



ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Sciences de la santé

VOL. 18 – N° 2 – ANNEE 2018

ISSN : 1815 – 4433

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'ARTHRITES 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
ALOB A K, MOTOULA LATOU HD, SOUNGA
BANDZOUZI EP, DIATEWA J, ELLENGA-MBOLLA BF*



DEUX NOUVEAUX CAS D'AINHUM

LENGA-LOUMINGOU I.A, LOUMINGOU J.R**, NTSIBA H****

**Maître assistant, Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Ngouabi*

**Service de Dermatologie C.H.U. de Brazzaville*

***Service de Néphrologie C.H.U. de Brazzaville*

****Service de rhumatologie C.H.U. de Brazzaville*

Email : idalengaloumingou@gmail.com

RESUME

L'Ainhum est une pathologie caractérisée par une striction digitale de cause inconnue. Les auteurs rapportent deux cas d'Ainhum associés à une hypertension artérielle.

Il s'agissait d'un homme et d'une femme adultes négro-africains qui présentaient un Ainhum des gros orteils rapidement évolutifs dans un contexte d'hypertension artérielle ancienne, mal équilibrée.

L'hypertension artérielle pourrait être un cofacteur étiopathogénique ou un facteur aggravant dans l'Ainhum.

Mots-clés: *Ainhum; hypertension artérielle; évolution rapide; microcirculation*

INTRODUCTION

L'Ainhum est un état pathologique caractérisé par une constriction d'une base digitale. Il touche préférentiellement les sujets de race noire son étiopathogénie est inconnue [1].

Le traitement de l'Ainhum est symptomatique et délabrant [2, 3].

De nombreux facteurs étiopathogéniques sont associés à l'Ainhum; les traumatismes, l'hérédité, les infections et les maladies vasculaires [4].

Les pathologies vasculaires associées à l'Ainhum sont diverses: certains phénomènes d'hypersensibilité, des pathologies malformatives ou héréditaires, la drépanocytose [3,4].

Les auteurs rapportent deux cas d'Ainhum associés à une hypertension artérielle (HTA).

OBJECTIFS

- Rapporter une pathologie rare.
- Suggérer un lien avec l'hypertension artérielle.

OBSERVATION 1

Il s'agissait d'une patiente de 57 ans qui avait consulté pour une déformation de la base du cinquième orteil gauche.

Le début de la symptomatologie remonterait à 5 mois par l'apparition spontanée d'une bande constrictive, évolutive de la base du 5^e orteil gauche associée à des douleurs pulsatiles, nocturnes.

Il n'y avait pas de claudication interminente ni d'œdème des membres inférieurs.

Dans les antécédents on notait une hypertension artérielle ancienne non équilibrée traitée par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensinogène. Il n'y avait pas de notion de tabagisme ni de drépanocytose. La patiente était ménopausée depuis l'âge de quarante neuf ans. Elle avait eu trois gestations et trois parités.

A l'examen, la patiente était en bon état général apyrétique, bien colorée, la pression artérielle était à 16/10 mm/Hg.

Il y avait une obésité à prédominance abdominale: indice de masse corporelle était égale à 32 Kg/m², le périmètre abdominal était égal à 118 cm.

L'examen du pied gauche montrait une bande constrictive, circonférentielle et scléreuse de la base du cinquième orteil gauche avec tuméfaction en amont et en aval de la bande. Les poulx pédieux étaient bien perçus, le taux de

saturation de l'orteil en oxygène était de 58%. Il n'y avait pas d'hyperleucocytose ni d'anémie la c réactive protein était négative, la glycémie était à 1,02 g/l, le cholestérol total était à 2,85 g/l, HDL à 1,50 g/l et LDL à 1,35 g/l.

La créatininémie était à 12,4 mg/ml, la protéinurie négative, les facteurs anti-nucléaires inférieurs à 80, les anti-phospholipides négatifs, la sérologie rétrovirale négative, le fond d'œil normal, l'Echodoppler artériel et veineux des membres inférieurs était normal. La radiographie du pied objectivait une ostéolyse de la première phalange du cinquième orteil gauche.

Le traitement avait consisté en une amputation de l'orteil.

OBSERVATION 2

Un homme de 47 ans avait consulté pour une déformation douloureuse du 5^e orteil gauche évoluant depuis 4 mois.

L'anamnèse révèle des douleurs insomniantes lancinantes paroxystique à prédominance nocturne. Le patient n'a pas antécédents particuliers. Il est en bon état général. La pression artérielle est à 18/10 mm/Hg. L'examen du pied gauche montre une constriction de la base du 5^e orteil gauche. Il n'a pas d'hyperleucocytose, la glycémie est à 0,90 g/l, la créatininémie à 14 g/l, la protéinurie des 24 heures négative, les facteurs antinucléaires négatifs, la sérologie rétrovirale négative, le cholestérol total était à 2,30 g/l, LDL = 1,28 g/l, HDL= 1,02 g/l.

L'échographie cardiaque montre une hypotrophie ventriculaire gauche, le fond d'œil une rétinopathie hypertensive. La radiographie du pied gauche montre une ostéolyse de l'extrémité supérieure de la deuxième phalange et de la partie inférieure de la première phalange (photo 2).

Le traitement est une amputation de l'orteil.

DISCUSSION

L'Ainhum ou Dactylolysis spontanée est une pathologie rare [5, 6], décrite par DA SILVA LIMA au Brésil en 1867, il touche les adultes dont l'âge varie de 30 à 50 ans [3].

Il est décrit chez des sujets de race noire sans prédominance de sexe, d'exceptionnels cas indiens et Sud-Américains ont été rapportés [7,8].

L'Ainhum se localise préférentiellement au niveau du 5^e orteil mais des atteintes digitales

parfois multiples ont été rapportées au niveau des pieds et des mains [9,10].

Des douleurs de type vasculaires ont été retrouvées, elles suggèrent l'atteinte artériolaire [4,11].

L'évolution de l'Ainhum est très lente. Certains auteurs rapportent une durée d'évolution de 5 à 10 ans en quatre phases [3,8]. Dans nos observations, l'évolution était rapide, les patients ont été reçus en dernière phase.

Le rôle des microtraumatismes est incriminé dans la littérature [12], nos patients n'en avaient pas rapportés.

L'étiopathogénie de l'Ainhum n'a pas encore été élucidée, d'hypothétiques facteurs ont été suggérés: Les vascularités lupiques et sclérodermiformes [14], les infections bactériennes et mycosiques les traumatisées, les anomalies vasculaires tels les angiodyplasies (3, 4, 10).

L'hypertension artérielle est une élévation permanente de la pression artérielle. L'HTA entraîne des changements vasculaires structuraux qui occasionnent des dommages au niveau des organes cibles par altérations macro et microcirculatoires. Sur le plan anatomie clinique on observe; une rigidité des grosses artères, une augmentation des résistances périphériques, une diminution du calibre des vaisseaux et parfois une fermeture totale des capillaires (13). Les troubles microcirculatoires ont pour conséquence une hypoperfusion et une ischémie. Dans certains cas d'Ainhum associées à des angiodyplasies les signes d'ischémie étaient en rapport avec l'hypoperfusion et les douleurs de type artérielle étaient rapportées (4). Les anomalies capillaires n'expliquent pas l'existence de la bande de striction qui s'apparente au syndrome du tourniquet (14, 15). Le mécanisme de l'Ainhum pourrait résulter de l'association des anomalies vasculaires et d'autres cofacteurs.

Dans nos observations, l'hypertension artérielle est ancienne, déséquilibrée dans la première observation, méconnue et aux stades de complications dans la seconde observation. Elle peut être à l'origine de l'évolution rapide de l'Ainhum vers le stade terminal.

Aucun traitement proposé jusqu'à ce jour n'a fait preuve d'efficacité (Angioplastie, corticostéroïdes intralésionnels...) [2], l'amputation était la seule alternative dans les 2 cas.

CONCLUSION

L'hypertension artérielle pourrait avoir un impact sur le déclenchement ou l'évolution de l'Ainhum. Il semble licite de rechercher des facteurs de risque vasculaire dans l'Ainhum.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Prabhu R, Kannan N.-É., Vinoth S, Praveen CB. **Ainhum** - Un rapport de cas rare. *J Clin Diagn Res* . 2016 avril ; 10 (4) : PD17-8.
- 2- Barve DJ, Gupta A. **Ainhum** : un diagnostic **localisé**. *Indian J Surg* . 2015 décembre 77 (Suppl 3) : 1411-2.
- 3- Kitembo Ferruzzi Maruis¹, Sangwa Milindi Cedrick¹, Kakinga Zabibu Mireille², Mutomb Jean Felix¹. Maladie d'Ainhum (Dactylolysis spontanée) : à propos d'un cas clinique *The Pan African Medical Journal*. 2014 ; 19 :60.
- 4- Morand JJ, Lightburn E. Ainhum et pseudo Ainhum : panorama clinique et hypothèse étiopathogénique. *Med. Trop.* 2002, 62, 166-170.
- 5- Sousa I, Fernandes A, Távora I. **Ainhum** ou **Dactylolyse** Spontanea: un orteil manquant. *Port d'Acta Med*. 2016 Jan ; 29 (1) : 79.
- 6- Olivieri I, Piccirillo A, Scarano E, Ricciuti F, Padula A, Molfese V. Dactylolysis spontanea or Ainhum involving the big toe. *J Rheumatol*. 2005 Déc. 32(12):2437-9.
- 7- Forest R, C Benson, Waseem M, Gold M, Rose Y. **Ainhum** menant à l'amputation du cinquième chiffre. *J Emerg Med* . 2015 février ; 48 (2) : 209-10.
- 8- Shtofmakher G, MA Kaufman, R Cohen, Glockenberg A. Autoamputation du cinquième chiffre: **ainhum** (dactylolyse spontanée). *BMJ Case Rep* . 2014 20 mai 2014. Pii : bcr2014205021.
- 9- De Araujo DB, Lima SM, Giorgi RD, Chahade WH. Ainhum (Dactylolysis spontanea): a case with hands and feet involvement. *J Clin Rheumatol*. 2013 Aug. 19 (5) :277-9.

-
- 10- Priya B, Suganthi RR, Manimegalai M, Krishnaveni A. Familial Ainhum: a case report of multiple toe involvement in a father and son, staging of Ainhum with insight into different types of constricting bands. *Indian J Dermatol*. 2015 Jan-Feb. 60 (1):106.
- 11- Jemmott T, Foster AV, Edmonds ME. An unusual cause of ulceration: Ainhum (Dactylolysis spontanea). *Int Wound J*. 2007 Sep. 4(3) :251-4.
- 12- Koudoukpo C, Bourrat E, Rausky J, Yédomon H, Bagot M, Blanchet-Bardon C, Petit A. **Ainhum** et "kératodermie acrale africaine": trois cas. *Ann Dermatol Venereol* . 2015 Mars ; 142 (3) : 170-5.
- 13- Levy BI. Altération de la microcirculation et hypertension ; Causes ou conséquences. *STV* 2007 ; 19, n1 ; 9 : 16.
- 14- Vicaut E. Hypertension and microcirculation, *Arch, Mal Cœur, Vaiss* : 2003 ; 96 : 893 903.
- 15- Rahul SK, Behera S, Psuman Mohapatam S. Syndrome du Garot : *Med JDY patil univ* 2017 ; 10 : 79-81.

ICONOGRAPHIES



Ostéolyse phalangienne du 5^{ème} orteil.



Ainhum du 5^{ème} orteil.

Conflits d'intérêts: aucun