



**ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUBI**

Sciences de la santé

VOL. 18 – N° 1 – ANNEE 2018

ISSN: 1815 – 4433

www.annalesumng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 18, NUMERO 1, 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 N'GOUABI
Direction de la Recherche
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-mail : annales@umng.cg

ISSN: 1815 - 4433

- 1 URGENCES CHIRURGICALES NEONATALES
DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE
PEDIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER ET
UNIVERSITAIRE DE YOPOUGON**
*JEAN CLAUDE MIERET, GUY SERGE KOUAME YAPO,
JEAN BAPTISTE YAOKREH, ATAFI GAUDENS DIETH*
- 6 MENSURATIONS DU CANAL LOMBAL DES
CONGOLAIS : ETUDE
RADIOMORPHOLOGIQUE DE 109 CAS**
*BOUKASSA L, MAVOUNGOU BIATI K, MASSAMBA
MIABAOU D, MAKOSSO E, EKOUELE MBAKI HB, KINATA
BAMBINO S, NGACKOSSO O.B, BILECKOT R.*
- 13 LES TRAUMATISMES MAJEURS DU REIN :
ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET
THERAPEUTIQUES AU CHU-GABRIEL TOURE
DE BAMAKO AU MALI**
*BERTHE HONORE J-G, KAMBOU DIEUDONNE, DIAKITE
MAMADOU LAMINE, ODZEBE ANANI S-W, SANGARE
DAOUDA, DIARRA ALKADRI, DIAKITE ADAMASALIFOU,
TEMBELY ALY, OUATTARA ZANAFON*
- 19 PROFIL DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES DU
SUJET AGÉ AU SERVICE DE PNEUMOLOGIE
DU CHU DE BRAZZAVILLE**
*BEMBA. E.L.P, OKEMBA-OKOMBI. F.H,
OSSIBI IBARA. B.R, BOPAKA. R. G, OSSALE ABACKA.K. B
ILLOYE-AYET.M, BINIAKOUNOU. J.B, ADJOH K S*
- 28 LES AFFECTIONS RHUMATOLOGIQUES DE
L'ENFANT**
*N.E. LAMINI N'SOUNDHAT, D.C. NKOUALA-KIDEDE,
O.L.A. MOHONDIABEKA, O. AKOLI EKOYA, F.E.
OMBOUMAHOU BAKALE, A.P. SALEMO, H. NTSIBA*

**34 SPECIFICITES DE LA TUBERCULOSE DU SUJET
AGE AU CENTRE ANTITUBERCULEUX DE
BRAZZAVILLE**

*OKEMBA-OKOMBI. F.H, OSSIBI IBARA. B.R,
BEMBA. E.L.P, BOPAKA. R, OSSALE ABACKA.K. B,
ILLOYE-AYET.M, BINIAKOUNOU .J.B, ADJOH K S*



LES TRAUMATISMES MAJEURS DU REIN : ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES AU CHU-GABRIEL TOURE DE BAMAKO AU MALI

*BERTHE Honoré J-G**, *KAMBOU Dieudonné**, *DIAKITE Mamadou Lamine**, *ODZEBE Anani S-W****, *SANGARE Daouda**, *DIARRA Alkadri**, *DIAKITE AdamaSalifou**, *TEMBELY Aly**, *OUATTARA Zanafon***

*Service d'Urologie – CHU du Point G, Bamako – Mali

**Service d'Urologie CHU de Brazzaville

***Service d'Urologie – CHU Gabriel Touré, Bamako – Mali

E-mail : berthonore@hotmail.com

RESUME

Objectif

Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge des traumatismes majeurs du rein dans un hôpital de troisième référence au Mali.

Patient et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 7 cas de traumatismes majeurs du rein, colligés au service d'urologie de l'Hôpital Gabriel Touré de Bamako sur une période de 15 mois.

Résultats :

Les patients se répartissaient en 6 hommes et 1 femme. Nous avons enregistré 6 cas de traumatisme fermé et 1 cas de plaie pénétrante du rein. L'âge moyen était de 19 ans. Les étiologies étaient dominées par les accidents de la circulation. Les principaux signes cliniques étaient l'hématurie et les lombalgies. L'état hémodynamique était stable à l'entrée.

L'échographie puis la tomodensitométrie rénale ont été réalisées chez tous les patients permettant le diagnostic de traumatisme rénal. Le bilan radiologique permettait de classer les traumatismes selon l'AAS (American Association for the Surgery of Trauma) en : 3 cas de grade IV, et 4 cas de grade III.

Notre prise en charge, a consisté en un traitement conservateur chez 5 patients et une chirurgie différée chez 2 patients. L'exploration chirurgicale réalisée a abouti à une néphrectomie. Par ailleurs, 1 patient a présenté un urinome ayant régressé spontanément au cours de l'hospitalisation.

L'évolution clinique était favorable chez tous les patients avec un délai moyen de 3 mois. La tension artérielle était normale chez tous les patients de même que le dosage du taux sérique de la créatinine. Le contrôle radiologique effectué chez les patients ayant présenté un traumatisme au stade IV a montré une reconstruction du rein et une absence d'extravasation de produit de contraste.

Conclusion

Les traumatismes du rein sont de plus en plus fréquents. Cette situation est liée à l'augmentation des accidents de la voie publique. Le traitement conservateur même en cas de traumatisme majeur reste la méthode thérapeutique de choix en l'absence d'instabilité hémodynamique. Une surveillance accrue des traumatismes pénétrants par armes à feu semble indispensable pour une exploration chirurgicale précoce en cas de nécessité.

Mots-clés : Rein, Traumatisme, Traitement

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the management of major renal traumas in an urban third reference hospital in Mali.

Patients and methods

This is a retrospective case series study about 7 cases of major renal traumas in the urology departement of the University Hospital of Gabriel Touré in Bamako during a period of 15 months.

Results

The patients were 6 male and 1 female. We registered 6 cases of enclosed trauma and one case of penetrating renal wound. The patients' mean age was 19 years old. The most common aetiology was dominated by traffic accidents. The main clinical signs were hematuria and low back pain. At the admission, patients' hemodynamic status was stable.

The Ultrasonography then the computed tomography was realised on all the patients allowing the diagnosis of renal trauma. The radiological assessment allowed to classify the traumas according to the AAST (American Association for the Surgery of Trauma) scale in grade IV (3 patients) and grade III (4 patients).

Our management consisted to conservative treatment in 5 patients and differed surgery in 2 patients. Performed surgical exploration led to nephrectomy. In the other hand, one patient presented withurinoma that regressed spontaneously during the hospitalization.

The clinical evolution was favorable in all the patients with an average of 3 months. All the patients had normal blood pressure and serum creatinine level. Radiological check-up performed in the patients with stage IV lesions showed renal reconstruction and an absence of contrast product extravasation.

Conclusion

Renal traumas are getting more frequent. This situation is related to the increase of traffic accidents frequency. The conservative treatment even in case of major traumas remains the therapeutic method of choice in the absence of hemodynamic instability. Increased monitoring of penetrating traumas due to firearms seems essential for an early surgical exploration if necessary.

Key words: *Kidney, trauma, treatment.*

INTRODUCTION

La fréquence des traumatismes du rein est en augmentation [14]. Le meilleur examen pour confirmer le diagnostic et apprécier l'étendue des lésions reste la tomodensitométrie spiralée avec injection de contraste [4]. La classification actuellement préconisée pour établir la gravité des traumatismes rénaux est celle de l'American Association for the Surgery of Trauma (AAST). Cette échelle, qui a été validée en 2001, permet de décrire de façon précise la plupart des lésions rénales. Selon cette échelle, les lésions de grades I et II sont classées comme mineures et celles de grades III, IV et V comme majeures. Le traumatisme pénétrant du rein est généralement associé à des lésions majeures [2]. La plupart des traumatismes rénaux ne nécessitent pas d'exploration chirurgicale. Le traitement conservateur est en général suffisant pour leur prise en charge [14]. Dans un contexte de ressources limitées, ce traitement conservateur est d'un grand intérêt en raison de son accessibilité. Néanmoins, une évaluation de nos pratiques par rapport aux données de la littérature apparaît nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients. A travers une étude rétrospective, nous avons étudié les aspects diagnostiques et thérapeutiques de 7 cas de traumatisme majeur du rein.

PATIENTS ET METHODES

Entre Octobre 2013 et Janvier 2015, 07 patients ayant des traumatismes majeurs du rein et pris en charge au CHU Gabriel Touré de Bamako ont été inclus dans une étude rétrospective. Les paramètres étudiés ont été : le type de traumatisme, l'âge, le sexe, le côté lésé, l'étiologie, la présence de lésions associées (viscérales, osseuses), les signes cliniques, le bilan radiologique permettant de définir le grade lésionnel et enfin le traitement utilisé, ainsi que l'évolution.

RESULTATS

Nous avons enregistré 6 cas de traumatismes fermés et 1 cas de plaie pénétrante du rein. Le sexe masculin était prédominant : 6 hommes et 1 femme. L'âge moyen était de 19 ans avec des extrêmes de 6ans et 30 ans. Le côté droit était le plus fréquemment atteint (4 cas). Les étiologies des traumatismes étaient les accidents de la voie publique (5 cas), la chute

de hauteur (1 cas) et l'agression par arme à feu (1cas). Nous avons noté des lésions viscérales associées à type de contusion (pulmonaire, hépatique et splénique) dans 3cas et des lésions osseuses à type de fracture dans 2 cas (humérus, rachis).

Sur le plan clinique, l'hématurie macroscopique et la lombalgie constituaient les principaux signes cliniques retrouvés dans les 7cas. L'état hémodynamique était stable à l'entrée.

L'échographie puis la tomodensitométrie rénale ont été réalisées chez tous les patients permettant le diagnostic de traumatisme rénal. Le bilan radiologique permettait de classer les traumatismes selon l'AAST (American Association for the Surgery of Trauma) en : 3 cas de grade IV, et 4 cas de grade III.

La prise en charge, a consisté en un traitement conservateur chez 5 patients et une chirurgie différée chez 2 patients (plaie pénétrante du rein et traumatisme fermé par AVP). Une instabilité hémodynamique avait été diagnostiquée après soixante-douze heures d'hospitalisation chez le patient victime de traumatisme par arme à feu et deux semaines après la sortie d'un patient ayant un traumatisme fermé de grade IV. L'exploration chirurgicale réalisée a nécessité une néphrectomie. Par ailleurs, 1 patient a présenté un urinome ayant régressé spontanément au cours de l'hospitalisation.

L'évolution clinique était favorable chez tous les patients avec un délai moyen de 3 mois. La tension artérielle était normale chez tous les patients de même que le dosage du taux sérique de la créatinine. Le contrôle radiologique effectué chez les patients ayant présenté un traumatisme au stade IV a montré une reconstruction du rein et une absence d'extravasation de produit de contraste.

DISCUSSION

Dans notre série, pour 7 cas de traumatismes rénaux, on a noté 1 cas de plaie pénétrante du rein. Les plaies pénétrantes représentent 80 à 90 % des traumatismes rénaux aux Etats Unis [4]. Les circonstances d'apparition d'un traumatisme du rein varient d'un pays à un autre.

Les traumatismes du rein touchent essentiellement l'adulte jeune de sexe masculin [14]. L'âge moyen dans notre série était de 19ans. Kane avait trouvé dans son étude un âge moyen de 27ans [9].

Les étiologies sont largement dominées par les accidents de la voie publique puis viennent ensuite les accidents de sport, les accidents de travail et les chutes de hauteur [12]. Les accidents de la voie publique ont été les principales étiologies dans notre étude. Cette situation pourrait s'expliquer par l'augmentation des moyens de locomotion essentiellement les motocyclettes dans notre contexte.

L'hématurie est un signe fréquemment associé au traumatisme rénal et peut être présente dans 80 % à 99 %des cas, bien qu'il n'y ait pas de corrélation entre son importance et la gravité de la lésion [2]. Dans notre série, tous les patients ont présenté une hématurie macroscopique à l'entrée. L'état hémodynamique des patients était stable à l'admission. Drissa M. et al. dans une série de 30 cas de traumatismes majeurs du rein colligée sur une période de 17 ans a rapporté 2 cas de choc hémorragique à l'admission [5]. Les traumatismes rénaux surviennent le plus souvent dans un contexte de polytraumatisme et le choc hémorragique à l'admission est le plus souvent retrouvé. Le faible échantillon de notre série pourrait expliquer l'absence de cette situation dans notre étude.

De nos jours, l'abstention chirurgicale représente une nouvelle approche thérapeutique. Les lésions mineures (grade 1 et 2), justifient d'une simple surveillance avec une prescription d'antalgiques [11]. Seules l'hémodynamique clairement instable ou les lésions viscérales associées constituent une indication absolue pour une révision chirurgicale en urgence [11]. L'exploration de la loge rénale est indiquée en cas d'hématome rétro péritonéal expansif ou pulsatile [7]. Les lésions grades III et IV font actuellement l'intérêt du traitement conservateur. Au vu des résultats publiés dans la littérature, les auteurs proposent de réaliser une chirurgie réparatrice pour les traumatismes grade IV avec fragments dévascularisés s'il existe des lésions intra-abdominales associées, notamment des lésions pancréatiques ou coliques [11]. Dans notre série, le traitement conservateur a été efficace dans la majorité des cas. Nous avons réalisé

une néphrectomie pour instabilité hémodynamique dans deux cas dont un cas de traumatisme par arme à feu. Les traumatismes pénétrants par arme à feu nécessitent dans la plupart des cas une exploration chirurgicale précoce [2]. L'extravasation d'urine isolée est souvent spontanément résolutive ; quand elle est majeure ou prolongée, (supérieure à une semaine), la mise en place d'une sonde urétérale peut la diminuer permettant d'éviter un traitement chirurgical qui garde sa place dans les avulsions de la jonction pyélo-urétérale [6,13]. Nous avons noté un cas d'urinome dont l'évolution spontanée s'est faite vers la régression au cours de son hospitalisation.

Le suivi des patients présentant des lésions de grade III ayant bénéficié de stratégies conservatrices et dont l'état hémodynamique est stable n'est pas tributaire des examens d'imagerie. En cas de lésion de grade IV avec atteinte du système collecteur, il est nécessaire de réaliser des examens avec injection de produit de contraste pour le diagnostic d'une éventuelle extravasation et de ses complications. Par conséquent, il faut répéter la TDM 36 heures et 72 heures après le traumatisme. Les patients ayant subi une reconstruction rénale et ceux présentant des lésions de grade IV ou V doivent bénéficier d'une scintigraphie pour évaluer la récupération de la fonction rénale [2]. La plupart des auteurs préconisent la réalisation d'un bilan 3 mois après la sortie de l'établissement hospitalier. Ce bilan doit inclure un examen clinique, une analyse d'urine, une surveillance de la tension artérielle, un bilan biologique de la fonction rénale et, s'ils s'avèrent nécessaires, des examens d'imagerie médicale.

Le suivi dans notre série a permis de relever une bonne évolution des lésions sur le plan morphologique avec une reconstruction des reins. Sur le plan fonctionnel, la fonction rénale des patients était bonne. Nos résultats sont comparables à ceux de Drissa M. qui avec un délai moyen de suivi de 22mois sur 18 cas de traumatisme majeur, avait retrouvé une bonne fonction rénale chez tous les patients (dosage de la créatinine sérique) [5]. Néanmoins, il faut noter que le dosage de la créatinine sérique est de faible contribution pour notre objectif. En effet, sa valeur reste normale sous condition que le rein controlatéral soit fonctionnel. L'examen indiqué est la scintigraphie au DMSA afin

d'évaluer la part de la fonction rénale relative restante. Cet examen n'est pas disponible dans notre contexte.

CONCLUSION

Les traumatismes du rein sont de plus en plus fréquents. Cette situation est liée à l'augmentation des accidents de la voie publique. Le traitement conservateur même en cas de traumatismes majeurs reste la méthode thérapeutique de choix en l'absence d'instabilité hémodynamique. Une surveillance accrue des traumatismes pénétrants par armes à feu semble indispensable pour une exploration chirurgicale précoce en cas de nécessité. Néanmoins, un renforcement de nos moyens diagnostics pour des études sur les séquelles fonctionnelles dans notre contexte après cette attitude conservatrice semble nécessaire.

REFERENCES

1. Ballouhey Q, Moscovici J, Galinier P. Séquelles fonctionnelles après traumatisme rénal chez l'enfant. Progrès en urologie (2011) 21, 569—574.
2. Cabrera Castillo P-M, Martínez-Piñeiro L, Álvarez Maestro M, De la Peña J-J. Évaluation et traitement des plaies pénétrantes du rein. Annales d'urologie 40 (2006) 297–308.
3. Craig G Rogers, Vinita Knight, Katarzyna JMacura, Susan Ziegfeld, Charles NPaidas, and Ranjiv I Mathews. High-grade renal injuries in children - Is conservative management possible? Urology 64 (3), 2004.
4. Descottes J. L, Hubert J.L'Urologie par ses images .Prog .Urol. ; 2003 ; 13 :1129 – 1143.
5. Drissi M. et coll. Les traumatismes fermés majeurs du rein (A propos de 30 observations). J Maroc Urol 2008 ; 10 : 13-15.
6. Haas C A, Reigle M D, Selzman A A, Elder JS. Use of ureteral stents in management of major renal trauma with urinary extravasation: Is there a role? J Endourol 1998; 12: 545 – 549.
7. Henry P C, Chabanne S, Bernardini S, Wallerand H, Bittard H. Prise en charge actuelle des traumatismes graves du rein. Prog Urol 2002 ; 12 : 579 – 586.
8. Jean-Luc Descottes. Prise en charge des traumatismes sévères du rein de l'adulte. Mise au point pratique. Prog. Uro - FMC Vol. 22 - Mars 2012 - N° 1
9. Kane R, Ndiaye A, Diouf M, Ogoubemy M. Prise en charge des traumatismes fermés du rein. A propos de 35 cas. URO'ANDRO - Volume 1 - N° 2 - Avril 2014, 104-109
10. Labyad A, Elkattani Y, Elssoussi A, Rabii R, Mezian F. Les traumatismes fermés du rein : Notre expérience dans la prise en charge thérapeutique. Afr J. Urol (2013) 19, 211–214.
11. Saidi A. Descottes J L, Sengel C, Terrier N. Prise en charge des traumatismes fermés du rein. Prog.Urol 2004, 14, 4, 461 – 474.
12. SantucciR A, McAninch J W, Safir M: Validation of the American Association for the Surgery of Trauma organ injury severity scale for the kidney. J. Trauma., 2001; 50: 195 – 200
13. Thall E H, Stone N N, Cheng D L, Cohen E L. Conservative management of penetrating and blunt type 3 renal injuries. Br J Urol 1996; 77: 512 – 7.
14. Uriot C, Hoa D, Leguen V, Lesnik A, Lopez F, Pujol J, Taourel P. Traumatismes du rein et de l'uretère. EMC-Radiologie 2 (2005) 637–65.

Tableau 1 : classification des traumatismes du rein (selon l'AAST)

| | |
|-----------|--|
| Grade I | Hématome sous-capsulaire sans fracture et sans hématome périrénal. |
| Grade II | Fracture superficielle (<1 cm) avec hématome péri-rénal |
| Grade III | Fracture profonde (>1 cm) sans atteinte de la voie excrétrice. |
| Grade IV | Fracture profonde avec atteinte de la voie excrétrice et/ou atteinte d'une branche vasculaire principale (artérielle ou veineuse). |
| Grade V | Rein détruit/atteinte du pédicule rénal/avulsion pyélo-urétérale. |

Tableau 2 : résumé des observations cliniques des patients

| Variabes | Observation 1 | Observation 2 | Observation 3 | Observation 4 | Observation 5 | Observation 6 | Observation 7 |
|------------------------------|---|---|---|---|--|---|--|
| Age | 16 ans | 18 ans | 25 ans | 19 ans | 30 ans | 6 ans | 22 ans |
| Sexe | Masculin | Masculin | Masculin | Féminin | Masculin | Masculin | Masculin |
| Profession | Elève | Etudiant | Agriculteur | Commerçante | Commençant | Elève | Chauffeur |
| Etiologie | Accident de la voie publique | Accident de la voie publique | Accident de la voie publique | Accident de la voie publique | Traumatisme par arme à feu | Accident domestique (chute de mûr de clôture) | Accident de la voie publique |
| Plaintes fonctionnelles | Douleurs lombaires droites - hématurie | Douleurs lombaires droites - hématurie | Douleurs lombaires gauches - hématurie | Douleurs lombaires gauches - hématurie | Douleurs du flac gauche | Douleurs lombaires droites | Douleurs lombaires gauches - hématurie |
| Examen physique | Constantes normales - Examen normal | Constantes normales - Empâtement douloureux de la fosse lombaire droite | Constantes normales - Examen normal | Constantes normales - Examen normal | Plaie pénétrante au niveau du flanc et du bras gauche | Constantes normales - Examen normal | Constantes normales - Examen normal |
| Type de lésion rénale (AAST) | Grade IV | Grade IV | Grade III | Grade III | Grade IV | Grade III | Grade IV |
| Lésions associées | Contusion pulmonaire | Contusion hépatique | Aucune | Aucune | Fracture de l'humérus | Aucune | Aucune |
| Conduite | Traitement conservateur - surveillance clinique et radiologique | Traitement conservateur - surveillance clinique et radiologique | Traitement conservateur - surveillance clinique et radiologique | Traitement conservateur - surveillance clinique et radiologique | Traitement conservateur - surveillance clinique et radiologique | Traitement conservateur - surveillance clinique et radiologique | Traitement conservateur - surveillance clinique et radiologique |
| Evolution | Favorable | Persistance de l'urinome à j-14 nécessitant la mise en place d'une sonde double J | Favorable | Favorable | Instabilité hémodynamique ayant nécessité une néphrectomie d'hémostase après 72h | Favorable | Evolution favorable jusqu'à J-14 où le patient a présenté un choc hémodynamique ayant nécessité une néphrectomie d'hémostase |