

XXIII^{ème} CONGRES MEDICAL MAGHREBIN

A TUNIS DU 9 - 10 - 11 - MAI 1994

QUELQUES RESUMES DES COMMUNICATIONS

A suivre...

ETAT ACTUEL DE LA LEISHMANIOSE VISCERALE EN TUNISIE

BOURATBINE-BALMA A. *, AOUN K. *, CHAHED M.K. **,
BEN SALAH A. *, DELLAGI K. ***, BEN ISMAIL R. *

* Laboratoire de Parasitologie - Institut Pasteur

** Direction des soins de santé de base -
Ministère de la Santé Publique

*** Laboratoire d'immunologie - Institut Pasteur - Tunis

La leishmaniose viscérale infantile connaît actuellement un regain d'intérêt dans notre pays en raison du nombre croissant des cas recensés et de leur extension géographique. Le pronostic de la maladie reste greffé d'une létalité non négligeable de 8% en grande partie imputable à un retard de prise en charge. Notre étude se propose de faire, outre une mise au point épidémiologique, une approche sur les causes du retard au diagnostic. Cette étude s'est basée sur : - Les bulletins épidémiologiques fournis par la direction des soins de santé de base, répertoriant les cas annuels de leishmaniose viscérale déclarés en Tunisie. - Une enquête rétrospective au niveau des familles et des hôpitaux régionaux, sur 30 cas de Kala Azar, répertoriés durant l'année 1993. Depuis 1986, il existe une tendance nette à l'extension des foyers vers le Sud Tunisien. En effet plusieurs cas sont déclarés dans des régions où la maladie n'a jamais été signalée auparavant, telle la région de Tozeur (5 cas en 1993). Il existe également une augmentation nette de l'incidence déclarée de la maladie qui est passée de 50 cas environ durant les années 80 à 130 cas en 1992 et 1993. Le délai entre les premières manifestations cliniques et le diagnostic est en moyenne de trois mois et demi, il varie de 15 jours à un an. Ce retard au diagnostic s'explique dans la grande majorité des cas par la non reconnaissance de la maladie surtout à un stade initial. Nous discuterons les causes éventuelles de la propagation de la maladie, l'intérêt d'un dépistage précoce au niveau le plus périphérique (hôpitaux régionaux et dispensaires) et les limites des méthodes de lutte actuellement préconisées.

LES TUMEURS DE VESSIE CHEZ LE JEUNE

TOUIJER K., ABOUTAIEB R., BENNANI S.,
EL MRINI M., BENJELLOUN S.

Service d'Urologie -

C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Sur une période de 15 ans (1977-1992) et sur un total de 694 sujets porteurs de tumeurs de vessie, 30 cas concernent le sujet jeune de moins de 40 ans. La prédominance masculine est particulièrement marquée avec 9 hommes pour 1 femme. Le tabac (20 fois), la bilharziose (1 fois), l'exposition professionnelle (1 fois) sont retenus comme facteurs de risque. L'hématurie est présente chez 29 malades. Le retard diagnostique est en moyenne de 30 mois. Nous avons observé 12 cas de tumeurs superficielles pour lesquelles 10 résections transuréthrales et 2 tumorectomies ont été réalisées et 18 cas de tumeurs infiltrantes pour lesquelles 15 cystoprostatectomies ont été effectuées. Les 3 patients restants ont bénéficié d'une radiothérapie.

L'évolution est marquée dans les cas de tumeurs superficielles par un faible taux de récurrence et dans les cas de tumeurs infiltrantes par 4 décès, 4 perdus de vue et 9 patients suivis régulièrement et libres de toute métastase. Dans cette série de tumeurs de vessie chez le sujet jeune, trois éléments méritent d'être soulignés :

- Le retard au diagnostic.
- Le potentiel réduit des récurrences pour les tumeurs superficielles et la fréquence des tumeurs infiltrantes.
- La chirurgie radicale pour les tumeurs infiltrantes ne doit jamais être retardée sous prétexte qu'elle est compromettante pour la continence et la fonction sexuelle.



LES MALADIES HEREDO-DEGENERATIVES SPINO-CEREBELLEUSES : Une nouvelle approche

ZARG EL AOUN EL GAZZAH L.*, CHALBI N.**

* Laboratoire de médecine préventive - Faculté de Médecine de Tunis

** Laboratoire de génétique et biométrie - Faculté des Sciences de Tunis

Une étude génétique et biométrique des différentes formes des maladies hérédito-dégénératives spino-cérébelleuses (HDSC) a été réalisée et certains de nos résultats ont déjà donné lieu à une première interprétation. Le recensement des proposants, fondé sur les déterminations biochimiques et cliniques a permis, par un travail de terrain d'établir les généalogies qui ont servi à l'étude génétique.

Outre le fait que l'analyse génétique a mis en évidence l'hérédité autosomale récessive, l'introduction de nouvelles familles, jusque là non encore soumises à l'étude et d'autre part la formulation de nouvelles hypothèses génétiques nous a permis d'approfondir l'étude en question. Il s'agit surtout de l'examen des résultats à la lumière d'une interprétation multifactorielle des cas cliniques recensés, ceci d'autant plus qu'il s'agit de formes diversifiées et évolutives. Enfin, une analyse approfondie des généalogies a permis de discuter du lien entre la présence de la maladie et l'appareillement dans les unions ayant donné les sujets malades.



NOTRE EXPERIENCE DANS LE TRAITEMENT DE LA PERFORATION DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

AYADI A., LAOUBI S., ATAILIA S.

CHU IBN ROCHD - Annaba - Algérie

Les auteurs rapportent une étude rétrospective de 158 patients opérés pour perforation d'ulcère gastro-duodénal sur une période de 4 années. Durant cette période, 50 patients ont bénéficié d'un geste radical (vagotomie tronculaire plus geste de drainage ou résection gastrique) tandis que 112 malades ont été traités par suture simple. Le diagnostic est aisé dans la majorité des cas. La prise en charge des malades s'est effectuée dans les 6 premières heures. Le recul moyen étant de 18 mois, tous les malades ont été contrôlés par des endoscopies hautes successives (2^e mois et tous le 6 mois). Les résultats ont été: pour le traitement radical, mortalité nulle, 2% de récurrence pour le traitement par suture, nous déplorons 4 décès et 11,6% de récurrences. Il en résulte que le traitement radical constitue le traitement de choix dans la perforation de l'ulcère gastro-duodénal.

RETINOBLASTOMES DE L'ENFANT : Etude rétrospective de 40 cas

BOUAOUINA N.*, BOUSSEN H.*, BOUGUILA H.**,
MARRAKCHI S.**, GAMMOUDI A.*, KOCHBATI L.*,
BEN ROMDHANE K.*, BEN ABDALLAH M.,
BEN AYED F.*, MAALEJ M.*

* Institut Salah Azaïez - Tunis - ** Institut d'Ophthalmologie - Tunis

Le rétinoblastome bien que rare (11 cas/million d'enfants < 5 ans aux USA) représente la tumeur intra-oculaire la plus fréquente chez l'enfant. Le traitement reste encore basé sur l'énucléation associée à la radiothérapie et la chimiothérapie en cas d'extension loco-régionale ou métastases. De janvier 1972 à décembre 1993, nous avons colligé 40 enfants adressés à l'ISA pour traitement complémentaire après énucléation pour rétinoblastome. La population comporte 25 garçons et 15 filles (SR = 1,66) âgés en moyenne de 41,2 mois (Unilat = 43,2 vs bilat = 36,25 mois, extrêmes = 12 à 144 mois). Le motif de consultation est dominé par la leucocorie (15/40) et l'exophtalmie (11/40), l'atteinte est bilatérale chez 12 enfants (52 yeux au total). La répartition selon la classification de REESE montre : 30 stades V, 5 stades IV, 1 stade II et 15 inclassés non précisés. 43 énucléations ont été pratiquées et le nerf optique était envahi à l'histologie dans 26 cas. Une irradiation orbitaire a été pratiquée dans 35 cas et une chimiothérapie chez 9 enfants. Actuellement, 16 enfants sont vivants en rémission complète (3 à 87 mois), 10 sont décédés de progression tumorale et 14 sont perdus de vue. Un enfant a développé un ostéosarcome (Fémur) après la rétinoblastome familial initial. Le rétinoblastome est une tumeur intra-oculaire embryonnaire particulière sur le plan génétique (gène RB). Son pronostic est lié à l'âge au diagnostic (> 2 ans), l'uni ou bilatéralité et le sexe atteint. A l'instar des autres tumeurs embryonnaires de l'enfant, il s'agit d'un cancer radio et chimiosensible.



LES TRAUMATISMES DUODENO-PANCRÉATIQUES

RIDAI M., KAFIH, EL IDRISSE H., AJBAL M., NEJJAR
ALAOUI M., AGHZADI R., ALAOUI M., ZEROUALI O.N.

Service des Urgences Chirurgicales Viscérales - Casablanca

Les traumatismes duodéno-pancréatiques continuent à poser des problèmes diagnostiques et thérapeutiques. A travers une série de 42 cas, les circonstances diagnostiques, les traitements adoptés et leurs résultats sont analysés. Ces lésions représentent 2,7% des lésions abdominales; elles sont secondaires à une plaie pénétrante dans 60% des cas et à une contusion abdominale dans 40% des cas. L'âge de nos malades varie entre 17 et 45 ans, avec une

moyenne de 20 ans. Dans tous les cas, le diagnostic de T.D.P. n'a été porté qu'après exploration chirurgicale minutieuse, permettant de faire le bilan des lésions associées. Le traitement a consisté, dans la majorité des cas, en une simple réparation avec drainage. Depuis 1989, nous avons adapté le traitement aux types de lésions. Nous avons déploré 4 décès dont 3 dans les suites immédiates de l'intervention ; ces décès sont surtout liés aux lésions associées. Les complications ont été dominées par les fistules duodénales et pancréatiques. Nous soulignons l'intérêt diagnostique qu'auraient apporté l'échographie et la TDM en cas des lésions D.P. isolées et surtout dans notre contexte, l'exploration chirurgicale systématique du cadre D.P. en cas des lésions post-traumatiques, nécessitant une laparotomie. Enfin, le traitement doit être codifié, selon les différents types de lésions.



LITHOTRITIE ENDOCORPORELE AU LITHOCLAST SWISS :

Une étude rétrospective de
250 lithiases traitées

*MOSBAH A., KRID M., BACCOUCHE S., ELLEUCH A.,
OULD SIDI MOKHTAR A.,*

Service d'Urologie - CHU Sahloul - Sousse - Tunisie

Le Lithoclast est un appareil de lithotritie endocavitaire qui fragmente mécaniquement le calcul et qui peut être utilisé dans le rein, l'uretère, la vessie et l'urètre. 250 lithiases chez 244 patients ont été traitées en 28 mois dans le service d'Urologie de Sousse. Les patients se répartissent en 2 groupes: - Le groupe 1 correspond à 144 patients porteurs de lithiase urétérale (taille moyenne 8 mm). La fragmentation a été réalisée en utilisant un urétérorénolescope 8,5 charnières et les débris ont été laissés en place. - Le groupe 2 correspond à 100 patients porteurs de lithiase vésicale volumineuse ou urétrale. La taille moyenne des lithiases était de 32 mm. Dans le groupe 1, la fragmentation a été obtenue dans presque 80% des cas. Une meilleure fragmentation est obtenue pour les lithiases urétérales pelviennes du fait d'un accès plus facile (90%). Dans 15% des cas le calcul en totalité ou partiellement, la lithiase a été refoulée dans le rein et reprise ultérieurement. Trois patients ont présenté une plaie urétérale dont une a été réparée chirurgicalement. Les 2 autres ont bien évolué sous drainage par sonde double J. Dans le groupe 2, la fragmentation a été excellente dans tous les cas (100%) après une ou deux séances de lithotritie. Nous avons noté dans les 2 groupes 4 infections urinaires dont 2 du haut appareil urinaire. Nous pensons aussi que le lithoclast est un nouveau procédé de lithotritie endoscopiques très efficace. Son utilisation est sans risque aussi bien dans l'uretère que dans la vessie.

PLACE DU CERCLAGE A CHAUD DANS LES MENACES SEVERES D'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE à propos de 50 grossesses

*ADDAD HAMDANE D., SAIDI A., DROURI D.,
KIRAM A., HAMDI S., - CHU de Kouba - Algérie*

La découverte chez une femme enceinte, avant la 32^{ème} semaine, de modifications sévères du col, compromet gravement l'évolution ultérieure de la grossesse. Le traitement médical est parfois dangereux, souvent inefficace. Nous rapportons une série de 50 cas de cerclage réalisé dans le cadre de l'urgence dans notre service sur une période de trois ans. L'âge de la grossesse au moment du cerclage variant de 18 à 24 semaines dans 50 % des cas, de 25 à 30 semaines dans 18 % des cas. 7 patientes ont subi un double cerclage. Nos résultats se répartissent entre : 3 échecs - avortement tardif. 12 accouchements prématurés. 35 accouchements à terme, 3 morts périnatales sur 47 accouchements. Ces résultats démontrent que le recours au cerclage à chaud représente une méthode très utile de lutte contre la prématurité.



PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE LA GROSSESSE CHEZ LA DIABÉTIQUE

*BOUGUERRA R., BEN SLAMA C., EZZAOUIA G.,
JELLOULI K., DOGHRI T.
Institut de Nutrition - Tunis*

Al'heure actuelle le pronostic de la grossesse diabétique a été radicalement modifié par deux attitudes : 1) Intensification de l'équilibre avec exigence d'une normoglycémie permanente aboutissant à une mortalité périnatale de 0, 6% en cas de grossesse hautement médicalisée. 2) Prise en charge pré-conceptionnelle qui a permis d'obtenir un taux de malformations foetales (1,1 %) inférieur à celui de la population générale. Le bon déroulement de la grossesse dépend : - De la qualité de l'enseignement. - Du contrôle optimal du diabète. - De la recherche et de la prise en charge précoce et intensive des autres facteurs de risque de la grossesse. - De la motivation de la patiente. L'accouchement à terme après 38 semaines avec détection de la souffrance foetale a permis de réduire la morbidité néonatale. La prise en charge de la grossesse chez la diabétique demeure encore préoccupante en Tunisie : - Taux de mortalité péri-natale et taux de malformations congénitales restent encore très élevés. - Absence de planification de la grossesse et surtout retard de consultation des patientes gestantes (40% au deuxième trimestre). - Education et auto-contrôle très insuffisants (< 10% des patientes). □