



ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 19, N° 1 - ANNEE: 2019

ISSN : 1815 - 4433 - www.annaesumng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 19, NUMERO 1, ANNEE: 2019

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. SENGA (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 Nguabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Nguabi
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-mail : annales-umng@yahoo.fr

- 1** **Prise en charge des patients gouteux avec comorbidités : à propos de 75 cas suivis au CHU de Brazzaville (Congo)**
LAMINI N'SOUNDHAT N.E., OMBOUMAHOU-BAKALE F., SALEMO A. P., NKOUALA-KIDEDE D.C., MOUTOLA-LATOU E. J., AKOLI EKOYA, ANGALLA R. NTSIBA H.,
- 8** **Évaluation des résultats de la chirurgie de la cataracte au CHU de Brazzaville**
NGANGA NGABOU C. G. F., MAKITA C., ONKA VISSIMY., GOMBE EYISSA., ALANDZOBO F., MESSE AMBIA KOULIMAYA R.
- 16** **Évaluation de la concentration plasmatique de l'IL7 au cours de l'infection à HPY chez les femmes ayant le cancer du col de l'utérus au Congo**
LOUBANOU TCHIBINDA F. G., BOUMBA L. M. A., EBATETOU-ATABOHO E., LOUBANO-VOUMBI G., THOUASSA A. J.C., MOUKASSA D.
- 23** **Ischémie aiguë du membre inférieur compliquant une dissection de l'aorte abdominale.**
IKAMA S.M, MAKANI J, MOYIKOUA R, LI ONDZE-KAFATA, ELLENGA-MBOLLA B.F., LAMINI NSOUNDHAT, GOMBET T.R., KIMBALLY-KAKY S.G.
- 31** **Profil épidémiologique, clinique et étiologique des patients suivis pour exacerbation d'asthme**
R.G. BOPAKA, E.P.L. BEMBA, F.H. OKEMBA OKOMBI, K.B. OSSALE ABACKA, P.P. KOUMEKA, W. EL KHATTABI, H. AFIF.
- 46** **La lithiase rénale au CHU de Brazzaville aspects métaboliques et nutritionnels**
LOUMINGOU R., EYENI T., GASSONGO-KOUMOU G.

ISSN : 1815 - 4433

- 56 Histopathologie de l'oropharynx au cours de l'infection à VIH**
NGOUBONI G.C., ALOUMBA A.G., OTOUANA NDZON H.B., TSIERIE-TSOBA A., ITIERE ODZILI F.A., PEKO J.F., ONDZOTTO G.
- 67 Kyste de la vallecule de découverte fortuite : à propos d'un cas**
MOYIKOUA R.F., NGOUBONI G.C., OTOUANA NDZON H.B., ITIERE ODZILI F.A., MAKOSSO E., ONDZOTTO G.
- 74 Maladies vibratoires chez les casseurs de pierres à la carrière de Kombe Brazzaville-Congo**
MAOUENE M., WATHA-NDOUDY.N., BOUHIKA E.J., MBEMBA F
- 85 Mortalité liée aux hépatites virales B et C dans le service de gastro-entérologie et médecine interne du CHU de Brazzaville**
AHOUI APENDI C, MIMIESSE MONAMOU J, MONGO-ONKOUO A, ITOUA-NGAPORO N, NGAMI R, NGALESSAMI MOUAKOSSO M, ADOUA S, DEBY GASSAYE, ATIPO IBARA B, IBARA J-R.
- 94 Tumeur carcinoïde du Caecum au cours d'une neurofibromatose de type 1**
LENGA LOUMINGOU I.A., PEKO J.F.:
NSONDE MALANDA J.
- 98 Impétigo à pyocyanique chez un nourrisson infecté par le VIH**
ONTSIRA E. N., LENGA LOUMINGOU I.A.



ISCHEMIE AIGUË DU MEMBRE INFÉRIEUR COMPLICANT UNE DISSECTION DE L'AOORTE ABDOMINALE.

ACUTE ISCHAEMIA OF LOWER LIMB COMPLICATING AN ABDOMINAL AORTIC DISSECTION.

*IKAMA S.M^A, MAKANI J^A, MOYIKOUA R^B, LI ONDZE-KAFATA^A,
ELLENGA-MBOLLA B.F.^A, LAMINI NSOUNDHAT^C, GOMBET T.R.^D,
KIMBALLY-KAKY S.G.^A*

^a Service de Cardiologie et médecine interne, CHU de Brazzaville

^b Service de Radiologie, CHU de Brazzaville

^c Service de Rhumatologie, CHU de Brazzaville

*^d Service des Urgences, CHU de Brazzaville
République du Congo*

E-mail : stephane.mikama@gmail.com

RESUME

La place de la pathologie artérielle périphérique est sous-estimée car peu diagnostiquée, peu traitée, et souvent peu connue de la communauté médicale. Ceci l'est encore plus en Afrique Subsaharienne du fait de l'insuffisance ou de l'absence des moyens de prise en charge. Nous rapportons l'observation d'un patient de 53 ans, hypertendu et tabagique à 40 paquet-année, présentant une douleur du membre inférieur droit avec notion de claudication intermittente. L'examen clinique a objectivé des signes d'ischémie aiguë sur le pied droit. Les examens complémentaires (écho-doppler vasculaire et angio-scanner) ont confirmé le diagnostic par la mise en évidence d'une dissection de l'aorte abdominale avec thrombose partielle de la fausse lumière s'étendant jusqu'à la bifurcation iliaque. Un traitement médical à base d'héparine de bas poids moléculaire, d'antiagrégants plaquettaires (aspirine + clopidogrel), et de statine est institué. L'évolution hospitalière, en l'absence de possibilités de revascularisation chirurgicale ou endovasculaire, s'est faite vers l'aggravation des lésions, et le patient, sorti contre avis médical, a été perdu de vue. La thrombose partielle de la fausse lumière, comparée à la thrombose complète ou à l'absence de thrombose, a un mauvais pronostic avec un taux de mortalité plus élevé en post-hospitalisation. La prise en charge efficace de cette entité pathologique, reposant sur les techniques de revascularisation chirurgicale ou endovasculaire qui en ont amélioré le pronostic, reste difficile dans notre contexte en raison de l'insuffisance du plateau technique.

***Mots-clés :** dissection aortique, thrombose, fausse lumière, Congo*

ABSTRACT

The place of peripheral arterial pathology is underestimated because little diagnosed, little treated, and often little known of the medical community. This is even more in Sub-Saharan Africa because of insufficiency or of the absence of the means of assumption of responsibility. We report the observation of patient a 53 year old, hypertensive and 40 pack year smoking history, presenting a pain of the right lower limb with concept of intermittent limping. The clinical examination objectified signs of acute ischaemia on the right lower extremity. The complementary examinations (vascular ultrasound and CT-angiography) confirmed the diagnosis by the description of a dissection of the abdominal aorta with thrombosis partial of the false lumen extending to the iliac junction. A medical care containing heparin of low molecular weight, of antiagregants plate (aspirine + clopidogrel), and of statine is instituted. The hospital evolution, in the absence of possibilities of surgical or endovascular revascularization, was done towards the aggravation of the lesions, and the patient, left against medical opinion, was lost sight of the fact. Partial thrombosis of the false lumen, compared with complete thrombosis or a patent false lumen, has a bad prognosis with a higher mortality rate in post-hospitalization. The management of this pathologic entity, with surgical or endovascular revascularization which improved the prognosis, remains difficult in our context.

Key words: aortic dissection, thrombosis, false lumen, Congo.

INTRODUCTION

La place de la pathologie artérielle périphérique est sous-estimée car peu diagnostiquée, peu traitée, et souvent peu connue de la communauté médicale [1]. Ceci l'est encore plus en Afrique Subsaharienne du fait de l'insuffisance ou de l'absence des moyens de prise en charge. Nous rapportons un cas d'ischémie aiguë du membre inférieur compliquant une dissection de l'aorte abdominale.

OBSERVATION

Un homme âgé de 53 ans avait consulté pour des douleurs siégeant initialement au niveau de la fesse et de la hanche droites, puis s'étendant progressivement au membre inférieur avec notion de claudication intermittente, le tout précédé par un épisode de douleur abdominale, sans fièvre, ni diarrhée ou vomissements. Ces douleurs, évoluant depuis plus de 20 jours, ont justifié une hospitalisation dans le service de rhumatologie, où le patient a été traité par des antalgiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Devant la persistance de la symptomatologie, et l'apparition d'une macule hyperchromique à la face antérieure du 1/3 moyen de la jambe droite, avec troubles de la sensibilité sans troubles de la motricité, refroidissement, et diminution des pouls (fémoraux, poplité, tibial antérieur et pédieux droits), le diagnostic d'ischémie aiguë de membre a été évoqué, et le patient transféré en cardiologie.

Ce patient, sans antécédent de dissection de l'aorte abdominale connue avec évolution anévrismale, est un tabagique à 40 paquet-année, et hypertendu depuis 14 ans. Il est traité par amlodipine 5 mg et une association IEC-diurétique 20/12,5.

A l'examen clinique, la température corporelle était normale; il pesait 65 kg pour une taille de 1,70 m (soit un IMC = 22,5 kg/m²). La pression artérielle était de 165/100 mmHg, symétrique, la fréquence

cardiaque régulière à 76 bpm, la fréquence respiratoire de 18 cycles/mn. Les pouls fémoral, poplité, tibial antérieur et pédieux étaient nettement diminués à droite. On notait par ailleurs, un refroidissement des extrémités et des troubles de la sensibilité à type d'hypoesthésie sur le membre inférieur droit, sans troubles de la motricité.

L'électrocardiogramme (ECG) s'inscrivait en rythme sinusal, et objectivait une hypertrophie ventriculaire gauche, sans signe d'ischémie ni de nécrose myocardique.

L'hémogramme est normal, ainsi que la fonction rénale et le profil lipidique.

L'échographie-Doppler des artères des membres inférieurs avait mis en évidence un aspect d'anévrisme disséquant de l'aorte abdominale (diamètre de l'aorte sous-rénale de 42 mm), avec une diminution significative des flux, étendue de la fémorale commune droite jusqu'à la pédieuse homolatérale, témoignant d'une sub-occlusion proximale (figures 1 et 2).

L'angio-scanner thoraco-abdominal a objectivé une dissection aortique s'étendant de la crosse aortique à la bifurcation aorto-iliaque, avec thrombose du faux chenal, l'axe iliaque controlatéral restant perméable (figure 3).

Ces résultats ont permis de conclure à une dissection aortique de type B, avec thrombose partielle de la fausse lumière, compliquée d'une ischémie aiguë de membre, sans signes apparents d'atteinte rénale ou viscérale. Un traitement médical a été initié, comportant à défaut d'héparine non fractionnée, une héparine de bas poids moléculaire à dose curative (enoxaparine 0,6 ml x 2/j en SC), du clopidogrel 75 mg, de l'acide acétyl salicylique 100 mg, et de l'atorvastatine 20 mg. Un sevrage tabagique a été indiqué.

Le patient a été orienté dans le service de chirurgie polyvalente pour une

prise en charge chirurgicale. Sorti contre avis médical, ce dernier a été perdu de vue.

DISCUSSION

Il s'est agi d'un cas d'ischémie aiguë de membre inférieur, compliquant une dissection de l'aorte abdominale, sans signes apparents de malperfusion rénale ou viscérale, notamment du tronc coeliaque ou de l'artère mésentérique supérieure. La place de la pathologie artérielle périphérique est peu connue, en particulier celle de la pathologie aortique, dont la dissection, complication majeure et grave a une incidence souvent sous-estimée [2]. En effet, l'incidence de la pathologie aortique anévrismale est variable avec l'âge et l'existence ou non des facteurs de risque cardiovasculaires, allant de 2-5% chez l'homme au-delà de 50 ans, à 10% en présence des facteurs de risque [3-4]. Parmi ces facteurs de risque, on peut citer l'hypertension artérielle, le tabagisme, la pathologie vasculaire périphérique, l'accident vasculaire cérébral ischémique, le diabète, et l'histoire familiale d'anévrisme de l'aorte abdominale [5]. En Afrique subsaharienne, cette pathologie est encore relativement rare, avec quelques séries rapportées dans la littérature, rareté pouvant s'expliquer en partie par les difficultés de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Aussi, il a été rapporté une prévalence plus importante de la dissection aortique aiguë de type B chez les sujets de race noire, comparativement aux sujets caucasiens où la localisation thoracique est prédominante [6]. L'ischémie aiguë de membre compliquant une dissection aortique est une complication rare et grave, avec des cas isolés rapportés par différents auteurs [4, 7-9]. Elle est la conséquence, le plus souvent, d'une thrombose de la fausse lumière compliquant une dissection de l'aorte abdominale et/ou thoracique, mais parfois aussi d'une embolie artérielle périphérique, la distinction entre les deux mécanismes étant souvent difficile, en l'absence d'une symptomatologie abdominale ou thoracique évocatrice ou de

signes en rapport avec une dissection aortique [9-10]. Son diagnostic, évoqué devant la survenue d'une douleur aiguë de membre, avec pâleur et refroidissement des extrémités d'un membre inférieur comparativement au membre controlatéral, diminution ou abolition des pouls, est confirmé par l'échographie-Doppler abdominale objectivant une diminution ou une absence du signal Doppler le long des axes artériels [4], mais aussi et surtout par l'angioscanner thoraco-abdominal confirmant l'existence d'une thrombose sur anévrisme disséquant de l'aorte infrarénale. La disponibilité et l'efficacité de cette dernière technique, non seulement dans le diagnostic et le bilan d'extension de la dissection, mais aussi dans l'étude complète du thorax et de l'abdomen, en font un outil idéal pour l'exploration de la pathologie aortique aiguë [11]. Tel est le cas de notre patient, chez qui l'égarement diagnostique n'aurait pu être évité en l'absence de ces outils d'exploration. La thrombose de la fausse lumière, complication grave de la dissection aortique, a une prévalence variable, allant de 33,8% pour une thrombose partielle à 9,5% pour une thrombose complète, avec un pronostic différent [12]. En effet, la thrombose partielle de la fausse lumière, comparée à l'absence de thrombose, constitue un facteur prédictif indépendant de mortalité post-hospitalière chez ces patients [12-13], mais pour certains auteurs [14], le statut de la fausse lumière (thrombose ou non) n'influe pas sur la mortalité à long terme dans la dissection aortique aiguë de type B. Sur le plan thérapeutique, la dissection aortique aiguë de type B non compliquée, relève en général du traitement médical [15]. Dans les formes compliquées, telles que notée chez notre patient, la prise en charge fait intervenir, en plus du traitement médical (antihypertenseurs et anti-thrombotiques), un traitement instrumental (endoprothèse aortique) ou chirurgical (pontage aorto-fémoral, amputation le cas échéant) [4, 10, 16-19]. Pour notre patient, en raison de l'insuffisance du plateau technique, notamment l'absence de

possibilités de revascularisation chirurgicale ou endovasculaire, ce dernier n'a pu bénéficier que d'un traitement médical, puis perdu de vue. L'évolution s'est faite probablement vers le décès en raison de la gravité du tableau clinique, notamment l'association fréquente d'atteinte viscérale ou rénale avec risque accru d'insuffisance rénale aiguë, potentiellement létale. La mortalité au cours de cette pathologie variant entre 20 et 30% respectivement avant et en cours d'hospitalisation [20]. Les techniques de revascularisation (chirurgicale ou endovasculaire), dont le choix repose en plus de la présentation clinique, sur les disponibilités locales et l'expérience des équipes, ont contribué à améliorer le pronostic de cette entité pathologique, chacune d'elles ayant des avantages et des inconvénients en terme de morbi-mortalité post-procédurale [10, 17].

CONCLUSION

L'ischémie aiguë de membre est une complication rare et grave de la dissection aortique. La symptomatologie clinique peut faire égarer le diagnostic, d'où la nécessité de penser à cette connexion entre les symptômes au niveau du membre inférieure et une possible dissection aortique, cette dernière devrait être considérée comme faisant partie intégrante du diagnostic différentiel. Sa prise en charge efficace, reposant sur les techniques de revascularisation chirurgicale ou endovasculaire qui en ont amélioré le pronostic, reste difficile dans notre contexte en raison de l'insuffisance du plateau technique.

Conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES

- 1- Jeffrey WO and Brett AS. Peripheral Artery Disease: Current Insight Into the Disease and Its Diagnosis and Management. *Mayo Clin Proc* 2010; 85 (7) : 678-92.
- 2- Baumann F, Makaloski V, Diehm N. Aortic aneurysms and aortic dissection : epidemiology, pathophysiology and diagnostics. *Internist (Berl)* 2013 ; 54 (5) : 535-42.
- 3- Ma OJ, Mateer J, Blaivas M. *Emergency Ultrasound* McGraw-Hill, New York, USA, 2008.
- 4- Tsung AH, Nickels LC, De Portu G, Flach EF, Stead LG. Aortic dissection and thrombosis diagnosed by emergency ultrasound in patient with leg pain and aparesis. *Case Rep Vasc Med.* 2013;2013:490126. doi: 10.1155/2013/490126.
- 5- Moore CL, Holliday RS, Hwang JQ, Osborne MR. Screening for abdominal aortic aneurysm in asymptomatic at-risk patients using emergency ultrasound. *American Journal of Emergency Medicine* 2008 ; 26 (8) : 883-7.
- 6- Bossone E, Pyeritz RE, O'Gara P, Harris KM, Braverman AC, Pape L, et al. Acute aortic dissection in blacks : insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *Am J Med* 2013 ; 126 (10) : 909-15.
- 7- Lee CH, Chang CH, Tsai YT, Wu CW. Isolated lower limb ischaemia as an unusual presenting symptom of aortic dissection. *Cardiovasc J Afr* 2012 ; 23 (7) : e13-4.
- 8- Marcantonio D, Suri P, Coleman K, Taruna A. Aortic dissection presenting as isolated lower leg ischemia. *J Emerg Med* 2012 ; 42 (4) : 406-8.
- 9- Liu WP, Chen WK, Ng KC. Aortic dissection presenting as acute lower

extremity ischemia : report of a case . Yale J Biol Med 2002 ; 75 (4) : 211-4.

10- Gargiulo M, Massoni CB, Gallitto E, Freyrie A, Trimarchi S, Faggioli G, et al. Lower limb malperfusion in type B aortic dissection: a systematic review. Ann Cardiothorac Surg 2014; 3 (4) : 351-67

11- El Hajjam M, Sablayrolle J, Qanadli S, Lacombe P. Tomodensitométrie hélicoïdale et dissections aortiques. Réanimation 2013 ; 11 (2) : 125-31.

12- Tsai TT, Evangelista A, Nienaber CA, Myrmel T, Meinhardt G, Cooper JV, et al. Partial thrombosis of the false lumen in patients with acute type B aortic dissection. N Engl J Med 2007 ; 357 (4) : 349-59.

13- Akutsu K, Nejima J, Kiuchi K, Sasaki K, Ochi M, Tanaka K, et al. Effects of the patent false lumen on the long-term outcome of type B acute aortic dissection. Eur J Cardiothorac Surg 2004 ; 26 (2) : 359-66.

14- Tanaka A, Sakakibara M, Ishii H, Hayashida R, Jinno Y, Okuruma S, et al. Influence of the false lumen status on clinical outcomes in patients with acute type B aortic dissection. J Vasc Surg 2014 ; 59 (2) : 321-6.

15- Van Bogerijen GH, Tolenaar JL, Rampoldi V, Moll FL, van Herwaarden JA, Jonker FH, et al. Predictors of aortic growth in uncomplicated type B aortic dissection. J Vasc Surg 2014 ; 59 (4) : 1134-43.

16- Ohana M, Labani A, Georg Y, Jeung MY, Thaveau F, Schwein A, et al. Pre- and postoperative imaging of type B aortic dissection. J Mal Vasc 2016 ; 41 (4) : 260-71.

17- Khoyneshad A, Rao R, Trento A, Gewertz B. Management of acute type B aortic dissections and acute limb ischemia. J Cardiovasc Surg (Torino) 2011; 52 (4) : 507-17.

18- Wiedemann D, Ehrlich M, Amabile P, Lovato L, Rousseau H, Evangelista-Masip A, et al. Emergency endovascular stent grafting in acute complicated type B dissection. J Vasc Surg 2014 ; 60 (5) :1204-8.

19- Jawadi N, Bisdas T, Torsello G, Stavroulakis K, Donas KP. Endovascular treatment of isolated abdominal aortic dissections : long-term results. J Endovasc Ther 2014 ; 21 (2) : 324-8.

20- Karthikesalingam A, Holt PJ, Hinchliffe RJ, Thompson MM, Loftus IM. The diagnosis and management of aortic dissection. Vasc Endovascular Surg 2010 ; 44 (3) : 165-9.

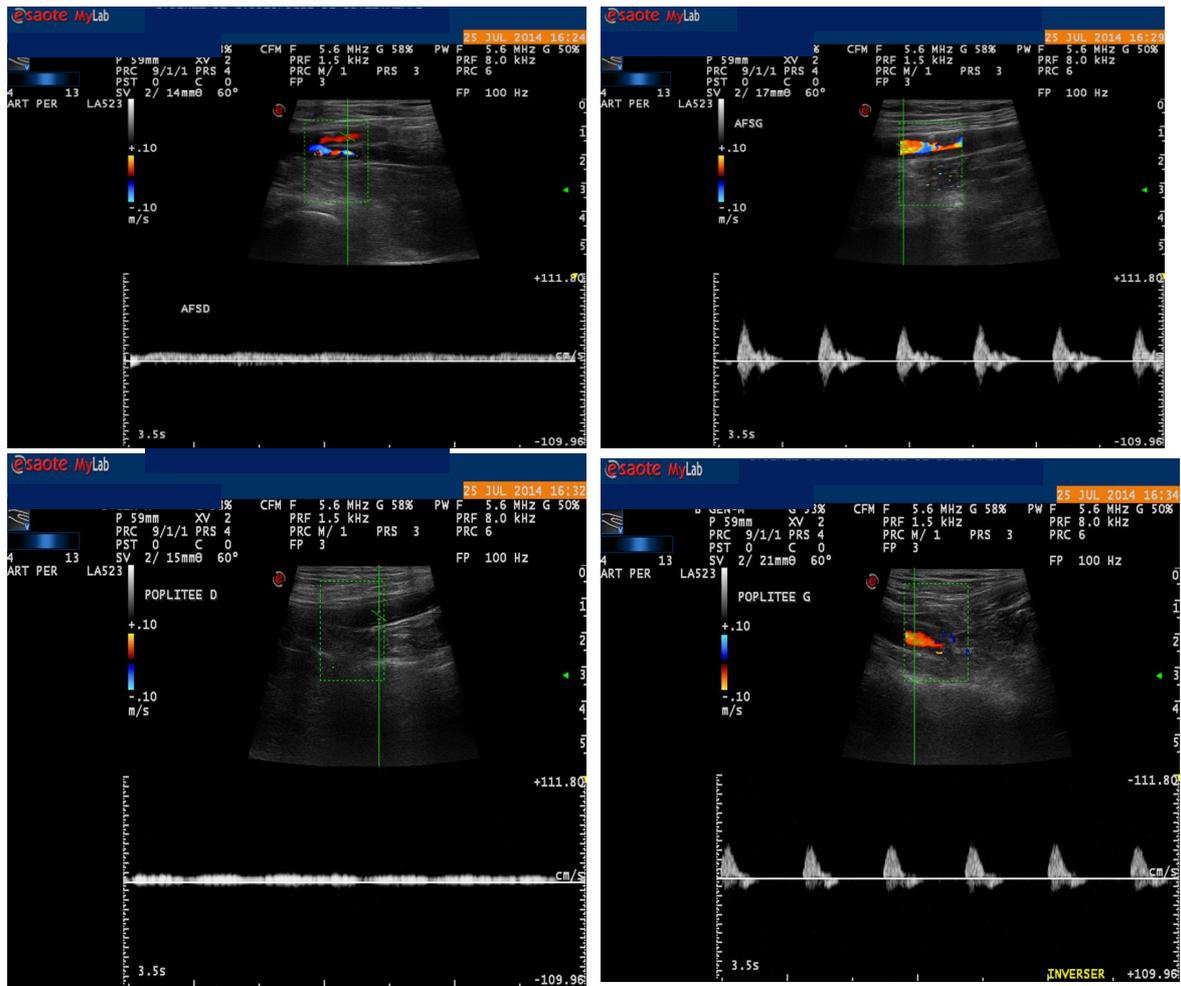


Figure 1: Doppler des MI, objectivant des flux très amortis sur les artères fémorale superficielle et poplitée droites, comparativement avec le côté gauche.

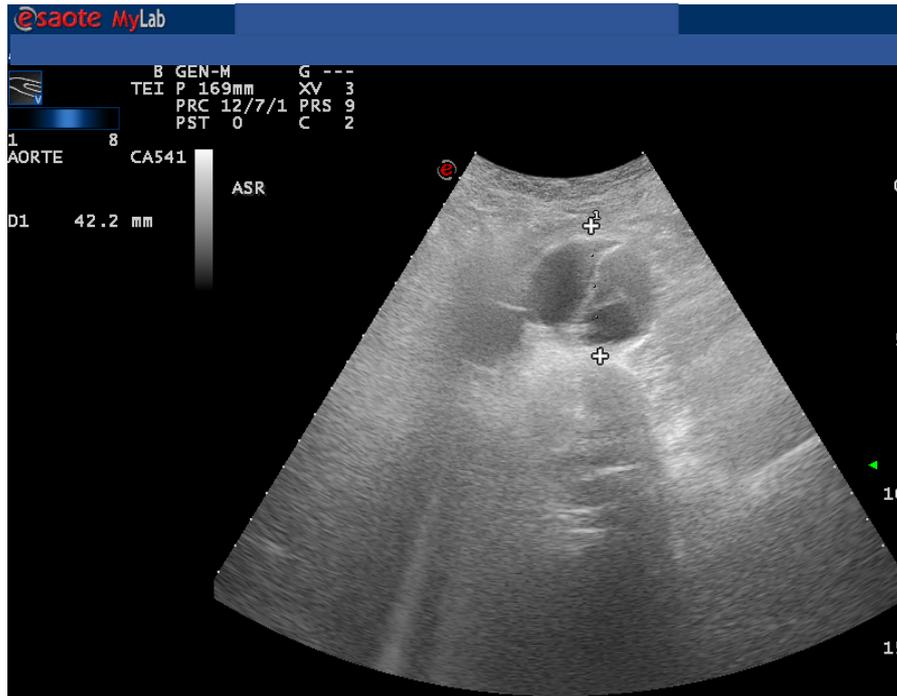


Figure 2 :