0,9
Médiane (q1 – q3)	(13 – 15)		(12,5 – 15)		-	
Min – Max	11 – 19		10 – 18			
Ménarche					-	0,3
Précoce (< 12 ans)	14	19,4	32	25	-	-
Normale (12 – 16 ans)	58	80,6	96	75	-	-
Ménopause	19	26,4	41	32	-	0,4

Tableau II : Facteurs modifiables associés au cancer du sein chez la femme de 35 à 49 ans.

	Cas (n=72)		Témoins (n=128)		OR [IC (95%)]	p
	n	%	n	%		
Parité						0,06
Nulliparité	17	23,7	28	21,8	-	-
Primiparité	20	27,7	22	17,2	-	-
Pauciparité	24	33,3	38	29,7	-	-
Multiparité*	11	15,3	40	31,3	-	-
Allaitement	65	90,3	116	90,6	-	0,9
Consommation d'alcool	40	55,5	37	28,9	2,87[1,55-5,33]	0,001
Quantité d'alcool (g/l/j)						0,0001
Médiane (q1-q3)	80 (75-100)		60 (40-70)		-	-
Min-Max	20-200		20-90			

*référence

En revanche, chez les femmes de 50 ans et plus, les Cas ont été différents sur les plans métabolique, gynécologique et hormonal (**tableaux III**), reproductif et comportemental (**tableau IV**).

Tableau III : Facteurs non modifiables associés au cancer du sein chez la femme de 50 ans et plus.

			Cas		Témoins		OR [IC (95%)]	p
			(N=86)		(N=188)			
			n	%	n	%		
Antécédents personnels								
HTA			28	32,5	117	62,2	3,41 [1,99 – 5,84]	0,0001
Diabète sucré			5	5,8	54	28,7	6,5 [2,51 – 17]	0,0001
Mastopathie bénigne			5	5,8	0	0	-	0,02
Antécédents	familiaux	de	4	4,6	0	0	-	0,006
cancers hormonodépendants								
Age de la ménarche (ans)								0,009
Médiane (q1 – q3)			14 (14 – 15)		14 (13 – 15)		-	
Min – Max			10 – 18		10 – 20			
Ménarche								0,12
Précoce (< 12 ans)			14	16,3	46	24,5	-	-
Normale (12 – 16 ans)			72	83,7	142	75,5	-	-
Ménopause			84	97,7	187	99,5	-	0,2

Tableau IV : Facteurs modifiables associés au cancer du sein chez la femme de 50 ans et plus.

	Cas (N=86)		Témoins (N=188)		OR [IC (95%)]	p
	n	%	n	%		
Parité						0,01
<i>Nulligestité</i>	14	16,3	19	10,1	2,42[1,1-5,3]	0,02
<i>Primigestité</i>	13	15,2	16	8,5	2,66[1,17-6,05]	0,01
<i>Paucigestité</i>	23	26,7	35	18,6	2,15[1,93-4,1]	0,01
<i>Multigestité*</i>	36	41,8	118	62,8	-	-
Allaitement	80	93	180	95,7	-	0,3
Consommation d'alcool	34	39,5	37	19,6	2,67[1,52-4,68]	0,0001
Quantité d'alcool						0,00001
<i>Médiane (q1-q3)</i>	90 (80-120)		50 (40-60)		-	
<i>Min-Max</i>	20-200		20-90			

*référence

4. DISCUSSION.

Le caractère rétrospectif de notre étude aurait contribué à l'altération de la qualité des données chez les sujets, constituant ainsi des biais de mémorisation sans modifier la pertinence de nos résultats. Par ailleurs, l'ajustement multivarié des facteurs cliniquement pertinents et ceux ayant une p-value $<0,2$ aurait permis de corriger d'éventuel biais de confusion.

Néanmoins, nos résultats ont permis de noter l'implication quel que soit l'âge des facteurs modifiables et non modifiables, avec une différence significative de profil. Il a été noté une prédominance des facteurs individuels (en rapport avec l'hypertension artérielle et le diabète sucré), de la prédisposition familiale (existence des antécédents familiaux de cancers hormonodépendants) et des facteurs comportementaux (consommation quotidienne d'alcool). Ceci corrobore les résultats de nombreux autres auteurs.

Notamment Seydou au Mali, a rapporté un surrisque de 5,7 de développer le cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans hypertendues [12]. De même, Bocchi F en Tunisie a noté une multiplication par 3 du risque de cancer du sein chez les femmes hypertendues après 50 ans [13]. Ce risque était de 3 en cas de diabète sucré dans les séries anglaise du Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer [14] et taïwanaise de Yu H [15], respectivement avant 50 ans et après 50 ans. Les mécanismes expliquant ce lien ne sont pas bien connus en cas d'hypertension artérielle. Cependant, il a été évoqué que la production du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire, stimulée par l'angiotensine II et présente en grande quantité chez les personnes hypertendues, puisse jouer un rôle [16]. Si le rôle de l'hypertension artérielle dans la survenue du cancer du sein semble encore mal connu, l'implication de l'insuline dans sa genèse s'expliquerait par deux mécanismes : d'une part, l'hyperinsulinisme responsable d'une décroissance de la synthèse hépatique de globuline se liant aux hormones sexuelles (sex-hormone binding globulin ou SHBG) et par conséquent une augmentation du taux d'œstrogène biodisponible chez la femme [17]. De l'autre part, l'action directe de l'insuline et de l'insulin growth factor (IGF-1) sur le tissu mammaire contribuerait au développement des tumeurs mammaires [17].



Au sujet de la prédisposition familiale, il a été rapporté le rôle des mutations génétiques dans la genèse du cancer du sein, en cas de syndrome de Lynch, chez les femmes aux antécédents familiaux de cancer du sein chez la mère, la sœur ou la fille, et chez les femmes porteuses des mutations sur les gènes breast cancer 1 (BRCA 1) et breast cancer 2 (BRCA 2) [18]. Selon le Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, le risque de survenue du cancer du sein chez une femme augmente avec le nombre de parents au premier degré affectés. Ce risque est de 1,8 ; 2,9 et 3,9 pour respectivement un, deux et trois parents ou plus [14]. En effet, il existerait en outre, des facteurs environnementaux (alimentation, perturbations endocriniennes) et comportementaux (tabac, alcool) qui agiraient sur l'épigénome modifiant ainsi les mécanismes épigénétiques (méthylation et acétylation) au niveau de l'ADN engendrant ainsi les cancers par inhibition des gènes suppresseurs de tumeurs (BRCA 1,2 ; PTEN, CHEK 2) et des gènes réparateurs d'ADN (PALB2, ATM) ; activation de l'expression des proto-oncogènes (Erb-2 ou HER-2 ou neu) [19]. La recherche de ces facteurs n'a pas été possible pour des raisons liées au coût et à la limitation du plateau technique.

Quant à l'alcool, il multipliait le risque de cancer du sein par 3 pour une consommation quotidienne de 80 g/l ; de loin supérieur à celles rapportées par Attignon E en France [20] et Bissonauth au Canada [21], qui étaient respectivement de 1,4 pour une consommation quotidienne supérieure à 45 g/l et de 1,34 pour une consommation de plus de 9 g par semaine. En effet, l'alcool, en déplaçant le pool de donneurs de groupement méthyl de l'ADN, contribuerait à l'activation des proto-oncogènes associés à une activité de prolifération cellulaire persistante, à l'activation de répétitions d'ADN et à la promotion de l'instabilité du génome [19]. Par ailleurs, il entraîne une augmentation des hormones sériques et une production accrue de facteurs de croissance notamment insulin-like growth factor (IGF) qui agit comme un mitogène, inhibe l'apoptose cellulaire et interagit avec les œstrogènes, augmentant ainsi le risque de cancer du sein, en particulier avant la ménopause [20].

Le statut ménopausique quant à lui, n'a pas été associé au cancer du sein dans notre série, contrastant ainsi avec les données de la littérature qui rapportent l'influence de la ménopause tardive et de la ménarche précoce. Ceci s'expliquerait par l'âge précoce de



survenue de la ménopause en Afrique au tour de 50 ans voire plus bas dans les milieux ruraux ou en cas de bas niveau socio-économique [22].

Par ailleurs, de nombreuses études montrent une augmentation du risque de cancer du sein de 50% si les premières règles sont survenues avant l'âge de 12 ans. Ceci est expliqué par l'exposition plus longue aux œstrogènes [23]. Cependant, comme dans la présente série, ce facteur reste ambigu devant les résultats de l'étude de Li [24] sur les facteurs reproductifs et risque de cancer du sein à récepteurs d'œstrogènes positifs, triples négatifs et surexprimant HER2-neu chez les femmes de 20 à 44 ans, qui montre que l'âge précoce de menstruations n'a pas été statistiquement significative.

Concernant la parité, elle a été associée au cancer du sein à partir de 50 ans, augmentant le risque de cancer de 2 en cas de nulliparité, primiparité et pauciparité. Ceci corrobore les résultats de Senhadji [26] qui étaient de 2 en cas de nulliparité. Le rôle délétère de la nulliparité dans le cancer du sein est bien connu. Le risque de cancer du sein chez les femmes non nullipares est d'autant plus faible que la parité est élevée. Des études récentes ont montré qu'après chaque grossesse, existe une augmentation transitoire du risque de cancer du sein, précédant la diminution du risque à plus long terme. L'effet global vie entière d'une parité élevée reste toutefois très favorable vis-à-vis du risque de cancer du sein [23].

Bien que n'abordant pas de manière exhaustive tous les facteurs connus du cancer du sein, la présente étude a le mérite de s'être intéressée à différents facteurs tant modifiables que non, aussi bien chez les femmes jeunes non ménopausées que chez les femmes âgées au-delà de 50 ans. Néanmoins, une étude à plus grand échelle, s'intéressant aux autres facteurs (l'obésité, expositions environnementales et professionnelles, l'âge à la première grossesse et les traitements hormonaux de la ménopause) devrait être envisagée pour une meilleure organisation de la stratégie préventive du cancer du sein.



CONCLUSION.

La prévention du cancer du sein chez la femme doit tenir compte de l'âge et des facteurs qui lui sont associés. Si avant 50 ans, les stratégies doivent être orientées sur les enquêtes familiales et l'éducation sanitaire, à partir de 50 ans, les efforts doivent être fournis sur la prise en charge des troubles métaboliques et le dépistage orienté en fonction des facteurs hormonaux.



REFERENCES

1. Hyuna S, Jacques F, Rebecca Land al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Cancer journal for clinicians. 2021; 71(3): 209-49.
2. Lanta Q, Arveux P, Asselain B. Epidemiology and socio-cultural specificities of young women with breast cancer. Bulletin du cancer. 2019; 106(12): 4-9.
3. Rebecca LS, Kimberly DM, Hannah EF, Ahmedin J. American Cancer Society: Cancer statistic 2022. Cancer journal for clinicians. 2022; 71(1): 7-33.
4. Ndounga E, Bambara AT, Bolenga LAF, Itoua C, Moukassa D, Nkoua-Mbon JB. Cancer du sein chez la femme de 35 ans et moins au CHU de Brazzaville. PAMJ-Clinical Medecine. 2020 ; 2(94) : 12.
5. Hamid CM, Kara K, Atoui, S, Boudefar F. Données épidémiologiques du cancer dans l'Est et le Sud-est Algérien, 2014-2017. Algerian Journal of Health Sciences. 2020; 3(2): 14-31.
6. Drissi H, Imad FE, Bendahhou K, Benider A, Radallah D. Hormonal risk factors for breast cancer in Morocco: case-control study. International Journal of Reproduction. 2019 ; 10(8) : 4008-13.
7. Frikha N, Chlif M. Un aperçu des facteurs de risque du cancer du sein. Bull Académie Natl Médecine. 2021 ; 205(5) :519-27.
8. Merviel P, Jouvance O, Naepels P and al. Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein ? Gynecol Obstet Fertil. 2011 ;39(9) :486-90.



9. Ndounga E. Etude des caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutifs des cancers du sein triple négatifs au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Rev Afr Malgache Rech Sci Santé. 2019 ; 1(2) : 119-25.
10. Nsondé Malanda J, Nkoua Mbon JB, Bambara AT et al. Douze années de fonctionnement du registre des cancers de Brazzaville. Bull Cancer. 2013 ; 00(2) :135-139.
11. Tebeu PM. Manuel d'initiation à la recherche en santé : nouvelle édition revue et corrigée 2021. Paris : L'Harmattan ; 2021.
12. Seydou F. Cancer du sein chez les patientes de moins de 50 ans au Centre Hospitalier Gabriel Touré [Thèse d'exercice en ligne]. Bamako : Université des sciences, des techniques et des technologique de Bamako ; 2021 [cité le 20 mai 2024]. Disponible sur : [Memoire D.U. Dr seydou Fané.pdf \(bibliosante.ml\)](#)].
13. Bocchi F, Jankovic J, Wuerzner G. Hypertension artérielle et cancer : une relation étroite à ne pas oublier. Rev Med Suisse. 2020 ;16(706) :1680-3.
14. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. The Lancet. 2001 ; 358(9291) :1389-99.
15. Yu H. Alcohol consumption and breast cancer risk. JAMA 1998; 280: 1138–9.
16. Ederhy S, Ancedy Y, Soulat-Dufour L, Chauvet-Droit M, Cohen A. Cancer : facteur ou marqueur de risque cardiovasculaire chez la femme ? Presse Med. 2018 ; 47(9) : 780-3.



17. Bernard L, Reix N, Benabu JC, Gabriele V, Mathelin C. Cancer du sein et diabète de type 2 : des interactions complexes. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 ;44(12) :701-11.
18. Cordina-Duverger EPG. Épidémiologie des cancers du sein. In : Philippe Descamps FG, Raccach-Tebeka B. *Cancer du sein Dépistage et prise en charge*. Paris : Elsevier Masson ; 2016. p. 8.
19. Deltour S, Chopin V, Leprince D. Modifications épigénétiques et cancer. *Medecine/sciences* 2005 ; 21 : 405-11.
20. Attignon E, Rouach H, Blanc E. Bases moléculaires des effets toxiques de l'alcool. *Cahiers de nutrition et de diététique*. 2015 ; 50 : 84-93.
21. Bissonauth V. Mode de vie, habitudes alimentaires et cancer du sein : Étude cas-témoins chez les Canadiennes-françaises non porteuses de mutations des gènes BRCA. [Thèse d'exercice, en ligne]. Montréal : Université de Montréal. 2009 [cité le 20 mai 2024]. Disponible sur : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2857>
22. Sidibe EH. La ménopause en Afrique. *Ann Endocrinol*. 2005 ; 66(2) : 105-7.
23. Frikha N, Chlif M. Un aperçu des facteurs de risque du cancer du sein. *Bull Acad Natl Med* 2021 ; 205(5) : 519-27.
24. Li CI, Beaber EF, Chen Tang M-T and al. Reproductive factors and risk of estrogen receptor positive, triple-negative, and HER2-neu overexpressing breast cancer among women -44 years of age. *Breast cancer research treatment*. 2013 ; 13 : 579-87.
25. Senhadji R, Kébir FZ. Statut hormonal, obésité, âge et risque de cancer du sein : résultats d'une étude cas-témoins sur une population de l'ouest de l'Algérie. *J Afr Cancer*. 2010 ; 2 : 72-6.



Aspects épidémiologiques et évolutifs des nouveau-nés prématurés au CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville de 2019 à 2022

Epidemiological and evolutionary aspects of premature newborns at the Jeanne Ebori Mother-Child University Hospital in Libreville from 2019 to 2022

Koumba Maniaga R^{1,2,3}, Lembet Mikolo AM^{1,2,3}, Nzila Matoumba GM^{1,2,3}, Mboungani M^{1,2,3}, Mouboungou N^{1,2}, Mintsia Mi Nkama E^{1,2,3}, Loulougua P^{1,2}, Busughu Bu Mbadinga I^{1,2}, Kuissi Kamgaing E^{1,2,3}, Ategbo S^{1,2,3}.

¹Service de médecine néonatale du CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUMEFJE), Libreville-Gabon

²Pôle pédiatrie du CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUMEFJE), Libreville-Gabon

³Département de pédiatrie, Université des Sciences de la Santé (USS), Gabon. BP : 4009 Libreville-Gabon

Auteur correspondant : KUISSI KAMGAING Eliane, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Libreville-Gabon

Courriel : e.kuissi@gmail.com

Tel : +241 77023971 ;

Identifiant ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-4594-2582>

RESUME.

Objectif : Etudier les aspects épidémiologiques et évolutifs des nouveau-nés prématurés au CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville de 2019 à 2022.

Patients et méthodes : étude rétrospective, descriptive et analytique réalisée de 2019 à 2022. Tous les patients nés avant 37 semaines d'aménorrhée admis en hospitalisation étaient inclus. Les paramètres sociodémographiques, cliniques et évolutifs étaient étudiés.

Résultats : la fréquence de la prématurité était de 44,6% (1191/2670), elle était spontanée dans 64,6% de cas. L'AG moyen était de $32,24 \pm 2,9$ SA. Les trois principales complications étaient la détresse respiratoire (34,9%), la dysrégulation glycémique (32,5%) et l'hypothermie (25,9%). Le taux de mortalité était de 18,7%. Dans 84,3% de cas, le décès survenait entre un et sept jours de vie. De manière significative, les décès par sepsis survenaient après le 7^{ème} jour (61,3%). Lorsque la cause était l'encéphalopathie anoxo-ischémique, le décès survenait dans 44,1% de cas entre le 2^{ème} et le 7^{ème} jour, de même que lors du décès par insuffisance respiratoire sévère avec un taux de 50,0% ($P=0,001$).

Conclusion : la prématurité occupe une place importante dans notre hôpital avec un taux de mortalité considérable. La réduction de la morbi-mortalité passe par l'administration correcte des soins obstétricaux et néonataux.

Mots-clés : nouveau-nés, prématurés, épidémiologie, évolution, Libreville.

ABSTRACT.

Objective: To study the epidemiological and developmental aspects of premature newborns at the Jeanne Ebori Mother-Child University Hospital in Libreville from 2019 to 2022.

Patients and methods: A retrospective, descriptive, and analytical study was conducted from 2019 to 2022. All patients born before 37 weeks of gestation and admitted to the hospital were included. Sociodemographic, clinical, and developmental parameters were studied.

Results: The frequency of prematurity was 44.6% (11,191/2,670), and it was spontaneous in 64.6% of cases. The mean gestational age was 32.24 ± 2.9 weeks. The three main complications were respiratory distress (34.9%), glycemic dysregulation (32.5%), and hypothermia (25.9%). The mortality rate was 18.7%. In 84.3% of cases, death occurred between one and seven days of life. Significantly, deaths from sepsis occurred after the seventh day (61.3%). When the cause was hypoxic-ischemic encephalopathy, death occurred in 44.1% of cases between the second and seventh day, as did death from severe respiratory failure in 50.0% of cases ($P = 0.001$).

Conclusion: Prematurity is a significant issue in our hospital, with a considerable mortality rate. Reducing morbidity and mortality depends on the proper administration of obstetric and neonatal care.

Keywords: newborns, premature infants, epidemiology, trends, Libreville.

1. INTRODUCTION.

La prématurité est la naissance d'enfant avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée, selon les estimations de l'OMS, 13,4 millions de nouveau-nés sont nés prématurément en 2020, ce qui représente plus d'un nouveau-né sur 10 [1]. Ces naissances prématurées surviennent dans 65 % de cas en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne [2]. Les conséquences de la prématurité sont dramatiques. À l'échelle mondiale, sur les 2,3 millions de nourrissons décédés au cours des 28 premiers jours de leur vie en 2022, les deux tiers étaient nés prématurément [3]. Les nouveau-nés prématurés constituent une population d'enfants très fragiles du fait de l'immaturité de leurs fonctions vitales. Le risque encouru est d'autant plus important que l'âge gestationnel soit faible et ceci, de manière disproportionnée selon les régions avec un taux de décès plus élevé dans les pays en développement. [3]. La réduction de la morbidité et de la mortalité néonatale constitue une priorité de santé publique en particulier dans les pays en développement. Dans ces pays, en moyenne 12% des nouveau-nés naissent prématurés contre 9% pour les pays développés et sont le berceau de la mortalité mondiale dans cette tranche de la population car les taux les plus élevés ont été observés en Afrique subsaharienne [4]. Au Gabon, le taux de naissance prématuré se situe en dessous de 10% depuis 2022, en baisse par rapport à 2012 où il était de 16,3% [2]. La prématurité est donc l'un des principaux indicateurs de la santé d'une population, car elle est la première cause de décès néonatal et, en cas de survie, elle est à l'origine d'un taux accru de morbidité à long terme, à type de troubles neurologiques, du comportement et du métabolisme à long terme [3].

La réduction du taux de mortalité et de morbidité des nouveau-nés prématurés, passe d'abord par la connaissance des facteurs associés à la survenue de cette pathologie. D'où notre étude qui vise à identifier ses facteurs afin d'améliorer le taux de survie des nouveau-nés prématurés au CHUME-FJE en particulier et au GABON en général.



2. PATIENTS et METHODE.

Il s'est agi d'une étude monocentrique rétrospective descriptive et analytique. Elle a concerné l'analyse des dossiers des nouveau-nés prématurés hospitalisés sur une période de 4 ans (1er janvier 2019 au 31 Décembre 2022). La population d'étude était constituée des nouveau-nés prématurés hospitalisés dans le service de médecine néonatale du CHUMEFJE.

Nous avons inclus les dossiers des nouveau-nés viables, nés avant 37 semaines d'aménorrhée révolues admis en hospitalisation, quel que soit le motif d'hospitalisation.

Nous avons inclus les nouveau-nés dont les dossiers médicaux étaient incomplets. La collecte des données s'est faite à partir d'une fiche standardisée préétablie.

Variables étudiées

Chez le nouveau-né, le sexe, le poids de naissance, le score d'Apgar, les paramètres anthropométriques, les complications, le délai de survenue des décès et les causes du décès étaient collectés. Chez la mère, les données sociodémographiques, les antécédents obstétricaux et médicaux, le suivi de la grossesse, les pathologies intercurrentes au cours de la grossesse et les données de l'accouchement, étaient étudiées.

Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 26.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, médiane et écart-type. Le test de Chi-2 a été utilisé pour l'analyse statistique avec un seuil de significativité inférieur à 0,05.

Aspects éthiques et réglementaires

Nous avons obtenu les autorisations du chef de pôle de pédiatrie, du directeur général et du comité scientifique de ladite structure. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés tout au long de la réalisation de notre étude.

3. RESULTATS.

3.1- Fréquence hospitalière

Durant la période d'étude, 14684 naissances ont été enregistrées au CHUMEFJE de Libreville. Parmi elles, 1571 nouveau-nés étaient prématurés soit une fréquence de 10,7% en salle de naissance. Le nombre total de nouveau-né admis en hospitalisation dans le service

de médecine néonatale du CHUMEFJE durant cette période était de 2670. Parmi eux, 1191 étaient des nouveau-nés prématurés, soit une fréquence hospitalière de 44,6 %. Dans 10,0% de cas (n=119), ils venaient de l'extérieur du CHUMEFJE (out born).

3.2- Caractéristiques sociodémographiques des mères

L'âge des mères variait de 14 ans à 46 ans avec une moyenne de 28,05 ans \pm 6,5 ans. Elles provenaient du CHUMEFJE et de la province dans respectivement 87,7% (n= 1045) et 1,5% (n=14) de cas. Elles étaient sans emploi dans 69,4% (n=827) et en couple était de 26,6% (n=315) de cas. La proportion de mère avec un portage du VIH avant la grossesse était de 6,2%.

3.3- Caractéristiques obstétricales des mères

La médiane des grossesses était de 3 (extrêmes : 1 et 14). La médiane de la parité était de 2 (extrêmes : 0 et 9). L'hypertension artérielle (HTA) et le diabète antérieur à la grossesse étaient retrouvés dans respectivement 7,6% (n=91) et 3,7% (n=44) de cas. La médiane des Contacts prénataux (CPN) était de 3 (extrêmes : 0 et 10). Le bilan prénatal était incomplet dans 38,6 % (n=460) et non réalisé dans 15,6 % (185) de cas. Au moins une échographie obstétricale était réalisée par 938 mères (78,4%) et non faite chez 253 (21,2%) d'entre elles. Dans 96,2% (n=1146), la maturation pulmonaire (corticothérapie anténatale) n'était pas réalisée. Dans 23,7% (n= 282) de cas, aucune pathologie intercurrente à la grossesse n'était observée. Les trois principales pathologies intercurrentes à la grossesse observées étaient l'HTA (29,0%), la menace d'accouchement prématurée (26,9%) et les infections (24,4%). Le **tableau I** présente les caractéristiques générales des mères

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des mères.

Variables	Effectifs (n =1191)	Pourcentages	IC95%
Age (ans)			
<18	41	3,4	[2,3% - 4,5%]
[18-35]	945	79,3	[76,8% - 82,0%]
>35	168	14,1	[12,0% - 16,2%]
Non précisé	37	3,1	[2,1% - 4,1%]
Gestité			
Primigeste	183	15,4	[13,2% - 17,6%]
Paucigeste	594	49,9	[46,8% - 53,0%]
Multigeste	311	26,1	[23,4% - 28,8%]
Grande multigeste	103	8,6	[7,0% - 10,2 %]
Parité			
Primipare	476	39,9	[37,0% - 42,9%]
Paucipare	561	47,1	[44,0% - 50,2%]
Multipare	135	11,4	[9,5% - 13,4%]
Grande multipare	17	1,4	[0,7% - 2,1%]
Non précisé	2	0,2	[0,0% - 0,4%]
Nombre de CPN			
Aucun	51	4,2	[3,1% - 5,3%]
1 – 3	670	56,3	[53,2% - 59,2%]
4 – 6	434	36,4	[33,5% - 39,5%]
> 6	36	3,1	[2,1% - 4,1%]

3.4- Paramètres de l'accouchement

Dans 90,0% (n=1072) de cas, la naissance avait lieu au CHUMEFJE. Le délai de rupture des membranes était supérieur à 12 h dans 43,9 % (n=95) des cas et le liquide amniotique était anormal dans 14,3% (n=171) de cas. La voie d'accouchement était la césarienne dans 30,5 % (n=363) de cas. Le **tableau II** montre les paramètres de l'accouchement et la **figure 1** les différentes indications de la césarienne.

Tableau II : paramètres de l'accouchement.

Variables	Effectifs (n =1191)	Pourcentages	IC95%
Age gestationnel (SA)			
22 - < 28	92	7,7	[6,2% - 9,2%]
28 - < 32	315	26,5	[23,8% - 29,2%]
32 - < 37	784	65,8	[62,9% - 68,7%]
Rupture prématurée des membranes			
Oui	220	18,5	[16,5% - 20,9%]
Non	971	81,5	[64,3% - 70,1%]
Délai de rupture			
<12 h	125	56,1	[29,8% - 44,4%]
12-18 h	71	31,8	[14,8% - 27,2%]
>18 h	24	12,1	[17,9% - 30,9%]
Aspect du liquide amniotique			
Clair	1020	85,7	[68,5% - 74,1%]
Teinte	142	11,9	[11,8% - 16,0%]
Méconial	22	1,8	[1,4% - 2,6%]
Hémorragique	6	0,5	[0,1% - 0,9%]
Pure de pois	1	0,1	[0,0% - 0,03]
Poids de naissance (g)			
< 1000	113	9,5	[7,9% - 11,5%]
1001-1499	270	22,7	[19,6% - 24,7%]
1500-2499	648	54,4	[50,1% - 56,3%]
>2500 - < 4000	143	12,0	[10,3% - 14,1%]

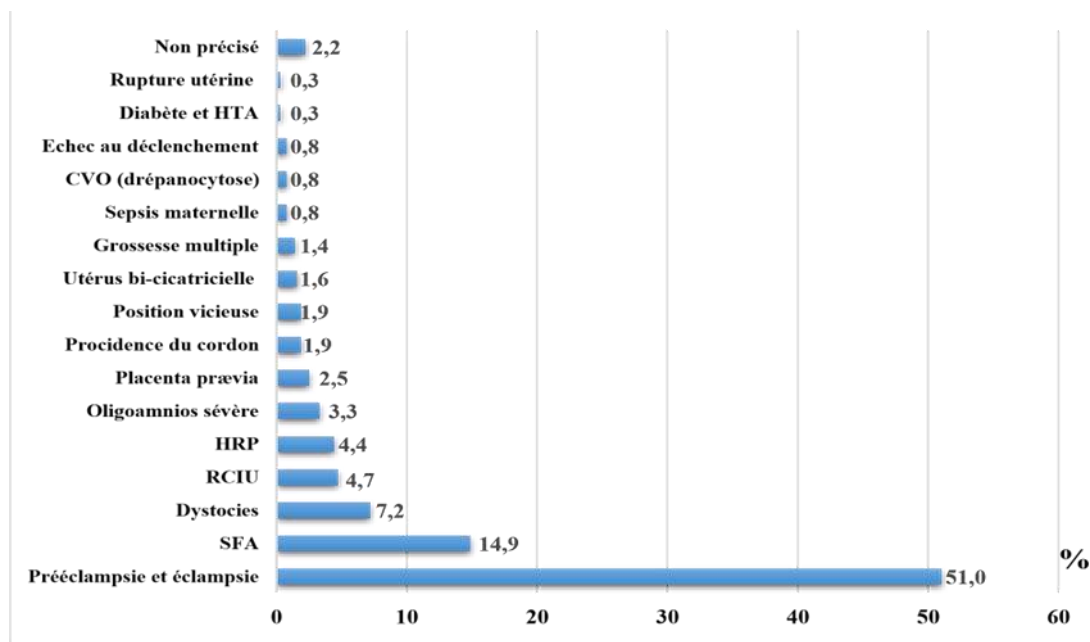


Figure 1 : différentes indications de la césarienne.

3.5- Causes de la prématurité

La prématurité était spontanée dans 64,6 % (n = 769) de cas et induite dans 35,4 % (n=422) de cas. La **figure 2** présente les causes de la prématurité.

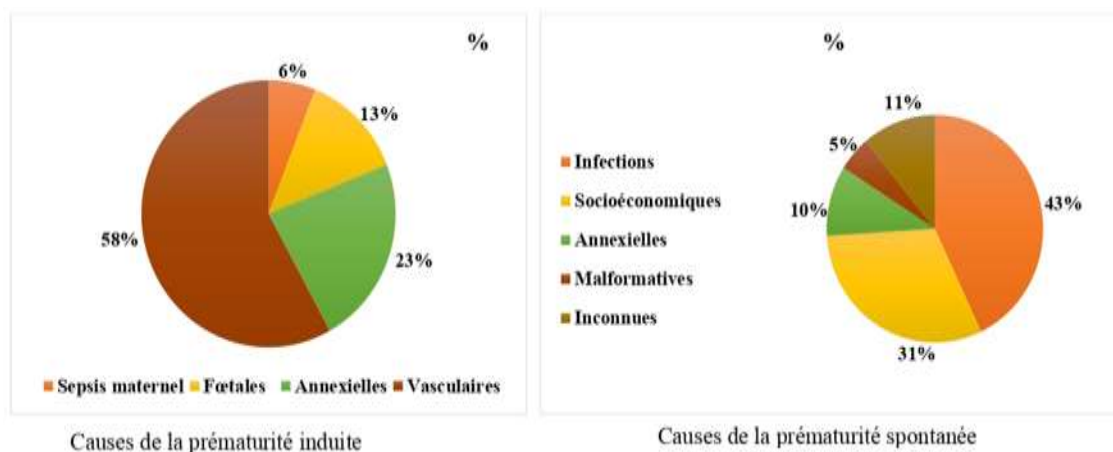


Figure 2 : causes de la prématurité.

3.6- Caractéristiques sociodémographiques des nouveau-nés

L'AG moyen était de $32,24 \pm 2,9$ SA (extrêmes : 22 SA et 36 SA) et une médiane de 33SA. Le poids moyen était de $1787g \pm 639g$ (extrêmes : 580 g et 4050 g). et une médiane de 1750 g. La proportion de nouveau-né ayant un poids < 1500 g était de 32,2 % (n= 383). Le petit poids de naissance pour l'AG était observé dans 41,2 % (n =491) de cas. Le sex-ratio était de 1,03. La réanimation du nouveau-né en salle de naissance était pratiquée dans 20,9% (n= 250) des cas et la durée était > 5minutes dans 40,0 % (n= 100/250) de cas. Les pathologies associées à la prématurité étaient le risque infectieux (45,6%, n= 543), la détresse respiratoire (30,9%, n= 368), l'asphyxie périnatale (9,5%, n= 113), l'hypotonie (5,4%, n= 64), les convulsions (2,5%, n= 30), syndrome malformatif (0,2%, n= 2), le syndrome hémorragique (0,1%, n= 1) et des régurgitations (0,1%, n= 1). Dans 0,4% (n= 5) de cas, il s'agissait d'une hospitalisation pour indisponibilité des mères.

3.7- Différentes complications observées en hospitalisation

Les 3 principales complications observées en hospitalisation étaient la détresse respiratoire (34,9%), la dysrégulation glycémique (32,5 %) et l'hypothermie (25,9 %) (**Figure 3**).

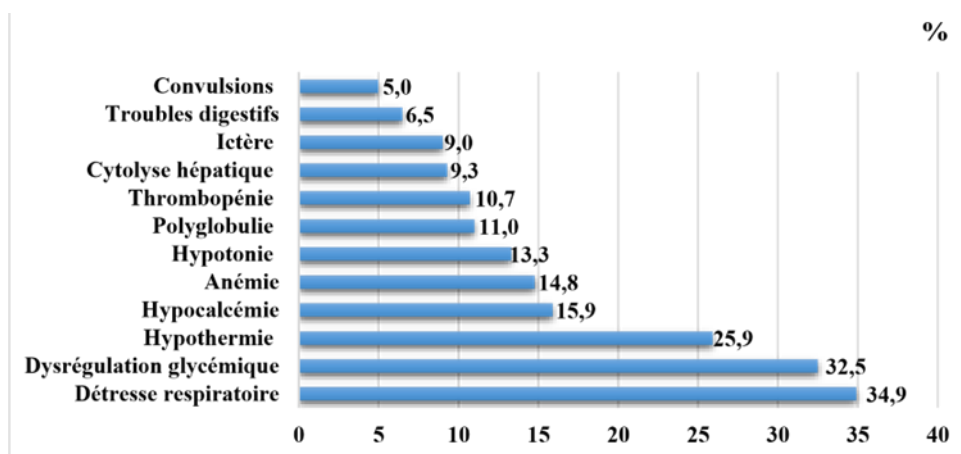


Figure 3 : complications observées en hospitalisation.

3.8- Taux et cause de décès

Le taux de mortalité dans notre étude était de 18,7 % (n =223/1191). Les causes de décès sont répertoriées dans la figure 4. De manière significative, les décès par sepsis survenaient après le 7^{ème} jour dans 61,3% de cas. Lorsque la cause était l'encéphalopathie anoxo-

ischémique, le décès survenait dans 44,1% de cas entre le 2^{ème} et le 7^{ème} jour, de même que lors du décès par insuffisance respiratoire sévère avec un taux de 50,0% (figure 4).

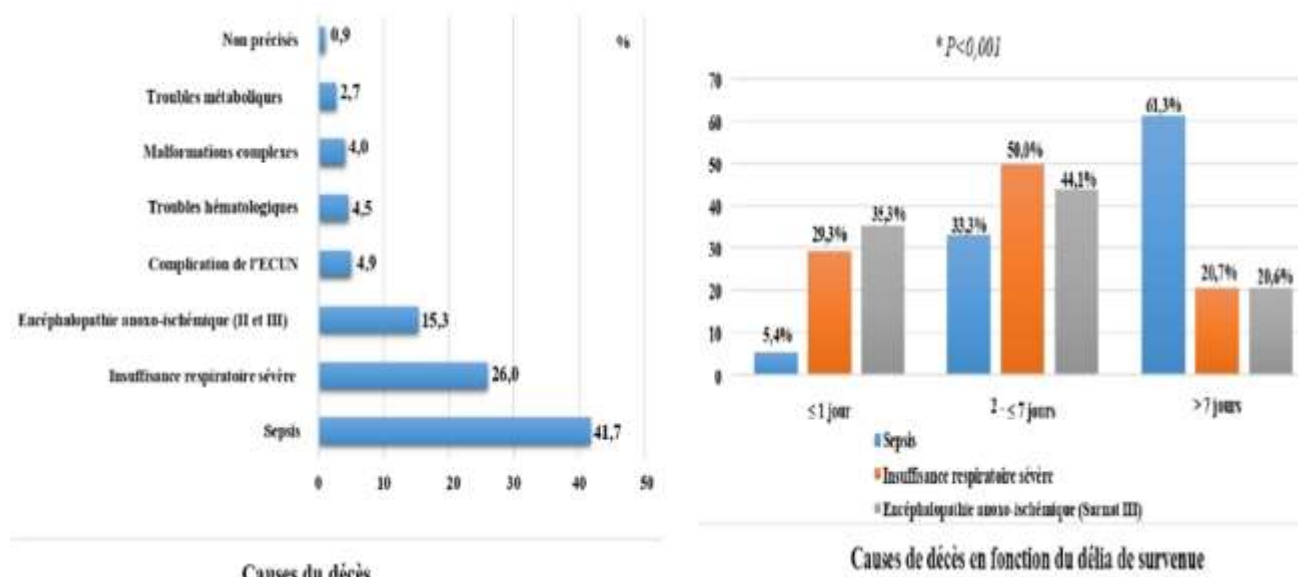


Figure 4 : causes de décès en fonction du délai de survenue.

Lorsque la cause du décès était le sepsis ($n = 93/223$), dans 67,7 %, il s'agissait d'une infection secondaire et dans 32,2 % de cas une infection primitive. Les principaux germes retrouvés étaient *Klebsiella pneumoniae* (11,3%), *enterobacter cloacae* (11,9%) et *Staphylococcus epidermidis* (11,3%). Parmi les décès dus à l'insuffisance respiratoire ($n=58/223$), il s'agissait d'une complication de l'asphyxie périnatale (41,4 %), d'une maladie des membranes hyalines sévère (29,3 %), d'apnée du prématuré (17,2 %), d'un syndrome de Mendelssohn (8,6 %). Dans 84,3% ($n=188$) de cas le décès survenait entre le 1^{er} et le 7^{ème} jour de vie. Parmi eux, 66,8 % (124/188) mourraient avant le 5^{ème} jour de vie.

4. DISCUSSION.

Cette étude rétrospective avait comme objectif d'analyser les aspects épidémiologique et évolutif de la prématurité au CHUMEFJE. Quelques insuffisances ont été relevées notamment le caractère rétrospectif et monocentrique de l'étude. Cependant, la spécificité du cadre de l'étude et la taille de l'échantillon confortent les résultats obtenus.

4.1. Fréquence hospitalière de la prématurité

Dans notre étude, la fréquence de la prématurité dans le service de médecine néonatale est de 44,6 %. Ce résultat est proche de ceux trouvés par Kuissi et al. au CHU d'Akanda (44,8 %) [5]. Il est légèrement inférieur à ceux trouvés par Minko et al. au CHU de Libreville au Gabon (50,3%) en 2016 [6], Egesa WI et al. dans un hôpital communautaire en Uganda (57,0 %) [7], Ngaringuem A et al. au CHU de la mère et de l'enfant de Ndjamen (51,8%) [8]. Cependant supérieur à ceux trouvés par Souam Nguele S et al. à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djaména (21,4%) en 2018 [9], Diouf FN et al. à l'hôpital d'enfants Albert Royer de Dakar (16,5%) en 2016 [10], Kago Tague DA et al. (27,1%) [11], Kiteze Nguinzanémou CJ et al. au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique de Bangui (30,3%) [12] et Hounkponou NFM et al. au CHU de Borgou Alibori au Bénin (17,89 %) en 2017 [13]. Ces taux très élevés de prévalences hospitalières peuvent trouver leurs justifications sur le fait que ces hôpitaux sont pour la plupart des centres de référence en soins du nouveau-né. Dans notre contexte, le CHUMEFJE est l'une des structures de référence des grossesses pathologiques et des nouveau-nés à risque dans notre pays et possède la plus grande capacité d'accueil en néonatalogie du pays (45 lits). Ceci justifie le fait que 87,7 % de notre population d'étude viennent de notre salle de naissance. Aussi, la prévalence de la prématurité est très importante dans les pays en voie de développement. En effet, environ 65 % des naissances prématurées dans le monde surviennent en Asie du Sud et en Afrique [2,14].

Cependant, ces taux de prévalences hospitalières ne reflètent pas vraiment la prévalence de la prématurité dans la population générale de nos pays. En effet, à l'échelle mondiale, la prévalence de la prématurité varie de 5 à environ 14% avec une moyenne de 9,9%, et au Gabon, elle se situe à cette moyenne (9,9%) actuellement [2]. Le taux de prématurité en salle de naissance du CHUMEFJE a été de 10,7% et reflète mieux la situation

sur les plans nationaux et internationaux. Toutefois, le fort taux de naissances prématurées n'est pas l'apanage des pays en voie de développement, car on peut également noter les 9 % en moyenne observés dans les pays à revenu plus élevé [2]. Cependant de manière générale, selon les dernières évaluations, le nombre de naissances prématurées a diminué entre 2014 et 2020 en Afrique subsaharienne passant de 12 à 10,1% des naissances vivantes [2,15].

4.2. Données de la grossesse et pathologies intercurrentes à la grossesse

La médiane des contacts prénataux (CPN) était de 3. Dans 56,3% de cas, il a été \leq à 3 et 4,2% des mères n'ont pas suivi leur grossesse. Ce mauvais suivi a été également observé par Kuissi et al. ; à Akanda-Gabon (CPN < 3 dans 38,2% de cas et 7,5 % de grossesse non suivie) [5]. Au Cameroun, les grossesses n'ont pas été suivies dans 71,8 % de cas dans l'étude de Kago Tague et al. [11]. En Uganda, 6,0 % des grossesses n'ont pas été suivies et dans 53,2 %, il a commencé après le 4ème mois de grossesse [7]. En Ethiopie, 15,8 % des grossesses étaient non suivies [16]. Aucune CPN n'a été faite dans 29,7% dans l'étude de Kiteze Nguinzanémou et al. en RCA [12]. La mauvaise surveillance des grossesses est un facteur d'accouchement prématuré connu [17].

Ce taux élevé de grossesse mal suivie pourrait s'expliquer en général par l'ignorance des patientes et le manque de communication par les institutions de santé sur l'importance des CPN. Mais aussi par le taux non négligeable de grossesses non désirées et le manque de moyens financiers. Au Gabon, les frais relatifs au suivi de la grossesse sont entièrement (100%) couverts par la caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS). Il est donc injustifiable que 54,2% de mères n'ont pas réalisés de manière optimale leur bilan prénatal, de même que les 21,2 % de mères qui n'ont réalisé aucune échographie obstétricale. De ce fait, le manque de communication et d'information sur l'importance des CPN pourrait être la seule raison de ce manque de suivi dans notre travail.

Au cours de notre étude, l'HTA, la menace d'accouchement prématuré, et les infections ont été les trois principales pathologies observées au cours de la grossesse. Ces différentes pathologies sont très fréquemment citées comme facteur de risque d'accouchement prématuré et justifient le fait qu'elles sont observées dans la plupart des études [10,13,16,18]. La rupture prématurée des membranes a été observée dans 18,5% des cas et l'administration des corticoïdes (maturation pulmonaire fœtale) a été réalisée

seulement dans 3,8 % de cas dans notre étude. La faible proportion de nouveau-nés prématurés ayant bénéficié d'une maturation pulmonaire est observée par plusieurs auteurs [7,19]. Pourtant, La détresse respiratoire est une complication grave. Elle est l'une des causes principales de mortalité et d'invalidité néonatales. Des données probantes indiquant un effet bénéfique des corticostéroïdes prénataux sur la maturation pulmonaire du fœtus et les recommandations d'utilisation de ce traitement chez les femmes présentant un risque d'accouchement prématuré ont été bien établies et parfaitement codifiées [19].

4.3. Données de l'accouchement

La prématurité spontanée a été observée chez plus de la moitié de cas dans notre étude (64,6 %). Ce constat également fait par Kuissi et al. à Akanda [5] est en accord avec les données générales puisqu'il est observé dans la littérature que la répartition des naissances est de 1/3 pour la prématurité induite et de 2/3 pour la prématurité spontanée [20].

L'âge gestationnel moyen dans notre travail a été de $32,24 \pm 2,9$ SA. La tranche d'âge comprise entre 32 et 36 SA a été la plus observée (65,8%) et celle des moins de 28 SA représentait 7,7% de cas. Ce constat est également fait par presque tous les auteurs, notamment par Kuissi et al. [5], Egesa et al. [7], Minko et al. [6], Hounkponou et al. [13] et Tamene et al. [19], Kiteze Nguinzanémou et al. [12] et Olack et al. [21] et ceci est la tendance mondiale. En effet, de manière générale, il est bien démontré dans la littérature que dans 85% de cas, la naissance prématurée se fait entre 32 et 36 SA + 6 jours, et que seulement 10,4 % naissent dans la grande prématurité et 4,2 % dans l'extrême prématurité [2]. Toutefois, au Cameroun, Kago Tague et al. trouvent une proportion plus grande de nouveau-nés de moins de 28 SA [11].

4.4. Caractéristiques générales des nouveau-nés

Nous avons trouvé un poids de naissance (PN) moyen de $1787g \pm 639g$. La proportion de nouveau-né ayant un poids < 1500 g était de 32,2 %. Dans l'étude faite à Akanda au Gabon par Kuissi et al., un PN moyen de $1580,1 \pm 546,8g$ a été rapporté, avec dans 55,2 % de cas, un poids > à 1500 g [5]. Ce constat est également fait en Ouganda par Egesa et al. [7], Aynalem en Ethiopie [16]. Par contre, Diouf et al. ont trouvé la tranche de poids comprise entre 1000 et 1500 g majoritaire [10]. Dans ces différentes études, le poids moyen de naissance est proportionnel à l'âge gestationnel moyen observé. Il est bien établi que le

poids de naissance est un élément important de la survie des prématurés, en particulier pour les enfants les plus immatures et que l'association d'une restriction de croissance est un facteur constamment défavorable [20].

La réanimation du nouveau-né en salle de naissance était pratiquée dans 20,9% des cas et la durée était supérieure à 5 minutes dans 40,0 % de cas. Kuissi et al. ont rapporté un score d'Apgar < 7 dans 49 % de cas et une réanimation néonatale dans 30,1 % de cas [5]. Ce taux très élevé de mauvaise adaptation à la naissance a été également observé par Diouf et al (40,8% et une réanimation néonatale 18,4%) [10]. Dans l'étude d'Egesa et al., la réanimation a été pratiquée dans 26,5 % de cas [7]. Ces différents taux de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine sont importants et sont pour la grande majorité liés d'une part à une administration insuffisante de soins essentiels obstétricaux qui peut se justifier dans notre contexte par un suivi de la grossesse insuffisante. D'autre part, l'augmentation de la fréquence des pathologies périnatales, peut-être elle-même secondaire à la précarité et à la pauvreté qui sévissent dans nos régions.

4.5. Morbidité néonatale

Les principales complications observées dans notre étude sont la détresse respiratoire (34,9%), la dysrégulation glycémique (32,5%) et l'hypothermie (25,9%). La détresse respiratoire et la dysrégulation glycémique sont habituellement associées à la prématurité et retrouvées à des proportions différentes par d'autres auteurs [7,19]. Dans l'étude de Souam Nguete et al. au Tchad, les complications observées ont été la détresse respiratoire (57,6%), mais aussi l'anémie (28,5%) et les infections (25%) [9]. Dans celle de Tamene et al. en Ethiopie, l'hyperbilirubinémie a été observée dans 92,1% de cas [19]. Dans notre étude, l'anémie a été observée dans 14,8 % de cas et l'ictère dans 9,0% de cas. Ces pathologies sont fréquentes en période néonatale chez le nouveau-né prématuré et ceci en rapport avec l'immaturité. Dans l'étude de Kuissi et al., l'hypothermie a été présente dans 56,5 % de cas à l'admission [5], elle a été retrouvée dans 70,55 % de cas dans celle de Tamene et al. [19] et dans 67,2% de cas dans celle de Egesa et al. [7]. Diouf et al. rapportent une proportion de 62,7 % des patients présentant une hypothermie à l'admission, liée au délai de transfert tardif (après la 24ème heure dans 41,4 % de cas) et aux mauvaises conditions de transfert [10]. Cette proportion importante de l'hypothermie de notre étude ne s'explique pas, car plus de

la moitié des patients de notre échantillon est née dans notre maternité située sur le même palier que le service de néonatalogie. Des causes telles que l'environnement et le conditionnement des nouveau-nés ont joué un rôle important dans la maîtrise de la chaîne de la chaleur. En effet, malgré de multiples rencontres obstétrico-pédiatriques, notre salle de naissance demeure climatisée en permanence et la table chauffante parfois défectueuse. De plus, l'oxygène administré en salle naissance n'est pas réchauffé.

4.6. Mortalité néonatale

Dans notre étude, le taux de mortalité des nouveau-nés prématurés a été de 18,7 % (n=223/1191). Ce taux est proche de ceux observés dans certains pays de l'Afrique de l'Est où il a varié de 18,1 %, à 19,7 % [22]. Ce taux de mortalité est inférieur à ceux trouvés dans certaines villes d'Afrique notamment par Minko et al. à Libreville (50,2%) [6], Diouf et al. (50,3%) [10], Souam Nguele et al. (42,4 %) [9], Kuissi et al. à Akanda (33,7 %) [5], Egesa et al. en Ouganda (31,6 %) [7], Aynalem et al. (29,78 %) à Addis Ababa [16]. Cependant, le taux de mortalité au CHUMEFJE est nettement supérieur à celui observé par Olack et al. au Kenya dans une étude multicentrique en 2021 (5,1%) [21]. Dans 84,3 % (n=188) de cas, le décès des nouveau-nés prématurés est survenu entre le 1^{er} et le 7^{ème} jour de vie dans notre travail, et parmi eux, 66,8 % sont décédés avant le 5^{ème} jour de vie. Ce constat de décès en période néonatale précoce est également observé par Kuissi et al. (71,1%) [5], Egesa et al. (les deux tiers de décès en moins de 72 heures après l'admission) [7] et Olack et al. (près de la moitié des décès sont survenus au cours des 24 premières heures de vie) [21]. Ceci est bien établi dans la littérature car l'OMS rapporte que 75 % des décès néonataux surviennent au cours de la première semaine de vie, et environ 1 million de nouveau-nés meurent dans les 24 premières heures de vie [23].

Les causes de décès des nouveau-nés prématurés varient d'un pays à l'autre et même d'une ville à l'autre dans le même pays [24]. Au CHUMEFJE, les trois principales causes de décès des nouveau-nés prématurés retrouvées ont été le sepsis (41,7%), l'insuffisance respiratoire sévère (26,0%) et l'encéphalopathie anoxo-ischémique (15,3%). Ces causes sont les plus citées avec des proportions différentes dans la plupart des études réalisées dans les pays en développement. C'est ainsi qu'au Sénégal, Diouf et al. citent l'infection, la détresse respiratoire et l'hémorragie [10]. En Ethiopie, l'hypothermie, la détresse respiratoire et

l'infection ont été incriminées [16]. Au Kenya, Olack et al. rapportent l'asphyxie à la naissance, la septicémie néonatale et le syndrome de détresse respiratoire [21]. Pour Jain et al. en Inde, les trois 1ères causes de décès ont été les complications de la prématurité, la septicémie et l'asphyxie périnatale [22]. Ces différents taux de mortalité néonatale en Afrique et en Asie quoi que disparates, restent très élevés dans ces deux continents. En effet, l'OMS estime qu'en 2022, l'Afrique subsaharienne a enregistré le taux de mortalité néonatale le plus élevé au monde avec 27 décès pour 1000 naissances vivantes, suivi de celui de l'Asie centrale et méridionale avec 21 décès pour 1000 naissances vivantes [23] et dans 73,4 % il s'est agi de nouveau-nés prématurés, faisant ainsi de la prématurité et ses complications, la 1ère cause de décès néonatal particulièrement et des enfants de moins de 5 ans en général [25,26]. Ceci s'explique par la vulnérabilité humaine pendant la période néonatale en général et sur un terrain d'immaturité en particulier. Toutefois, plus de la moitié de ces décès sont évitables car le plus souvent causés par une affection liée à une prise en charge insuffisante pendant l'accouchement, à l'absence de soins ou de traitement dispensés par du personnel qualifié immédiatement après la naissance et au cours des premiers jours de vie. Des interventions simples mais efficaces, peu onéreuses, même sans recourir aux soins intensifs telles que l'accent sur la prévention, la formation du personnel soignant et l'accessibilité aux soins permettront d'améliorer la survie des nouveau-nés prématurés [23,27].

CONCLUSION.

La fréquence hospitalière de la prématurité dans notre structure est considérable ainsi que la morbidité y afférente. La mortalité néonatale des nouveau-nés prématurés demeure préoccupante dans notre contexte. Les causes de la mortalité des nouveau-nés prématurés sont nombreuses et connues, notamment le sepsis, l'insuffisance respiratoire et l'encéphalopathie anoxo-ischémique.

La réduction de la mortalité passe par la bonne surveillance de la grossesse et l'administration de soins prénatals et postnatals par un personnel de santé qualifié.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Naissances prématurées. [En ligne]. OMS 2023. Consulté le 2 octobre 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023;402(10409):1261-71.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Introduction de la Journée mondiale de la prématurité dans le calendrier de l’OMS, afin de renforcer les approches visant à prévenir les naissances prématurées, et à assurer les traitements et les soins pour les nourrissons prématurés. [En ligne]. OMS 2025. Consulté le 10 septembre 2025. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_CONF12-fr.pdf
4. Liang X, Lyu Y, Li J, Li Y, Chi C. Global, regional, and national burden of preterm birth, 1990–2021: a systematic analysis from the global burden of disease study 2021. [En ligne]. The Lancet 2024. 76. Consulté le 10 septembre 2025. Disponible sur : <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2824%2900419-X>
5. Kuissi Kamgaing E, Minto’o Rogombé S, Minko JI, Koumba Manianga R, Koko J, Ategbo S. Epidemiological, Clinical and Evolutive Aspects of Preterm Neonates at the University Hospital of Angondje – Gabon. ContROL. 2018; 1:2. doi: 10.28915/control.0032.1
6. Minko JI, Vierin-Ntsame Y, Luis T, Wassef Wassef S, Effame Eya E, Koko J. Profil et facteurs de risque de mortalité chez le nouveau-né prématuré au centre Hospitalier universitaire de Libreville GABON. BMO. 2017; 15(43): 6-16.
7. Egesa WI, Odong RJ, Kalubi P et al. Preterm Neonatal Mortality and Its Determinants at a Tertiary Hospital in Western Uganda: A Prospective Cohort Study. Pediatric Health Med Ther. 2020;11:409-20.



8. Ngaringuem A, Ildjima OK, Youssouf Hagre D, Nodjitouloum TJ, Allah-Adjibaye Y, Brahim Boy O. Survie des prématurés de moins de 1000g au centre hospitalier Universitaire de la mère et de l'enfant de Ndjamen. J Afric Neonatal 2024;4:97-101.
9. Souam Nguele S, Gongnet K, Gabkika BM et al. Facteurs associés à la survie du nouveau-né prématuré à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djaména au Tchad. Journal Africain de Pédiatrie et de Génétique Médicale. 2018;4:15-21.
10. Diouf FN, Faye PM, Gueye M et al. Aspects socio-démographiques, épidémiologiques, cliniques et pronostiques de la prématurité dans l'unité de néonatalogie de l'Hôpital d'enfants Albert Royer de Dakar/Sénégal. Rev Cames sante. 2016;4(2):19-24.
11. Kago-Tague DA, Zalihatou Maimouna S, Metogo Ntsama JA, Abouame PH, Mve Koh VS. Facteurs associés à la prématurité à l'Hôpital Régional de Maroua, Cameroun. J Afr Pediatr Genet Med. 2024;24:9-13.
12. Kiteze Nguinzanémou CJ, Sepou Yanza AMA, Bogning Mejiozem BO et al. Facteurs associés au décès du nouveau-né prématuré à l'unité de néonatalogie du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique de Bangui (CHUPB). J Afric Neonatal. 2024;4:102-7.
13. Hounkponou NFM, Tonato Bagman A, Ahouingnan AY et al. Fréquence et facteurs associés aux accouchements prématurés au Centre Hospitalier Universitaire et Départemental Du Borgou Alibori Au Benin Eur Sci J. 2017; 13(24):427-35.
14. Liu L, Oza S, Hogan D et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016;388(10063):3027-35.



15. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2019 Jan;7(1):37-46.
16. Aynalem YA, Mekonen H, Akalu TY, Gebremichael B, Shiferaw WS. Preterm Neonatal Mortality and its predictors in Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a retrospective cohort study. *Ethiop J Health Sci*. 2021;31(1):43-54.
17. Organisation Mondiale de la Santé. Arrivés trop tôt : rapport des efforts mondiaux sur les naissances prématurées. OMS ; Genève 2012. [En ligne], consulté le 15/1/2022. www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html
18. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 12. Art. No.:CD004454.<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004454.pub4/full/fr>
19. Tamene A, Abeje G, Addis Z. Survival and associated factors of mortality of preterm neonates admitted to Felege Hiwot specialized hospital, Bahir Dar, Ethiopia. *SAGE Open Medicine*. 2020. doi:10.1177/2050312120953646
20. Lacroze V. Prématurité : définitions, épidémiologies, étiopathogénie, organisation des soins. *J pediat pueric*. 2015; 28: 47-55.
21. Olack B, Santos N, Inziani M et al. Causes of preterm and low birth weight neonatal mortality in a rural community in Kenya: evidence from verbal and social autopsy. *BMC Pregnancy Child birth*. 2021 ; 536 (2021) :96-105. En ligne Doi : 10/1016/j.heliyon.2021.e07256.



22. Jain K, Sankar MJ, Nangia S et al. Causes of death in preterm neonates (<33 weeks) born in tertiary care hospitals in India: analysis of three large prospective multicentric cohorts. *J Perinatol*. 2019; 39(1):13-9.
23. Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité néonatale. [en ligne]. OMS 2024. Consulté le 18 avril 2025. Disponible sur ; <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
24. Lassi ZS, Salam RA, Das JK, Bhutta ZA. Essential interventions for maternal, newborn and child health: background and methodology. *Reprod Health*. 2014;11 (1):1-12.
25. Lawn JE, Ohuma EO, Bradley E, Idueta LS, Hazel E, Okwaraji YB. Small babies, big risks: global estimates of prevalence and mortality for vulnerable newborns to accelerate change and improve counting. *Lancet*. 2023; 401(10389):1707-19.
26. Perin J, Mulick A, Yeung D et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*. 2022 ;6(2) :106-15.
27. Organisation Mondiale de la Santé. 7000 nouveau-nés meurent encore chaque jour. [En ligne] le 19 octobre 2017. Disponible sur URL : <https://www.who.int/fr/news-room/detail/19-10-2017-7-000newborns-die-daysdecrease-in-under-five-mortality-new-raport-says>. Consulté le 30/12/2021.



Fistule vésico-vaginale post hystérectomie : rapport de cas et revue de la littérature au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (République du Congo)

Potokoue Mpia Nuelly Samantha Bialay¹, Buambo Gauthier Régis Jostin¹, Bidzi Mbiene Pacôme, Mokoko Jules César¹, Tebeu Pierre Marie, Itoua Clautaire¹

¹Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, Brazzaville.

Auteur correspondant : Potokoue Mpia Nuelly Samantha Bialay

Courriel : samanthasekangue@gmail.com

RESUME.

Introduction. La fistule vésico-vaginale est définie comme la présence anormale d'un canal mettant en communication la vessie et le vagin. Elle est le plus souvent secondaire à un accouchement difficile mais peut être observée après une hystérectomie.

Observation clinique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 45 ans, présentant un écoulement génital non sanglant deux jours après une hystérectomie totale pour volumineux utérus polymyomateux compliqué de ménorragies et d'algies pelviennes. Le diagnostic de fistule iatrogène a été suspecté et évoqué devant les caractéristiques de l'écoulement. La confirmation du diagnostic a reposé sur l'épreuve au bleu de méthylène, imposant la réalisation d'une cure chirurgicale trois mois après la chirurgie initiale.

Conclusion. Bien qu'exceptionnelle dans notre environnement, il sied de penser à une fistule iatrogène devant un écoulement génital non sanglant post chirurgical.

Mots clés. Fistule vésico-vaginale, Hystérectomie, Brazzaville.

SUMMARY.

Introduction. Vesico-vaginal fistula is defined as the abnormal presence of a channel connecting the bladder and vagina. It is most often secondary to difficult childbirth but can also occur after hysterectomy.

Clinical observation. We report the case of a 45-year-old patient presenting with a bloodless genital discharge two days after total hysterectomy for a large polomyomatous uterus complicated by menorrhagia and pelvic pain. The diagnosis of iatrogenic fistula was suspected and evoked by the characteristics of the discharge. Confirmation of the diagnosis was based on a methylene blue test, requiring surgical cure three months after the initial surgery.

Conclusion. Although exceptional in our environment, iatrogenic fistula should be considered in the presence of post-surgical non-bloody genital discharge.

Key words. Vesico-vaginal fistula, Hysterectomy, Brazzaville.



1. INTRODUCTION.

Définie comme la présence anormale d'un canal mettant en communication la vessie et le vagin [1], la fistule vésico-vaginale (FVV) est le plus souvent secondaire à un accouchement obstructif et prolongé [2-3], mais peut aussi être observée après une chirurgie gynécologique plus précisément l'hystérectomie quel qu'en soit la voie [4]. Elle représente un défi surtout thérapeutique dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et des caractéristiques de la lésion (localisation, taille, remaniement du tissu péri lésionnel).

Nous rapportons ici la stratégie adoptée pour une patiente ayant développé une fistule vésico-vaginale post hystérectomie dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Brazzaville.

2. OBSERVATION CLINIQUE.

Il s'agit d'une patiente de 45 ans, vendeuse, habitant Brazzaville, mariée mère de cinq enfants, reçue pour écoulement génital non sanglant post opératoire.

Dans ses antécédents, elle est hypertendue connue, suivie, traitée par Amlodipine* 10 mg par jour et ne se connaît pas diabétique. Elle est multipare avec cinq enfants vivants issus d'accouchements par voie basse, les poids de naissance étant compris entre 2000 et 3500 g. Il n'est pas noté d'intoxication alcool-tabagique.

Deux jours après une hystérectomie par laparotomie pour volumineux utérus polymyomateux compliqué de ménométrorragies et d'algies pelviennes, la patiente se plaignait d'un écoulement génital non sanglant, permanent, de couleur jaunâtre, souillant le linge, d'odeur ammoniacale, responsable d'un inconfort au quotidien.

L'examen clinique a mis en évidence un écoulement liquidien en provenance de la cavité vaginale étiqueté fistule vésico-vaginale après épreuve au bleu de méthylène sous valves (**figure 1**) imposant une cure chirurgicale après un délai de trois mois.

La prise en charge préopératoire a consisté en une psychothérapie de soutien, associée à des mesures hygiéno-diététiques (hyperhydratation à raison de 2,5 à 3 litres d'eau par jour, usage d'une couche propre à la vulve) et antibioprophylaxie (Amoxicilline-

Acide Clavulanique : 1 g toutes les 12 heures par voie orale, pendant deux semaines) en l'absence d'infection urinaire.

L'examen per opératoire a mis en évidence une fistule vésico-vaginale siégeant au niveau du dôme vaginal punctiforme avec des berges fibrosées (**figure 2**).



Figure 1 : identification de la fistule après épreuve au bleu de Méthylène.
(source CHU de Brazzaville)



Figure 2 : exposition per opératoire de la fistule vésico-vaginale.
★ Orifice de la fistule
(source CHU de Brazzaville)

La cure a consisté en une incision en X autour de l'orifice de la fistule, suivie d'un décollement vésico-vaginal et introduction d'une sonde de Foley dans l'orifice de la fistule pour une meilleure exposition des berges (figure 3). Puis une suture par un surjet avec inversion des berges, renforcée par des points séparés au fil monobrin 3.0 a été réalisée.

Ensuite, il a été procédé à la vérification de l'étanchéité de la suture par un remplissage vésical à l'aide de sérum physiologique contenant du bleu de méthylène (figure 4). Puis, la suture vaginale par des points en U renforcés par un surjet extra muqueux au Vicryl 2.0 a été effectuée. Enfin, il a été mis en place une sonde urinaire à demeure pour 21 jours avec packing vaginal pour 24 heures.

La prise en charge postopératoire a consisté en une prise de boissons abondantes d'au moins trois litres par jour, des soins locaux deux fois par jour utilisant la povidone iodée gynécologique diluée et contrôle du protège slip (pas d'écoulement) deux fois par jour.

Le retour à domicile a été autorisé au troisième jour du post opératoire avec des contrôles à J7, J14 et J21 et interdiction des rapports sexuels avant six mois.

L'évolution a été favorable par la disparition des fuites urinaires et une reprise des activités sociales et professionnelles.



Figure 3 : exposition des berges de la fistule après cathéterisation du trajet fistuleux avec une sonde urinaire.
(source CHU de Brazzaville)



Figure 4 : contrôle de l'étanchéité de la suture.
(source CHU de Brazzaville)

3. DISCUSSION.

La fistule vésico-vaginale est essentiellement causée par un traumatisme obstétrical mais peut aussi être rattachée à un cancer, une infection, mais aussi exceptionnellement à la chirurgie [4-6].

Les fistules post chirurgicales se manifestent généralement entre J1 et J10 post opératoire. Dans notre cas, un délai de deux jours après l'acte chirurgical a été nécessaire. Et ce délai correspondait seulement à la durée de la sonde vésicale opératoire.

La fistule siégeait au niveau du dôme vaginal, deuxième localisation des fistules iatrogènes après les trajets urétéro-vaginaux qui représentent le tiers des fistules post-chirurgicales [6].

Concernant le moment idéal de la cure chirurgicale de la fistule, il n'existe aucune règle absolue. Le moment le plus convenable est lorsqu'il n'y a plus d'inflammation ou d'infection. Ainsi, un délai de 6 à 12 semaines est recommandé en particulier lorsque la vessie est impliquée pour éviter d'opérer sur du tissu friable afin de prévenir les échecs et les récurrences [7-8]. C'est ainsi que pour notre patiente, la prise en charge chirurgicale n'a été réalisée que trois mois après le diagnostic. Mais malgré ce délai, le tissu environnant était fibrosé d'où le choix de la technique de l'incision en X avec inversion des berges et utilisation du fil monobrin pour la suture afin de minimiser le risque d'échec [9].

Nous avons ainsi maintenu la sonde pendant trois semaines après la cure de la fistule avec contrôle hebdomadaire pour d'une part favoriser la cicatrisation en minimisant la pression sur la zone opérée et ainsi éviter de compromettre la guérison, et d'autre part surveiller la diurèse et prévenir les infections car une évacuation continue des urines réduit le risque d'infection urinaire [10-11].

CONCLUSION.

Bien qu'exceptionnelle dans notre environnement, il faut garder à l'esprit, la possibilité de l'existence d'une fistule vésico-vaginale iatrogène devant un écoulement génital non sanglant post chirurgical. La prise en charge reste un enjeu majeur pour améliorer la qualité de vie et le confort des patientes. Cette expérience souligne l'importance d'un diagnostic précoce, d'une approche chirurgicale adaptée et d'un suivi rigoureux pour l'optimisation des résultats.

REFERENCES

1. Hounasso PP, Rochat Ch-H, Kulier R. Classification des fistules vésico vaginales et son importance pour les données de base. Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales, 27 Mars 2008.
http://www.gfmer.ch/Activites_internationales_Fr/PDF/Fistules_Hounnasso_2008
2. Michel F, Gaillet S, Boissier R, Delaporte V, Lechevallier E, Bensadoun H, Karsenty G. Epidemiology and care pathway of vesicovaginal fistulas managed in France between 2010 and 2018. World J Urol. 2022;40(4):1027-33. doi: 10.1007/s00345-021-03917-w. Epub 2022 Jan 20. PMID: 35050406.
3. Sarr A, Ze Ondo C, Thiam A, Badji CA, Sine B, Ndiaye M, et al. Profil épidémiologique, étiologique et évolutif des fistules vésico-vaginales au Sénégal. Prog Urol. 2023 ;33(7):401-6. doi: 10.1016/j.purol.2023.04.001
4. Butler BM, Adam RA, Giri A. Incidental urinary tract injury and the formation of vesicovaginal fistula at the time of hysterectomy for benign indications. Int Urogynecol J. 2023;34(2):391-8. doi: 10.1007/s00192-022-05367-3. Epub 2022 Sep 26. PMID: 36161347; PMCID: PMC11221219.
5. Bagayogo T, Jakhal N, Slaoui A, Ziouziou I, Karmouni T, El Khader K, et al. Fistule vésico-vaginale néoplasique secondaire à une tumeur de vessie : une entité rare. Pan Afr Med J. 2016 ; 25 :59. doi: 10.11604/pamj.2016.25.59.9969. PMID: 28250883; PMCID: PMC5321150
6. Raassen TJIP, Ngongo CJ, Mahendeka MM. Iatrogenic genitourinary fistula : an 18-year retrospective review of 805 injuries. Int Urogynecol J. 2014 ;25(12) :1699-706. doi: 10.1007/s00192-014-2413-z.

7. Zaghib S, Chakroun M, Saadi A, Boussaffa H, Bouzouita A, Derouiche A, Ben Slama MR, Ayed H, Chebil M. Vesico-vaginal fistula in Tunisia: Epidemiology and risk factors of treatment failure. *Prog Urol.* 2021 ;31(17):1175-81. doi: 10.1016/j.purol.2021.09.006. PMID: 34656449.

8. Mafu MM, Banze DFK, Aussak BTT, Kolié D, Camara BS, Nembunzu D et al. Factors associated with surgical repair success of female genital fistula in the Democratic Republic of Congo: Experiences of the Fistula Care Plus Project, 2017-201 Trop Med Int Health. 2022 ; 27(9):831-9

9. Campbell IM, Asimwe IS. Nursing Care For Women With Childbirth Injuries. Carlisle: UCIF, FIGO. 2021.

10. Paluku JL, Mpoy CW, Wembonyama SO, Tsongo ZK, Kamabu EM, Aksanti BK, Juakali JS. Profil épidémiologique, anatomoclinique et thérapeutique des fistules obstétricales en République Démocratique du Congo. *PAMJ Clin Med.* 2023 ;12:22. doi: 10.11604/pamj-cm.2023.12.22.39391.

11. Tebeu PM. Soins péri opératoires des fistules obstétricales et non obstétricales. L'Harmattan. 2016. ISBN : 9782343103297.



Réduction chirurgicale d'une macroglossie chez un enfant de 13 ans en contexte africain : à propos d'un cas et revue de la littérature .

Mabika Bredel. Djeri.Djor ^{1, 4}, Ngoua Essininguele Lysette ^{1, 4}, Trigo Eboungabeka ^{1, 4}, Niengo Outsouta G.3 ^{3,4}, MPoy Emy Monkessa C. ^{3,4}, Ondzotto Gotran. ^{2,4}

¹Service de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie, CHU de Brazzaville.

²Service de Chirurgie ORL et Cervico-faciale, CHU de Brazzaville.

³Service de réanimation polyvalente, CHU de Brazzaville.

⁴Faculté de Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi de Brazzaville (Congo).

Auteur correspondant: Mabika Bredel Djeri Djor. Brazzaville-Congo.

Courriel : bredmabika@gmail.com

RESUME.

Introduction : La macroglossie congénitale est une anomalie rare, pouvant entraîner des troubles de la parole, de la déglutition, une malocclusion dentaire, ainsi qu'un isolement social. Dans les pays africains à ressources limitées, le diagnostic et la prise en charge sont souvent retardés, aggravant le retentissement fonctionnel et psychosocial. La technique de Morgan modifiée est une option chirurgicale éprouvée, particulièrement adaptée aux contextes limités en moyens.

Observation : Nous rapportons le cas d'un garçon de 13 ans reçu pour macroglossie congénitale. Le patient présentait une langue volumineuse, avec troubles sévères de l'élocution, l'hyper salivation, des difficultés masticatoires, et un isolement social. Une réduction linguale a été réalisée selon la technique de Morgan modifiée sous anesthésie générale. L'évolution post-opératoire a été marquée par un œdème lingual persistant pendant trois semaines, nécessitant une surveillance et un soutien nutritionnel adaptés. La rééducation orthophonique a été poursuivie pendant six mois.

Résultats : Une amélioration significative de la phonation, de la déglutition et de l'aspect esthétique de la langue a été observée à partir du troisième mois post-opératoire. L'intégration scolaire et sociale du patient s'est nettement améliorée. Aucun trouble neurologique, cicatriciel ou infectieux n'a été noté.

Conclusion : La glossectomie de réduction selon Morgan modifiée reste une technique efficace, même dans les cas de prise en charge tardive. Elle offre des résultats satisfaisants sur les plans fonctionnel, esthétique et psychosocial, et s'adapte bien aux réalités des systèmes de santé africains.

Mots-clés : Macroglossie, glossoplastie de réduction, préjudice esthétique, phonation, oedème persistant.

ABSTRACT.

Introduction : Congenital macroglossia is a rare anomaly that can lead to speech and swallowing disorders, dental malocclusion, and social isolation. In African countries with limited resources, diagnosis and treatment are often delayed, exacerbating functional and psychosocial repercussions. The modified Morgan technique is a proven surgical option, particularly suited to resource-limited settings.

Observation : We report the case of a 13-year-old boy who was treated for congenital macroglossia. The patient had a large tongue, with severe speech disorders, hypersalivation, chewing difficulties, and social isolation. A tongue reduction was performed using the modified Morgan technique under general anesthesia. The postoperative course was marked by persistent tongue edema for three weeks, requiring appropriate monitoring and nutritional support. Speech therapy was continued for six months.

Results: A significant improvement in phonation, swallowing, and the aesthetic appearance of the tongue was observed from the third postoperative month onwards. The patient's educational and social integration improved markedly. No neurological, scarring, or infectious disorders were noted.

Conclusion : Modified Morgan reduction glossectomy remains an effective technique, even in cases of late treatment. It offers satisfactory functional, aesthetic, and psychosocial results and is well suited to the realities of African healthcare systems.

Keywords : Macroglossia, reduction glossoplasty, cosmetic impairment, phonation, persistent edema

1. INTRODUCTION.

La macroglossie est une augmentation anormale du volume de la langue, donnant un contenu trop gros par rapport à son contenant [1]. Elle peut être d'origine congénitale ou acquise. C'est une affection rare mais potentiellement invalidante, pouvant entraîner des troubles fonctionnels majeurs (alimentation, phonation, respiration), une gêne esthétique importante ainsi qu'un repli psychosocial [1,2]. Le traitement peut être conservateur ou chirurgical selon l'étiologie et la sévérité.

Le moment idéal de la chirurgie est variable, il peut aller de 6 mois à 4 ans en fonction de la sévérité des lésions [3]. Le contexte africain présente des défis spécifiques liés au retard de prise en charge, à l'accès limité à la chirurgie spécialisée, prouvé d'un côté par l'insuffisance de la littérature africaine détaillant l'expérience locale [1,2]. La prise en charge étant tardive dans notre contexte, le choix d'une chirurgie fonctionnelle à morbidité réduite s'impose.

But : présenter un cas de macroglossie congénitale opéré tardivement et montrer l'intérêt de la technique de Morgan modifiée dans un contexte à moyens limités, tout en discutant des implications clinique, fonctionnelle et sociale liées au retard thérapeutique.

2. OBSERVATIONS et RESULTATS.

Enfant de 13 ans, élève en classe élémentaire deuxième année (primaire), de sexe masculin, sans antécédents médicaux, adressé pour une macroglossie congénitale persistante.

Les symptômes étaient : une dysarthrie, une sialorrhée, l'apnée du sommeil, la gêne alimentaire et une protrusion linguale permanente.

L'examen clinique a objectivé : une langue volumineuse, en longueur, en largeur et en épaisseur, dépassant en permanence les arcades dentaires, incapable de rester contenue dans la cavité buccale (**Figure 1**). L'hypersalivation, la mauvaise hygiène bucco-dentaire avec des multiples tartres dentaires par incapacité de se brosser, étaient retrouvées (**Figure2**).



Figure 1 : aspect clinique de la macroglossie congénitale en préopératoire.



Figure 2 : Etat d'hygiène dentaire (tartre dentaires).

Le retentissement psychosocial était manifeste, marqué par le retard scolaire et le repli sur soi.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) et le dosage des hormones thyroïdiennes ont été réalisés afin d'écarter une cause tumorale ou endocrinienne. Le diagnostic retenu était la macroglossie congénitale avec troubles fonctionnels et esthétiques. L'indication posée était la glossectomie de réduction de type Morgan modifié.

La chirurgie était réalisée sous anesthésie générale en intubation naso-trachéale, langue maintenue à l'extérieur par la traction de trois fils, central et latéral de part et d'autre.

Le principe était codifié, basé suivant un tracé facilitant la résection centrale en sablier sur la face dorsale en respectant la symétrie et à 4 mm des papilles gustatives, ainsi que la conservation des bords latéraux afin de préserver le nerf hypoglosses (**Figure 3a**). Au niveau de la face ventrale, l'incision était en "W" afin de préserver le frein lingual (**Figure 3b**).



Figure 3 : Tracé des incisions sur la face dorsale et ventrale type Morgan modifié (serrure sur la face dorsale et «w »inversé sur la face ventrale).

L'excision s'est faite en joignant les incisions des deux faces, emportant un bloc tissulaire qui était envoyé pour analyse histologique (**Figure 4**).



Figure 4 : Excision type «key hole».

La fermeture était faite en trois plans après une hémostase au bistouri électrique (**Figure 5**).



Figure 5 : image postopératoire sur table.

Il a été noté un œdème lingual et du plancher persistant durant 21 jours (**Figure 6**), ainsi qu'une légère hypoesthésie de la pointe de la langue sur 3 semaines.



Figure 6 : œdème postopératoire persistant.

La reprise des fonctions sensorimotrices et gustatives était effective en 10 jours.

La projection esthétique de la langue à 6 mois postopératoire était satisfaisante avec un contenu correspondant au contenant (**Figure 7**).



Figure 7 : image à 6 mois post opératoire, bouche ouverte et fermée

Le suivi par la rééducation orthophonique était sur 9 mois avec des résultats satisfaisants à 6 mois.

L'histologie était en faveur d'une hyperplasie des fibres musculaires.

Aucun trouble neurologique ou séquelles linguales majeurs n'étaient observés. Aucune complication infectieuse n'a été notée.

3. DISCUSSION.

La macroglossie vraie est certes une affection rare mais ayant un retentissement handicapant. Elle doit être prise en charge à un âge convenable. L'âge idéal va de 6 mois à 4 ans avec une prédominance vers 2 ans [3]. En effet, opéré à moins de 2 ans, on obtient une meilleure croissance craniofaciale, moins de malocclusion et un meilleur développement du langage. Trop tôt, cela peut entraîner une régénération tissulaire qui obligerait une reprise chirurgicale.

Mais opéré trop tard c'est-à-dire au-delà de 4 ans, comme dans notre cas, de nombreux préjudices en pré et en post opératoire peuvent être notés. Ainsi, en pré opératoire il existe des risques des troubles anatomiques à type de troubles de la croissance faciale et de malocclusion, troubles fonctionnels de type dyslalie, syndrome d'apnée du sommeil, et des troubles psychosociaux de type isolement social, perte de confiance en soi à l'âge scolaire ainsi que le retard scolaire [3-5]. Par ailleurs, en post opératoire, on peut noter un œdème persistant avec risque d'obstruction des voies aériennes supérieures, des troubles fonctionnels majeurs (alimentation, parole) et la mauvaise cicatrisation avec risque de fibrose excessive entravant la mobilité linguale [5]. Ces troubles s'expliqueraient par la diminution avec l'âge des capacités de cicatrisation, de l'élasticité tissulaire et de l'adaptation fonctionnelle [5].

L'âge de notre patient était de 13 ans contre l'âge moyen de 8 ans dans l'étude de Zaroual et al. à Marrakech [1]. Ce retard s'expliquerait par le manque des moyens financiers ainsi que par l'insuffisance de l'offre des soins spécialisés dans notre pays.

Plusieurs techniques opératoires existent, chacune avec ses avantages et ses contraintes (**Tableau I**) [1-7].

Tableau I : Récapitulatif des différentes techniques de glossectomie de réduction.

Technique	Indication principale	Avantages	Limites
Morgan modifié	Macroglossie centrale, symétrique	Simple, rapide, respect neurovasculaire, bonne symétrie	Réduction modérée, nécessite bonne planification
Glossectomie latérale	Macroglossie asymétrique	Correction ciblée, préserve la langue centrale	Risque d'asymétrie ou dysfonction si mal exécutée
Technique en trou de serrure (Keyhole)	Macroglossie massive ou Beckwith	Réduction importante, esthétique correcte	Risque fonctionnel, plus complexe techniquement
Technique Harada-Enomoto	Cas complexes, reconstruction symétrique	Excellente symétrie, résultats esthétiques	Complexe, longue, difficile en milieu à faibles ressources
Glossectomie géométrique (W, V-Y)	Cas planifiés esthétiquement	Bon contrôle du volume et des bords	Saignement, difficulté technique accrue

Dans notre cas, où la chirurgie était tardive, cela a exigé le choix d'une chirurgie fonctionnelle adaptée à ce contexte [3], justifiant le choix de la technique de Morgan modifiée, qui est une technique simple et fiable [1,4]. Elle a permis une réduction centrale efficace tout en respectant les structures latérales essentielles à la fonction linguale. Dans les contextes africains, où les plateaux techniques sont parfois limités et les pathologies souvent avancées, cette technique représente une véritable valeur ajoutée [1,5]. Les autres

techniques, bien que performantes dans des contextes spécialisés, requièrent souvent plus de temps opératoire, des compétences avancées et du matériel adapté [8-11]. Elles sont donc moins accessibles en première intention dans les centres africains.

Les suites opératoires étaient simples. Néanmoins, il a été retrouvé un œdème important et persistant sur environ trois semaines contre un œdème modéré et de courte durée chez Zaroual et al [1]. Cela s'expliquerait par la chirurgie mutilante due à l'importance du tissu lingual [12,13].

Par ailleurs, la rééducation post opératoire était aussi plus longue par la perte de la plasticité neuromusculaire. Elle était de 9 mois contre les six semaines à 3 mois de façon réglementaire [14-16]. Les résultats esthétiques et fonctionnels étaient satisfaisants à long terme, témoignant des avantages de cette technique, simple, fiable sans exigence de ressources particulières [1,5, 17-19].

CONCLUSION.

Le Morgan modifié mérite d'être promu comme technique de choix dans la réduction linguale dans les contextes à faibles ressources. Elle s'est révélée efficace pour ce cas pris en charge tardivement. Elle a permis une restauration fonctionnelle et sociale significative. Sa simplicité, sa sécurité et ses résultats fonctionnels satisfaisants en font une méthode particulièrement adaptée aux réalités de la chirurgie maxillo-faciale en Afrique.

Toutefois, en dépit de son efficacité, il est préférable d'opter pour une prise en charge autour de 2 ans afin d'optimiser les résultats et réduire les risques des préjudices anatomiques fonctionnel et psychosocial.

REFERENCES

1. Zaroual R, et al. Réduction linguale chez l'enfant: technique de Morgan modifié à propos de trois cas. JOMOS. 2017;16(2):75-79.
2. Okoro O, Akadiri OA. Giant macroglossia with persistent nonocclusion in a neonate: a case report. Afr J Paediatr Surg. 2011;8(2):212-215.
3. Youssef A, Ahmed AR. Reduction glossectomy for macroglossia in children: Experience with different techniques. Ann Plast Surg. 2015;74(4):456-462.
4. Lee S, Kim H. Surgical treatment of macroglossia in Beckwith-Wiedemann syndrome: a case report. Arch Craniofac Surg. 2023;24(1):51-55.
5. Mc Crossan S, Serena Martin, Christopher Hill. Revue sur la reduction de la langue pour macroglossie: aspects techniques et résultats. J craniofac Surg. 2021;32(5):1856-1859
6. Hayashi H, et al. Surgical treatment of macroglossia due to vascular malformation: a case report. Case Reports Plast Surg Hand Surg. 2015;2(3-4):82-85.
7. Loukas M, et al. National trends in tongue reduction surgery for macroglossia in children. J Craniofac Surg. 2018;29(1): e60-e64.
8. Tan TY, Amor DJ. Surgical tongue reduction in Beckwith-Wiedemann syndrome: indications and outcomes. Pediatrics. 2008;122(5): e1112-e1115.
9. Marsh JL, et al. Long-term outcomes of early tongue reduction surgery in children with Beckwith-Wiedemann syndrome. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73(9):1751-1759.
10. Thomas N, et al. Functional and aesthetic outcomes after keyhole glossectomy in pediatric macroglossia: a 10-year review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(3):495-500.



11. Durand R, et al. Glossectomy for severe macroglossia: indications and orthodontic implications. *Orthod Fr.* 2013;84(1):25–36.
12. Yamada A, et al. Partial glossectomy in a 2-month-old infant with congenital macroglossia. *J Oral Maxillofac Surg.* 2021;79(5): 1042.e1–1042.e4.
13. Patel PB, et al. Reduction glossectomy for congenital macroglossia: an Indian experience. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016;68(4):446–450.
14. Balaji SM. Reduction glossectomy for large tongues. *Ann Maxillofac Surg* 2013; 3:167–172.
15. Jaja Z, Boulaich M, El Ayoubi A, El Ayoubi F, Kettani S, Essakalli S, et al. Syndrome de Beckwith-Wiedemann : évolution favorable des troubles fonctionnels après glossectomie. *Med Buccale Chir Buccale* 2011; 17:55–57
16. Gasparini G, et al. Surgical management of macroglossia: discussion of 7 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94:566–571.
17. Davalbhaktaand A, Lamberty BGH. Technique for uniform reduction of macroglossia. *Br J Plast Surg* 2000; 53:294–297.
18. Morgan WE, Friedman EM, Duncan NO, Sulek M. Surgical management of macroglossia in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122:326–329.
19. Dutot MC, Soupre V, Vazquez MP, Picard A, Kadlub N. Syndrome de Wiedemann-Beckwith glossectomie de réduction par Ultracision®: une approche novatrice. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale* 2015;116(2):82–85.
20. Breton I, Nicolas P, Torres JH. Temps buccal de la déglutition salivaire: physiologie et principes de Rééducation. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie/Odontologie* 2000;22-008-A-20; *Médecine buccale*, 2008;28-165-M-10.



L'IMAGE du MOIS

Une histoire de peau

Shaema Hassanaly

Service Pédiatrie du centre Hospitalier de Roubaix,
11-17 Boulevard Lacordaire, 59056 Roubaix Cedex 1

Un nouveau-né de sexe masculin, âgé de 3 jours est adressé aux urgences par une sage-femme, au décours d'une visite à domicile pour desquamation importante.

Il s'agit du 3^e enfant d'une fratrie de 3, les 2 autres ne présentant pas d'antécédents particulier. Les parents sont consanguins.

Cet enfant est né à 40 semaines d'aménorrhée et 2 jours, par voie basse déclenchée. Le liquide amniotique était méconial et le score d'Apgar était de 10 à 5 et 10 minutes de vie. A la naissance, il pesait 2860 g, mesurait 51cm et le périmètre crânien était de 33.5cm.

Il n'a pas été noté de fièvre maternelle au décours et le prélèvement vaginal maternel était négatif pour le streptocoque B.

Une supplémentation en vitamine D était débutée et l'enfant était nourri par allaitement mixte. Le poids de sortie de maternité était de 2875 g. Dès la naissance, il a été noté une xérose cutanée importante et l'application d'un crème émolliente à base de lanoline et dexpanthénol (vitamine 5) bépanthène® a été prescrite pour la sortie. A 3 jours de vie, lors de la visite à domicile de la sage-femme, il est constaté une extension des lésions à l'ensemble du corps et l'enfant est adressé aux urgences pédiatriques. Il présente un bon comportement alimentaire, pas de fièvre ni altération de l'état général.

A l'examen clinique, il pèse 2940 g, mesure 51 cm et le périmètre crânien est de 33,5 cm. Les constantes vitales montrent une température à 37.1°C, une fréquence cardiaque à 153 bpm et une SpO2 à 98% en air ambiant. Il est bien tonique et présente des automatismes primaires normaux.

L'examen cutané objective une sécheresse cutanée importante diffuse avec aspect cartonné caractérisé par de grandes écailles de desquamation et lésions érosives au niveau

79

des plis sous-ombilicaux. La xérose touche l'ensemble du corps ainsi que le cuir chevelu, épargnant cependant le visage (**Figure 1-4**). Il n'est pas retrouvé de lésions purpuriques et le reste de l'examen est sans particularité.

Le bilan biologique met en évidence 13 310 leucocytes avec 9500 polynucléaires neutrophiles et 2450 lymphocytes, 16,6 g/dl d'hémoglobine avec un volume globulaire moyen à $89\mu^3$ et 397 000 plaquettes. Le test de COOMBS était négatif, le ionogramme sanguin, la réserve alcaline ainsi que le bilan hépatique étaient normaux.

Au vu de l'aspect clinique des lésions évoluant depuis la naissance et l'existence d'une consanguinité parentale, le diagnostic d'ichtyose congénitale est évoqué puis confirmé par l'étude génétique réalisée chez l'enfant et ses 2 parents, dans un centre de références des maladies rares génétiques d'expression cutanée à l'hôpital Necker enfants malades de l'assistance publique des hôpitaux de Paris.

La conduite à tenir a consisté à appliquer du tullegras avec vaseline sur les lésions érosives, protégées par des bandages tubulaires (Tubifast®) et une crème émolliente (Bepanthen®) sur le reste de la peau.



Figures 1 et 2 : lésions du tronc et de l'abdomen



Photos 3 et 4 : lésions des membres

Commentaires

L'ichtyose est caractérisée par une desquamation avec kératinisation exagérées de la peau. On distingue les formes héréditaires (IH) des formes acquises.

Les types héréditaires sont des affections génétiques monogéniques liées à des mutations de gènes codant pour des composants de la barrière cutanée protectrice épidermique. Plus de 50 gènes ont été identifiés dans les différentes formes d'IH (1).

Les ichtyoses acquises surviennent souvent à l'âge adulte de cause métabolique ou médicamenteuse.

Les IH comprennent les formes syndromiques caractérisées par une atteinte de plusieurs organes et les types non syndromiques, touchant exclusivement la peau.

Parmi les types non syndromiques figurent l'ichtyose vulgaire, l'ichtyose récessive liée à l'X et l'ichtyose congénitale autosomique récessive (ARCI). Les types syndromiques regroupent plusieurs maladies : syndrome de Dorfman-Chanarin, maladie de Refsum, syndrome de Sjögren-Larsson, syndrome de Conradi-Hunermann-Happle et le syndrome de Dorfman-Chanarin (1).

Notre patient, présente une ichtyose congénitale de révélation néonatale aussi appelée " bébé collodion". Elle est de transmission autosomique récessive.

En général, dès la naissance, la peau ressemble à du collodion desséché et l'exfoliation est marquée par des craquelures superficielles ou profondes avec présence de fissures. La peau est érythémateuse et luisante. Les muqueuses, les ongles et les cheveux sont en général préservés (2).

L'affection est due à la rétention d'une couche cornée anormale in utéro. En effet, le processus pathologique correspond à un trouble affectant la formation, le maintien et la fonction de la couche cornée (3,4). La biologie moléculaire rend possible un diagnostic anténatal dès la 10-12^{ème} semaine d'aménorrhée, permettant ainsi un conseil génétique. Cela repose sur l'étude de l'activité enzymatique de la transglutaminase kératinocytaire (TGK) sur culture ou par immunofluorescence sur coupe de peau foetale et la recherche de mutation du gène de la TGK (5,6).

Le pronostic de la maladie dépend du degré de l'atteinte initiale, de la durée de la desquamation, ainsi que l'ichtyose sous-jacente. Le pronostic est aussi lié à la prise en charge dans la période néonatale, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce pour une prise en charge optimale.

Des complications d'ordres hydro-électrolytiques, infectieuses et respiratoires peuvent survenir.

Le traitement est symptomatique visant à réduire l'hyperkératose et à contrôler les possibles complications. Ce traitement repose sur l'hydratation, la lubrification par des

émollients et l'utilisation de kératolytiques. Le but du traitement est ainsi de prévenir les conséquences fonctionnelles, sensorielles et psychologiques.

Références

- 1- Programme national de diagnostic et de soins. Ichtyose héréditaire. Centres de référence des maladies rares de la peau et des muqueuses à début pédiatrique. Filière Santé Maladies Rares Dermatologiques (FIMARAD), Septembre 2021.
- 2- Fatnassi R, Marouen N, Ragmoun H, Marzougui L, Hammami S. Le bébé collodion : aspects cliniques et intérêt du diagnostic anténatal. Pan Afr Med J 2017, Mar 2 ; 26 : 118.
- 3- Williams ML, Elias PM. Ichthyosis: Where we have been disorders of cornification: Where we are going. Curr Probl Pediatr 2000 ; 30 (9) : 298–30.
- 4- Akiyama M. The pathogenesis of severe congenital ichthyosis of the neonate. J Dermatol Sci. 1999 Oct ; 21 (2) : 96–104.
- 5- Happle R. Carte chromosomique et biologie moléculaire des génodermatoses. Dermatol Infect Sex Transm 2004 : 478–85.
- 6- Cao X, Lin Z, Yang H, Bu D, Tu P, Chen L, et al. New mutations in the transglutaminase 1 gene in three families with lamellar ichthyosis. Clin Exp Dermatol 2009 ; 34 (8) : 904–909.



INDEX des AUTEURS



AUTEURS numéro(s)

Seul le premier auteur a été retenu pour l'indexation

- Angoulvant D : 007-1
- Ban JC : 002 005b 010
- Bernaczyk Y : 012
- Bibi R : 001 003 007-2 016
- Bikouta F : 002
- Binuani JP : 001 003 005b 008 012 013 017
- Bita Fouda AA : 016
- Bocquet AL : 007-1
- Bonnet-Pinchon A : 001
- Boula R : 005b
- Bourgois B : 003
- Buambo GRJ : 018 018 019
- Bukhari M : 012
- Chanard J : 005b
- Chanfi M : 019
- Cixous E : 008
- Combes S : 004
- Cottier JP : 007-1
- Coulibaly B : 003 012
- Coulibaly M : 004 008 018
- Dansou D : 007-2
- De Toro V : 016
- Debrez M : 005
- Dembélé K : 009
- Denis C : 004

- Diakité M : 012
- Diamouangana ND : 018
- Donnard B : 017
- Doumbia D : 006
- Dubé L : 005b
- Ebikili B : 002 005b 010 013
- Filankembo Kava AC : 018
- Ganga-Zandzou PS : 001 002 004 006 008 011 012 016
- Gaudron-Assor M : 007-2
- Gentil A : 006
- Gnali Gomes ME : 012
- Gnigone PM : 011
- Goma ML : 006
- Hamain A : 004
- Hassanaly S : 013 019
- Ikounga P : 005
- Itoua RW : 004 008
- Jolly V : 007-1
- Kanté A : 008 009 011
- Kissangou I : 010
- Koné J : 006
- Koumba Maniaga R : 019
- Ladghem K : 002
- Laffon M : 007-2
- Lazrek M : 009
- Le Moa H : 003
- Leloup M : 007-2
- Loemba H : 010
- Loko A : 005
- Lorthioir M : 017



- Mabika BDD 018 019
- Makosso M : 002 017
- Mangyanda LK : 009
- Mavoungou P : 010
- Mbey D : 004
- Mouanga A : 001
- Mpari B : 011 012
- Nkoua Mbon JB : 009
- Ntima nsiemi AK : 011
- Ntoumi F : 001
- Ondongo-Ezhet CME : 009
- Ondze B : 007-1
- Onghaie RGO : 011
- Pambou A : 003
- Paon D : 001 002
- Pellieux S : 007-2
- Poirrette JF : 013
- Pordes C : 017
- Potokoue Mpia SNB : 019
- Pouehe D : 010
- Poungui LA : 006
- Sabiti Poyo M : 016
- Sanama Bagadema D: 016
- Saudeau D : 007-1
- Silou J : 009
- Taty-Taty R : 011 017
- Terrier LM : 007-2
- Thiam S : 005
- Touré MK : 008
- Trochu C : 019



- Wemo Kanyama JP : 006
- Yacoub S : 013
- Yandza T : 003

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

