

<https://infectiology.jaccrafrica.com>

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

Jaccr Infectiology

ISSN 2712-6412

<https://infectiology.jaccrafrica.com>

Volume 3, Numéro 1 (Janvier, Février, Mars 2021)



Jaccr Infectiology ISSN 2712-6412 est une revue de Jaccr Africa qui est spécialisée dans les Maladies Infectieuses Tropicales en Afrique .

La revue est trimestrielle en parution en ligne. Le délai entre la soumission et la décision finale (Acceptation ou Rejet) est de 04 semaines en moyenne . Cependant un article accepté est publié en ligne en moyenne dans les deux semaines suivant l'acceptation.

Les maladies infectieuses notamment le Paludisme, le VIH Sida, la Tuberculose, Ebola et récemment Coronavirus, constituent un problème majeur de santé publique en Afrique à travers la mortalité et l'impact sur le développement socio-sanitaire dont sont responsables ces maladies.

Selon l'OMS, on estime à plus de 200 millions le nombre de cas de Paludisme dans le monde, avec plus 400. 000 décès. Environ 90 % des décès imputables à cette maladie transmise par des moustiques se produisent sur le continent notamment en Afrique sub-saharienne, tandis que le reste de la mortalité se répartit entre entre l'Asie du sud-est , l'Amérique du sud , le Pacifique occidental et la Méditerranée orientale.

Jaccr Infectiology voudrait à travers ses publications contribuer à la lutte contre ces maladies dont outre les épidémies, leurs mutations, les nouvelles voies de contamination et la problématique autour des médicaments anti-infectieux sont autant de défis exigeant une formation continue des professionnels de santé fondamentalistes, cliniciens généralistes et spécialistes de tous bords du fait du caractère transversal de ces pathologies pouvant intéresser plusieurs organes.

Vous pouvez soumettre vos manuscrits en Français et en Anglais.

contact: infectiology@jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro

(Trouvez après cette liste l'intégralité de chaque article)

Abcès cervical chez un nourrisson secondaire à la migration d'un corps étranger

MS Ag Med Elmehdi Elansari, S Soumaoro, M Maiga, D Coulibaly, M Konaté, M Diallo, A Samaké, M Keita, MA Keita

La tuberculose, une cause rare de pleurésie durant la grossesse à ne pas méconnaître : Un rapport de cas

A Benjilany, J Kouach

La rétinite à CMV de l'immunocompétent

MK Sidibé, S Bakayoko, GY Rodrigue Romuald ELIEN, A Konikpo, F Sidibé

Laryngite néonatale révélatrice de kyste de l'épiglotte

MS Ag Med Elmehdi Elansari, Lassine Dienta, S Soumaoro, H Sanogo, M Maiga, MA Keita

Pathologies infectieuses en otorhinolaryngologie (ORL) à l'hôpital de district de la commune VI de Bamako. (Mali). Profils sociodémographiques et cliniques

MS Ag Med Elmehdi Elansari, D Coulibaly, S Soumaoro, B Guindo, M Maiga, M Konaté, M Diallo, A Samaké, M Keita, MA Keita

Impact de l'instabilité sociale sur les Infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et les Virus des hépatites B et C. Cas de GAO

MY Dicko, Sanogo D Épouse Sidibe, D Katile, Doumbia K Épouse Samake, Sow H Épouse Coulibaly, MS Tounkara, S Aboubacar, O Malé, A Konate, MT Diarra, MY Maiga

Cas clinique

Abcès cervical chez un nourrisson secondaire à la migration d'un corps étranger

Cervical abscess in an infant secondary to foreign body migration

MS Ag Med Elmehdi Elansari*¹, S Soumaoro², M Maiga¹, D Coulibaly¹, M Konaté¹, M Diallo¹, A Samaké¹,
M Keita¹, MA Keita²

Résumé

Nous rapportons un cas insolite d'un nourrisson âgé de 10 mois, qui nous a consulté pour tuméfaction cervicale rebelle aux multiples traitements. Elle remonte à 5 jours suivi par la pédiatrie sous antibiothérapie et anti-inflammatoire chez qui l'examen a retrouvé une tuméfaction basicervicale ayant un aspect de peau inflammatoire, de consistance dure, douloureuse à la palpation. Le nourrisson ne présentait pas d'amygdalite ni de rhinopharyngite.

Une radiographie cervicale réalisée objectiva un corps étranger de résonance métallique.

Nous avons effectué une cervicotomie exploratrice sous anesthésie générale ayant pu extraire un hameçon. Les suites ont été favorables.

Avec un recul de 03 mois, la patiente se porte bien.

Mots-clés : corps étranger, hameçon, cervicotomie.

Abstract

We report an unusual case of an infant aged 10 months, who consulted us for cervical tumefaction rebellious to multiple treatments. It goes back to 5 days, followed by pediatrics under antibiotic and anti-inflammatory treatment, in whom the examination found a basicervical swelling with an aspect of inflammatory skin, of hard consistency, painful

on palpation. The infant did not have tonsillitis or rhinopharyngitis.

A cervical X-ray was taken, which showed a foreign body with metallic resonance.

We had performed an exploratory cervicotomy under general anaesthesia and were able to extract a hook. The results were favorable

With a hindsight of 03 months, the patient is doing well.

Keywords: foreign body, hook, cervicotomy.

Introduction

L'ingestion d'un corps étranger est un problème que l'on retrouve dans presque toutes les pratiques oto-rhino-laryngologiques. L'une des complications les moins courantes de l'ingestion d'un corps étranger est la pénétration et la migration, qui peuvent entraîner une morbidité grave, voire la mort. [1]. De cette observation nous discutons d'une prise en charge d'un corps étranger métallique type hameçon migratoire des espaces mous du cou chez un nourrisson dans un hôpital de Bamako.

Cas clinique

Nous rapportons un cas insolite d'un nourrisson de sexe féminin âgé de 10 mois, qui nous a consulté pour tuméfaction cervicale rebelle aux multiples traitements. L'histoire clinique remonterait à 5 jours suivi par la pédiatrie sous antibiothérapie et anti-inflammatoire chez qui l'examen physique a retrouvé une tuméfaction basicervicale permanente lors de la déglutition avec un aspect de peau inflammatoire (Figure 1), de consistance dure, douloureuse à la palpation. Le nourrisson ne présentait pas d'amygdalite ni de rhinopharyngite ni de signe de détresse respiratoire. Il n'avait pas d'autres adénopathies. Une radiographie cervicale réalisée objectiva un corps étranger de résonnance métallique (Figure 2). Le diagnostic d'un corps étranger œsophagien ayant migré dans les parties molles du cou a été retenu.

Nous avons effectué une cervicotomie exploratrice sous anesthésie générale ayant pu extraire un hameçon (Figure 3), migrant avec des poches de pus dans les espaces mous du cou. Les suites ont été favorables. Avec un recul de 03 mois, la patiente se porte bien.



Figure 1 : Tuméfaction cervicale



Figure 2 : Image thoracique mettant en évidence l'objet métallique.



Figure 3 : Hameçon extrait par cervicotomie

Discussion

Les corps étrangers (CE) représentent une pathologie fréquemment rencontrée en pratique ORL d'urgence. Ils représentent selon les auteurs en moyenne 11% de l'ensemble des urgences ORL. Ils peuvent survenir à tout âge à partir de l'âge de préhension et surtout chez l'enfant de moins de 6 ans, avec une nette prédominance masculine [2]. Près de 80 % à 90 % des CE ingérés traversent spontanément la filière digestive sans aucun problème, seuls 10 à 20 % nécessitent la réalisation d'une extraction endoscopique et moins de 1 % le recours à une intervention chirurgicale. La mortalité reste faible, inférieure à 1 %. La nature des CE varie avec l'âge. Les enfants ingèrent le plus souvent des pièces de monnaie, des médailles, des épingles, des piles, des crayons, des parties de jouets... [2]. Les adultes ont plus fréquemment des impactions de CE alimentaires (os, arêtes de poisson...) et plus rarement ingèrent accidentellement des dentiers [3]. Les corps étrangers pointus et fins comme les arêtes de poisson doivent être extraits en urgence pour éviter leur migration secondaire. Dans la littérature, des migrations de corps étrangers pharyngoœsophagiens ont été décrites mais dans d'autres régions cervicales telles que la carotide primitive, l'espace prévertébral, la glande sous maxillaire, la glande thyroïde. Ces migrations secondaires peuvent entraîner des complications infectieuses graves à type d'abcès cervical et rétropharyngé, de médiastinite [4]. Dans notre cas, il s'agissait d'une cellulite cervicale. Lorsque le corps étranger est haut situé, dans la cavité buccale ou l'hypopharynx, il peut être vu à

l'examen clinique et l'extraction en est généralement aisée. Lorsqu'il est bas situé dans l'œsophage, la radiographie sans préparation le mettra en évidence s'il est radio-opaque. En cas de corps étranger radiotransparent, l'œsophagoscopie le visualise et permet l'extraction dans le même temps [5]. Les corps étrangers pointus sont fréquemment retrouvés dans le pharynx. Ils sont dans la majorité des cas responsables de perforation du pharynx [6]. La TDM et l'endoscopie sont indispensables au diagnostic et au traitement des perforations œsophagiennes par CE [7].

Dans la littérature deux attitudes thérapeutiques coexistaient. La cervicotomie exploratrice pour le corps étranger pénétrant et l'endoscopie ou voie naturelle pour les autres types de corps étrangers. L'attitude thérapeutique est donc fonction du type du corps étrangers et de son mécanisme [8].

Conclusion

Les corps étrangers restent un motif de consultation fréquent en pratique ORL d'urgence. Les corps étrangers pointus migrent dans les espaces mous du cou. Ils sont dans la majorité des cas responsables de perforation du pharynx. Plusieurs hypothèses diagnostiques peuvent être retenues devant une masse cervicale chez le nourrisson. Si une prise en charge rapide n'est pas effectuée, les conséquences peuvent être dramatiques. Un examen minutieux doit être réalisé.

Contributions des auteurs :

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance :

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari

elansarisaydi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

1 : Hôpital de district de Sogoniko, Bamako, Mali.

2 : CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] KHALID AL-SEBEIH, ; MILOSLAV VALVODA; AMRA SOBEIH, MUTLAQ AL-SIHAN, Perforating and migrating pharyngoesophageal foreign bodies: A series of 5 patients -Ear, Nose & Throat Journal· 2006 ,85 (9) :600-3
- [2] KHAOULA HSSAINE, BTISSAM BELHOUCHE, YOUSSEF ROCHDI et al , Les corps étrangers en ORL: expérience de dix ans ; Pan African Medical Journal. 2015; 21:91.
- [3] HAENNIG A, BOURNET B, JEAN-PIERRE O, BUSCAIL L. Conduite à tenir devant une ingestion de corps étrangers. Hepato Gastro 2011 ; 18 : 249-257
- [4] BTS Vroh, KE Assua, YA Adjé, NH Kouassi, KDC Nawatta, KI Nguessan, KV N'gattia, NB Kacouchia. Migration de corps étranger pharyngé dans la région parotidienne : A propos d'un cas, J. TUN ORL,2020, (44) :69-71
- [5] E. BOKO, B. SONGNE, K. JAMES, l'hameçon : un corps étranger inhabituel et vulnérant de l'hypopharynx, 2000, Med. Trop. 60 : 361-362
- [6] DOUMBIA-SINGARE K, TIMBO S, Keita M, TOGOLA-KONIPO F, AG MOHAMED A, CORPS ETRANGER DU PHARYNX DE DECOUVERTE FORTUITE, 2009 MALI MEDICAL 23(3) :63-67
- [7] P.SOCKEELA-P. MASSOUREB, K. FIXOTA, E.CHATELAINA, C.DE SAINT ROMANA ,C.BREDIN, Perforations de l'œsophage thoracique par corps étranger, 2009, Journal de Chirurgie 146(1) : 40-47
- [8] A GOUETA, YMC GYEBRE, KE BAKYONO, EEM NAO, C BAMBARA, M OUATTARA, K OUOBA, Corps étranger insolite de l'oropharynx : A propos d'un cas, 2020, J. TUN ORL, 44 :72-74

Pour citer cet article

MS Ag Med Elmehdi Elansari, S Soumaoro, M Maiga, D
Coulibaly, M Konaté, M Diallo et al. Abscess cervical chez un
nourrisson secondaire à la migration d'un corps étranger. *Jaccr
Infectiology* 2021; 3(1): 1-4

Cas clinique

La tuberculose, une cause rare de pleurésie durant la grossesse à ne pas méconnaître : un rapport de cas

Tuberculosis, a rare cause of pleurisy in pregnancy that should not be ignored: a case report

A Benjilany, J Kouach

Résumé

La tuberculose est une maladie infectieuse chronique due au *Mycobacterium Tuberculosis*, dont la pleurésie constitue l'un des symptômes de maladie aiguë. Comme son taux de mortalité est élevé (80%) chez la tranche d'âge de 15–49 ans, la pleurésie tuberculeuse constitue un risque particulier pour les femmes en âge de procréer. Le diagnostic de cette entité au cours de la grossesse est souvent difficile, devant la rareté de cette association, et la non-spécificité de ses manifestations, retardant ainsi la mise en route du traitement et augmentant le risque de transmission mère-enfant. A travers notre observation d'un cas rare de pleurésie tuberculeuse découverte au cours de la grossesse chez une femme de 25 ans et une revue de la littérature, nous étudierons les particularités cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques materno-fœtales de cette pathologie.

Mots-clés : Tuberculose, Pleurésie, grossesse, rapport de cas.

Abstract

Tuberculosis is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium Tuberculosis*, which pleurisy is one of its acute illness symptoms. As its mortality rate is high in 15–49 age group (80%), tuberculous pleurisy

poses a particular risk for childbearing age women. Diagnosis of this entity during pregnancy is often difficult, given the rarity of this association, and the non-specificity of its manifestations, thus delaying the start of treatment and increasing the mother-to-child transmission. Through our rare case observation of tuberculous pleurisy discovered during pregnancy in a 25-year-old woman and a literature review, we will study clinical, diagnostic, therapeutic and maternal-fetal prognostic features of this pathology.

Keywords: Tuberculosis, pleurisy, pregnancy, case report.

Introduction

La Tuberculose, les pneumopathies, les embolies pulmonaires et les collagénopathies constituent les principales étiologies des épanchements pleuraux de type exsudat chez la jeune femme. La pleurésie tuberculeuse est fréquente chez les enfants et les adolescents, elle est encore très fréquente au niveau des pays dont l'incidence de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est importante [1]. La morbi-mortalité est élevée chez la tranche d'âge de 15–49 ans (taux de mortalité à 80%), ce

qui constitue un risque particulier chez les femmes en âge de procréer [2].

Cas clinique

Il s'agit de Madame HS âgée de 25 ans, sans antécédents particuliers et sans notion de contagé tuberculeux. C'est une deuxième geste avec 2 enfants issues d'un accouchement d'une grossesse gémellaire par voie basse. La grossesse actuelle est estimée à 41 semaines d'aménorrhées (SA) et 1 jour, suivie dans notre formation à partir de 14 SA, ayant présenté à cet âge gestationnel une gêne respiratoire, une toux sèche évoluant dans un contexte d'asthénie, de fièvre non chiffrée, des sueurs nocturnes, et d'amaigrissement non chiffré. L'examen clinique a trouvé une patiente en assez bon état général, eupnéique à 16 cycles/min avec une SaO₂ à l'air ambiant à 97%, une fréquence cardiaque à 86 bpm avec des chiffres tensionnels à 125/87 mmHg, l'examen pleuro-pulmonaire objective une diminution des vibrations vocales avec une abolition des murmures vésiculaires au niveau de la base pulmonaire droite sans râles associés, l'examen cardiovasculaire s'est avéré normal. Devant le tableau d'épanchement pleural liquidien clinique un avis pneumologique a été sollicité, Une échographie thoracique ainsi qu'un bilan biologique ont été réalisés. L'échographie a objectivé la présence d'un épanchement pleural droit de moyenne abondance, anéchogène pur renfermant des cloisons, le bilan biologique était dans les normes en dehors d'un syndrome inflammatoire fait d'une vitesse de sédimentation à 100 mm à la 1ère heure, une protéine C réactive à 96,2 mg/l. la décision était de réaliser une ponction diagnostique et évacuatrice avec une biopsie pleurale. Sur le plan biochimique, il s'agissait d'un liquide jaune citrin avec une protidopleurie à 53 g/l soit une pleurésie exsudative, une glucopleurie à 0,61 g/l. L'examen anatomopathologique de la biopsie pleurale est revenu en faveur d'une pleurite granulomateuse épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse évoquant en premier une origine tuberculeuse.

Le diagnostic de pleurésie tuberculeuse a été retenu devant le faisceau d'arguments cliniques et paracliniques, la patiente fut mise sous traitement antibacillaire de 6 mois : ERIP-K4* (Rifampicine 150 mg – Isoniazide 75 mg – Pyrazinamide 400mg – Ethambutol 275 mg) 4 comprimés par jour pendant 2 mois, puis RH* (Rifampicine 300 mg – Isoniazide 150 mg) 2 comprimés par jour pendant 4 mois avec une bonne évolution clinique et radiologique.

Sur le plan obstétrical, la patiente a bénéficié d'un suivi dans notre formation avec 3 consultations prénatales et 3 échographies obstétricales, le bilan prénatal s'avérait sans anomalies.

La patiente a bénéficié d'une césarienne pour anamnios dans un contexte de grossesse prolongée, permettant l'extraction céphalique d'un nouveau-né de sexe masculin, un poids de naissance à 3650g, et un score d'APGAR de 10/10, sans signes de post-maturité, ni de syndrome hémorragique néonatal secondaire à la prise d'isoniazide, mis dans l'immédiat sous vitaminothérapie K.

Le nouveau-né a été réceptionné par le pédiatre, indiquant une séparation mère-enfant, une suspension temporaire de l'allaitement maternel, une mise sous prophylaxie antibacillaire à base d'Isoniazide 5mg/kg/jr pendant 3 mois avec réalisation d'une intradermoréaction à la tuberculine et une vaccination BCG à l'issue. Les suites opératoires immédiates étaient sans particularités pour la mère et le nouveau-né.

Discussion

La tuberculose est une maladie infectieuse chronique due au *Mycobacterium Tuberculosis*, dont la pleurésie constitue l'un des symptômes de maladie aiguë. La pleurésie tuberculeuse se manifeste le plus souvent par une toux sans expectorations, des douleurs siégeant le plus souvent au niveau des bases pulmonaires, une dyspnée dont la gravité augmente en fonction de l'importance de l'effusion du liquide pleural [3].

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) et L'allergie

respiratoire constituent les principales causes de toux pendant la grossesse. La douleur thoracique et la dyspnée, peuvent être prises pour des symptômes non spécifiques [4]. Pour notre cas, La patiente n'exprimait pas la triade typique de la pleurésie, puisque la douleur thoracique ne figurait pas parmi sa symptomatologie fonctionnelle.

Les épanchements au cours des pleurésies tuberculeuses sont principalement unilatéraux avec une quantité de liquide variant de faible à moyenne abondance [3]. La ponction pleurale évacuatrice est recommandée devant toute pleurésie symptomatique de moyenne à grande abondance [4]. Notre patiente en a bénéficié, pour les raisons sus-évoquées.

La thoracocentèse et la biopsie pleurale sont recommandées pour le diagnostic. Sur le plan biochimique, le liquide pleural est toujours de type exsudat, le taux de glucopleurie peut être bas; mais il n'est pas inférieur à 60 mg/dl [3]. Ceci correspond à l'analyse biochimique du liquide pleural de notre patiente. Une augmentation des polynucléaires neutrophiles au niveau du liquide pleural peut être détectée au cours des premiers jours; mais la prédominance lymphocytaire est beaucoup plus évidente [3,5]. Les cellules mésothéliales sont rarement détectées sauf si séropositivité au VIH [3]. Notre patiente n'a pas bénéficié d'une étude cytologique. L'augmentation du niveau d'adénosine désaminase (ADA) est significative pour le diagnostic de tuberculose; mais n'en est pas spécifique notamment dans les épanchements contenant un nombre élevé de neutrophile (empyèmes), ou encore dans les épanchements d'origine maligne (lymphomes). En effet, le dosage des ADA dans ces cas peut conduire à des faux positifs. Le dosage de l'ADA prend tout son intérêt diagnostique dans les pays où la prévalence de la tuberculose est élevée.

La positivité après coloration de Kinyoun du liquide pleural varie entre 3 et 15%. La culture du liquide pleural prend du temps, avec des résultats médiocres puisqu'elle n'est positive que dans environ un tiers des cas. En effet, l'épanchement pleural tuberculeux est dû à une réaction d'hypersensibilité retardée aux

antigènes du bacille et non à une action pleurale directe des mycobactéries [3].

Le « gold-standard » pour le diagnostic est la biopsie pleurale, mais celle-ci nécessite une maîtrise du geste en présence de plateau technique. De plus, même entre des mains expertes, la biopsie à l'aiguille, en combinant histologie et culture des fragments obtenus, ne dépasse guère 80% de sensibilité [3,5]. Notre patiente a bénéficié d'une biopsie pleurale ayant permis de poser le diagnostic sur les résultats d'histologie.

La thoracoscopie avec biopsie devrait atteindre une sensibilité de 100%, elle reste toutefois un examen relativement invasif [3,5].

Bien que le diagnostic de pleurésie tuberculeuse est difficile ; la réponse au traitement antibacillaire est élevée. Sans traitement, une récupération spontanée est possible; toutefois 65% de ces patients peuvent récidiver par des formes pulmonaire ou extra-pulmonaire de la tuberculose [6].

La pleurésie tuberculeuse peut avoir lieu simultanément avec une tuberculose pulmonaire. En raison de ces données, tous les patients ayant des pleurésies tuberculeuses doivent être soigneusement évalués sur le plan parenchymateux. En effet, Une atteinte du parenchyme pulmonaire accompagne une pleurésie tuberculeuse dans 20 à 50% [3,5].

La grossesse n'augmente pas le risque de survenue d'une infection tuberculeuse. D'autant plus, la tuberculose ne modifie ni le déroulement de la grossesse ni le mode d'accouchement [4,7]. Le diagnostic peut être retardé en raison de la similitude des signes non spécifiques de la grossesse et surtout à l'évitement des techniques de diagnostic radiologique [8,9]. Un diagnostic tardif et par conséquent, un traitement insuffisant peuvent augmenter le risque d'avortements, d'hypotrophies, des prématurités, de bas score d'APGAR et de mortalité périnatale [10].

La tuberculose peut être transmise à l'enfant durant la grossesse ou à la naissance, soit par voie hématogène transplacentaire, soit par inhalation du liquide amniotique infecté. Le risque de tuberculose congénitale demeure très faible, se manifestant par

une détresse respiratoire, une fièvre, une hépatosplénomégalie et une léthargie après 2 à 3 semaines de vie. La tuberculose néonatale, transmise par voie aérienne après la naissance est fréquente, d'où l'intérêt de poser le diagnostic de tuberculose avant l'accouchement [10].

L'initiation du traitement dans l'immédiat pendant la grossesse est fondamentale [2,8]. L'utilisation de la première ligne des antibacillaires à savoir : la rifampicine, l'isoniazide, le pyrazinamide et l'éthambutol est possible pendant la grossesse et au cours de l'allaitement [4].

De rares cas d'hémorragie néonatale ont été signalés chez des nouveau-nés de mères traitées par rifampicine. Une prophylaxie à la vitamine K doit être prescrite à la mère au cours des 2 dernières semaines de grossesse ainsi qu'au nouveau-né en salle de naissance. L'administration de la vitamine B6 (pyridoxine) doit être associée à l'isoniazide afin de prévenir ses effets neurotoxiques. La streptomycine est ototoxique pour le fœtus. Elle est formellement contre-indiquée pendant la grossesse [4,5,9].

La durée du traitement standard est de 6 mois: une quadrithérapie associant isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et éthambutol pendant 2 mois puis une bithérapie associant isoniazide et rifampicine pendant 4 mois. Après 2 à 3 semaines du début de traitement, il n'y a généralement plus de risque de transmission mère-enfant de la tuberculose [4,5,9].

La femme enceinte peut d'elle-même éviter l'usage du traitement antibacillaire en raison de ces effets secondaires digestifs, la mauvaise observance thérapeutique n'est donc pas négligeable. Le clinicien doit insister sur l'importance du traitement pour les deux versants maternel et fœtal. Une hospitalisation avec une observation directe peut parfois s'avérer nécessaire [2,8]. Une fois le diagnostic de pleurésie tuberculeuse est retenu, notre patiente avait bénéficié dans l'immédiat d'une thérapie antibacillaire conventionnelle de 6 mois, le nouveau-né avait bénéficié d'une vitaminothérapie K à la naissance en raison du risque hémorragique potentiel secondaire à la prise de rifampicine.

Un enfant allaité par une mère ayant une tuberculose pulmonaire a un risque élevé de développer une tuberculose. Une prophylaxie par isoniazide pendant 6 mois, suivie d'une vaccination au BCG, sera donc administrée à l'enfant après avoir éliminé une tuberculose active [2,4,8]. Le nouveau-né de notre patiente a bénéficié d'une prophylaxie à base d'isoniazide avec une durée réduite de 3 mois.

L'allaitement n'est pas contre-indiqué chez la femme sous antibacillaires, car leurs faibles concentrations dans le lait ne sont pas toxiques pour le nouveau-né [4]. Pour notre patiente, la suspension de l'allaitement maternel n'était qu'en post-partum immédiat, le temps de mettre au point l'état du nouveau-né, sa reprise à la sortie a été instauré.

Conclusion

Le diagnostic de tuberculose dans sa forme pleurétique au cours de la grossesse est souvent difficile, devant la rareté de cette entité pathologique, et ses manifestations symptomatologiques souvent non spécifiques, retardant l'instauration du traitement et augmentant le risque de transmission mère-enfant. Le dépistage des gestantes ayant des facteurs de risque de tuberculose est primordial. Il faut toujours évoquer ce diagnostic devant toute femme enceinte présentant un épanchement pleural unilatéral. L'initiation précoce du traitement antituberculeux au cours de la grossesse est le meilleur moyen de prévenir le risque de tuberculose congénitale et néonatale. Les antituberculeux de première ligne excepté la streptomycine, peuvent être utilisés sans risque pour l'enfant pendant la grossesse et l'allaitement.

***Correspondance :**

Aboubakr Benjilany

benjilany.ab@gmail.com

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

1 : Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Porcel JM. Tuberculous pleural effusion. *Lung* 2009;187:263-70.
- [2] Ortakoylu MG. Ozel durumlar ve tuberkuloz tedavisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics*. 2011;4:53.
- [3] Light RW. Tuberculous pleural effusion. In: Light RW, editor. *Pleural Diseases*, 5th edn. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 211-24.
- [4] Aysegul B. , Gulfem E., Julide C. , Adnan T., Erkan S. A rare cause of pleurisy in pregnancy: Tuberculosis. *International Medical Journal of Sifa University* 2014;Vol 1;Issue 1;p 9-10-11.
- [5] Gopi A, Madhavan SM, Sharma SK, Sahn SA. Diagnosis and treatment tuberculous pleural effusion in 2006. *Chest* 2007;131:880-89.
- [6] Lazarus AA, McKay S, Gilbert R. Pleural tuberculosis. *Dis Mon* 2007;53:16-21.
- [7] Tripathy SN. Tuberculosis and pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;80:247-53.
- [8] Llewelyn M, Cropley I, Wilkinson RJ, Davidson RN. Tuberculosis diagnosed during pregnancy: A prospective study from London. *Thorax* 2000;55:129-32.
- [9] Ormerod P. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium. *Thorax* 2001;56:494-9.
- [10] Jana N, Vasishta K, Saha SC, Ghosh K. Obstetrical outcomes among women with extrapulmonary tuberculosis. *N Engl J Med* 1999;341:645-9.

Pour citer cet article

A Benjilany, J Kouach. La tuberculose, une cause rare de pleurésie durant la grossesse à ne pas méconnaître : un rapport de cas. *Jaccr Infectiology* 2021; 3(1): 5-9

Cas clinique

La rétinite à CMV de l'immunocompétent

Cytomegalovirus retinitis in an immunocompetent host

MK Sidibé, S Bakayoko, GY Rodrigue Romuald ELIEN*, A Konikpo, F Sidibé

Résumé

Introduction : La localisation rétinienne du Cytomégalovirus (CMV) chez un sujet immunocompétent est rare. L'évolution de la rétinite à CMV est insidieuse chez les sujets immunocompétents. C'est une affection cécitante, dont la prise en charge ne devrait souffrir d'aucun retard. Nous rapportons un cas de rétinite à CMV du sujet immunocompétent observé à Bamako.

Méthodologie : Il s'agit du rapport d'un cas observé au CHU-IOTA de Bamako

Résultats : Notre patient est de sexe masculin, âgé de 52 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, reçu en consultation au mois d'octobre 2020 pour baisse brutale de la vue. L'examen clinique et les explorations paracliniques ont conclu à la rétinite à CMV de l'immunocompétent.

Discussion : Plusieurs travaux ont montré que l'immunodépression locale est le facteur de risque principal du développement de la rétinite à CMV chez le sujet immunocompétent.

Conclusion : La rétinite à CMV de l'immunocompétent possède des caractéristiques cliniques et paracliniques particulières.

Mots-clés : Rétinite, CMV, Immunocompétent, Bamako.

Abstract

Introduction: Retinal localisation of Cytomegalovirus in an immunocompetent subject is rare. The course of CMV retinitis is insidious in immunocompetent subjects. It is a blinding condition, the management of which should not be delayed. We report a case of CMV retinitis in an immunocompetent subject observed in Bamako.

Methodology: This is a report of a case observed at the CHU-IOTA of Bamako.

Result: Our patient is male, 52 years old, without any particular pathological history, received in consultation in October 2020 for a sudden drop in vision. The clinical examination and paraclinical investigations concluded that the patient was suffering from CMV retinitis in the immunocompetent.

Discussion: Several studies have shown that local immunosuppression is the main risk factor for the development of CMV retinitis in the immunocompetent subject.

Conclusion: CMV retinitis in the immunocompetent has specific clinical and paraclinical features.

Keywords: Retinitis, CMV, immunocompetent, Bamako.

Introduction

L'infection du tissu rétinien par les virus du sujet immunocompétent est possible [1]. Les virus du groupe herpès sont les plus incriminés [1]. Les plus fréquents sont le Varicella-Zoster Virus (VZV) et l'Herpès Simplex Virus 1 et 2 (HSV1 et 2), le moins fréquent est le Cytomégalovirus (CMV) et le plus rare est l'Epstein Barr Virus (EBV) [1]. Les rétinites virales dues aux virus du groupe herpès s'individualisent en deux grands groupes : la rétinite virale nécrosante (ARN ou Acute Retinal Necrosis syndrome chez l'immunocompétent et le PORN ou Progressive Outer Retinal Necrosis syndrome chez le patient immunodéprimé) et la rétinite virale non nécrosante [1]. Le CMV est un virus ubiquitaire, appartenant à la famille des Herpesviridae, sous-famille des β -herpesvirinae. La structure du virus est commune aux autres membres de la famille des Herpesviridae. Le diamètre du virion varie entre 150 et 200 nm [1]. Le virus est constitué d'un génome d'ADN bicaténaire linéaire protégé par une capsidie icosaédrique qui est séparée de l'enveloppe par le tégument [1]. L'homme est le seul réservoir connu du CMV [1]. L'infection à CMV est fréquente, sa séroprévalence augmente avec l'âge et le bas niveau socioéconomique [2]. Elle varie de 40 à 100 % à l'âge adulte [2]. Le CMV se transmet par la salive, les rapports sexuels non protégés, l'allaitement, le transfert placentaire, la transfusion sanguine et la transplantation [2]. Les atteintes rétinienne à CMV ne sont pas uniquement l'apanage de l'immunodéprimé (taux de CD4 < 50 copies / μ l), plusieurs cas de rétinites à CMV ont été rapportés chez l'immunocompétent en Amérique [3], en Europe [4] et en Afrique du Nord [5]. Nous rapportons un cas de rétinite à CMV chez un patient immunocompétent et nous discuterons des facteurs, le tableau clinique, la prise en charge et le pronostic visuel de la rétinite à CMV de l'immunocompétent.

Cas clinique

Patient T.L.B. ; âgé de 52 ans, avec antécédent de la

chirurgie de décollement de la rétine de l'œil droit en 2019 et l'ablation de l'huile de silicone le 23 juin 2020 ; consulte le 19 octobre 2020 pour baisse brutale d'acuité visuelle de l'œil gauche évoluant depuis quelques heures. L'examen ophtalmologique retrouve une acuité visuelle à 1/10e à l'échelle de Snellen non améliorable au test du trou sténopéique au niveau de l'œil gauche. Au fond d'œil de l'œil gauche : un soulèvement rétinien occupant la région maculaire mesurant environ trois à quatre diamètres papillaires, des foyers blanchâtres de nécrose de la rétine centrés par un vaisseau associé à des hémorragies donnant l'aspect caractéristique de Cheese and Khetup des anglo-saxons. L'examen général n'a pas montré d'anomalies (tension artérielle : 140/80 mmhg, pouls : 72 pulsations/min). La tomographie par cohérence optique (OCT) macula radiaire réalisée le même jour a mis en évidence un soulèvement de la rétine neurosensorielle, une collection liquidienne dans la région maculaire et un décollement de la hyaloïde postérieure de l'œil gauche (Figure 2). L'hémogramme, la C Protéine réactive et la glycémie à jeun étaient normaux. La sérologie VIH aussi était négative. Le test de la Polymerase Chain Reaction de l'échantillon du vitré, prélevé au moment des injections vitréennes, a été positif pour la CMV (160 000 copies/ml) mais négatif pour l'herpès simplex virus, le varicella zoster virus, l'Epstein Barr Virus et la toxoplasmose. Le diagnostic de la rétinite à CMV de l'immunocompétent a été retenu. Notre stratégie thérapeutique a été 02 séances d'injection intravitréennes de foscarnet à la dose de 2,4 mg /0,1 ml espacées d'une semaine en traitement d'attaque, le clopidogrel comprimé 75 mg (1 cp/j) pour la prévention des risques de thrombose vasculaire et le méthylprednisolone injectable en intra veineuse directe (500 mg/ j pendant deux jours) relayé par le prednisolone comprimé (1 mg/kg/j en prise unique le matin au petit déjeuner pendant 10 jours) afin de juguler l'inflammation intra oculaire consécutive à l'injection intra vitréeenne. L'évolution a été spontanément favorable le 03 novembre 2020 après quinze jours de traitement et était marquée au

niveau de l'œil gauche, par une acuité visuelle de 5/10e à l'échelle de Snellen, la ré-application de la rétine neurosensorielle, disparition des hémorragies et la persistance des plages blanchâtres de nécroses rétiniennes au cliché OCT maculaire de l'œil gauche (Figure 2).

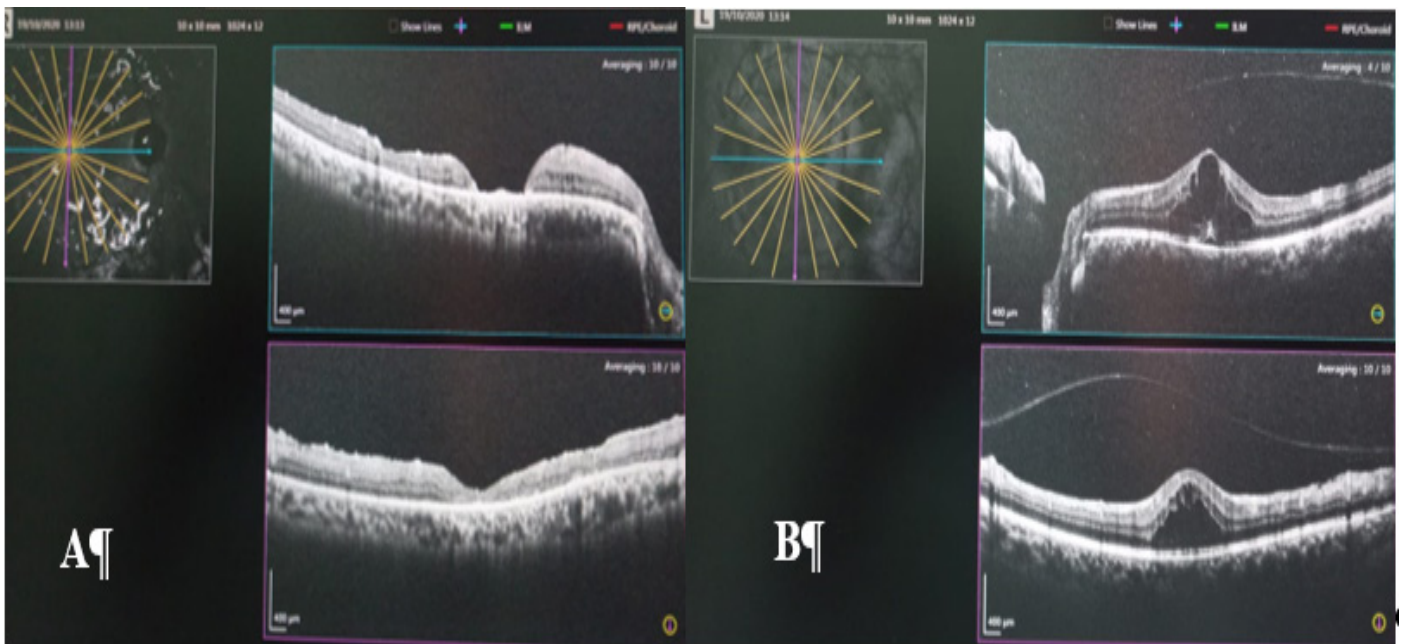


Figure 1 : Cliché OCT maculaire radiaire A-aspect normal de l'œil droit. B- soulèvement de la rétine neurosensorielle associé à une collection liquidienne au niveau de la macula et décollement de la hyaloïde postérieure du vitrée de l'œil gauche (au moment du diagnostic).

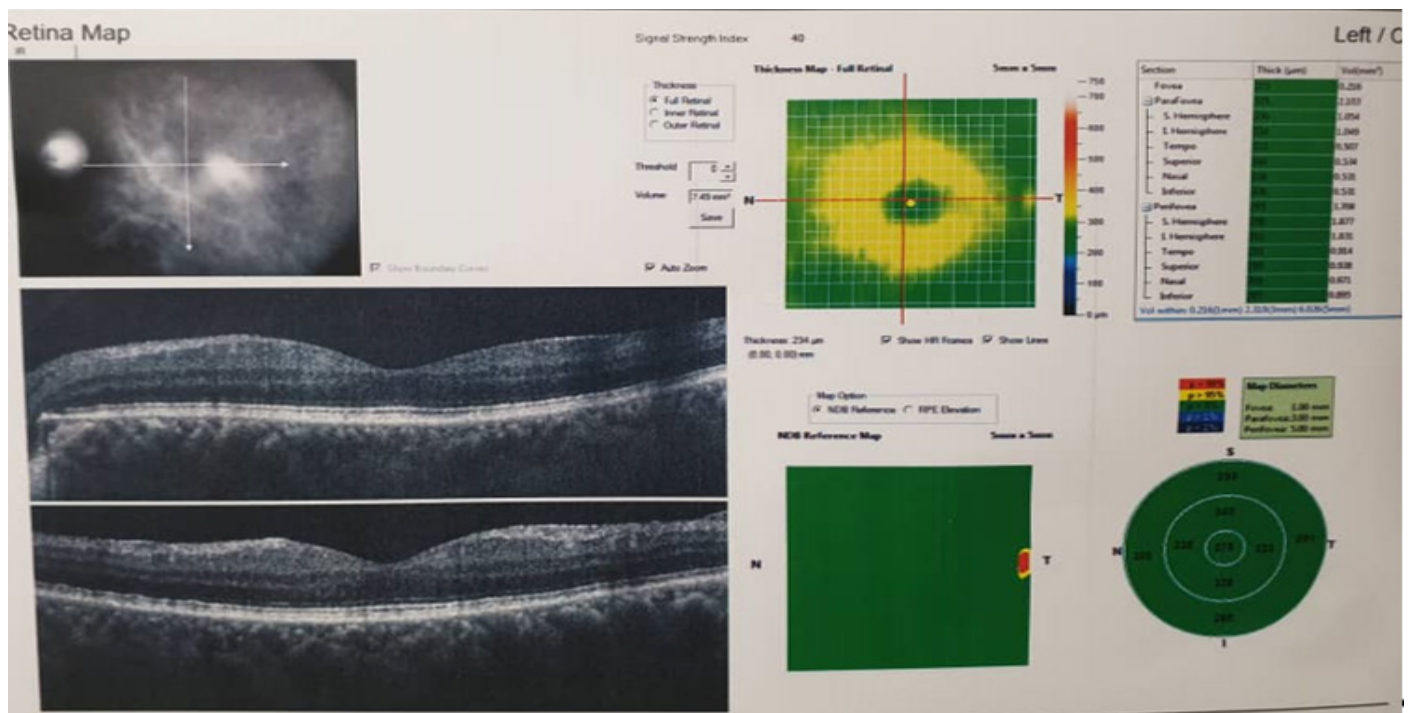


Figure 2 : cliché OCT macula Map de l'œil gauche d'aspect normal (ré-application de la rétine neurosensorielle et disparition de la collection liquidienne au niveau de la macula) au 15e jour du traitement.

Discussion

L'infection rétinienne à CMV du sujet immunocompétent est possible, bien que rarissime [1]. Les principaux facteurs de risque, de la rétinite à CMV chez un sujet immunocompétent, connus de nos jours sont la dépression immunitaire locale notamment induite par l'injection intra vitréenne de corticoïde et la chirurgie endo oculaire [1,3-4,6-7]. Notre patient présentait l'antécédent de la chirurgie endo oculaire de l'œil controlatéral (Œil droit). Le plus souvent asymptomatique ; la symptomatologie clinique de la rétinite à CMV chez le sujet l'immunocompétent, si elle existe, est moins bruyante comparativement à celle rencontrée au cours de l'immunodépression (congénitale ou acquise). Le maître symptôme chez le sujet immunocompétent est la baisse d'acuité visuelle souvent sévère, unie ou bilatérale, brutale ou progressive, intéressant la vision de loin aussi bien que la vision de près [6]. La baisse unilatérale de la vision de l'œil gauche, a été sévère, brutale et totale chez notre patient. La sévérité et la localisation des lésions rétiniennes expliqueraient les caractéristiques de la baisse de l'acuité visuelle observée au cours de la rétinite à CMV du sujet immunocompétent. En cas de l'immunodépression cette symptomatologie clinique est riche et variée comportant entre autres les phosphènes, les éclairs visuelles et la perte de la vision périphérique. L'aspect ophtalmoscopique de Cheese and Khetup est caractéristique mais non pathognomonique de la rétinite à CMV, car pouvant se rencontrer dans toutes les atteintes rétiniennes des virus de la famille herpès ou certains cas de la toxoplasmose oculaire de l'immunodéprimé [1,3-4,6]. Le contexte clinique et les examens paracliniques aideront au diagnostic positif de l'affection. Rappelons que le diagnostic de la rétinite à CMV reste clinique. Toutefois, le test diagnostique de la PCR du prélèvement vitréen est très utile avec un taux de positivité de 99 à 100 % et aide au suivi du traitement en se basant sur l'évolution de la charge virale [8]. Dans notre cas clinique, nous avons évoqué l'hypothèse de la rétinite à CMV

devant l'aspect Cheese and Khetup observé au fond d'œil de notre patient. Notre hypothèse diagnostic était confirmée par la positivité du résultat de la PCR. Malheureusement, à cause du coût exorbitant de la PCR nous n'avons pas pu suivre l'évolution de la charge virale de la CMV au cours du traitement chez notre patient. La réalisation de la PCR du prélèvement vitréen au cours de la rétinite à CMV est souhaitable et non obligatoire. Aucun consensus n'existe sur la stratégie thérapeutique de la rétinite à CMV. Certains auteurs préconisent les antiviraux par voie intraveineuse directe avec relais par voie orale, d'autres soutiennent l'administration intra vitréenne des antiviraux notamment chez le monophthalme, en cas de récurrence de la rétinite à CMV ou d'atteinte maculaire [1,3-6]. Le fait que notre patient ait présenté une atteinte maculaire à l'œil gauche nous amena à opter pour l'injection intra vitréenne d'un antiviral (en l'occurrence le foscarnet) et aussi nous a permis d'obtenir par la même occasion un échantillon du vitré pour la biologie moléculaire. La complication redoutable de la rétinite à CMV est le décollement de la rétine, dont la prévention fait recourir souvent des lasers confluents prophylactiques dès les 02 premières semaines. Ce recours aux lasers prophylactiques dans la rétinite à CMV demeure encore très controversé selon les auteurs [4-5]. La notion du décollement de la rétine de l'œil controlatéral une année avant l'atteinte maculaire de l'œil gauche, nous fait penser à un épisode de rétinite à CMV de forme asymptomatique de l'œil droit compliqué de décollement de rétine avec bilatéralisation de l'affection par l'atteinte de la macula de l'œil gauche.

Conclusion

La rétinite à CMV est une affection cécitante indépendamment du statut immunitaire du patient. Elle peut être asymptomatique chez le sujet immunocompétent et évolue silencieusement vers le décollement de la rétine, son ultime complication redoutable. D'où la nécessité de la mise en route immédiate de son traitement dès l'observation

des lésions rétinienne nécrotico-hémorragiques caractéristiques d'aspect en Cheese-Khetup à l'examen ophtalmoscopique. L'injection intra vitréenne des antiviraux à un apport plus bénéfique chez certains types de patients.

- [7] Hosseini SM, Moosavi M-N, Shoebibi N, Sakhaee M, Ghavamsaedi H. Bilateral cytomegalovirus retinitis in a healthy infant. *J Curr Ophthalmol*, 2017 ; 29(1):66–68.
- [8] M.H. Errera, M. Pâques. Les nécroses rétinienne virales. *Réalités ophtalmologiques*, 2013, 200 :1-3.

***Correspondance :**

Rodrigue Romuald ELIEN GY

rodrigueelien@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

1 : Centre Hospitalier et Universitaire de l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique (CHU-IOTA).

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Pour citer cet article

MK Sidibé, S Bakayoko, GY Rodrigue Romuald ELIEN, A Konikpo, F Sidibé. La rétinite à CMV de l'immunocompétent. *Jaccr Infectiology* 2021; 3(1): 10-14

Références

- [1] Ducos de Lahitte G., Bodaghi B., Lehang P. Rétinites virales de l'immunocompétent. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Ophtalmologie, 21-244-A-10, 2010.
- [2] Giroud O., Meier P., San Millan D., Praz G. Infection grave à cytomegalovirus : pas seulement chez les patients immunosupprimés. *Rev Med Suisse* 2010 ; 6 : 1918-21.
- [3] Drew Scoles Michael J., Ammar Robert M., Carroll Stephen E., Orlin Victoria, Addis Albert M., Maguire. Cytomegalovirus retinitis in an immunocompetent host after complicated cataract surgery. *Am J Oph Case Reports* 18(2020) 100702.
- [4] Ashlin Joye, John A Gonzales. Ocular manifestations of cytomegalovirus in immunocompetent hosts. *Curr Opin Ophthalmol*. 2018 ; 29(6):535-542.
- [5] Al Baroudi N., Tijani M., Boutimzine N., Cherkaoui O. Les rétinites nécrosantes virales. *Journal de la Société Marocaine d'Ophtalmologie* ; 2020, 9 : 27-31.
- [6] Nasser Shoebibi, Majid Abrishami, Erfan Mohammad Esmaeil, Seyedeh Maryam Hosseini. Visual prognosis, clinical features, and predisposing factors in non-HIV patients with cytomegalovirus retinitis. *Int Ophthalmol*, <https://doi.org/10.1007/s10792-018-0991-2>.

Cas clinique

Laryngite néonatale révélatrice de kyste de l'épiglotte

Neonatal laryngitis revealing epiglottis cyst

MS Ag Med Elmehdi Elansari*¹, Lassine Dienta², S Soumaoro³, H Sanogo⁴, M Maiga¹, MA Keita²

Résumé

Objectif: Le but de notre travail est d'étudier les particularités diagnostiques et thérapeutiques d'une dyspnée chez un nourrisson.

Cas clinique : Nous rapportons une observation d'un nourrisson âgé de 28 jours, qui nous a été référé de la pédiatrie pour dyspnée positionnelle associée à une dysphonie remontant à une semaine de vie sans autres anomalies congénitales. La nasofibroscopie mettait en évidence une masse kystique prenant le bord libre de l'épiglotte (Figure 1). Le diagnostic de kyste congénital épiglottique a été retenu. La prise en charge a consisté en une exérèse de la masse lors de la panendoscopie (Figure 2). Des nasofibrosopies à intervalle régulier jusqu'à six mois furent réalisées sans particularité (Figure 3).

Conclusion : Les dyspnées chez le nourrisson peuvent être fréquentes mais elles sont en général congénitales. Les kystes de l'épiglotte en sont les plus rares. Ils prêtent à confusion aux laryngomalacies.

Seul un examen clinique et paraclinique poussé peuvent les diagnostiquer. Le diagnostic peut être sombre s'il y a obstruction de la filière respiratoire. La prise en charge est chirurgicale.

Mots-clés: Kyste, épiglotte, nasofibroscopie.

Abstract

Objective: The aim of our work is to study the diagnostic and therapeutic particularities of dyspnea in infants.

Clinical case: We report an observation of a 28-day old infant, referred to us from pediatrics for positional dyspnea associated with dysphonia dating back to one week of life without other congenital anomalies. Nasofibrosocopy revealed a cystic mass taking up the free edge of the epiglottis (Figure 1). The diagnosis of congenital epiglottic cyst was retained. Management consisted of removal of the mass during panendoscopy. Nasofibrosopies at regular intervals of up to six months were performed without particularity.

Conclusion: Dysneas in infants may be frequent but they are generally congenital. Epiglottis cysts are the rarest. They confuse laryngomalacia. Only a thorough clinical and paraclinical examination can diagnose them. The diagnosis can be bleak if there is obstruction of the respiratory tract.

Management is surgical.

Keywords: Kyste, epiglottis, nasofibrosocopy.

Introduction

La dyspnée laryngée de l'enfant est un diagnostic d'urgence relativement fréquent. Il s'agit d'une dyspnée obstructive qui se traduit, dans sa forme classique, par une bradypnée inspiratoire associée à un tirage et un stridor. Une symptomatologie différente chez le nouveau-né et le nourrisson peut révéler l'obstruction laryngée. L'interrogatoire des parents, l'examen clinique et dans certaines circonstances l'examen du larynx permettent d'établir le diagnostic étiologique de la dyspnée en distinguant les formes congénitales ou acquises, inflammatoires ou tumorales. Le traitement médical consiste très souvent en une corticothérapie associée au traitement de la cause. Si la trachéotomie reste le traitement d'extrême urgence de l'obstruction laryngée majeure, d'autres techniques endoscopiques ou chirurgicales vont permettre de restaurer, selon l'étiologie, une filière respiratoire efficace (1). Son caractère dramatique chez l'enfant s'explique par l'étroitesse de la filière aérienne et les conditions anatomiques particulières (2).

Cas clinique

Un nourrisson de 28 jours que nous avons reçu de la pédiatrie pour une détresse respiratoire intermittente remontant à une semaine de vie. L'accouchement était normal, à terme par voie basse avec un poids de naissance de 3100g. L'examen notait une dyspnée intermittente positionnelle en décubitus dorsal avec entonnoir xiphoïdien, tirage intercostal, cornage associé à une dysphonie. Il n'avait pas de toux à la déglutition. Cette dyspnée était amendée en décubitus ventral (dyspnée laryngée stade II de Chevalier Jackson et Pinneau). Il a reçu une médication à base de corticoïde sans succès. La nasofibroskopie mettait en évidence une masse kystique prenant le bord libre de l'épiglotte (Figure 1). Le diagnostic de kyste congénital épiglotique a été retenu. La prise en charge a consisté en une exérèse de la masse lors de la panendoscopie. Des nasofibrosopies à intervalle

régulier jusqu'à six mois furent réalisées sans particularité.



Figure 1: Image de masse kystique prenant le bord libre de l'épiglotte.



Figure 2 : Image a J 15 post opératoire de la zone initiale du kyste sans récursive.



Figure 3 : Image a M6 post opératoire de la zone initiale du kyste sans récursive.

Discussion

La dyspnée laryngée de l'enfant est un diagnostic d'urgence relativement fréquent (3). C'est un motif de consultation fréquent aux urgences ORL, c'est une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle se définit par une bradypnée inspiratoire traduisant une réduction du calibre de la filière laryngée. 5 étiologies principales sont en causes, tumorale (cancer laryngé, ou des voies aérodigestives supérieures), infectieuse (dominée par l'épiglottite), inflammatoire (œdème allergique de Quincke), neurologique ou malformative (4). Elle nécessite dans tous les cas une analyse clinique rigoureuse. Elle pose essentiellement trois problèmes : apprécier sa gravité, la rattacher à sa cause et adapter la thérapeutique. Les particularités anatomiques (étroitesse des voies aériennes) et physiologiques (réserves faibles en oxygène), d'une part, et les facteurs environnementaux (infections, inhalation accidentelle), d'autre part, expliquent la fréquence de ce problème (5).

Les kystes laryngés congénitaux sont rares avec une incidence estimée de <2 pour 100 000 naissances vivantes. La plupart des kystes laryngés sont au dépend de la vallécule, du pli aryépiglottique ou saccule du ventricule, avec les kystes épiglottiques qui sont les moins courants (6).

Chez l'enfant, la symptomatologie est dominée par les troubles respiratoires : en premier lieu le stridor, mais aussi la détresse respiratoire, la toux et les difficultés d'alimentation. Le diagnostic se fait encore par la laryngoscopie directe : elle retrouve une lésion régulière, recouverte par une muqueuse normale, provenant du ventricule et se dirigeant vers la région glottique antérieure (kyste antérieur), ou bien soufflant la bande ventriculaire, le repli aryépiglottique, occupant parfois la totalité de l'étage supraglottique (variété latérale). Elle recherche également un éventuel cancer associé, pouvant être à l'origine du kyste. L'échographie laryngée et le scanner peuvent apporter des précisions, surtout s'il existe un doute avec une laryngocèle ou une pathologie néoplasique : le premier examen confirme

le caractère liquidien de la lésion. Le scanner reste toutefois l'examen essentiel : on observe une masse sus-glottique régulière, homogène, hypodense, ne prenant pas le contraste. La résonance magnétique nucléaire peut également être pratiquée : elle montre une lésion de même intensité que le liquide céphalorachidien en T1 et T2. Toutefois, elle ne semble pas apporter d'éléments supérieurs à ceux du scanner, qui devra rester l'examen de première intention (7). Dans notre cas en raison du manque de scanner dans notre aire de santé .Nous avons utilisé la nasofibroscope complétée d'une panendoscopie pour déterminer le diagnostic.

La nasofibroscope nécessite parfois d'être complétée par une endoscopie sous anesthésie générale pour réalisation de prélèvements ou geste thérapeutique (8).

Une nouvelle classification des kystes laryngés congénitaux est proposée. Les kystes de type I sont confinés au larynx, la paroi du kyste composée uniquement d'éléments endodermiques, et peuvent être gérés par voie endoscopique. Les kystes de type II s'étendent au-delà des limites du larynx et nécessitent une approche externe. Les kystes de type II sont en outre sous-classes histologiquement sur la base du tissu embryonnaire d'origine: IIa, composé uniquement d'endoderme et IIb, contenant des éléments endodermiques et mésodermiques (épithélium et cartilage) dans la paroi du kyste (9). Les faibles capacités de résistance de l'enfant, le spasme et la fragilité de l'équilibre respiratoire sont des facteurs habituels qui peuvent aggraver le tableau clinique et aboutir à une détresse majeure mettant le pronostic vital en jeu. L'endoscopie diagnostique et thérapeutique sous anesthésie générale est l'élément fondamental qui permet de répondre à ces situations (4,10).

Le traitement médical consiste très souvent en une corticothérapie associée au traitement de la cause. Si la trachéotomie reste le traitement d'extrême urgence de l'obstruction laryngée majeure, d'autres techniques endoscopiques ou chirurgicales vont permettre de restaurer, selon l'étiologie, une filière

respiratoire efficace (3). Nous avons procédé à une résection endoscopique du kyste avec des contrôles réguliers.

Conclusion

Les kystes de l'épiglotte chez les nourrissons sont habituellement d'origine congénitale. Ils prêtent à confusion au laryngomalacie. Seul un examen clinique et paraclinique poussé peut les diagnostiquer. Le diagnostic peut être sombre s'il y a obstruction de la filière respiratoire. La prise en charge est chirurgicale.

Contributions des auteurs :

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance :

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari

elansarisaydi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

- 1 : Centre de santé de référence de la commune CVI, Bamako, Mali,
- 2 : Hôpital régional de Mopti.
- 3 : CHU Gabriel Toure, Bamako Mali
- 4 : Centre de santé de référence de Kalaban Koro, Bamako Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] E. Lescanne S. Pondaven V. Bouetel D. Bakhos V. Lesage S. Morinière , Diagnostic des dyspnées laryngées de l'enfant, ELSEVIER , Encyclopédie Médico-Chirurgicale,2004, 20-641-A-10
- [2] Itiere Odzili F A1 , Diallo AO2 , Otuouana BH, Nguouoni CG,

- Ondzotto G, Les Dyspnées Laryngotrachéales de l'Enfant au CHU de Brazzaville : Aspects Épidémiologiques, Diagnostiques et Thérapeutiques , Health Sci. Dis,2018, 19 (1) :20-24
- [3] M Khashu, H Osioviich, F Kozak, G Pelligra, D Hirsh and J Smyth, Congenital epiglottic cyst presenting with severe airway obstruction at birth,Journal of Perinatology (2006) 26, 71–72
- [4] Jean-Marc Thomassin ,Jean-Philippe Epron ,Danielle Robert , Kystes du larynx et laryngocèle ,Traité d'Oto-rhino-laryngologie EMC : 20-695-A-10 (1996)
- [5] Odile Camard, Marie-Hélène Muller, Caroline Belasco, Pascale Millet, Joël Gaudelus, Dyspnée aiguë du nourrisson, Médecine thérapeutique / Pédiatrie ,1999, 2 (5) : 315-25
- [6] Taali L, Abou-elfadl M., Elbousaadani A., Abada R. L., Rouadi S., Roubal M., Mahtar M. Dyspnée laryngée : à propos de 240 cas, Annales des Sciences de la Santé,2015, N° 3, Vol. 1 : 20-24
- [7] Vito Forte ,Gabriel Fuoco, Adrian James,A new classification system for congenital laryngeal cysts, Laryngoscope ,2004 ;114(6):1123-7.
- [8] E.Bois, La nasofibroskopie chez l'enfant en consultation ORL : modalités et indications, Elsevier,2019,2(1) :51-56
- [9] S.Kharoubi,A.Bastandji,W.Ahmouda,D.Bounour,F. Bouslama,F.Layachi,N.Bouchair, Urgences respiratoires laryngées en milieu pédiatrique en Algérie, Archives de Pédiatrie,2008,15(5), 975
- [10] Mohammed Zalagh, Moulay Ahmed Hachimi, Ali Boukhari, Hicham Attifi, Mounir Hmidi, Abdelhamid Messary Pan Afr Med J. 2014; 19: 123.

Pour citer cet article

MS Ag Med Elmehdi Elansari, L Dienta, S Soumaoro, H Sanogo, M Maiga, MA Keita. Laryngite néonatale révélatrice de kyste de l'épiglotte. Jaccr Infectiology 2021; 3(1): 15-18

Article original

Pathologies infectieuses en otorhinolaryngologie (ORL) à l'hôpital de district de la commune VI de Bamako. (Mali). Profils sociodémographiques et cliniques.

Infectious pathologies in otolaryngology (ORL) at the district hospital of commune VI of Bamako. (Mali).
Socio-demographic and clinical profiles.

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari*¹, D Coulibaly¹, S Soumaoro², B Guindo², M Maiga¹, M Konaté¹,
M Diallo¹, A Samaké¹, M Keita¹, MA Keita²

Résumé

Introduction : La pathologie Oto-Rhino-Laryngologique (ORL) regroupe l'ensemble des affections qui touchent l'oreille, le nez, les sinus, la gorge et le cou. Elle est variée et peut être infectieuse, inflammatoire, tumorale, traumatique ou malformative. Au Mali, peu d'études ont abordé la description des affections ORL en milieu urbain. L'objectif de notre étude était de définir le profil socio démographique et clinique des patients vus en consultation au niveau de l'unité fonctionnelle du centre de santé de Référence de la commune VI de Bamako.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective effectuée entre 01 Janvier 2020 et 30 Juin 2020. Nous avons inclus tous les patients reçus en consultation présentant une pathologie infectieuse en ORL. Les paramètres de l'étude étaient l'âge, le sexe, les motifs de consultation, le diagnostic, le regroupement topographique des affections (Otologie, Rhinologie, Pharyngo-laryngologie ou Autres. Nous avons exclu les dossiers incomplets.

Résultats : L'âge moyen des patients vus en consultation était de 28 ans avec des extrêmes de 16 jours et 86 ans. Le sex-ratio était de 1,02. Le

recrutement otologique avec 51,94% des cas a prédominé. Le recrutement rhinologique et pharyngé étaient respectivement de 24,24% et 21,70%. Tandis que les autres pathologies infectieuses étaient de 2,12%.

Conclusion : Les résultats de notre étude nous permettent de confirmer la richesse de pathologie infectieuse en ORL en milieu urbain malgré un plateau technique limité. La prise en charge de ces pathologies passe par un relèvement du plateau technique.

Mots-clés : ORL, otites, angines.

Abstract

Introduction: Oto-Rhino-Laryngological pathology (ORL) includes all conditions that affect the ear, nose, sinuses, throat and neck. It is varied and can be infectious, inflammatory, tumor, traumatic or malformative. In Mali, few studies have addressed the description of ENT conditions in urban areas. The objective of our study was to define the socio-demographic and clinical profile of patients seen in consultation at the functional unit of the reference health centre of the commune VI of Bamako.

Methodology: This was a descriptive and retrospective

study carried out between 01 January 2020 and 30 June 2020. We included all patients received in consultation with an infectious entgoing pathology. The parameters of the study were age, sex, reasons for consultation, diagnosis it topographical grouping of conditions (Otology, Rhinology, Pharyngolaryngology or Others. We had ruled out incomplete files.

Results: The average age of patients seen in consultation was 28 years with extremes of 16 days and 86 years. The sex ratio was 1.02. Otological recruitment with 51.94% of cases predominated. Rhinological and pharyngé recruitment were 24.24% and 21.70% respectively. While other infectious diseases were 2.12%.

Conclusion: The results of our study allow us to confirm the richness of infectious pathology in ENT in urban areas despite a limited technical plateau. The management of these pathologies requires an increase in the technical plateau.

Keywords: ENT, ear infections, angina.

Introduction

Les pathologies infectieuses en Oto-rhinolaryngologique (ORL) regroupent l'ensemble des affections qui touchent l'oreille, le nez, les sinus, la gorge et le cou. Elles sont variées et peuvent être infectieuse et ou inflammatoire. Au Mali, peu d'études [1] ont abordé la description des affections ORL dans les Cs réf en milieu urbain.

L'objectif de notre étude était de définir le profil socio démographique et clinique des patients vus en consultation au niveau de l'unité ORL de l'hôpital de district de la commune VI de Bamako.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective effectuée entre 01 Janvier et 30 Juin 2020 à l'hôpital de district de la commune VI de Bamako.

Critère d'inclusion : Nous avons inclus tous

les patients reçus en consultation présentant une pathologie infectieuse en ORL durant la période. Les paramètres de l'étude étaient l'âge, le sexe, le signe, le diagnostic, la topographie des affections (Otologie, Rhinologie, Pharyngo laryngologie, cervicale).

Critère d'exclusion :

- Tous patients ayant des dossiers incomplets.
- Tous les patients reçus en consultation ne présentant pas une pathologie infectieuse en ORL durant la période.

La collecte des données

- Les dossiers médico-chirurgicaux des patients ont constitué nos sources d'information.

Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Word et SPSS 12. Recueils des données

- Les données ont été recueillies avec le consentement éclairé des patients. Nous avons procédé par l'examen des dossiers du service. La dignité des personnes et la confidentialité ont été respectées.

Résultats

Durant notre période d'étude, 2285 patients avaient consulté au sein de l'unité fonctionnelle ORL de l'hôpital de district de la commune VI de Bamako. La tranche d'âge de [0 à 5 ans] a été la plus représentée avec 28% des cas (Tableau I).

Le sexe masculin a été dominant avec 50,7% contre 49,3% de sexe féminin. La sex-ratio a été 1,02 en faveur du sexe masculin. Les nourrissons et les enfants ont été les plus représentés avec les 37,87% (Tableau II). Le siège du signe d'appel a été otologique dans 51,94% des cas (Tableau III). L'otite moyenne aiguë a été la pathologie la plus fréquente de consultation avec 35,71% des cas. (Tableau IV).

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
[0 à 5 ans]	641	28
] 5 à 10ans]	232	10,12
] 15 à 25 ans]	367	16,21
] 25 à 35 ans]	397	17,38
] 35 à 45 ans]	330	14,43
] 45 à 55 ans]	183	8,01
] 55 à 65 ans]	79	3,42
] 65 et plus [56	2,43
Total	2285	100

La tranche d'âge de [0 à 5 ans] était la plus représentée avec 28% des cas.

Tableau II : Répartition des patients selon leur profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage
Elève et étudiant	500	21,89
Commerçant	161	7,04
Fonctionnaire	196	8,58
Ménagère	273	11,94
Nourrisson et enfant	865	37,87
Ouvrier	290	12,68
Total	2285	100

Les nourrissons et enfants étaient les plus représentés avec les 37,87% des cas.

Tableau III : Répartition des patients selon le siège du signe d'appel.

Siège du signe d'appel	Fréquence	Pourcentage
Otologique	1188	51,94
Rhinologique	553	24,24
Rhino-sinusienne	32	1,40
Pharyngolaryngé	495	21,70
Cervical	17	0,74
Total	2285	100

Dans notre série, l'atteinte otologique était dominante avec 51,94% des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon le diagnostic retenu.

PATHOLOGIES	EFFECTIF	FRÉQUENCE (%)
Otite moyenne aiguë	816	35,71
Otite moyenne chronique	566	24,77
Sinusite	31	1,36
Angine	346	15,14
Rhinopharyngite	338	14,79
Otite externe	57	2,49
Phlegmon péri amygdalien	7	0,31
Rhinosclerome	1	0,04
Tuberculose ganglionnaire	5	0,22
Rhinite crouteuse	1	0,04
Adénite	8	0,35
Pharyngite	103	4,51
Goitre	2	0,09
Papillomatose laryngé	1	0,04
Sous maxillite	1	0,04
Mastoïdite	2	0,09
TOTAL	2285	100

L'otite moyenne aiguë a été la pathologie la plus fréquente de consultation avec 35,71% des cas.

Discussion

Nous avons colligé 2285 dossiers sur une période de six mois, soit de janvier 2020 à juin 2020. Le sexe masculin a été dominant avec 50,7% contre 49,3% de sexe féminin. La sex-ratio a été 1,02 en faveur du sexe masculin. Les jeunes ont représenté 70,8% de l'échantillon soit les moins de 35 ans. L'âge moyen a été de 28 ans avec des extrêmes allant de 16 jours à 86 ans. Ces données se rapprochent de celles de N.P RAMAROZATOVO et al. (58,28%) [2] en plus d'une prédominance de la tranche d'âge de [1 à 5 ans], d'Amara et al (50,71%) [3] à Yopougon en 1990 et par Sissoko S et al (64,4%) au service de pédiatrie du Gabriel TOURE de Bamako en 2005[4]. Les patients ont consulté directement dans le service ORL ont représentés 97,3% des cas et les patients ont été référés par les autres structures sanitaires de la commune est de 2,7% des cas. Ce faible taux de référence pourrait se justifier par l'absence préalable de médecin ORL CCF dans le service. Les signes d'appels otologiques ont été dominants avec 51,94% des cas, suivi des lésions rhinologiques 24,24% des cas et pharyngée (21,70%). En comparaison, les travaux de Hicham Attifi1, et al [5] en Guinée, ont rapporté une prédominance des affections rhinosinusiennes 37,93% des cas suivies des affections otologiques 33,46%, des affections oropharyngées et laryngées 21,20% et des affections cervicales 6,34%. Sissoko S et al [4] en 2005 et Maiga. A la lumière des travaux réalisés, les diagnostics retenus ont été dominés par les pathologies otologiques, dont l'otite moyenne aiguë (35,71%), l'otite moyenne chronique (24,77%) ; suivi des amygdalites avec 15,14% et la rhinopharyngite aiguë. Le même constat était rapporté dans la littérature médicale ORL [7], [8], à savoir une prédominance des affections otologiques sauf en pédiatrie [4], [5], où les infections respiratoires aiguës prédominent.

Conclusion

Le service d'ORL du centre de santé de référence de la commune VI est un service qui reçoit les références de l'ensemble des CSOM de la commune pour la prise en charge médico-chirurgicale des pathologies infectieuses en ORL. Il en ressort de cette étude, le caractère très varié des pathologies infectieuses rencontrées avec une prédominance des pathologies otologiques.

*Correspondance :

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari
elansarisaydi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

1 : Hôpital de district de Sogoniko

2 : CHU Gabriel Touré

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Keita M. Dao K. Ag Mohamed A. Pratique oto-rhino-laryngologique en Afrique sub-saharienne Cas du Mali : A propos d'une expérience de 28 mois dans une province. Med Afr Noire 2005
- [2] RAMAROZATOVO. N.P et al. Épidémiologie des urgences pédiatriques en ORL à Antananarivo : résultats préliminaires. Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2010(Janvier-Février) ; 2(1) : 1-4.
- [3] Amara B.et al. Bilan d'activités d'un service orl et de chirurgie cervico-faciale au CHU de Yopougon période de 23 avril 1990 au 31 décembre 1999 Thèse Med Abidjan. 1993 ; n°1472.
- [4] SISSOKO Seydou et al. Motifs de consultation dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré en 2005. [Thèse Méd] FMPOS de Bamako ; 2005 - 67p.
- [5] Hicham Attifi1, Mounir Hmidi1, Ali Boukhari1 et al. Expérience oto-rhino-laryngologique de l'hôpital marocain

de campagne en Guinée Conakry. Pan African Medical Journal. 2014 ; 19 :40 doi :10.11604/pamj.2014.19.40.4908.

- [6] Legent F, Narcy P, Beauvillain C, Bordure P. ORL Pathologie cervico-faciale, 6 ème édition. Paris : Masson, 2003 ; 316 p.
- [7] Noupoue J. et al. Contribution à l'étude de la pathologie ORL : bilan de 8 années de service au CHU de Yaoundé. Thèse Med. CUSS. Université de Yaoundé. 1991.
- [8] MSAME et al. Morbidité ORL et Chirurgie cervico-faciale dans un Hôpital d'Afrique Subsaharienne. Jaccr Africa 2020 ; 4(1) : 502-509

Pour citer cet article

MS Ag Med Elmehdi Elansari, D Coulibaly, S Soumaoro, B Guindo, M Maiga, M Konaté et al. Pathologies infectieuses en otorhinolaryngologie (ORL) à l'hôpital de district de la commune VI de Bamako. (Mali). Profils sociodémographiques et cliniques. Jaccr Infectiology 2021; 3(1): 19-23

Article original

Impact de l'instabilité sociale sur les Infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et les Virus des hépatites B et C. Cas de GAO

Impact of social instability on Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis B and C Viruses. Cases of GAO

MY Dicko*¹, Sanogo D Épouse Sidibe², D Katile³, Doumbia K Épouse Samake¹, Sow H Épouse Coulibaly¹, MS Tounkara¹, S Aboubacar¹, O Malé⁴, A Konate¹, MT Diarra¹, MY Maiga¹

Résumé

L'étude avait pour but d'évaluer les infections par le VIH et les virus des hépatites B et C à Gao dans un contexte d'instabilité sociale. Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a concerné tous les patients ayant été consulté dans le service de médecine Générale et les donneurs volontaires ou parentaux de sang au laboratoire de l'hôpital HANGADOUMBO MOULAY TOURE de Gao, de janvier à décembre 2018. Au terme de notre étude sur 2786 personnes testées. La sérologie VIH était positive chez 33 cas soit 1,2%, l'Ag HBs et l'Ac anti VHC étaient présent respectivement chez 220 cas soit 7,9% et 5 cas soit 0,2%. Au sein de cette population, 529 patients étaient hospitalisés, chez qui la prévalence du VIH était de 5,7% (30/529), celle du VHB (Ag HBs) de 3,8% (20/529) et elle était de 0,2% (1/529) pour le VHC (Ac anti VHC). Ces infections étaient fréquemment observées entre 20 et 49 ans et prédominaient chez les sujets masculins. Il n'y avait pas des catégories d'occupations spécifiquement atteints. Une coïnfection VIH/virus des hépatites était retrouvée chez 0,3% des patients VIH positif. Tous ces patients avaient une coïnfection VIH/VHB et dans un cas une triple infection VIH/

VHB/VHC. L'AEG était retrouvée chez 81,8% des patients hospitalisés. Il ressort de cette étude que la prévalence du VIH reste stable à Gao qui connaît une instabilité sociale depuis 2012 par rapport à l'enquête EDISM IV de 2006 qui n'avait pas pris en compte les virus des hépatites. D'autres études sur ces virus sont souhaitables afin de déterminer l'impact réel de cette instabilité sociale sur leurs prévalences

Mots-clés : Prévalence, VIH ; VHB ; VHC ; GAO

Abstract

The purpose of the study was to assess HIV and hepatitis B and C virus infections in Gao in a context of social instability. This is a cross-sectional descriptive study that involved all patients who were consulted in the General Medicine Department and voluntary or parental blood donors at the laboratory of the HANGADOUMBO MOULAY TOURE hospital in Gao, from January to December 2018. At the end of our study on 2786 people tested. HIV serology was positive in 33 cases or 1.2%, Ag HBs and Ac anti HCV were present in 220 cases, 7.9% and 5 cases or 0.2%, respectively. In this population, 529 patients were hospitalized, with HIV prevalence of 5.7% (30/529), HBV (Ag HBs) 3.8% (20/529)

and 0.2% (1/529) for HCV (HCV). These infections were frequently observed between the age of 20 and 49 and predominated in male subjects. There were no occupation categories specifically affected. HIV/hepatitis virus co-infection was found in 0.3% of HIV-positive patients. All of these patients had HIV/HBV co-infection and in one case triple HIV/ HBV/HCV infection. AEG was found in 81.8% of hospitalized patients.

The study found that HIV prevalence remains stable in Gao, which has been experiencing social instability since 2012 compared to the 2006 EDSM IV survey, which did not take hepatitis viruses into account. Further studies on these viruses are desirable to determine the real impact of this social instability on their prevalence's.

Keywords: Prevalence, HIV; HBV; HCV; Gao.

Introduction

Les infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) constituent à l'heure actuelle un problème de santé publique majeur de par leur fréquence et leur gravité potentielle [1 ; 2]. Leur association fréquente se justifie par le fait qu'ils partagent les mêmes modes de transmission [1 ; 2]. Ainsi, la coïnfection par le VIH et VHB a été estimée à 10% tandis que celle par le VIH et le VHC serait de 9 à 25% [3 ; 4]. La gravité de telles associations est liée à l'interaction entre ces virus, car l'immunodéficience au VIH accélère la fibrose hépatique en cas de coïnfection par les VHB et VHC [3 ; 4]. En Afrique des prévalences de 4 à 11 % ont été rapportées pour la coïnfection VIH et VHB et de 3 à 7% pour la coïnfection VIH et VHC [5]. Au Mali, les études faites en milieu urbain rapportent une prévalence de 13,9% pour le VHB [6], une prévalence de 3,4% pour le VHC [7] et une prévalence de 1,1% pour le VIH [8]. Classiquement les instabilités sociales par les mouvements des populations seraient les facteurs d'éclosions de ces infections. La région de Gao a été affectée par la

crise sociopolitique que traverse le Mali depuis 2012. Avant cette date l'enquête EDSM IV de 2006 y avait rapporté une prévalence du VIH à 1,2% [9], alors que celles des virus des hépatites étaient méconnues. Nous avons voulu par ce travail, évaluer les infections par le VIH et les virus des hépatites B et C en cette période d'instabilité sociale.

Méthodologie

Cette étude descriptive et transversale s'est déroulée au service de Médecine Générale et le service de laboratoire de l'hôpital HANGADOUMBO MOULAYE TOURE de Gao du 1er janvier au 31 décembre 2018. Elle a porté sur les patients ayant été consulté dans le service de médecine Générale et les donneurs volontaires ou parentaux de sang au laboratoire de l'hôpital. Ces individus devraient être âgé d'au moins 18 ans, avoir réalisé les tests sérologiques du VIH, VHB et VHC et avoir donné leur consentement oral pour leur inclusion dans l'étude. L'interrogatoire chez toutes ces personnes a récolté les données sociodémographiques et les antécédents personnels d'ictère, de transfusion sanguine, de partenaires sexuels multiples, de toxicomanie, de tabagisme, de l'alcoolisme et la notion familiale d'hépatite VHB ou VHC. Chez les patients hospitalisés, elle a recherché une altération de l'état général, une asthénie, des troubles digestifs, un amaigrissement, des céphalées, une fièvre, un prurit, une urticaire et une douleur ostéoarticulaire. L'examen physique était systématique chez les malades hospitalisés à la recherche d'une hépatomégalie, d'une splénomégalie, d'une circulation veineuse collatérale, d'une ascite, d'un ictère, urines foncées, des adénopathies et toute autre pathologie associées aux autres organes. Nous avons comparé la prévalence du VIH de cette étude à celle de L'EDSM IV réalisée en 2006 avant la crise, celles des virus des hépatites n'y ayant pas été effectuées. Les informations nécessaires ont été fournies aux clients par rapport aux objectifs de l'étude et sa confidentialité et leur consentement était obtenu. La

recherche d'anticorps anti-VIH a été faite par des tests rapides : DetermineRHIV-1/2 d'Inverness médical. La détection de l'Ag HBs a été réalisée par technique immunoenzymatique (ELISA) selon le Kit MONOLISA AgHBs ULTRA de BIORAD. Le Monolisa® Anti HCV plus version 2. A été utilisé pour la recherche des anticorps anti-VHC. Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête, saisies et analysées avec le logiciel SPSS20.

Résultats

Pendant une année nous avons réalisé la recherche des virus de l'immunodéficience et des virus des hépatites B et C chez 2786 personnes, chez lesquelles la prévalence a été pour le VIH de 33/2786 soit 1,2% vs 4/316 soit 1,2% de l'enquête de EDSM IV de 2006 avant la crise sociale (p=0,8829) ; l'Ag HBs a été retrouvé chez 220/2786 soit 7,9% et les Ac anti VHC

chez 5/2786 soit 0,2%.

Au sein de cette population, 529 patients étaient hospitalisés, chez qui la prévalence du VIH était de 5,7% (30/529), la prévalence du VHB (Ag HBs) de 3,8% (20/529), la prévalence du VHC (Ac anti VHC) de 0,2% (1/529). Le sexe masculin était prédominant dans toutes les infections avec un sex ratio de 1,06 pour le VIH. Ces infections virales étaient fréquemment observées de 20-49 ans. Les sujets mariés étaient plus touchés par le VIH et le VHB. Il n'y avait pas de catégorie professionnelle particulièrement touchée. Une coinfection VIH/virus des hépatites était retrouvée chez 10 patients sur les 33 patients VIH positif soit 30,3%. Tous ces 10 patients avaient une coinfection VIH/VHB avec dans un cas une triple coinfection VIH/VHB/VHC. Sept patients étaient hospitalisés et 3 étaient asymptomatiques. L'altération de l'état général était retrouvée chez 81,8% des patients.

Tableau I : Sexe des patients ayant une infection.

VIRUS	VIH		VHB		VHC	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Homme	17	(51,5%)	210	(95,5%)	5	(100%)
Femme	16	(48,5%)	10	(4,5%)	0	(00%)
Total	33	(100%)	220	(100%)	5	(100%)

Tableau II : Age des patients infectés.

VIRUS	VIH		VHB		VHC	
	N	%	N	%	N	%
Tranche d'âge						
20 – 29	8	(24,3%)	8	(40,0%)	2	(40,0%)
30 – 39	13	(39,5%)	90	(40,9%)	1	(20,0%)
40 – 49	7	(21,1%)	28	(12,7%)	2	(40,0%)
50 – 59	3	(9,0%)	11	(5,0%)	0	(00,0%)
60 – 69	1	(3,0%)	2	(0,9%)	0	(00,0%)
70 et plus	1	(3,0%)	1	(0,5%)	0	(00,0%)
Total	33	(100%)	220	(100%)	5	(100%)

Tableau III : Signes cliniques chez les patients infectés.

SIGNES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
AEG	27	81,8%
Diarrhée	9	27,3%
Fièvre	21	63,6%
Prurit	1	3,0%
Ascite	2	6,1%

Discussion

Cette étude avait pour but d'évaluer l'impact des mouvements sociaux sur la prévalence du VIH et des virus des hépatites. L'âge n'avait pas pu être précisé sur toute la population d'étude. Toutefois la taille de l'échantillon est suffisamment représentative pour étudier les prévalences des virus.

La séroprévalence de l'infection par le VIH était de 1,2%. Ce taux est identique à celui de l'EDSM-IV ($p=0,8829$) [9]. Cette stabilité de la prévalence du VIH à Gao impose une vigilance car la prévalence nationale décroît régulièrement pour être de 1,3% à l'EDSM IV de 2006 [9] à 1,1% à l'EDSM V de 2013 [8] bien que cette dernière n'y ait pas été effectuée. Nous estimons que des études ultérieures sont nécessaires pour suivre l'évolution de cette infection dans ce milieu instable.

Nous avons trouvé une prévalence de 7,9% pour le VHB. Là encore, les données antérieures pour ce virus manquent pour notre lieu d'étude. On peut seulement affirmer que cette prévalence reste inférieure à celles rapportées par d'autres études aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain respectivement de 14,7%, 21,5%, 13,9% et 15,9%. [10 ; 2 ; 6 ; 11]

L'infection par le VHC était retrouvée chez 0,2% de notre population d'étude. Comme pour le VIH et le VHB, les enquêtes antérieures n'ont pas étayé la prévalence de ce virus dans notre milieu d'étude. Toutefois les études faites au CNTS rapportent des prévalences de 3,4% et 4% sur des échantillons qui sont assez représentatifs de la population générale. [2, 12]

Parmi les séropositifs au VIH le sexratio était de 1,06 en faveur des hommes mais d'autres études faites par Ba [2], Pol et Touré [12] ont trouvé une prédominance du sexe féminin. Le sexe masculin était majoritaire pour les virus des hépatites avec une sex-ratio de 21 pour le VHB et de 5 pour le VHC, contrairement à l'étude de Ba [2] où le sexe féminin était prédominant avec un sexratio de 1,8 pour le VHB et de 1,2 pour le VHC.

La tranche d'âge la plus touchée dans toutes les infections était de 20-49 ans dans notre étude. Ce résultat est comparable à celui de Ba [2] qui a trouvé une tranche d'âge de 18-39 ans et à celui de Konaté et al [6] qui était de 25-35 ans.

Dans notre étude, on a constaté 10 cas de coinfection VIH/virus des hépatites. La coinfection VIH-VHB a été retrouvée dans tous les cas de coinfection. Ba [2] et Touré [12] ont rapporté des prévalences de coinfection respectivement de 21,1% et de 21%.

Concernant la triple infection VIH/VHB/VHC retrouvée dans un cas, Ba [2] a rapporté une prévalence de 1,2% et Touré [41] qui a trouvé une prévalence de 4%.

Chez les 7 coinfectés symptomatiques les signes cliniques étaient identiques à ceux classiquement rapportés.

Conclusion

Cette étude a rapporté les prévalences du VIH, VHB et du VHC à Gao qui connaît une insécurité sociale depuis 2012. Il ressort de nos résultats que la prévalence du VIH reste stable par rapport à l'enquête

EDSM IV qui n'avait pas pris en compte les virus des hépatites. C'est ainsi que des études ultérieures sur ces virus sont souhaitables afin de déterminer l'impact réel de cette instabilité sociale sur leurs prévalences.

***Correspondance :**

Moussa Dicko

dickmy9@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Mars 2021

- 1 : Hépatogastroentérologie CHU GT, Bamako, Mali
- 2 : Hépatogastroentérologie CHU Point G, Bamako, Mali
- 3 : Unité d'hépatogastroentérologie de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes, Mali
- 4 : Unité d'hépatogastroentérologie du centre de santé de référence de Mopti, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Diarra M, Konate A, Minta D, Sounko A Epouse Diarra, Dembele M, Toure CS et al. Aspect épidémiologiques de la coinfection par le virus de l'immunodéficience humaine et les virus des hépatites. *Mali Med* 2006;XXI:27-30.
- [2] Ba A. Évolution de la coinfection VIH/Hépatites B et C dans trois populations vues en milieu urbains. Thèse Pharm. Bamako : FMPOS; 2004;N 04P67.
- [3] Zylberberg H, Pol S. Reciprocal interactions between human immunodeficiency virus and hepatitis C virus infections. *Clin infect dis.* 1996; 23:1117-1125.
- [4] Gervais A, Winock M, Raffi F, Garde M, Chenne G, Regnaud J et al. Prévalence des coinfections par le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC) dans une cohorte de malades infectés par le VIH et traités par inhibiteurs de protéases. *Maladies Infectieuses* 2000;30:360.
- [5] Wendeler G .10 ièmes rencontres Nord-Sud IMEA/IRD/ FIE 16 décembre 2015 à Paris- HIV en Afrique. Coinfection VHB et VHC – EPHB ; 2015 :1-12.

- [6] Konaté A, Sow H, Wife Coulibaly, Doumbia K, Wife Samaké, Dicko MY et al. Epidemiological and Serological Profile of hepatitis B virus in an urban Area in Mali. *J of Gastro-enterology* 2019;(9):158-163
- [7] Rapport CNTS 2015. WWW.Santé.gov.ml.
- [8] Enquête Démographique de la Santé Mali V, EDS-MV. WWW.Santé.gov.ml.
- [9] Samake S, Traore SM, Ba S, Dembele E, Diop M, Mariko S et al. Enquête Démographique de la Santé Mali-IV, EDS- M IV 2007 ; Bamako, 410p. www.cspro.org/pubs/pdf/FR199/FR199.pdf.
- [10] Bougoudogo, F., Diarra, S., Traore, S. and Niangaly, A. (2001) Report on the Prevalence of Markers of Hepatitis B Virus Infection in Mali. 1-35. WWW.gov.santé.Mali.
- [11] Kone K. Coinfection VIH/VHB au CESAC de Bamako et USAG de la commune V. These Méd, Bamako : 2010 ; 10M543.
- [12] Touré CS. Aspect Epidémiologique de la Coinfection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine et les Virus des Hépatites. These Med: Bamako 2003-2004
- [13] Pol S, Fontaine H. Hépatites virales. *Encycl Méd Chir* 1998, 22 p.

Pour citer cet article

MY Dicko, Sanogo D Épouse Sidibe, D Katile, Doumbia K Épouse Samake, Sow H Épouse Coulibaly, MS Tounkara et al. Impact de l'instabilité sociale sur les Infections par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et les Virus des hépatites B et C. Cas de GAO. *Jaccr Infectiology* 2021; 3(1): 24-28

RÉSEAU DE PROMOTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE

REPREMAF



<https://repremaf.org>

REPREMAF a pour but d'aider à la production scientifique en médecine et sciences sanitaires apparentées.

Il s'agit d'un réseau ouvert à tous les prestataires du domaine de la santé.

REPREMAF se veut un cadre d'échange fructueux et de partage scientifique d'expérience entre les praticiens du continent africain et d'ailleurs.

En outre, REPREMAF constitue une vitrine et un canal de diffusion des parutions des articles de JACCR-AFRICA (Journal africain des cas cliniques et revues) en parution online.

En plus du Journal, le REPREMAF dispose d'une maison d'édition intitulée : " Les éditions du REPREMAF" qui permet d'éditer des livres du domaine de la médecine et sciences sanitaires apparentées afin de promouvoir la recherche médicale en Afrique à travers les écrivains scientifiques africains du continent et ceux de la diaspora.

Par ailleurs, REPREMAF œuvre dans la formation continue en matière de recherche médicale par la diffusion des outils de recherche, la divulgation des rencontres scientifiques et compte rendu de congrès mais aussi l'organisation de colloques REPREMAF autour de thèmes pertinents de la Recherche médicale en Afrique. Visitez régulièrement cette page pour être au courant de nos activités en cours.

Le REPREMAF se donne aussi une mission d'accompagner les doctorants et d'autres étudiants en santé pour la rédaction de leurs thèses, mémoires et rapports de stage.

REPREMAF dispose également d'un *Moteur de Recherche* à vocation *panafricain* sur Recherche Médicale contenant des données africaines en santé et cela dans l'intention de promouvoir la Recherche Médicale sur le continent dont les données sont très peu visibles et accessibles à la communauté scientifique. Trouvez ci-dessous le lien pour accéder au moteur en question.