



**ANNALES  
DE  
L'UNIVERSITE  
MARIEN NGOUABI**

---

***Sciences de la santé***

---

**VOL. 18 – N° 2 – ANNEE 2018**

**ISSN : 1815 – 4433**

**[www.annalesumng.org](http://www.annalesumng.org)**

# ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 18, NUMERO 2, ANNEE 2018

www.annalesumng.org

## SOMMAIRE

**Directeur de la publication :**  
J. R. IBARA

**Rédacteur en chef :**  
J. GOMA-TCHIMBAKALA

**Rédacteur en chef adjoint :**  
G. MONABEKA

**Comité de Lecture :**  
B.I. ATIPO-IBARA (Brazzaville)  
A. ATTIA KOFFI (Abidjan)  
C. BOURAMOUE (Brazzaville)  
C. GOMBE-MBALAWA (Brazzaville)  
L. H. ILOKI (Brazzaville)  
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)  
G. S. KIMBALY-KAKY (Brazzaville)  
D. MOUKASSA (Brazzaville)  
G. MOYEN (Brazzaville)  
A. MOYIKOUA (Brazzaville)  
H. TSIBA (Brazzaville)  
G.A. OKIEMY (Brazzaville)  
G. ONDZOTTO (Brazzaville)  
A. POUYE (Dakar)  
J. ZE MIKANDE (Kinshasa)

**Comité de Rédaction :**  
A. ELIRA-DOCKEKIA (Brazzaville)  
A. MBIKA CARDORELLE  
(Brazzaville)  
J. F. PEKO (Brazzaville)

**Webmaster :**  
R. D. ANKY

**Administration – Rédaction :**  
Université Marien NGOUABI  
Direction de la Recherche  
B.P. 69, Brazzaville – Congo  
E-mail : annales@umng.cg

ISSN : 1815 - 4433

- 1 **GENRE ET FACTEURS ASSOCIÉS AU VIEILLISSEMENT EN SANTÉ DANS UNE COMMUNAUTÉ URBAINE EN RÉPUBLIQUE DU CONGO**  
*VOUMBO MATOUMONA MAVOUNGOU Y.V.Y., MABIALA C., KINSAKIENO P. R., NKOUA OBA J., MAFOUKILA C. M.*
- 11 **LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL ET SURVENUE D'ARTHRIQUES AU COURS DE L'INFECTION A VIH/SIDA**  
*LAMINI N'SOUNDHAT N E, NDZIESSI G, DIAFOUKA M, NTSIBA H, BILECKOT R*
- 18 **DEUX NOUVEAUX CAS D'AINHUM**  
*LENGA-LOUMINGOU I.A, LOUMINGOU J.R, NTSIBA H*
- 23 **TROUBLES DU SOMMEIL ET TRAVAIL POSTE CHEZ LES INFIRMIERS D'UN HOPITAL DU CONGO-BRAZZAVILLE**  
*EBATETOU-ATABOHO E, MOUKASSA D*
- 31 **SYNDROME DE LEVÉE D'OBSTACLE POST OPÉRATOIRE : UNE ANALYSE DE 5 CAS AU CHU PR BOCAR S SALL DE KATI AU MALI**  
*KASSOGUE A., DIARRA A, BERTHE HJG, DIALLO MS., COULIBALY MT., CISSE D.*
- 37 **CANCER DU PÉNIS À BRAZZAVILLE : ANALYSE D'UNE SÉRIE DE 13 CAS**  
*ONDZIEL OPARA SA, BANGA MOUSS RB, ODZEBE AWS, NKOUA-EPALA B, KIMPAMBOUDI A, ATIPO-ONDONGO AM, DIMI Y, DAMBA JJ, NDOUNGA E, PEKO JF, BOUYA PA*

- 44 PROFIL SPERMIOLOGIQUE DE L'HOMME  
PORTEUR DE VARICOCÈLE**  
*ODZÉBÉ AWS, ONDZIEL OPARA AS,  
ONDONGO ATIPO A, BANGA MOUSS R, DIBINGUE C A,  
BOUYA PA.*
- 51 ASPECTS ECHOCARDIOGRAPHIQUES ET  
SCANNOGRAPHIQUES AU COURS DE L'EMBOLIE  
PULMONAIRE AIGUË DANS LE SERVICE DE  
CARDIOLOGIE DU CHU DE BRAZZAVILLE (CONGO)**  
*MONGO NGAMAMI SF, ELLENGA MBOLLA BF, KOUALA  
LANDA CM, MAKANI BASSAKOUAHOU JK, IKAMA MS,  
BAKEKOLO RP, BANI AM, ONDZE KAFATA LI, GOMBET  
TRA, KIMBALLY KAKY SG*
- 58 IMPORTANCE QUANTITATIVE DES DASRI AU  
NIVEAU DE L'HÔPITAL RÉGIONAL  
À LA VILLE DE TÉTOUAN, MAROC**  
*RAOUI S.M, BOUGATOUCH Y., ERRACHIDI F.,  
CHADLI N. , RACHIQ S.*
- 68 FACTEURS PRÉDICTIFS DE L'OUBLI LACUNAIRE  
« EFFET GOMMAGE » CHEZ L'ÉTUDIANT EN  
MÉDECINE À BRAZZAVILLE**  
*OSSOU-NGUIET PM, MPANDZOU GA, OBONDZO  
ALOPA K, MOTOULA LATOU HD, SOUNGA  
BANDZOUZI EP, DIATEWA J, ELLENGA-MBOLLA BF*



## SYNDROME DE LEVÉE D'OBSTACLE POST OPÉRATOIRE: UNE ANALYSE DE 5 CAS AU CHU PR BOCAR S SALL DE KATI AU MALI

### POST-OBSTRUCTIVE DIURESIS SYNDROME POSTOPERATIVE: AN ANALYSIS OF 5 CASES AT KATI UNIVERSITY OF PR. BOCAR S SALL IN MALI

KASSOGUE A<sup>1, &</sup>, DIARRA A<sup>2</sup>, BERTHE HJG<sup>3</sup>, DIALLO MS<sup>1</sup>, COULIBALY MT<sup>4</sup>, CISSE D<sup>5</sup>

<sup>1, &</sup>Service d'Urologie, CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati, Mali

<sup>2</sup>Service d'Urologie, CHU Mère-Enfant, Le Luxembourg, Mali

<sup>3</sup>Service d'Urologie, CHU du Point G, Bamako, Mali

<sup>4</sup>Service d'Urologie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali

<sup>5</sup>Service de chirurgie, Unité d'Urologie, Hopital de Mopti, Mali

Email: amadouenet@yahoo.fr

---

#### RESUME

**Objectif:** Le but de ce travail était d'identifier les cas de syndrome de levée d'obstacle et évaluer leur prise en charge dans notre service.

**Patients et Méthodes:** Il s'agissait d'une étude retro prospective et descriptive portant sur tous les cas de syndrome de levée d'obstacle colligés sur 30 mois allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2016 au 1<sup>er</sup> Septembre 2018, réalisée dans le service d'urologie du CHU Pr Bocar S. Sall de Kati. Les autres paramètres étudiés étaient: l'âge, le sexe, le motif d'admission, le diagnostic, le mode de drainage, le type de chirurgie, l'évaluation de la prise en charge.

**Résultats:** Nous avons colligés 5 cas de syndrome de levée d'obstacle. Les diagnostics étiologiques étaient: 1 cas de tumeur de vessie, 3 cas sur calcul urinaire et 1 cas sur sténose de l'uretère. Les traitements étiologiques étaient: 1 patient a subi une cystectomie totale avec remplacement de vessie, deux patients ont subi une réimplantation urétérovésicale, un patient a subi une urétérolithotomie, un a subi une pyélolithotomie. La diurèse maximale de 24 heures a varié de 7 500 ml à 14 800 ml. 4 patients sur 5 avaient une altération de la fonction rénale avant le traitement. Ces 4 patients ont normalisé leur fonction rénale après la prise en charge du syndrome de levée d'obstacle.

**Conclusion:** La levée d'un obstacle sur l'arbre urinaire nécessite une surveillance clinique, biologique et de la diurèse stricte permettant de diagnostiquer un syndrome de levée d'obstacle. Ce syndrome semble être fréquent mais sous-estimé en pratique.

---

**Mots-clés:** syndrome de levée d'obstacle, drainage, compensation.

---

---

**ABSTRACT**

---

**Objective:** The purpose of this work was to identify the cases of the post-obstructive diuresis syndrome and evaluate their management in our department.

**Patients and Methods:** This was a retro-prospective and descriptive study on all 30-month cases of the post-obstructive diuresis syndrome from January 1, 2016 to September 1, 2018, performed in the Department of University hospital of Pr. Bocar S. Sall at Kati. The other parameters studied were: age, sex, reason for admission, diagnosis, mode of drainage, type of surgery, evaluation of management.

**Results:** We have collected 5 cases of the post-obstructive diuresis syndrome. The etiological diagnoses were: 1 case of bladder tumor, 3 cases on urinary calculus and 1 case on stenosis of the ureter. The etiological treatments were: 1 patients underwent total cystectomy with W new bladder replacement, 2 patients underwent ureterovesical reimplantation, 1 patient underwent ureterolithotomy, 1 underwent pyelolithotomy. The maximum 24-hour diuresis ranged from 7,500 ml to 14,800 ml. Four out of five patients had impaired renal function before treatment. These 4 patients normalized their renal function after the management of the obstruction syndrome.

**Conclusion:** The lifting of an obstacle on the urinary tree requires a clinical, biological and strict diuresis monitoring to diagnose the post-obstructive diuresis syndrome. This syndrome seems to be common but underestimated in practice.

---

**Keywords :** infectious endocarditis, septal abscess, complete heart block, Brazzaville

---

## INTRODUCTION

Le syndrome de levée d'obstacle (SLO) est une polyurie massive suite à une levée d'un obstacle sur les voies urinaires. Les étiologies des obstructions urinaires sont diverses. Une prise en charge correcte est nécessaire pour éviter des désordres métaboliques et hémodynamiques graves [1, 2, 3]. Ce SLO peut aboutir à une déshydratation voire un collapsus et une insuffisance rénale aiguës [3]. Selon Hamdi A et coll. [4], le syndrome de levée d'obstacle, survient dans 60 % des cas chez les patients de réanimation et dure en moyenne deux jours, doit être pris en charge dans un milieu où une surveillance étroite est possible. La survenue du SLO est corrélée à une meilleure récupération rénale. Ce syndrome peut passer inaperçu en absence de surveillance rigoureuse après drainage sur l'arbre urinaire.

L'objectif était d'identifier les cas de syndrome de levée d'obstacle et évaluer leur prise en charge dans notre service.

## PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale à but descriptif. L'étude a porté sur les patients hospitalisés et opérés pour des pathologies urologiques sur 30 mois allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2016 au 1<sup>er</sup> Septembre 2018, réalisée dans le service d'urologie du CHU Pr Bocar S. Sall de Kati. Nous avons quantifié la diurèse de 24 heures pendant toute la durée d'hospitalisation. Une évaluation de la fonction rénale (urémie, créatininémie) et de l'ionogramme sanguin ont été réalisées chaque 48 heures. Un protocole de réhydratation adaptée pour chaque patient était proposé par l'équipe d'anesthésie. La correction d'éventuel trouble post opératoire était pluridisciplinaire en accord avec les anesthésistes. Nous avons utilisé trois solutés (le sérum salé, le ringer lactate et le sérum glycosé) pour la compensation en fonction de la diurèse de 24 heures. La prise en charge de ce syndrome a été pluridisciplinaire impliquant également le service d'anesthésie réanimation. Les autres paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, le motif d'admission, le diagnostic retenu, le mode de drainage, le type de chirurgie effectué, l'évaluation de la prise en charge.

## RÉSULTATS

5 cas de syndrome de levée d'obstacle ont été recensés sur 495 cas d'intervention chirurgicale réalisé pendant cette période. Il s'agissait de 3

hommes et deux femmes. L'âge moyen était de 44 ans avec des extrêmes allant de 26 à 75 ans. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient l'hématurie associée au trouble mictionnel et la lombalgie. Dans 4 cas, la pathologie obstructive concernait le haut appareil urinaire et dans un cas le bas appareil urinaire. Les diagnostics étiologiques étaient : 1 cas de tumeurs de vessie, 3 cas sur calcul urinaire, un cas de sténose du bas uretère (Tableau 1). Un drainage urinaire par sondage a été réalisé chez 2 patients avant la chirurgie. La fonction rénale était altérée chez 4 patients avant la chirurgie. Le traitement étiologique de l'obstacle est résumé sur le tableau 2. Quatre patients sur cinq avaient une altération de la fonction rénale avant le traitement. Tous les patients ont normalisé leur fonction rénale après la prise en charge. Deux cas de troubles ioniques et un cas de déshydratation ont été décelés pendant le suivi. La diurèse maximale de 24 heures a varié de 7 500 ml à 14 800 ml selon les patients. Le tableau 3, résume nos observations concernant le diagnostic retenu, le type de chirurgie réalisée et les diurèses.

## DISCUSSION

Les conséquences hydroélectrolytiques de la polyurie massive liée au SLO doivent être détectées tôt par la surveillance des paramètres cliniques (diurèse, état de d'hydratation, pouls, tension artérielle) et biologiques (urémie, créatininémie, ionogramme sanguin) [1].

**Motifs d'admission:** étaient dominés par les troubles mictionnels, la lombalgie et les hématuries. Les pathologies obstructives se manifestent cliniquement par ses symptômes et tous nos patients avaient une uropathie obstructive.

**Diagnostic étiologique retenu de l'obstruction:** Les étiologies des obstructions urinaires sont diverses [1, 2, 3]. Le SLO est d'autant plus fréquent et important que l'obstacle est complet et prolongé. La diurèse après une levée d'obstacle bilatéral est toute plus importante qu'après une levée d'obstacle unilatéral [1,5]. Dans notre étude, l'obstruction était bilatérale dans 2 cas. La polyurie massive était plus importante dans les deux cas ou l'obstruction bilatérale. Un seul patient était drainé par un sondage urinaire avant la chirurgie. Le SLO peut survenir après drainage du haut appareil par néphrostomie ou par montée de sonde urétérale. Aucun de nos

patients n'a bénéficié un drainage du haut appareil urinaire avant la chirurgie. La survenue du SLO peut passer inaperçu après pose d'une sonde vésicale ou d'un cathéter sus-pubien si le patient n'est pas hospitalisé.

**L'évaluation de la prise en charge:** Le type de chirurgie effectué réalisé était une réimplantation urétérovésicale vésicale, une urétérolithotomie, une pyélolithotomie et une cystectomie avec remplacement de vessie. Le type de chirurgie dépend de la cause de l'obstruction. Le traitement du SLO repose sur le principe de la compensation administrée par voie orale ou intraveineuse de façon adaptée aux données de l'examen clinique et biologique. Cette compensation doit être dégressive sur quelques jours [1,5]. Le traitement a pour but d'éviter les troubles hémodynamiques et métaboliques graves, et repose sur le traitement de la décompensation des pertes hydro électrolytiques [1]. Notre traitement était basé sur le principe de la compensation administrée par voie orale et intraveineuse de façon adaptée aux données de l'examen clinique et à la diurèse jusqu'à sa normalisation. La polyurie a été très massive dans notre cas avec une diurèse maximale de 24 heures allant de 7 500 ml à 14 800 ml. Après dérivation des urines, les risques sont la survenue d'un syndrome de levée d'obstacle. La phase polyurique dure environ 48 heures après la levée de l'obstacle. Durant cette période, une polyurie intense et brutale peut entraîner une déshydratation, voire un état de choc [1]. L'insuffisance rénale initialement obstructive peut devenir fonctionnelle [3]. 2 cas de troubles ioniques (hypernatrémie et phosphoremie) et un cas de déshydratation ont été recensés dans notre étude. Le syndrome de levée d'obstacle, qui survient dans 60 % des cas chez les patients de réanimation et dure en moyenne deux jours, doit être pris en charge dans un milieu où une surveillance étroite est possible. Sa survenue est corrélée à une meilleure récupération rénale. L'évolution vers une insuffisance rénale terminale reste rare [2]. Le syndrome de levée d'obstacle est une polyurie massive faisant suite au traitement d'une insuffisance rénale obstructive [1, 2, 6]. Dans notre cas, 5 patients soit 0,84 % des patients opérés pendant la période d'étude. Après la prise en charge du syndrome de levée d'obstacle les 4 patients ont normalisé leur fonction rénale. Ce SLO peut aboutir à une déshydratation voire un collapsus et une insuffisance rénale aiguës [3]. Nous n'avons pas eu de cas de collapsus dans notre étude. Le diagnostic du SLO doit être

précoce car la polyurie osmotique qui apparaît est parfois majeure avec un volume supérieur à 1 litre par heure. Il est primordial de compenser les pertes urinaires en évitant deux problèmes: le premier étant de ne pas compenser suffisamment les entrées aux sorties avec le risque de déshydratation extra, voire intracellulaire, le second étant de trop compenser les entrées aux sorties avec le risque d'entretien de la polyurie [4, 7, 8].

### CONCLUSION

La levée d'un obstacle sur l'arbre urinaire nécessite une surveillance clinique, biologique et de la diurèse stricte permettant de diagnostiquer un syndrome de levée d'obstacle. Ce syndrome semble être fréquent mais sous-estimé en pratique.

**Conflits d'intérêts:** Tous les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

### RÉFÉRENCE

1. Ziouziou I, Daoudi A, Nouri A, Karmouni T, El Khader K, Koutani A. et al. Syndrome de levée d'obstacle : physiopathologie et prise en charge. *Can Urol Assoc J* 2012 ; 6 (6) : 213-216.
2. Klabault K. Le syndrome de levée d'obstacle. *Réanimation* 2005 ; 5 : 534-538.
3. Van Glabeke E, Corsia G, Belenfant X. Prise en charge médicale des syndromes de levée d'obstacle. *Prog Urol* 2004 ; 14 : 423-426.
4. Hamdi A, Das V. Obstruction acute renal failure: treatment and prognostic factors. *Réanimation* 2015; 24(6): 661-667.
5. Hérody M. Prise en charge d'un syndrome de levée d'obstacle (SLO) après traitement urologique d'une anurie obstructive. *Prog Urol FMC* 2008; 18(3) : 25-28.
6. Boone T.B, Allen T.D. Unilateral post-obstructive diuresis in the neonate. *J. Urol* 1992; 147: 430-432.

7. Chapman A, Gay M, Legrain M. La levée de la voie excrétrice urinaire. Etude de la fonction rénale et de l'équilibre hydro électrolytique. Nephron 1970 ; 7 :258-276.
8. Kanfer A, Kourilsky O, Peraldi MN. Insuffisance rénale aigue. In : Néphrologie et troubles électrolytiques. Deuxième édition. Paris : Masson. 2001 ; p.177-217.

**Tableau 1** : répartition des patients en fonction du diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectifs	Pourcentage
Sténose du bas uretère bilatérale + calcul du bas uretère droit	1	20
Sténose du bas uretère droit	1	20
Calcul du bas uretère G	1	20
Tumeur de vessie	1	20
Calcul pyélique gauche	1	20
Total	5	100

**Tableau 2** : répartition des patients en fonction du type de chirurgie réalisée

Type de chirurgie réalisée	Effectifs	Pourcentage
Réimplantation urétérovesicale vésicale bilatérale + urétérolithotomie droite	1	20
Réimplantation urétérovesicale vésicale droite	1	
Urétérolithotomie gauche	1	20
Cystoprostatectomie totale + remplacement de vessie type Hautmann	1	20
Pyélolithotomie gauche	1	20
Total	5	100

**Tableau 3**: résumé des observations

Diagnostic retenu	Type de chirurgie réalisée	Diurèse maximale de 24h
1 Sténose du bas uretère bilatérale + calcul du bas uretère droit	Réimplantation urétérovesicale vésicale bilatérale + urétérolithotomie droite	14 800 ml
2 Sténose du bas uretère droit	Réimplantation urétérovesicale vésicale droite	7 500 ml
3 Calcul du bas uretère gauche	Urétérolithotomie gauche	9 200 ml
4 Tumeur de vessie	Cystoprostatectomie totale + remplacement de vessie type Hautmann	13 000 ml
5 Calcul pyélique gauche + syndrome jonction pyélo-urétérale gauche	Néphrolithotomie + Pyéloplastie gauche	9 000 ml