

SOCIÉTÉS CORRESPONDANTES

Communications présentées à la Société des Sciences médicales de Madagascar pendant l'année 1997.

Hôpital général de Befelatanana, BP 14bis, Antananarivo 101, Madagascar

Coordonnateur : P. Aubry, Vice-Président de la Société des Sciences médicales de Madagascar

Etude biométrique échographique de la rate chez l'enfant tananarivien.

A. Ahmad (1), L. E. Tidahy (1), J. Nely (1), D. R. Rakotoarimanana (2), D. Sirinelli (3) & K. Keita (4) (5)

- (1) Service de radiologie, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar.
(2) Service de pédiatrie, CHU de Befelatanana, Antananarivo, Madagascar.
(3) Service de radiopédiatrie, Hôpital Clocheville, Tours, France.
(4) Service de radiologie, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte-d'Ivoire.
(5) Communication présentée à la séance du 4 janvier 1997.

Buts - Déterminer les valeurs moyennes et extrêmes des diamètres spléniques de l'enfant tananarivien, en fonction de la taille, du poids et de l'âge ; établir une abaque des diamètres spléniques de l'enfant tananarivien en fonction de l'âge.

Matériel et méthodes - Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service de radiologie du CHU d'Antananarivo, portant sur 450 cas consécutifs pendant une période de 5 mois, de décembre 1995 à avril 1996. Notre population a été constituée de 450 enfants âgés de 0 à 15 ans provenant de Mahamasina-Antananarivo, 218 de sexe masculin et 232 de sexe féminin, et recrutés par groupes de 30 par tranche d'âge, selon deux critères d'inclusion, à savoir l'absence de splénomégalie et une bonne santé (sans accès de fièvre récurrente). Après interrogatoire, examen clinique et détermination du poids et de la taille de l'enfant, deux coupes échographiques, longitudinale et transversale, ont été réalisées en décubitus dorsal et latéral droit afin de mesurer la hauteur, la largeur et l'épaisseur de la rate. Les données ont été jugées et validées par diverses méthodes statistiques.

Résultats - Ce travail a montré :

- qu'il existe, non seulement une forte corrélation entre la hauteur de la rate et la taille de l'enfant pour les deux sexes, mais également la prédominance masculine concernant la corrélation du poids et de la taille en fonction de l'âge ;
- une augmentation progressive de la hauteur et de la largeur de la rate de l'enfant tananarivien, à raison de 2 mm par an.

Conclusions - Absence d'une différence significative des valeurs moyennes et extrêmes des diamètres spléniques entre les deux sexes chez l'enfant tananarivien ; existence d'une abaque des diamètres spléniques en fonction de l'âge avec croissance biométrique globale de la hauteur de la rate à raison de 2 mm par an.

Mots-clés : Echographie - Biométrie - Rate - Enfant

Le goitre compressif (à propos de 26 cas observés dans le service ORL-OPH de l'hôpital général de Befelatanana)

J. Andriantsoavinarivomanana (1), T. H. D. Rakotomihamina (1), L.-A. Fidy (1) & J. Andrianjatovo (1) (2)

- (1) Service ORL-OPH, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.
(2) Communication présentée à la séance du 4 janvier 1997.

Le goitre est très répandu à Madagascar, surtout dans les régions des Hauts Plateaux. Dans notre étude, nous allons essayer de rechercher les complications parmi lesquelles figure la compression qui peut se voir dans les goitres anciens, remaniés ou parfois même récents. Cette complication peut s'installer progressivement ou parfois d'une façon brutale, engageant ainsi le pronostic vital. Elle inquiète le médecin aussi bien par le risque d'une issue fatale par dyspnée aiguë, que par la forte suspicion de cancer. Ceci nous a incité à réaliser cette étude dont les objectifs sont :

- de démontrer si une suspicion de cancer devant un goitre est toujours justifiée,
- de chercher s'il existe des éléments cliniques qui permettent de prévoir la malignité d'un goitre compressif,
- d'éclaircir l'attitude thérapeutique devant les goitres compressifs,
- d'évaluer le pronostic de cette complication.

Notre étude porte sur 26 cas de goitres compressifs observés dans le service durant l'année 1995. Sur 196 goitres chirurgicaux opérés durant cette période, 26 se sont révélés compressifs, soit 13,3 %. L'âge de nos malades varie entre 16 et 70 ans, mais on compte surtout des adultes jeunes, avec une prédominance féminine (73,1 %). L'ancienneté du goitre varie de 1 à 32 ans et nous avons eu deux cas de goitres récidivants. La totalité de nos cas sont euthyroïdiens et le caractère plongeant a été retrouvé chez trois malades. La consistance du goitre est variable d'un cas à l'autre et parfois même au sein du goitre : unimodulaire (14 cas), multinodulaire (8 cas) et homogène (4 cas), ce qui concorde bien avec les données scintigraphiques et échographiques. Parmi les signes de compression observés, nous avons noté la dyspnée (84,6 %), la dysphonie (46,2 %), les circulations collatérales (34,6 %), la dysphagie (30,8 %) et un cas de syndrome de Claude BERNARD HORNER (3,8 %). Les images radiologiques ont montré des déviations ou des compressions trachéales. Du point de vue histologie, un seul cas était malin (adénocarcino-

me vésiculaire). Du point de vue traitement, tous nos goitres ont été extirpés par voie cervicale pure, nous n'avons donc pas eu recours à la sternotomie ou à la thoracotomie, même pour les goitres plongeants. Du point de vue post-opératoire, les signes de compression ont presque tous disparu au bout de six mois et nous n'avons déploré aucun décès.

Ainsi, un goitre compressif ne signifie pas obligatoirement cancer (un cas seulement). Bien mené, le traitement est presque toujours sans risque.

Dilatation kystique congénitale du cholédoque chez l'adulte (à propos d'une observation).

A. Ahmad (1), O. D. Tiandaza (2), S. Ratinahirana (3) & G. Rakotozafy (4) (5)

(1) Service de radiologie CHU d'Ampefiloha - Antananarivo (Madagascar)

(2) Service de chirurgie, CHU de Mahajanga, Madagascar

(3) Service de chirurgie, CHU de Nosy-be, Madagascar

(4) Service de chirurgie VII, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar

(5) Communication présentée à la séance du 4 mars 1997.

Introduction - Le kyste du cholédoque est une pathologie rare, notamment en Afrique. Il se découvre à tout âge de la vie, mais souvent avant dix ans. Nous rapportons un cas diagnostiqué à l'âge de 20 ans.

Objectif - Préciser l'intérêt de l'échographie abdominale dans le diagnostic de cette affection.

Méthodes et résultats - Nous rapportons le cas d'une jeune femme de vingt ans, admise au service de chirurgie VII du CHU d'Antananarivo, le 14 août 1995, pour épigastralgies intenses avec vomissements bilieux peu abondants et voussure épigastrique très douloureuse à la palpation, sans notion de fièvre ni de subictère. La radiographie de l'abdomen sans préparation et la numération sanguine étaient normales. L'échographie abdominale a révélé une volumineuse formation ovale (7 x 15cm), à paroi fine, à contenu transonique avec renforcement postérieur, située entre le tronc porte en arrière et la vésicule en avant, sans dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et sans lésions du parenchyme hépatique, évocatrice d'un kyste du cholédoque de type 1a, selon la classification de TODANI. Devant ce diagnostic quasiment certain et l'aggravation de la symptomatologie, la malade a été opérée. A l'intervention, on a découvert un énorme kyste du cholédoque mesurant 15 cm de grand axe et refulant en avant le duodénum. Après réalisation d'une simple anastomose kysto-duodénale, les suites postopératoires immédiates ont été dénuées de complications.

Conclusion - Le kyste du cholédoque demeure une affection rare, d'évolution lente, parfois asymptomatique. Son diagnostic repose sur l'échographie abdominale. L'exérèse totale du kyste avec anastomose hépatico-jéjunale en " Y " permet une guérison sans risque d'angiocholite ni de cholangiocarcinome.

Mots-clés : Épigastralgie - Kyste - Cholédoque - Échographie

Physiopathologie de l'accès pernicieux palustre. Vers des thérapeutiques à visée immunologique ?

P. Aubry (1) (2)

(1) Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar.

(2) Communication présentée à la séance du 8 avril 1997.

La physiopathologie de l'accès pernicieux palustre (A.P.P) fait intervenir le phénomène de cytoadhérence et une cascade immunologique de cytokines (TNF , IFN , interleu-

kines). Les thérapeutiques à visée immunologique peuvent-elles être utiles, au moins comme adjuvantes des antipaludiques (quinine) ?

Pour tenter de répondre à cette question, il a été évalué les relations entre les concentrations plasmatiques des récepteurs membranaires, des cytokines et des signes neurologiques chez des patients présentant un paludisme grave à *P. falciparum*, pernicieux ou non. Ont été mesurés les taux plasmatiques des formes solubles d'ICAM 1, d'ELAM 1, de TNF , d'IFN et d'IL-10.

Rappelons que le phénomène de cytoadhérence est lié à l'adhésion d'hématies parasitées (HP) intactes à des récepteurs endothéliaux (ICAM 1, ELAM 1 ou E, sélectine, ...), et la sécrétion des cytokines à la libération d'antigènes parasitaires par les HP éclatées avec activation d'une part des lymphocytes CD4+Th1, sécrétion d'IL3, de GM-CSF, d'IFN et hypersécrétion de TNF par activation des macrophages, d'autre part des lymphocytes CD4+Th2 avec sécrétion d'IL6, d'IL10 et désactivation des macrophages.

Les concentrations plasmatiques de S.ILAM 1, de SE sélectine, de TNF et d'IL10 sont également augmentées dans le paludisme grave, pernicieux ou non. Les concentrations plasmatiques d'INF ne sont pas augmentées. Ainsi, aucun des facteurs immunologiques étudiés n'est spécifique de l'A.P.P. et n'est directement lié au pronostic. Les traitements à visée immunologique (INF , anticorps monoclonaux) n'ont pas actuellement d'indication dans l'A.P.P.. Le traitement repose toujours sur une optimisation des doses de quinine et la prévention des complications qui dominent le pronostic.

Cette étude réalisée au Burundi chez des adultes africains non immuns (1) est applicable aux habitants des Hautes Terres de Madagascar.

1. DELORON P, DUMONT T, NYIONGABO T, AUBRY P, ASTAGNEAU P *et al.* - Immunologic and biochemical alterations in severe *falciparum* malaria: relation to neurological symptoms and outcome. *Clinical Infectious Diseases*, 1994, **19**, 480-485.

Apport de l'échographie au diagnostic des appendicites au CHU d'Antananarivo (à propos de 100 cas).

A. Ahmad (1), R. Léon (2), J. Nely (1), J. Andrianonimandimby (2) & Keita K (3) (4)

(1) Service de radiologie, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar.

(2) Service de chirurgie IV, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar.

(3) Service de radiologie, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte-d'Ivoire.

(4) Communication présentée à la séance du 8 avril 1997.

Introduction - L'appendicite constitue l'urgence abdominale la plus fréquente en pratique chirurgicale à Madagascar ; son diagnostic repose le plus souvent sur des critères cliniques et biologiques (NFS). Toutefois, ce diagnostic est rendu difficile par le polymorphisme clinique et les variations anatomiques de localisation de l'appendice. Il semble que l'échographie s'impose devant ce doute clinique.

Objectif - Evaluer l'apport de l'échographie au diagnostic des appendicites en déterminant sa sensibilité et sa spécificité.

Matériel et méthodes - Une étude prospective a été réalisée au service de radiologie du CHU Ampefiloha à Antananarivo, pendant une période consécutive de 15 mois, de juin 1995 à septembre 1996. Après une anamnèse et un examen clinique systématique de l'abdomen, 100 malades suspects de syndrome appendiculaire, répartis en 84 cas de sexe féminin et 16 de sexe masculin, ont bénéficié d'une échographie de la fosse

iliaque droite et éventuellement du pelvis chez la femme, à la recherche d'une affection gynécologique. Sur sujet couché en décubitus dorsal à jeun pendant 8 à 12 heures, nous avons effectué un balayage avec compression progressive à l'aide de 2 sondes (3,5 et 7,5 Mhz) par la technique de PUYLAERT, et réalisé deux coupes, longitudinale et transversale, de l'appendice, afin de mesurer l'épaisseur de sa paroi et son diamètre transversal. Comme critères diagnostiques, nous avons retenu le diamètre transversal de l'appendice supérieur à 6 mm, l'épaisseur de la paroi appendiculaire au-dessus de 2 mm, l'existence de fécalithe, d'un épanchement péri-appendiculaire ou diffus, d'un abcès ou d'un plastron appendiculaire. Sur les cent patients, six ont bénéficié d'un traitement médical et 94 ont été opérés. La description macroscopique précise de la pièce opératoire va constituer l'élément de diagnostic de référence qu'on va comparer aux résultats des examens cliniques et échographiques.

Résultats - L'âge des patients varie de 5 à 70 ans, avec classe modale entre 26 et 35 ans. Dans notre étude, 69 % des cas sont des appendicites aiguës avec des signes échographiques représentés essentiellement par l'immobilité de la structure tubulaire (98,55 %), l'épaississement de la paroi appendiculaire (73,91 %), l'image en "cible" (55,07 %), l'abcès (7,84 %), le plastron (14,49 %) et la péritonite appendiculaire (5,79 %). Le diamètre transversal de l'appendice est compris entre 6 mm et 17 mm avec une moyenne de 10,47 mm, tandis que son épaisseur varie de 2,5 mm à 10 mm avec une moyenne de 5,45 mm. En outre, l'évaluation de l'échographie par rapport à la clinique et l'étude macroscopique de la pièce opératoire ont permis de déterminer sa faisabilité (98 %), sa sensibilité (78 %), ainsi que sa spécificité (83 %), avec une prédominance masculine. Néanmoins, dans notre série, nous avons 19 cas de faux négatifs et 10 cas de vrais négatifs.

Conclusion - L'appendicite est une urgence chirurgicale fréquente pouvant être diagnostiquée par des critères cliniques et biologiques. Dans certains cas atypiques, l'échographie peut aider au diagnostic de cette affection afin d'éviter des appendicectomies "abusives" ou des retards opératoires, sources de complications éventuelles.

Mots clés : Appendicite - Echographie - Sensibilité - Spécificité

Otite moyenne tuberculeuse et paralysie faciale (à propos d'un cas).

J. Andraintsoavinarivomanana (1), L.-A. Fidy (1) & J. Andrianjatovo (1) (2)

(1) Service ORL-OPH, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

(2) Communication présentée à la séance du 1er juillet 1997.

L'otite moyenne tuberculeuse est rare. Elle peut être primitive ou secondaire et entraîne souvent des complications telles qu'une paralysie faciale, une labyrinthite, une méningite et même une perforation de la carotide interne. Dès qu'elle s'installe, elle devient chronique.

Notre cas concerne un jeune homme de 24 ans, coiffeur, présentant une otite suppurée gauche depuis au moins un mois. Il est venu dans le service pour une paralysie faciale (seul cas durant la période 1976-1996) et a été traité par des antibiotiques non spécifiques pendant plus de 10 jours, sans résultat.

L'interrogatoire et l'examen nous ont permis de nous orienter vers le diagnostic, vu l'état du malade, l'otite chronique, la paralysie faciale et la notion de contagio (mère décédée d'une tuberculose pulmonaire en 1991). Les examens para-cliniques :

radiographie pulmonaire évocatrice, bacilloscopie positive, culture sur LOEWENSTEIN de la sécrétion purulente positive permettant le diagnostic de tuberculose.

Le patient a été mis sous traitement spécifique intensif pendant 6 mois. Il y a eu une nette amélioration des images radiologiques et un assèchement de l'otite. On n'a pas pu intervenir, vu son état et de peur d'aggraver les lésions pulmonaires et de généraliser la tuberculose. Actuellement, il suit un traitement spécifique d'entretien. A noter que la paralysie faciale n'a pas régressé.

Développement d'un score clinique simple pour le diagnostic de tuberculose chez les sujets suspects dont la bacilloscopie est négative.

P. Aubry (1) (2)

(1) Faculté de médecine d'Antananarivo, Madagascar.

(2) Communication présentée à la séance du 1er juillet 1997.

L'augmentation de l'incidence de la tuberculose (TB) dans le monde depuis une dizaine d'années (1986) est due :

- à l'accroissement démographique,
 - aux insuffisances des programmes de lutte anti-tuberculeuse,
 - au développement de l'épidémie de l'infection par le VIH.
- La conséquence en est une augmentation du nombre de cas de TB à bacilloscopie négative (recherche de BAAR dans les crachats).

L'objectif de cette étude était d'identifier des symptômes permettant de différencier les TB des maladies respiratoires non tuberculeuses. Elle a été réalisée en milieu hospitalier en Afrique de l'Est, au Burundi et en Tanzanie (1).

Parmi 182 patients à BAAR négatif, 41 présentaient une TB, 141 une maladie respiratoire non tuberculeuse.

Quatre symptômes étaient associés à la tuberculose :

- toux depuis plus de 21 jours,
- douleur thoracique depuis plus de 15 jours,
- absence d'expectoration,
- absence de dyspnée.

La présence de deux de ces symptômes permettait le diagnostic de TB avec une sensibilité de 85 % et une spécificité de 67 %, la présence de trois de ces signes, le diagnostic de TB avec une sensibilité de 49 % et une spécificité de 86 %.

Il n'y avait pas de différence significative de la séroprévalence du VIH chez les malades tuberculeux (73,2 %) et non tuberculeux (70 %).

Le diagnostic de TB à BAAR négatif était précis, basé *a posteriori* sur une culture positive pour *M. tuberculosis* (29/41) ou une réponse positive au traitement anti-tuberculeux d'épreuve (12/41).

Cette étude a aidé, en milieu hospitalier, à établir à elle seule le diagnostic de TB. Elle semble transposable aux patients consultant à titre externe dans les dispensaires, mais des études similaires seraient utiles pour l'affirmer.

Les nouveaux cas de tuberculose à Madagascar se situent entre 18 000 et 20 000 par an (en l'absence actuelle de contamination par le VIH). Il est indispensable d'élaborer à Madagascar, dans le cadre des dispensaires de lutte anti-tuberculeuse, un score clinique simple pour différencier, parmi les malades à BAAR négatif, ceux qui sont atteints de tuberculose de ceux qui ont une autre maladie respiratoire.

1. SAMB B, HENZEL D, DALEY C, MUGUSI F, NIYONGABO T *et al.* - Methods for diagnosing tuberculosis among in-patients in Eastern Africa whose sputum smears are negative. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1997, 1, 25-30.

Les goitres récidivants (à propos de 14 cas vus dans le service ORL-OPH de l'hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo).

J. Andriantsoavinavomanana (1),
R. R. M. Rakotovo (1), L.-A. Fidy (1)
& J. Andrianjatovo (1) (2)

(1) Service ORL-OPH, Hôpital général de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar.
(2) Communication présentée à la séance du 2 décembre 1997.

Le goitre est une affection relativement fréquente à Madagascar. La chirurgie tient une place non négligeable dans son traitement. La survenue du goitre récidivant est parfois frustrant pour le chirurgien qui ressent le goût d'inachevé et est angoissant pour le malade qui vit toujours dans la hantise du cancer. L'intérêt de ce travail réside dans l'évaluation des risques encourus par le patient, la recherche des causes et d'une prévention efficace à la survenue du goitre récidivant.

Notre étude porte sur 960 goitres opérés dans le service de 1991 à 1996, où nous avons constaté 14 récurrences soit 1,44 %. La récurrence concerne surtout la population jeune (entre 20 et 40 ans) et de sexe féminin (85 %). Le délai d'apparition de la récurrence est maximum après 1 à 6 mois et après 1 à 2 ans, mais peut apparaître tardivement. Tous nos goitres récidivants sont euthyroïdiens. Les données scintigraphiques étaient en faveur des nodules froids (10 cas). Du point de vue anatomo-pathologique, on n'a noté qu'un seul cas de malignité (carcinome épidermoïde). On a constaté que les causes de récurrences étaient la non suivie de la prophylaxie médicamenteuse, l'ancienneté du goitre primaire (tous nos malades l'ont porté pendant plus de 10 ans), les caractères individuels des patients (aptitude des jeunes à régénérer un nouveau goitre) et, enfin, le niveau socio-économique du patient (malnutrition, pas de prophylaxie, ignorance). Tous les goitres récidivants doivent être traités chirurgicalement et la pièce opératoire envoyée pour examen anatomo-pathologique.

Ainsi, il faut faire une surveillance clinique et paraclinique régulière des post-opérés, utiliser toutes les méthodes de diagnostic existantes, prévenir le goitre primitif (sel iodé), prendre de l'hormonothérapie post-opératoire et enfin informer, éduquer et sensibiliser la population.

Titres des communications dont les résumés ne sont pas parvenus

• Etude comparative du praziquantel et de l'albendazole dans le traitement de la cysticercose.

A. Ramialiarisoa (1) (2)

(1) Service de réanimation médicale, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo.
(2) Communication présentée à la séance du 4 février 1997.

• Evolution des principales pathologies vues à travers le service des maladies infectieuses de l'hôpital général de Befelatanana.

J. N. R. Rakotomalala (1) (2)

(1) Service des maladies infectieuses, CHU de Befelatanana, Antananarivo.
(2) Communication présentée à la séance du 4 mars 1997.

• Manifestations cliniques de la cysticercose au CHU d'Antananarivo.

A. Tehindrazanarivelo (1), A. Rasamindrakotroka (1),
A. Ramialiarisoa (1) & D. Andriambao (1) (2)

(1) Service de neurologie, CHU de Befelatanana, Antananarivo.
(2) Communication présentée à la séance du 6 mai 1997.

• Quel système de pharmacovigilance pour Madagascar ?

A. Ramialiarisoa (1) (2)

(1) Service de réanimation médicale, CHU d'Ampefiloha, Antananarivo.
(2) Communication présentée à la séance du 3 juin 1997.

• Problèmes posés au clinicien par la sérologie cysticercarienne.

J. N. R. Rakotomalala (1) (2)

(1) Service des maladies infectieuses, CHU de Befelatanana, Antananarivo.
(2) Communication présentée à la séance du 2 décembre 1997.