

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 20, N° 1- 2 – ANNEE: 2020

**ISSN : 1815 – 4433 - www.annalesumng.org
Indexation : Google Scholar – indexmedicus.afro.who.int**

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 20, NUMERO 1- 2, ANNEE: 2020

www.annalesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
J-R. IBARA

Rédacteur en chef
J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint
G. MONABEKA

Comité de lecture
E. ALIHOUNOU (Cotonou)
C. BOURAMOUE (Brazzaville)
A. CHAMLIAN (Marseille)
J.R. EKOUNDZOLA (Brazzaville)
C. GOMBE MBALAWA (Brazzaville)
J.R. IBARA (Brazzaville)
L.H. ILOKI (Brazzaville)
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)
G. KAYA GANZIAMI (Brazzaville)
H.F. MAYANDA (Brazzaville)
A. MOYIKOUA (Brazzaville)
G. MOYEN (Brazzaville)
J.L. NKOUA (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
P. SENG (Brazzaville)
M. SOSSO (Yaoundé)
F. YALA (Brazzaville)

Comité de rédaction
A. ELIRA DOCKEKIA (Brazzaville)
H. NTSIBA (Brazzaville)
H.G. MONABEKA (Brazzaville)

Webmaster
R. D. ANKY

Administration - Rédaction
Université Marien Ngouabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Ngouabi
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-Mail: annales@umng.cg

ISSN : 1815 – 4433

Indexation : Google Scholar et
indexmedicus.afro.who.int

- 1 **Maladies cardiovasculaires chez les
hémodialisés chroniques à Brazzaville**
EYENI SINOMONO D. T., MOUKENGUE LOUMINGOU R,
MAHOUNGOU G. H., ELLENGA MBOLLA B. F., TARIK
SQALLI HOUSSAIN
- 9 **Rechute de la tuberculose au chu de
Brazzaville : Aspects épidémiologiques,
diagnostiques et pronostiques**
ALOUMBA G A, AMONA M, BEMBA ELP,
NGOUONI G.C., OTOUANA BH, DOUKAGA M.T,
EKAT M, OSSIBI IBARA B.R., BOPAKA R.G.,
MOYIKOUA R.F., ITOUA A.C., OBENGUI, MOUKASSA D
- 20 **Réinsertion professionnelle a 3 mois après
accident vasculaire cérébral chez l'adulte jeune
au Congo**
BOUBAYI MOTOULA LATOU H.D, DIATEWA J.E,
FOUTI KOUAPELE E.R, SOUNGA BANDZOUZI P.E.G.,
MPANDZOU G.A., OBONDZO ALOBA K.L.,
OSSOU-NGUIET P.M.
- 31 **Relation entre la toxoplasmose et les patients
diabétiques**
NAIMA BOUDIS, NAILA GUECHI,
NASSIMA BENKHEROUF, BOUSSAD HAMRIOUI
- 40 **Mucocele sinusienne idiopathique : à propos
de deux cas**
AMANA E., DOLOU W., ALASSANI T., FOMA W.,
LAWSON S.L.A., KPEMISSI E

- 49 Tétanos : connaissances, attitudes et pratiques chez le personnel soignant hospitalier à Brazzaville**
ALOUMBA G.A., GAYABA M.S., OTIOBANDA G.F., AMONA M., DOUGAKA M.T., EKAT M., OSSIBI IBARA B.R., NIAMA A.C., MBOU E.D., NDZIESSI G., MABIALA BABELA J.R..
- 61 Profil épidémiologique de l'AVC du sujet jeune à Brazzaville**
BOUBAYI MOTOULA LATOU H.D, DIATEWA J.E, FOUTI KOUAPELE E.R, MPANDZOU G.A, SOUNGA BANDZOUZI P.E.G., OBONDZO ALOBA K.L., OSSOU-NGUIET P.M.
- 74 Indication chirurgicale dans le syndrome de la jonction pyelo-ureterale service d'urologie du chu Gabriel TOURE au Mali.**
COULIBALY MT, DIALLO MS, KASSOGUE A, DIARRA A, CISSE D, BERTHE H.J.G., GUISSSE S.
- 84 Séroprévalence de la toxoplasmose chez les enfants âgés de 02 à 15 ans au niveau du laboratoire de Parasitologie -Mycologie du CHU Mustapaha - Pacha-Alger-Algérie**
NAILA. GUECHI, TOUFIK.BENHOURIA, NESRINE. ARAB, BOUSSAD.HAMRIOUI



INDICATION CHIRURGICALE DANS LE SYNDROME DE LA JONCTION PYELO-URETERALE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE AU MALI.

*COULIBALY MT¹, DIALLO MS², KASSOGUE A², DIARRA A³, CISSE D⁴,
BERTHE HJG⁵, GUISSSE S¹.*

¹ Hôpital Gabriel Toué service urologie.

² Hôpital de Kati Service urologie

³ Hôpital Luxembourg service urologie.

⁴ Hôpital Sominé Dolo service urologie.

⁵ Hôpital Point G service urologie

République du Mali

E-mail : mamadoutc@yahoo.fr

RESUME

Objectif : *décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du syndrome de jonction pyélorétérale.*

Patients et méthode :

Etude rétrospective descriptive qui s'était intéressé aux patients présentant un syndrome de jonction pyélorétérale de janvier 2016 à juillet 2017.

Les paramètres étudiés étaient : l'âge, le sexe, les aspects cliniques, para-cliniques et thérapeutiques.

Résultats

Nous avons opérés 21 cas de SJPU sur une période de 19 mois.

La moyenne d'âge était de 25,5 ans avec des extrêmes de 6 ans et 45 ans. La majorité des patients était de sexe masculin soit 76,9 % avec un sexe ratio 2. Le rein gauche a été le plus souvent atteint avec une fréquence de 61,54 %. La douleur lombaire et/ou abdominale a été la principale circonstance de découverte (28,6%). L'ECBU avait objectivé E. Coli chez 4 patients et Klebsiella pneumoniae chez 2 patients.

L'échographie abdominale avait été pratiquée chez tous les patients et avait objectivé une dilatation des cavités pyélocalicielles avec calcul rénal homolatéral chez 6 patients. L'UIV avait confirmé le diagnostic chez 10 patients et l'Uro TDM ; le diagnostic du SJPU chez 11 patients. Le traitement était chirurgical, il dépend du type de la jonction pyélo-urétérale et surtout de son retentissement sur le parenchyme rénal. Les complications post opératoires étaient dominées par un cas de pyonéphrose, un cas d'infection du site opératoire. La sonde JJ avait été utilisée chez tous nos patients, elle était enlevée à J 30.

Conclusion : *La décision de savoir qui et quand opérer est probablement la plus difficile à prendre du fait de la variabilité de l'histoire naturelle du syndrome de la jonction pyélorétérale, certains s'améliorant alors que d'autres amènent à une altération de la fonction rénale.*

Mots-clés : *malformation congénitale, hydronéphrose, pyéloplastie.*

ABSTRACT

Objective describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of pyelo ureteral junction syndrome .

Patients and method:

A descriptive retrospective study on patients with pyélo ureteral junction syndrome from January 2016 to July 2017.

The parameters studied were: age, sex, clinical, para-clinical and therapeutic aspects.

Results

We had operated on 21 cases of SJPU over a 19-month period.

The mean age was 25.5 years with extremes of 6 years and 45 years. The majority of patients were male, 76.9% with a sex ratio of 2. The left kidney was most often affected with a frequency of 61.54%. Lumbar and/or abdominal pain was the main circumstance of discovery (28.6%); ECBU had objectified *E. coli* in 4 patients and *Klebsiella pneumoniae* in 2 patients.

Abdominal ultrasound was performed in all patients and objectified pyelocalctic cavity dilation with homolateral renal calculus in 6 patients; the IVU confirmed the diagnosis in 10 patients and the CTU confirmed the diagnosis of SJPU in 11 patients. The treatment was surgical, it depends on the type of the pyeloreteral junction and especially on its impact on the renal parenchyma. Post-operative complications were dominated by a case of pyonephrosis, a case of surgical site infection. The JJ probe had been used in all our patients, it was removed at 30 days.

Conclusion: The decision to know who and when to operate is probably the most difficult to take because of the variability in the natural history of pyeloureteral junction syndrome, some improving while others lead to impaired renal function.

Key words: congenital malformation, hydronephrosis, pyeloplasty.

INTRODUCTION

Le syndrome de jonction pyeloureterale ou l'hydronéphrose, est une pathologie assez fréquente, souvent de cause congénitale, elle est complexe et est à l'origine de beaucoup de controverse de par son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique [1].

Le syndrome de jonction pyeloureterale n'est pas nécessairement à évolution progressive, dans la mesure où le degré de dilatation peut varier dans le temps chez le même sujet, autrement le syndrome de jonction pyélo-urétérale fréquent surtout chez le nouveau-né et le nourrisson peut se manifester tardivement chez le grand enfant et l'adulte. [1]. Le diagnostic peut être fait aussi bien à la période post natale comme à la période prénatale bénéficiant de l'essor qu'a connu l'échographie obstétricale qui permet de poser un diagnostic anténatal précoce, améliorant ainsi la prise en charge qui débutera dès la mise en évidence de l'hydronéphrose [2].

Son incidence annuelle est évaluée à 5 pour 100 000 naissances [2] dans la population générale. Il est bilatéral dans 5% des cas chez l'adulte et 25 à 30% chez le nouveau- né [3].

Cette affection est très souvent diagnostiquée et traitée en anténatal dans les pays développés tandis que

son diagnostic se fait en post natal voir à l'âge adulte dans les pays en voie de développement [7].

Le traitement du syndrome de jonction pyeloureterale demeure la pyéloplastie réalisée selon le principe proposé par Anderson, Hynes et kuss[6]. Cette technique a fait la preuve de sa fiabilité grâce à de très bons résultats confirmés par de nombreuses séries, et à leur stabilité dans le temps [6]. Il s'agit d'une affection grave qui aboutit souvent à la destruction du rein . Le But de ce travail était d'évaluer la prise en charge du syndrome de jonction pylourétérale (SJPU) dans notre service.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective s'étalant sur 19 mois allant de janvier 2016 à juillet 2017. On a inclus tous les cas de JPU admis au service, qu'ils soient isolés ou associés à une autre pathologie du tractus urinaire.

Etait exclu de notre étude les cas de JPU dont le bilan était incomplet et le dossier médical inexploitable.

Le matériel d'étude était composé d'une fiche d'enquête qui devait renseigner sur les paramètres suivants : l'âge, le sexe, les manifestations cliniques et para cliniques, les modalités du traitement et l'évolution.

Résultats

Durant 19 mois nous avons répertoriés 21 cas de syndrome de jonction pyélo-urétérale. L'âge moyen des patients était de 26 ans avec des extrêmes de 1 an et 70 ans (figure 1 répartition selon les tranches d'âge).

Les motifs de consultation étaient dominés par la douleur lombaire (28,6%) le gros rein (4,8%) et les anomalies échographiques décelant un syndrome de jonction pyélo-rétérale (figure 2).

On observait une nette prédominance du sexe masculin 66,7 % contre 33,3% (figure 3). Le sex ratio était de 2 en faveur des hommes.

Dans notre série le SJPU était localisé à gauche avec un pourcentage de 52,4 %. Dans notre étude 42,9% ont un antécédent de bilharziose urinaire, 19% une urétrite.

L'examen physique à l'admission était pauvre voire normal chez 57% des malades. Une sensibilité à la palpation des fosses lombaires était retrouvée dans 28,57% des cas alors que le contact lombaire en rapport avec un gros rein représentait 4,8% de l'ensemble de nos résultats. Une hématurie était retrouvée chez un patient à l'étude de la miction.

L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) a permis d'isoler une

infection de l'arbre urinaire dans 33,33% des cas. Les germes les plus fréquents étaient *Escherichia coli* (4 cas) soient 19% et *Klebsiella pneumoniae* (3 cas) soient 14,3%. La fonction rénale avant et après la chirurgie était appréciée par le dosage de la créatinine et de l'urée et était normale chez tous nos patients (inférieur à 120 $\mu\text{mol/l}$).

L'échographie rénale réalisée dans 75% des cas a permis de suspecter le diagnostic dans 50% en objectivant une hydronéphrose avec des lésions associées de type lithiase rénale (6 cas).

L'uro-TDM a permis d'étayer le diagnostic chez tous nos patients.

Ces examens d'imagerie ont permis de retrouver une étiologie d'anomalie de la jonction pyélo-rétérale dans 100% des cas et une lithiase rénale dans 28,6%.

Sur le plan thérapeutique, la pyeloplastie selon la technique de Anderson Hynes Kuss (fig 3,4) a été réalisée dans 85,7%, le traitement médical puis surveillance dans 9,5 % et la néphrectomie dans 4,8%. Nous n'avons pas rencontré d'incident en per opératoire.

L'évolution était favorable dans tous les cas sauf chez 3 patients ; qui avaient présentés les complications à type de suppuration pariétale (1 cas), hématurie (1 cas), et la Pyonéphrose (1 cas). La

suppuration pariétale a été traitée par les soins locaux et un réajustement de l'antibiothérapie en fonction de l'antibiogramme. Nous avons procédé à une reprise et réalisé une néphrectomie pour la pyonéphrose après avoir réalisé une nephrostomie première.

Nous n'avons enregistré aucun décès au cours de notre étude.

Discussion

L'augmentation de l'incidence du syndrome de jonction peut être rattachée aux progrès récents de l'imagerie médicale. En Afrique, du fait du retard à la consultation et la qualité des échographies obstétricales donc l'absence de diagnostic et de prise en charge en anténatal, le SJPU reste encore assez fréquent [4].

L'âge moyen de nos patients était de 26 ans, alors que pour DIARRA, il était de 25,5ans [4] . L'âge moyen de découverte de l'anomalie de la jonction pyélo-urétérale a subi une évolution majeure ces dernières années grâce au progrès du diagnostic anténatal. Les anciennes séries rapportent que 80% des syndromes de JPU étaient découverts entre 30 et 80ans [5] avec un âge moyen allant de 22 ,71ans à 40ans [6]. Actuellement, aux Etat- Unis et en Europe, la quasi-totalité des anomalies de la jonction pyélo-

urétéralesont découvertes et traitées avant l'âge de 1an [2].

Dans notre série on observait une nette prédominance du sexe masculin 66,7 % contre 33,3%, lequel est proche des résultats de Galifer et al [8]. Ceci va à l'encontre des résultats de Kouranloo et al [9] qui montrent une prédominance féminine avec un pourcentage de 52,3%.

Dans les pays développés, le diagnostic du syndrome de JPU est désormais posé durant la vie fœtale grâce à l'échographie anténatale. Alors que dans les pays en voie de développement, le diagnostic est le plus souvent posé chez l'enfant et l'adulte jeune lors de la survenue des complications [2].

Actuellement, la majorité des anomalies de jonction pyélo-urétérale est diagnostiquée avant la naissance grâce à une échographie obstétricale [8]. Ce

La symptomatologie clinique est le plus souvent stéréotypée, et les signes les plus constants sont : la douleur lombaire de type colique néphrétique et le gros rein. Cependant ces signes peuvent manquer et le SJPU est alors asymptomatique [10]. Parfois le patient se présente avec un parenchyme rénal laminé [1]. L'examen physique est relativement pauvre en matière d'anomalie de la jonctionpyélo-urétérale. Il permet de maitre en évidence une sensibilité

lombaire (signe de Gérando positif). Parfois, il permet également de palper un gros rein donnant un contact lombaire. Dans la série de Galifer et al [16] 23,4% des patients présentaient un gros rein palpable contre 4,8% dans notre série. Cette différence est due au fait que nos patients ont consulté tôt avant le stade de gros rein.

bouleversement pose des problèmes de pronostic et de prise en charge. Ainsi 60% des patients de Lopez [11], 62%.

A la biologie, le dosage de la créatinémie permet d'apprécier la fonction rénale, celui-ci est d'autant plus important que lorsqu'il s'agit d'un rein unique anatomiquement ou fonctionnellement. Ainsi au cours de notre série ou les atteintes étaient unilatérales toujours et où il n'y avait pas d'atteinte sur rein unique, aucune altération de la fonction rénale n'a été retrouvée. MOUH MOUHet [13] dans sa série avait trouvé une fréquence de 22 % d'insuffisance rénale à cause de la bilatéralité du SJPU. L'étude cyto bactériologique permet d'isoler les germes en cas d'infection urinaire associée [2].

L'échographie est l'examen de première intention devant une symptomatologie de la fosse lombaire elle avait été utilisée dans 100%. Le diagnostic était posé à l'échographie dans 50% cas dans la série de DIARRA [4]. L'échographie

peut également permettre d'objectiver un obstacle tel qu'une lithiase au niveau des voies urinaires.

L'UIV a perdu de son importance dans le diagnostic du SJPU depuis l'avènement du scanner. Actuellement l'uro-TDM est l'examen d'imagerie de choix dans le diagnostic du SJPU l'appréciation du parenchyme rénal; cependant il est parfois difficile de faire la part des choses entre une hydronéphrose et un kyste rénal [8].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) apporte un plus par rapport au scanner en permettant de mieux définir les rapports anatomiques au niveau des coupes sagittales. [11].

Le syndrome de jonction pyélo-urétéral peut être traité chirurgicalement par plusieurs techniques différentes. Les procédés utilisés regroupent la pyéloplastie à ciel ouvert décrite par Anderson-Hynes et revue par Küss, les techniques endoscopique et plus récemment la coelioscopie [12].

L'insuffisance de plateau technique nous a contraints à pratiquer la chirurgie à « ciel ouvert ». Nous avons réalisés la résection-anastomose de la jonction pyélo-urétérale de KÜSS-ANDERSON-HYNES. Cette technique est reconnue comme étant la référence et la plus efficace [12]. En plus de cette technique, TANCHOUX

[14] avait pratiqué la laparoscopie dans 91% des cas.

Autrefois le diagnostic du SJPU imposait une néphrectomie dans notre contexte, du fait du fait généralement d'un retard de consultation. La plus part des patients se présentant avec un parenchyme rénal laminé ; cependant la tendance actuelle est de réaliser une pyélotomie endoscopique avec montée de la sonde JJ [2]. Dans certaines situations la réalisation d'une néphrotomie première est nécessaire [6]. Cette néphrotomie doit être au mieux écho-guidée pour minimiser le risque de survenue des complications [3]. L'intérêt de la néphrotomie est double : elle permet non seulement l'évacuation des urines mais aussi d'apprécier une fonction rénale résiduelle [10].

Sous traitement l'évolution est le plus souvent favorable et le décès pour SJPU est très rare. Ainsi aucun décès n'a été noté dans l'étude durant les 19 mois dernières années. Des complications sont possibles surtout dans nos régions où le diagnostic est très souvent tardif. Ces complications sont rares mais gravissimes. Il peut s'agir d'une infection, d'une hématurie (2), une pyo néphrose (1), voire une insuffisance rénale obstructive (9).

CONCLUSION :

Les techniques endoscopiques, potentiellement moins invasives, sont

de plus en plus souvent utilisées. Toutefois, la chirurgie à ciel ouvert, qui procure une meilleure analyse des lésions causales, permet de régler les cas complexes en particulier les problèmes posés par les échecs du traitement endoscopique.

REFERENCES

- 1- Barreto.H, Doublet Jd, PeraldiMn, Gattegno B, Thibault Ph. Chirurgie rénale par lomboscopie: expérience initiale. *prog urol*, 1995 ; 5 : 384-389.
- 2- Sampaio FJ. Vascular anatomy at the ureteropelvic junction. *UrolClin North Am*, 1998:251-258.
- 3- Langman J. Appareil urogénital. Abrégé : Embryologie médicale. Editions, Masson, Paris, 1984. pp 261-273.
- 4-Adama Alou Diarra. Syndrome de jonction pyélo-urétrale au service d'urologie de l'hôpital du point G . These,méd, Bamako, 2006,n178:101-106
- 5- Clark WR, Malek RS. Ureteropelvic junction obstruction. I. Observations on the classic type in adults. *J Urol* 1987;138(2):276-9.
- 6- Viville CH, Fournier R. L'hydronéphrose par syndrome de la J.P.U chez l'adulte. *J. Urol. Néphro*, 1977 ; 10-11 :763-76
- 7- Bauer SB. Anomalies of the kidney and ureteropelvic junction. In

Walsh, PC Retik AB, Vaughan Ed Jr, et al (eds): Campbell's Urology. ed 7. Philadelphia, WB Saunders, 1998:1739-1755.

8- Galifer RB, Veyrac C, Faurous P. Congenital anomalies of the pyeloureteral junction in children. Multicenter study of 985 cases in 883 children. Ann Pediatr (Paris) 1988 ;35(1):31-39.

9- Kouranloo J, Ghorobi J, Rouzrokh M, Mohkam M and Amirfyze M. Uretero Pelvic Junction Obstruction in the Newborn. ActaMedicaIranica 2006;44(2):140-144.10 - Blyth. B, Snyder. HM, Duchett JW. Antenatal diagnosis and subsequent management of hydronephrosis. J. urol 1993 , 149, 693-698. Syndrome de jonction pyélourétérale chez l'enfant

11 Lopez C, A'CH S, Veyrac C, Morin D, Averous M. Le pédicule polaire inférieur dans une série de 84 syndromes de la jonction pyélo-urétérale opérés chez l'enfant. Progrès en Urologie 2000,10 :638-643.

12- Balwin DD, Dunbar DD, Wells N. Single center comparison of laparoscopic pyeloplasty, Acucise endopyelotomy and open pyeloplasty. J. endourol. 2003 :155 – 60. Progrès en Urologie 2000 : 638-643. J. endourol. 2003 ;17; 155 – 60.

13-Mouh Mouh L. Le syndrome de la jonction pyélo-urétérale chez l'enfant (A propos de

26 cas). Thèse, med, Rabat, 2010 N 20.

14-Tanchoux C. Syndrome de la jonction pyélo-urétérale chez l'adulte 110 malades, 2014 N 80 Faculté de médecine de TOURS.

FIGURES

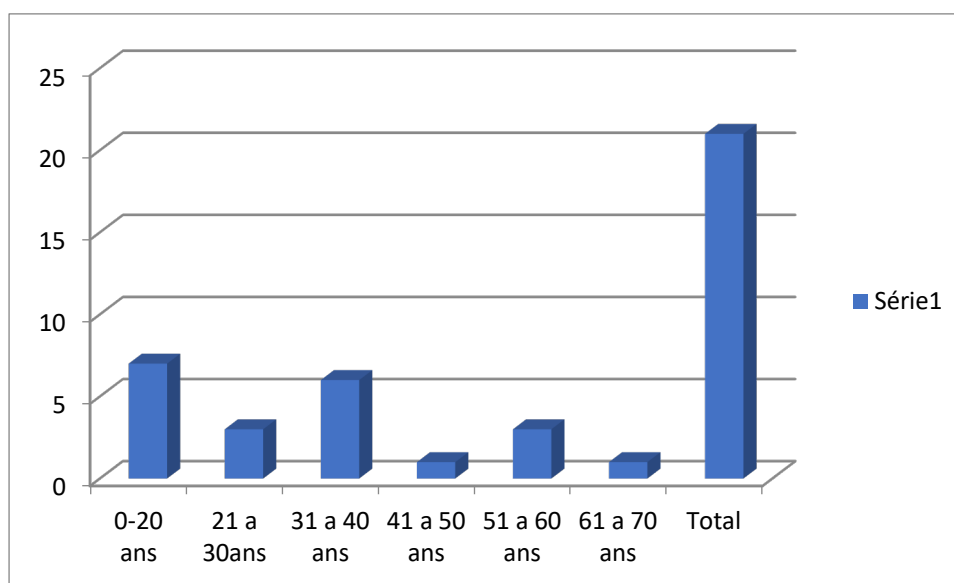


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de la tranche l'âge.

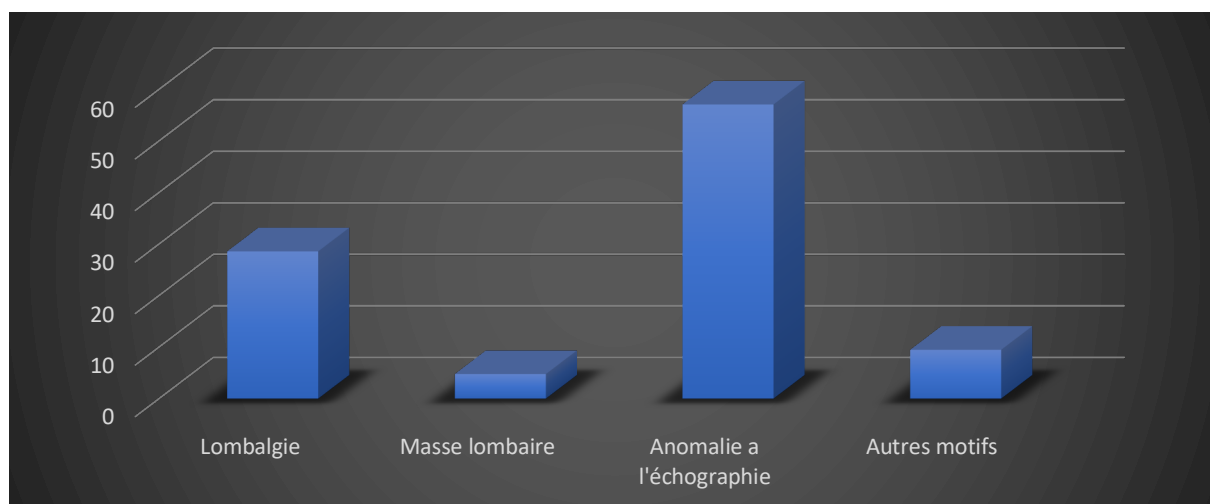


Figure 2 : repartition selon le motif de consultation.

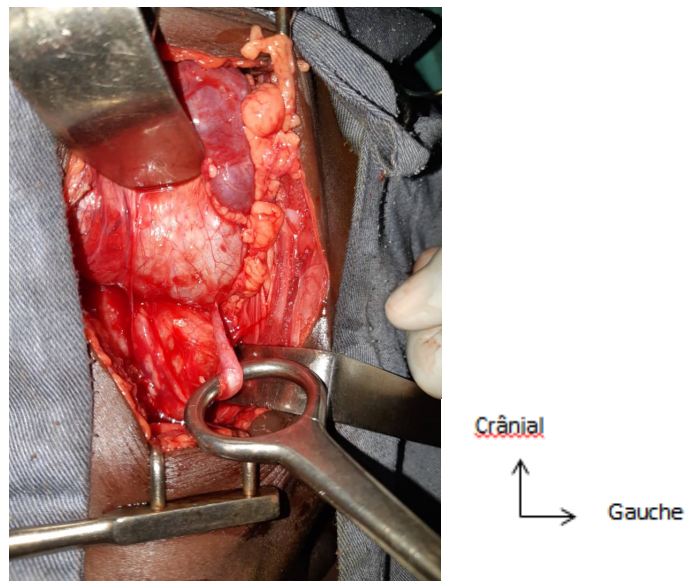


Figure 3 : Exposition de la jonction pyelouretrale.

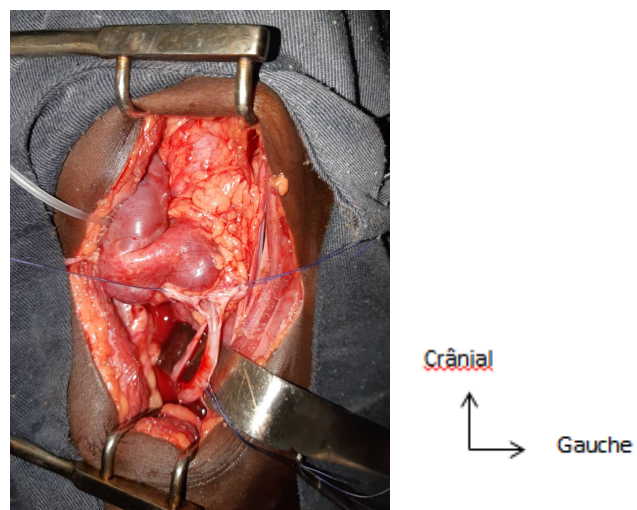


Figure 4 : Début de la section de la jonction pyelouretrale.