

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Au mon de Dieu, Clément et Miséricordieux

- **Je dédie cette thèse**
- **A ALLAH Soubanah wa t'Allah**
- **A mon père, Mélégué Sanogo :**

Tu as travaillé sans réserve pour le bonheur collectif dans la dignité. Ton sens de l'honneur, ta tolérance et ton autorité de père ont fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Tu es le meilleur père.

- **A ma mère Maimouna Dissa :**

Ton amour de mère ne nous ont jamais fait défaut. Tu m'as toujours encouragé et soutenu. Reçois ici mes sincères remerciements. Que Dieu t'accorde longue vie.

- **A ma belle mère, Afouchatou Koné :**

Tu as fait beaucoup de bénédictions. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu t'accorde longue vie dans le bonheur, la santé et la prospérité.

- **A mes frères et sœurs :**

Merci pour votre soutien inconditionnel.

- **A mon tonton Monon Sanogo :**

Votre rigueur, votre souci de la réussite et du travail bien fait ont beaucoup contribué dans ma réussite. Reçoit ici toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

REMERCIEMENTS

J'exprime mes sincères remerciements :

A la direction et le corps enseignant de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie pour la qualité des formations données.

A la direction et tout le personnel du CHU Gabriel Touré pour la qualité de l'encadrement que vous offrez à tous les étudiants stagiaires, thésards et internes.

Aux anciens du service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré : **les docteurs Abdoulaye Cissé, Zana Traoré, Sala Sow, Ramata Fofana, Serge Touré, Maissata Coulibaly, Saidou Touré, Mamadou Diawara**, pour leur conseil et leur aide.

A mes collègues au service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré : **Louis Traoré, Korotoumou Traoré**, je leur dis bon courage et bonne réussite.

Au personnel et stagiaire du **Centre de Santé de Référence de Kati**, vous êtes nombreux à citer, là que chacun se reconnaisse à travers mes remerciements pour le soutien moral et matériel, bon courage et bonne chance à tous.

A mes grands frères : **Abdoulaye Sanogo et Soumaila Sidibé**, pour leur affection et leur soutien moral.

A mes amis : Dr Harouna Diallo, Dr Abdoulaye Koné, Adama Traoré, Modibo Togola, Tièman Traoré, Hamed Sékou Tono, avec vous je suis comme en famille, sachons garder cette fraternité.

A tous (tes) ceux (elles) qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Abdoulaye Ag RHALY

Professeur Honoraire à la FMOS en Médecine Interne

Ancien Directeur Général de l'INRSP

Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE

Membre du Comité d'Ethique à la FMOS

Chevalier de l'ordre international des palmes académiques du conseil

Africain et Malgache pour l'enseignement supérieur.

Votre compétence, votre rigueur scientifique, votre passion pour la recherche, votre exigence pour le travail bien fait font de vous un maître sûr. Malgré vos multiples préoccupations, vous avez accepté tout naturellement de présider ce travail.

Permettez-nous de vous adresser nos sincères reconnaissances.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Sounkalo DAO

Chef DER en Médecine et spécialités médicales

Chef de service des maladies infectieuses et spécialités médicales

**Président du SOMAPIT (Société Malienne de Pathologie Infectieuse et
Tropicale)**

**Investigateur clinique au niveau du programme SEREFO. Centre VIH/TB
et NAID-Université.**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de prendre part à ce jury.

Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignement juste et rigoureux.

Votre rigueur de démarche scientifique, votre esprit d'ouverture et d'amour du travail bien fait font de vous un exemple à envier et à suivre

Recevez par ce travail, le témoignage de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Idrissa Ahmadou CISSE

Praticien Hospitalier

Diplômé en médecine tropicale et parasitaire

Diplômé en endoscopie digestive

Maître de Conférences en Rhumatologie

Ancien Maître Assistant en Dermatologie Vénérologie

Chef du service de Rhumatologie du CHU du Point G

Secrétaire General du ROMY (Réseau- Ouest-Africain de la prise en charge des Myopathologies)

Membre international de la SFR (Société Française de Rhumatologie)

Vice président de la société Ouest Africaine en Gériatrie et Gérontologie (SOAGG).

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de prendre part à ce jury et ce malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre dévouement pour la recherche font de vous un maître admiré par les étudiants.

Nous vous prions d'accepter nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Pr KONARE Habibatou DIAWARA

Maître de Conférences en Dermatologie à la F.M.O.S.

Chef de service de Dermatologie au CHU Gabriel Touré.

Nous ne finissons jamais de vous remercier de nous avoir confié ce travail. Vous êtes toujours restée disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite nous le devons à votre compétence et votre savoir-faire.

J'ai pu apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de ma grande sympathie et de mon profond respect.

SOMMAIRE

I/ INTRODUCTION	12
II/ OBJECTIFS	15
A. Objectif général	15
B. Objectifs spécifiques	15
III/ GENERALITES	17
3.1 Définition.....	17
3.2 Epidémiologie	17
3.3 Fonction et physiologie du système lymphatique	17
3.4 Diagnostic positif	20
3.5 Etiologie des lymphoedèmes	20
3.6 Diagnostic différentiel	25
3.7 Investigations	25
3.8 Traitement	27
3.9 Suivi et prévention du lymphoedème.....	28
IV/ METHODOLOGIE	31
V/ RESULTATS	36
VI/ COMMENTAIRES ET DISCUSSION	42
VII/ CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	46
VIII/ ICONOGRAPHIE	49
IX/ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
X/ ANNEXES	56
Fiche signalétique	
Fiche d'enquête	
Serment d'Hippocrate	

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : acide désoxyribonucléique

CHUGT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

Dr : Docteur

ENI : Ecole Nationale d'Ingénieur

EA : effectif absolu

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FAPH : Faculté de Pharmacie

HHV8: Human herpes virus 8

MK : maladie de Kaposi

NFS : numération formule sanguine

ORL : oto-rhino-laryngologie

VIH: virus d'immunodéficience humaine

VEGFR-3: vascular endothelial growth factor receptor 3

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

Les lymphoedèmes sont la conséquence d'une stase lymphatique provoquant une augmentation de volume du membre atteint [1]. Plus fréquent qu'on l'imagine si l'on ne connaît que les formes caricaturales, le lymphoedème impose un bilan, à cause de son association fréquente avec une tumeur, un traitement, son caractère invalidant, et ses complications potentielles. Longtemps considéré avec résignation, le lymphoedème peut être traité de manière spectaculaire par des équipes spécialisées [2].

Un des problèmes essentiels dans l'étude de cette affection c'est l'imprécision de la définition.

Les lymphoedèmes sont classés en primitifs et secondaires [1].

Le lymphoedème primaire est lié à une malformation de tout ou une partie du système lymphatique. Il peut être congénital (maladie de Milroy) avec moins de 10% des cas, de révélation précoce (avant 35 ans) avec 65 à 80% des cas ou tardive (après 35 ans) avec 10% des cas [1]. La prévalence du lymphoedème primaire est estimée à 1/10.000 avant l'âge de 20 ans.

Il existe une nette prédominance féminine. Le lymphoedème primaire touche le plus souvent les membres inférieurs (80% des cas) [1].

Le signe de Stemmer (impossibilité de plisser la peau de la face dorsale du deuxième orteil) est très évocateur de l'affection [1].

Les lymphoedèmes secondaires sont liés à une altération des collecteurs survenant après une thrombose veineuse profonde, des épisodes infectieux (érysipèle, lymphangite), une oblitération parasitaire (filariose), une compression, un envahissement tumoral, une destruction des vaisseaux lymphatiques après chirurgie ou radiothérapie [2]. Il se rencontre autant chez l'homme que chez la femme [4].

Dans les pays développés, la première cause de lymphoedème est le traitement du creux axillaire dans le cancer du sein. Ce lymphoedème est appelé lymphoedème secondaire du membre supérieur. Sa fréquence est mal connue.

Elle varie de 7% pour un traitement par tumorectomie sans radiothérapie à 44% quand on associe mastectomie et radiothérapie [5].

Le diagnostic de lymphoedème est avant tout clinique [2]; mais certains examens complémentaires sont utiles pour conforter ou pour éliminer d'autres maladies responsables d'œdèmes. Entre autre on peut citer : la lymphoscintigraphie (méthode de choix pour l'étude du lymphoedème), l'échodoppler veineux et le scanner...

Au Mali, il n'y a pas eu d'étude sur les lymphoedème, ce qui nous a motivé à faire cette thèse.

Le but de notre travail était d'étudier les aspects cliniques et épidémiologiques des lymphoedèmes dans le service du CHU Gabriel Touré et de formuler des recommandations en vue d'une meilleure prise en charge.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS :

Objectif général :

Etudier le lymphœdème à l'hôpital Gabriel Touré au Mali.

Objectifs spécifiques :

1-Décrire les aspects sociodémographiques des patients atteints de lymphœdème.

2-Décrire les aspects cliniques de lymphœdème.

3-Déterminer les facteurs de risques des étiologies de lymphœdème.

GENERALITES

III-GENERALITES :

3.1. Définition :

Les lymphoedèmes des membres sont la conséquence d'un dysfonctionnement lymphatique responsable d'une augmentation du volume du membre atteint. On distingue les lymphoedèmes primitifs et les lymphoedèmes secondaires à des traitements ou à des maladies acquises lésant tout ou partie du système lymphatique.

3.2. Epidémiologie :

Le lymphoedème primaire (ou primitif) est dû à des anomalies morphologiques du système lymphatique. Il peut être héréditaire ou familial (maladie de Milroy) avec une nette prédominance féminine (70 à 80%) [4].

Il débute principalement à la puberté ou à l'occasion d'une maternité. On distingue les lymphoedèmes apparus avant l'âge de 35 ans (90% des cas) [4], de ceux apparus après 35 ans (10% des cas) [7].

La prévalence du lymphoedème primaire est estimée à 1/6000. Cette prévalence est difficile à apprécier car parfois l'atteinte est minime, se limitant au pied ou à un orteil [7]. Le lymphoedème primaire existe partout dans le monde.

Dans les pays développés, la première cause de lymphoedème est le traitement du creux axillaire dans le cancer du sein [13]. La fréquence du lymphoedème après traitement du cancer du sein est mal connue. On estime qu'elle varie de 7% pour un traitement par tumorectomie sans radiothérapie à 44% quand on associe mastectomie et radiothérapie [5]. Le lymphoedème secondaire se rencontre autant chez l'homme que chez la femme.

3.3. Fonction et physiologie du système lymphatique :

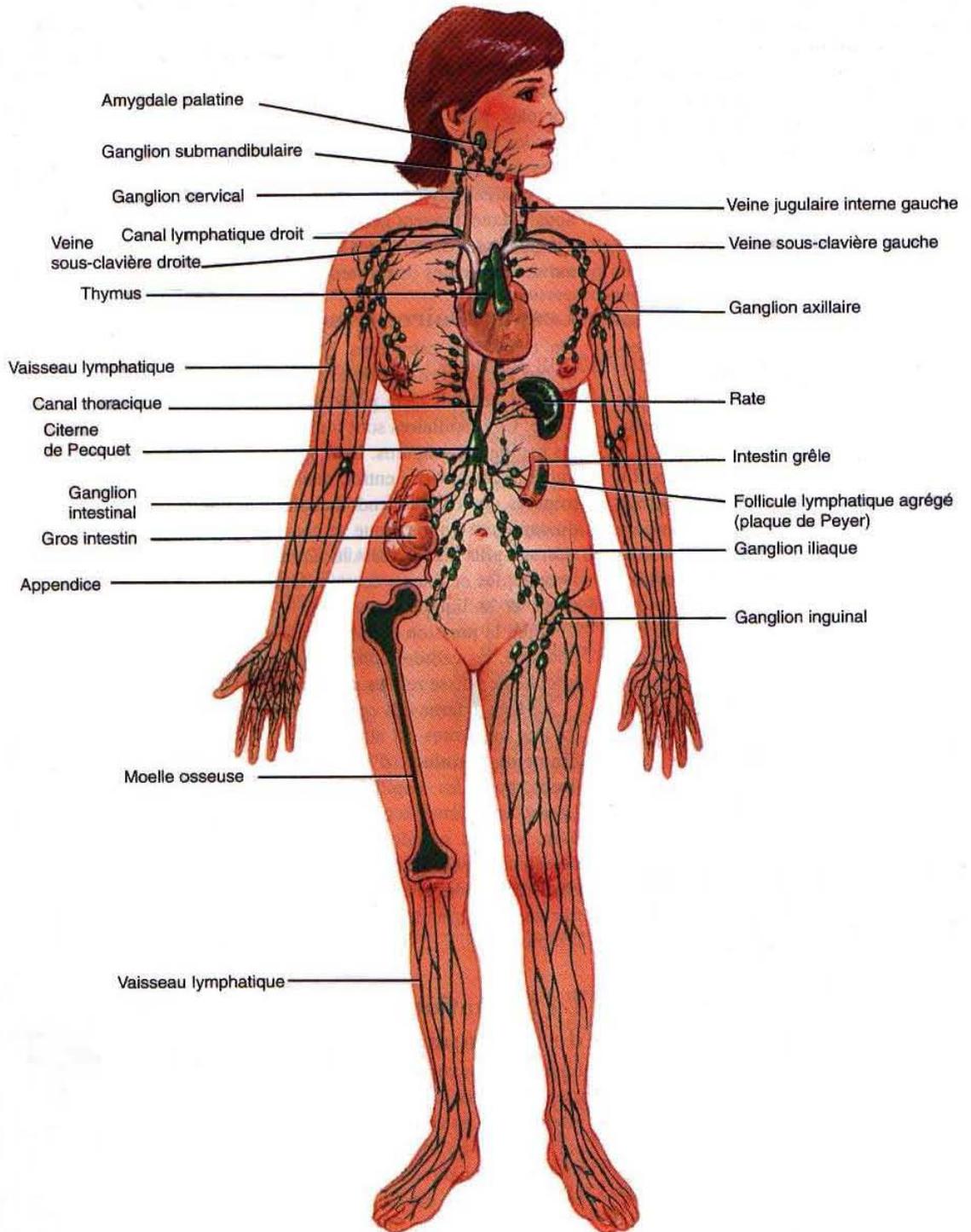
La fonction du système lymphatique est de drainer l'excès de protéines et d'eau qui s'échappent continuellement du sang en petites quantités. Il collecte également certaines substances fabriquées dans les tissus et tout corps étranger qui y pénètre. Le système lymphatique se compose de petits vaisseaux qui se rejoignent avec de plus gros vaisseaux lymphatiques.

Le liquide lymphatique est pompé par les mouvements des muscles adjacents et par les contractions des parois des gros vaisseaux lymphatiques. Ce pompage actif unidirectionnel est aidé par plusieurs valves à l'intérieur des vaisseaux. Finalement le système lymphatique se vide dans le sang.

Trois facteurs majeurs affectent le flot lymphatique :

- 1) Les gros vaisseaux lymphatiques ont leur propre mécanisme de contraction pareil à un battement cardiaque. L'action réflexe de cette contraction est facilitée par une stimulation d'étirement.
- 2) La pression sur les vaisseaux lymphatiques exercée par des forces externes, comme des contractions musculaires ou des pulsations artérielles.
- 3) Finalement, des changements dans la pression intrathoracique qui survient avec la respiration qui augmente le flot lymphatique.

Les techniques de traitement se basent sur ces 3 principes de physiologie.



Vue antérieure des principaux composants du système lymphatique

3.4. Diagnostic positif :

Il est principalement anamnestique et clinique [2].

Au membre supérieur, le lymphoedème débute classiquement à la partie proximale et atteint secondairement la main et les doigts, mais l'inverse est possible. Il peut prendre le godet avec parfois une peau ferme, voire un aspect éléphantiasique [6].

Le lymphoedème primitif des membres inférieurs touchent préférentiellement les jeunes femmes et atteignent un seul membre inférieur, alors que les formes bilatérales, parfois associées à un lymphoedème d'un membre supérieur, voire de la face, sont beaucoup plus rares.

Les formes primitives débutent au pied et ont une évolution ascendante ; alors que les formes secondaires sont plutôt descendantes, de la cuisse au pied. Dans ces dernières formes, en particulier après traitement du cancer du col utérin, de la prostate, de la vessie, le lymphoedème peut atteindre le pubis et les organes génitaux externes [6].

Le lymphoedème est évident au membre supérieur, mais sera confirmé par le signe de Stemmer pour le membre inférieur [6 ; 7]. Celui-ci est l'impossibilité de plisser la peau de la face dorsale du deuxième orteil.

La recherche d'un intertrigo inter orteil est indispensable en raison du risque important d'érysipèle au cours des lymphoedèmes.

L'international society of lymphology a proposé 3 stades d'évolution du lymphoedème :

- Stade I : œdème dépressif, se réduisant en surélevant le membre.
- Stade II : œdème ferme, prenant le godet, ne diminuant pas à la surélévation du membre.
- Stade III : éléphantiasis, peau très épaisse, papillomatose [6].

3.5. Etiologie des lymphoedèmes :

3-5-1-Classification :

Les réseaux lymphatiques superficiels et profonds accompagnent le réseau veineux jusqu'aux relais ganglionnaires inguinaux. Un drainage lymphatique inadéquat entraîne un œdème d'abord transitoire puis irréversible.

Il existe principalement deux types de lymphoedème :

- le lymphoedème primaire

- le lymphoedème secondaire.

* Le lymphoedème primaire : le retour lymphatique est compromis par une hypoplasie lymphatique congénitale révélée par un facteur déclenchant, d'importance souvent minime. On connaît une forme familiale de lymphoedème primaire : la maladie de Milroy et de Meige, consécutive à une anomalie génétique des facteurs de croissance vasculaire endothélial VEGF, et une forme sporadique ;

* Le lymphoedème secondaire : il y a une altération des collecteurs survenant après une thrombose veineuse profonde, des épisodes infectieux (érysipèle, lymphangite), une oblitération parasitaire (éléphantiasis), une compression, un envahissement tumoral, une destruction après chirurgie ou radiothérapie [2].

3-5-2-Cause des lymphoedèmes primaires :

Maladie de Milroy :

Historique :

La première description de la forme familiale du lymphoedème date de la fin du dix-neuvième siècle. C'est en 1891 que Nonne, et un an plus tard Milroy, décrivent les premiers cas de lymphoedèmes congénitaux familiaux. Milroy, est un médecin d'Omaha au Etats-Unis. Un pasteur de 31 ans vient le voir en consultation afin de souscrire une assurance vie en 1891. Il souffre d'une enflure congénitale des deux jambes qui, hormis le gêne esthétique, ne lui cause aucune complication. Ce pasteur appartient à une famille dont toute l'histoire maternelle

a été consignée dans un livre depuis 250 ans. Il est aussi possible de dater l'apparition de cette enflure dans la famille en 1768.

Définition : la maladie de Milroy est un œdème lymphatique congénital qui apparaît dès la naissance, se manifeste par des œdèmes des membres inférieurs apparaissant dans l'enfance ou à la puberté, dur et ne prenant pas le godet.

Présentation clinique :

Dans les premiers jours de vie, le diagnostic d'un lymphoedème congénital est extrêmement difficile. L'aspect évoque souvent plus une hypertrophie globale d'un membre. Le lymphoedème touche souvent les membres inférieurs, uni ou bilatéraux réalisant alors le lymphoedème congénital de Milroy. Plus rarement il intéresse les membres supérieurs, la face ou les organes génitaux ou l'hémicorps. Ses caractéristiques vont se modifier avec l'âge.

La consistance du lymphoedème congénital est élastique et ne prend pas le godet jusqu'à la puberté ; il prend ensuite les caractéristiques du lymphoedème adulte.

La fibrose durcit le derme en particulier au niveau des orteils (signe de Stemmer). Plus tard, il apparaît une différenciation lipœdemateuse réalisant un tableau de lipodermatosclérose. La peau est modifiée par une sclérose du derme responsable d'un épaissement des sillons transversaux cutanés. Elle est le siège d'une hyperkératose, d'une papillomatose parfois noirâtre ou d'ulcération au fond des plis. Les infections cutanées (bactériennes et fongiques), et sous-cutanées sont responsables d'aggravation du lymphoedème. Certains

lymphoedèmes congénitaux vont disparaître en quelques mois après la naissance.

Lorsque le lymphoedème n'est pas congénital, il apparaît dans l'enfance ou autour de la puberté : c'est le lymphoedème dit de Meige qu'il soit sporadique ou familial. Il apparaît communément aux chevilles, d'abord intermittent puis permanent et favorisé par des traumatismes locaux. Son extension est très variable selon les individus ; localisé aux régions sous-gonales en général.

Etiopathogenie : une altération (mutation) d'un gène appelé VEGFR-3 (vascular endothelial growth factor receptor 3) a été mise en évidence dans la

maladie de Milroy. Ce gène, localisé sur le chromosome 5, intervient dans le développement du système lymphatique au cours de la formation du fœtus.

Evolution : la mutation du gène VEGFR-3 n'est pas présente dans toutes les familles ayant une maladie de Milroy.

3-5-3-Cause des lymphoedèmes secondaires :

3.5.3.1. Erysipèle : est une dermite œdémateuse avec participation lymphatique due au streptocoque β hémolytique du groupe A. Il est caractérisé par un placard érythémateux douloureux, infiltré, chaud, avec bordure périphérique saillante à extension centrifuge, accompagné d'une adénopathie régionale sensible. La douleur et la fièvre avec frisson peuvent précéder les lésions cutanées. Les formes classiques du visage sont actuellement plus rares que les formes compliquant les plaies et ulcères de jambe. Celles-ci sont souvent de véritables cellulites ou dermohypodermes infectieuses. La lymphangite avec adénopathie inguinale est quasi constante et le tableau est celui de la (grosse jambe rouge aigue fébrile). Ces lésions présentent un caractère récidivant, particulièrement net dans les troubles trophiques compliquant les lymphoedèmes congénitaux et à un moindre degré, la stase veineuse. Progressivement s'établit ainsi un état éléphantiasique du membre atteint [8].

Traitement : le traitement de l'érysipèle doit être antistreptococcique. Les antibiotiques utilisables en première intention appartiennent à la famille des Bétalactamines ou à celle des macrolides et apparentées. La pénicilline G est l'antibiotique de référence. Cependant son utilisation comporte des contraintes (perfusions répétées) et nécessite l'hospitalisation. Cela justifie l'utilisation de traitements oraux d'emblée (amoxicilline) si l'état général du malade le permet [9].

3.5.3.2. Maladie de Kaposi :

Définition : La maladie Kaposi est une néoplasie vasculaire liée à l'infection de Human Herpes Virus 8 (HHV8) qui atteint généralement les tissus

cutanéomuqueux, ainsi que des ganglions lymphatiques ou des organes internes comme les intestins, les poumons, le foie.

Cliniquement : elle se présente sous forme de plaques, papules, nodules violines, angiomateux ou pigmentés.

Agent pathogène :

L'hypothèse d'une cause virale de la MK fut évoquée dès le début des années 70. La découverte de séquence d'ADN viral dans les lésions cutanées des malades infectés par le VIH en 1994 a permis de confirmer que l'herpes human virus 8 (HHV8) était associé à la MK. Il s'agit d'un virus herpes lymphotrope faisant partie de la sous famille des Gamma herpes virus du genre rhadinovirus. HHV8 comporte deux grandes variantes (P, M) et cinq sous types, le sous type B est retrouvé essentiellement en Afrique et les sous types A et C en Europe et aux Etats Unis ainsi qu'en Afrique. Le virus HHV8 est associé à d'autres maladies : un type particulier et rare de lymphome des cavités qui touche surtout les personnes infectées par le VIH ; certaines formes d'une maladie également rare : la maladie de CASTLEMAN multicentrique ; d'autres rares proliférations lymphoïdes ont également été associées à ce virus.

Mode de transmission :

Si la principale voie de transmission est avant tout sexuelle en particulier lors de rapports homosexuels masculins, on ne peut écarter une possible contamination par le sang. La mise en évidence d'une forte séroprévalence chez les proches (conjoints et enfants) de patients suivis pour une MK méditerranéenne fait suspecter d'autres modes de transmission dont la transmission verticale mère enfant.

La transmission d'un enfant à l'autre se fait principalement par la salive ; la transmission hétérosexuelle est plus rare en zone d'endémie.

Traitement :

Le traitement de la MK repose sur des traitements locaux (Radiothérapie, cryothérapie, cryochirurgie), associé dans les formes évolutives, à un traitement général par chimiothérapie.

Les médicaments utilisés pour maîtriser le VIH pourraient contribuer à contrôler la MK.

3.5.3.3. Filariose lymphatique :

La filariose lymphatique est une maladie provoquée par *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, et *Brugia timori*, des vers parasites. L'infestation par ces vers entraîne toutes sortes de manifestations cliniques, notamment un lymphoedème et un éléphantiasis d'un membre, des affections génitales (plus spécialement une hydrocèle et un éléphantiasis du scrotum et du pénis) et des surinfections bactériennes aiguës récurrentes donnant lieu à des «crises violentes». La plupart des personnes infestées sont asymptomatiques, mais presque toutes présentent des lésions lymphatiques infracliniques et près de 40% présentent également une atteinte rénale accompagnée de protéinurie et d'hématurie.

3.5.3.4. Autres causes de lymphoedème secondaire :

Lymphoedème post-thrombotique, iatrogène (chirurgie, radiothérapie); lymphangiosarcome ; lymphoedème parasitaire etc....

3.6. Diagnostic différentiel :

Le lipoedème : le lipoedème est la principale maladie avec laquelle le lymphoedème peut être confondu. Il touche exclusivement les femmes obèses, et atteint les deux membres inférieurs en épargnant les pieds. Il s'agit d'une répartition anormale des graisses des hanches jusqu'aux genoux voire aux chevilles [7].Le traitement est difficile car la perte de poids ne suffit pas à modifier la morphologie des membres inférieurs. La chirurgie (liposuction) pourrait être utile dans certaines situations [1].

Les autres causes d'œdèmes doivent également être éliminées : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale ou hépatique ainsi que les causes d'insuffisance veineuse.

3.7. Investigations :

De nombreuses techniques ont été développées pour le diagnostic, l'évaluation et le suivi du lymphoedème. La plupart d'entre elles ne présentent pas d'intérêt en dehors de la recherche médicale. Par ailleurs d'autres examens doivent être effectués pour l'évaluation globale du membre atteint (artères, veines superficielles et profondes, altérations du derme et de l'hypoderme) [2] :

3.7.1. La lymphoscintigraphie (examen en scintigraphie 40 minutes après l'injection hypodermique d'un colloïde marqué et mobilisation du patient). Elle fournit une analyse anatomique et fonctionnelle du réseau lymphatique, permettant de déterminer la trajectoire du radiocolloïde et la vitesse de sa progression.

3.7.2. La microlymphangiographie indirecte : se réalise en injectant un produit de contraste hydrosoluble dans le derme et en observant sa diffusion, démontrant la fonction lymphatique.

3.7.3. La lymphographie directe (injection directe de produit de contraste dans un lymphatique dénudé) n'est plus guère pratiquée, vu ses dangers. Elle a permis d'améliorer considérablement nos connaissances en lymphologie et reste indiquée lors de certains bilans préopératoires. C'est la seule technique qui permet de visualiser le canal thoracique.

3.7.4. L'Echo-doppler : doit compléter le bilan ; il étudie les versant artériel (anomalies anatomiques, sténoses, occlusion en particulier après radiothérapie) et veineux (insuffisance veineuse superficielle ou profonde, syndrome post-thrombotique, occlusion) et permet l'examen minutieux des téguments.

3.7.5. Le CT-scan : permet également de mesurer l'engraissement dermo-hypodermique, l'épaississement de l'aponévrose ainsi que l'atteinte secondaire de la loge musculaire et son engraissement.

3.7.6. La résonance magnétique de haute résolution : démontre l'épaississement du derme et de l'hypoderme et les anomalies structurales des lobules graisseux.

3.7.7. La centimétrie (mesure des membres avec un centimètre de couturier) est la technique la plus simple pour évaluer l'œdème et son évolution.

3.8. Traitement :

Le traitement doit être instauré le plus précocement possible.

- L'élévation du bras :

Si l'œdème n'est pas très important, on propose à la patiente, en première intention, de lever l'extrémité, pour aider le flot lymphatique proximal. Bien que ce geste soit efficace pour un léger œdème, il n'entraîne qu'une solution temporaire.

Pour un membre plus gros, cette méthode a peu d'effet. En fait, il est prouvé que l'élévation du bras, utilisée toute seule ne constitue pas un traitement efficace du lymphoedème, sans compter que la faisabilité n'est pas toujours évidente.

On propose parfois au malade, la pratique d'exercices physiques : comme presser une balle, avec le bras surélevé. Cela aboutit souvent à une minime, sinon aucune réduction permanente de la grosseur du membre. Cette pratique d'élévation du bras, doit être associée à d'autres traitements pour que la réduction du membre à long terme soit obtenue.

- La compressothérapie :

La compressothérapie avec bandages multicouches inextensibles ; exercices spécifiques quotidiens sous bandages ; pressothérapie intermittente ; pneumatique dans une botte formée de coussins gonflés alternativement de l'extrémité du membre à sa racine permet de «dégonfler» un lymphoedème. La compression élastique forte doit ensuite prendre le relais et sera portée à vie, du lever au coucher.

-Le drainage lymphatique manuel :

Le drainage lymphatique manuel est un massage doux, débutant à la racine du membre, s'étendant progressivement vers l'extrémité. Cette technique fine doit être confiée exclusivement à des kinésithérapeutes et physiothérapeutes dûment formés. Son efficacité a été bien démontrée. Ces méthodes permettent d'améliorer le débit lymphatique, d'évacuer les excès liquidiens et protéiques, de maîtriser l'évolutivité tissulaire (fibrose) et de corriger le dysmorphisme segmentaire du membre atteint [2].

-Les médicaments :

Les phlébotropes ont un effet bénéfique sur le drainage lymphatique. Les diurétiques ne sont pas indiqués, le lymphoedème étant un oedème riche en protéine [2].

Les antibiotiques : comme par exemple l'amoxicilline, la pristinamycine, sont utilisés, pour traiter les complications infectieuses.

Les antifongiques, dans les cas de mycose.

-La chirurgie :

Les indications du traitement chirurgical (dérivation, lymphangiectomie, exérèse localisée de la peau résiduelle après correction physiothérapeutique du lymphoedème) et microchirurgical (indiqué principalement lors d'un lymphoedème secondaire, anastomoses lymphoveineuses, transposition de segment veineux) sont rares et les chirurgiens maîtrisant ces techniques sont peu nombreux [2].

Les autres pratiques : il est important de recevoir régulièrement des soins de pédicure et d'éviter les plaies ou égratignures qui peuvent être des portes d'entrée pour les érysipèles. L'application régulière d'une crème hydratante sur la peau sèche est souhaitable. Il est important de stabiliser le poids, voire d'en perdre ; la prise de poids étant un facteur aggravant du lymphoedème. Les injections, les prélèvements sanguins, les prises de la tension doivent être évitées dans la mesure du possible, sur le membre oedématié [7].

3.9. Suivi et prévention du lymphoedème :

Le traitement du lymphoedème est surtout prophylactique. L'information et l'éducation du patient sont essentielles dans la prise en charge.

Le contrôle clinique est primordial, tant pour encourager les malades à poursuivre un traitement astreignant que pour prévenir les complications, la prise de poids, et limiter la progression du lymphoedème.

Les différentes techniques de mensuration trouvent alors toute leur valeur : centimétrie, volumétrie.... Les possibilités thérapeutiques sont restreintes. Les mesures préventives doivent être poursuivies à long terme.

Le rôle de la prévention est essentiel : compression élastique au long cours, protection contre les traumatismes et les infections. Ces mesures sont énumérées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : prévention des complications du lymphoedème [2]

Hygiène de vie : repos, jambes surélevées, prévention et traitement de l'obésité
Hygiène locale : lavages scrupuleux des pieds, utilisation d'émollient en cas de peau sèche, kératolytique lors de papillomatose...
Prévention des lésions cutanées : prudence lors de soins de pédicure, traitement des intertrigos et mycoses interdigitoplantaires, port de chaussures bien adaptées, éviter : la marche à pied nu, les piqûres d'insectes, les égratignures, l'acupuncture, la mésothérapie...
Eviter la chaleur : bains de soleil, sauna...
Vacances et loisirs : à l'abri des traumatismes, d'un ensoleillement excessif, de la chaleur ou des insectes...
Consulter en cas de blessure ou d'inflammation du membre atteint, ordonnance d'antibiotiques en réserve en cas de lymphangite survenant lors d'un voyage ou le week-end...etc.

METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE :

4.1. Cadre d'étude :

4.1.1. Situation géographique :

Notre étude a été réalisée dans le district de Bamako plus précisément au centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Touré, situé en plein centre ville limité à l'Est par le quartier Medina-coura, à l'Ouest par l'ENI et le quartier Darsalam, au sud par la cité du chemin de fer et enfin au nord par la base militaire. Le CHU est organisé en sept (07) départements comprenant vingt-six (26) services.

Les départements sont les suivants :

- Le département de Médecine ;
- Le département de Chirurgie ;
- Le département d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence ;
- Le département de Gynécologie ;
- Le département des Services Médico-Techniques ;
- Le département de Pédiatrie ;
- Le département d'Imagerie Médicale ;

4.1.2. Local :

Le service de dermatologie est situé au premier étage entre les services de l'ORL et de la chirurgie. Le CHU comprend les anciens bâtiments, un nouveau bâtiment, dont l'ouverture officielle a eu lieu le 10 février 2007. Ce bâtiment se compose de :

- le sous sol réservé pour le parking
- le rez de chaussée où se trouvent le bureau des entrées, les box de consultations de : traumatologie et de médecine (gastroentérologie, cardiologie, diabétologie).
- le premier étage est réservé aux consultations de : pédiatrie, ORL, dermatologie, gynécologie, chirurgie.
- le deuxième étage où se trouvent les bureaux des médecins dont celui du dermatologiste.

- le troisième étage est réservé à l'administration.

Récemment un service d'urgence chirurgicale a été construit ; son ouverture officielle a eu lieu le 26 mars 2008.

4.2. Population cible :

Elle est constituée par tous les consultants du CHU Gabriel Touré, vus en dermatologie pendant l'intervalle du 17 Août 2005 au 04 janvier 2011.

4.3. Type d'étude :

Nous avons mené deux types d'études descriptives :

- une étude rétrospective sur les dossiers colligés entre le 17 Août 2005 et le 31 Décembre 2009.
- une étude prospective de tous les cas de lymphoedème observé en dermatologie du 05 janvier 2010 au 04 janvier 2011.

4.4. Echantillonnage :

4.4.1. Critères d'inclusion :

A été inclus tout patient : vu en consultation dans le service de dermatologie pendant la période de notre étude pour une augmentation de volume, d'au moins un membre, chaud ou froid, douloureux ou indolore, érythémateux ou couleur de la peau normale ;

. dont l'accord ou celui du tuteur a été obtenu ;

. et dont le dossier comporte les renseignements de la fiche d'enquête.

4.4.2. Critères de non inclusion :

- tout patient ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

- le refus de tout malade d'être inclus dans l'étude.

4.5. Plan du travail :

4.5.1. Fiche d'enquête

4.5.2. Recueil des données :

Il a été effectué au cours des consultations dermatologiques. Tous les cas sont consignés dans un registre de consultations.

4.6. Support des données :

Une fiche d'enquête a été utilisée pour chaque patient ; sur laquelle sont mentionnés :

- l'identité du patient : âge, sexe, profession, niveau d'instruction, provenance.
- les données cliniques : durée d'évolution, signes cliniques, siège.
- les résultats des examens complémentaires: Glycémie, Echo-doppler veineux, VIH, radiographie, créatinémie, transaminases, NFS, ...

4.7. Aspect éthique :

- Consentement éclairé de l'accompagnant, ou accord du patient obtenu.
- Anonymat et confidentialité des données recueillies.
- Secret médical conservé.
- Accord du CHU.
- La publication des résultats est envisagée.

4.8. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur MICROSOFT WORD 2007.

Les traitements ont été réalisés sur SPSS.

4.9. Diagramme de GANTT :

Dates Activités	Déc-jan 2011	Fev- mars 2011	Avril- mai 2011	Juin- jan 2012	Février 2012	Août 2013	
Enquête et collectes des données	✓						
Analyse des données		✓					
Elaboration du protocole			✓				
Recherche documentaire				✓			
Rédaction thèse					✓		
Soutenance						✓	
Correction						✓	

RESULTATS

V-RESULTATS :

Du 17 Août 2005 au 04 Janvier 2011 nous avons reçu en consultation dermatologique 9435 patients, parmi lesquels 55 patients ont présenté un lymphoedème, soit 0,58%.

5.1. Tableau I : Répartition des patients selon l'année :

Année	E.A	Pourcentage
2005	3	5,5
2006	10	18,2
2007	7	12,7
2008	13	23,6
2009	10	18,2
2010	12	21,8
Total	55	100

Au cours de l'année 2008, les patients examinés ont représenté 23,6%.

5.2. Résultats sociodémographiques :

5.2.1. Tableau II : Répartition des patients selon l'âge :

Age	E.A	Pourcentage
00-18 ans	11	20
18 ans et plus	44	80
Total	55	100

Les patients de 18 ans et plus étaient au nombre de 44 : soit 80%.

5.2.2. Tableau III : Répartition des patients selon le sexe :

Sexe	E.A	Pourcentage
Féminin	36	65,5
Masculin	19	34,5
Total	55	100

Le sexe ratio homme/femme était inférieur à 1,9 en faveur du sexe féminin : soit 65,5%.

5.2.3. Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	E.A	Pourcentage
Femme au foyer	18	32,7
Commerçant	15	27,3
Fonctionnaire	6	10,9
Elève/Étudiant	5	9,1
Sans emploi	3	5,5
Cultivateur	3	5,5
Eleveur	2	3,6
Infirmier	2	3,6
Forgeron	1	1,8
Total	55	100

Les femmes au foyer étaient au nombre de 18 : soit 32,7%.

5.2.4. Tableau V : Répartition des patients selon la Provenance :

Provenance	E.A	Pourcentage
Bamako	42	76,4
Koulikoro	6	10,9
Kayes	3	5,5
Ségou	2	3,6
Sikasso	1	1,8
Mopti	1	1,8
Total	55	100

Les patients venus de Bamako étaient au nombre de 42 : soit 76,4%.

5.2.5. Tableau VI : Répartition des patients dans le District de Bamako :

Communes	E.A	Pourcentage
Commune I	8	19
Commune II	13	31
Commune III	2	4,8
Commune IV	4	9,5
Commune V	4	9,5
Commune VI	11	26,2
Total	42	100

Les patients venus de la commune II étaient au nombre de 13 : soit 31%.

5.2.6. Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	E.A	Pourcentage
Non scolarisé	31	56,4
Primaire	13	23,6
Secondaire	7	12,7
Supérieur	4	7,3
Total	55	100

Les non scolarisés étaient au nombre de 31 : soit 56,4%.

5.3. Résultats cliniques :

5.3.1. Tableau VIII : Répartition des patients selon la durée d'évolution de la maladie :

Durée d'évolution	E.A	Pourcentage
00-6 mois	37	67,3
6-12 mois	3	5,5
12 mois et plus	15	27,3
Total	55	100

Les patients dont la maladie a débuté depuis 6 mois étaient au nombre de 37 soit 67,3%.

5.3.2. Tableau IX : Répartition des patients selon le siège :

Siège	E.A	Pourcentage
Membres supérieurs (tout le membre)	6	10,9
Membres inférieurs (jambe et pied)	49	89,1
Total	55	100

Les œdèmes aux membres inférieurs ont été observés chez 49 patients avec un pourcentage de 89,1%.

5.3.3. Tableau X : Répartition des patients selon le type de lymphoedème :

Type de lymphoedème	E.A	Pourcentage
Primaire	3	5,5
Secondaire	52	94,5
Total	55	100

Les patients avec un lymphoedème secondaire étaient au nombre de 52 : soit 94,5%.

5.3.4. Tableau XI: Répartition des patients selon l'étiologie de lymphoedèmes secondaires :

Causes	E.A	Pourcentage
Infectieuse	47	90,4
Chirurgicale	2	3,8
Accident de la voie publique	1	1,9
Brûlure	1	1,9
Parasitaire	1	1,9
Total	52	100

Les œdèmes de causes infectieuses ont été observés chez 47 patients avec un pourcentage de 90,4.

5.5. Résultats paracliniques :

5.5.1. Tableau XII : Répartition des patients selon les examens paracliniques demandés :

Examen paraclinique	E.A	Pourcentage
Echo-Doppler	10	31,3
Glycémie	5	15,6
VIH	5	15,6
Radiographie	4	12,5
NFS	3	9,4
Transaminases	3	9,4
Créatinémie	2	6,2
Total	32	100

Echo-Doppler à été demandé chez 10 patients : soit 31,3%.

5.5.2. Répartition des patients selon le Terrain :

Au cours de notre étude 5 patients étaient VIH1 positifs : soit 15,2%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1-Méthodologie :

6.1.1. Lieu d'étude :

Le CHU Gabriel Touré est situé en plein centre de Bamako. La présence du service de dermatologie, permet la décentralisation de la prise en charge des dermatoses à Bamako, ainsi que la formation et l'encadrement du personnel de santé et des étudiants en dermatologie.

6.1.2. Type d'étude :

IL s'agit d'une étude rétrospective allant du 17 Août 2005 au 31 Décembre 2009 et prospective allant du 05 Janvier 2010 au 04 Janvier 2011. Elle a concerné les patients ayant présenté un œdème d'au moins un membre.

6.1.3. Limites de l'étude :

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de ce travail:

- concernant l'inclusion même des patients : la définition du lymphœdème étant imprécise.
- concernant l'étude rétrospective, certains dossiers étaient incomplets, les patients n'ont pas été retrouvés.
- pour l'étude prospective, certains patients ne sont plus revenus avec les résultats des examens paracliniques demandés, particulièrement l'écho-doppler ; ils n'ont pas bénéficié de suivi clinique. Cela est dû certainement à un manque de moyens financiers.

6.2-Résultats :

Sur 9435 patients, nous avons recensé 55 cas de lymphœdème soit 0,58%, ce qui démontre que le lymphœdème n'est pas rare au Mali.

6.2.1. Données sociodémographiques :

6.2.1.1. Age :

Selon la littérature le lymphœdème primaire débute principalement à la puberté. Par contre dans notre étude la majorité de nos patients avait 18 ans et plus avec un pourcentage égal à 80%.

6.2.1.2. Sexe :

Dans la littérature les femmes sont les plus atteintes ; comme prouvée dans la littérature, dans notre étude les femmes ont été également les plus atteintes avec un sexe ratio H/F inférieur à 1,9 en faveur du sexe féminin. Cela peut se comprendre aisément, par le préjudice esthétique engendré par la maladie.

6.2.1.3. Profession et niveau d'instruction :

Les femmes au foyer ont été les plus touchées (32,7%), plus particulièrement les non scolarisées (56,4%). Cela s'explique aisément, car au Mali les taux de scolarisation des filles sont peu élevés. Par ailleurs, il y a toujours eu le problème de la discrimination féminine pour les emplois. Les femmes sont en train de se battre pour un problème de «cotation» au niveau des prises de décision ; tous ces paramètres expliquent un peu les pourcentages élevés des femmes non instruites et contraintes d'être au foyer.

6.2.1.4. Provenance :

La majorité de nos patients résidait à Bamako avec une fréquence de 76,4%. Les patients résidant dans la commune II ont été les plus nombreux. Cela s'explique par la situation géographique du CHU Gabriel Touré à Médina coura commune II.

6.2.2. Données cliniques :

6.2.2.1. Durée d'évolution :

D'après la littérature la durée d'évolution du lymphoedème est variable : il peut être présent à la naissance, comme dans la maladie de Milroy ; l'installation peut se faire de manière lente et progressive jusqu'à 24 mois.

Dans notre étude, la majorité de nos patients (67,3%) avait une durée d'évolution de leur maladie située entre 0-6 mois. L'extrême s'étendait jusqu'à 13 ans.

6.2.2.2. Localisation :

Dans la littérature, le lymphoedème secondaire est en augmentation et localisé préférentiellement aux membres supérieurs (au décours d'un traitement de

cancer de sein). Dans notre étude le lymphoedème secondaire à été le plus observé ; il est d'origine infectieuse et est localisé aux membres inferieurs.

6.2.2.3. Types et étiologies :

Dans notre étude la cause infectieuse à été la plus observée (90,4%). Parmi les infections l'érysipèle à été la plus signalée (43,6%) ; parallèlement les causes de ces cas d'érysipèle sont surtout mycosiques (20%) (Pied d'athlète).

Cela s'explique aisément, par le pourcentage élevé des femmes au foyer dans notre série : travaux ménagers, vaisselle, lessive etc.... favorisant humidité et macération.

Par contre dans la littérature le lymphoedème atteint particulièrement les femmes au décours d'un traitement de cancer de sein.

Nous n'avons observé aucun cas de cancer chez nos patients, ni de lipoedème.

Par ailleurs le lymphoedème secondaire à été le plus recensé dans notre série (89,1%) malgré la durée d'évolution courte de nos cas.

Il faut signaler l'existence d'un cas d'origine parasitaire : un mycetome.

Nous n'avons pas eu de cas d'origine filarienne.

6.2.3. Données paracliniques :

Le diagnostic du lymphoedème est principalement anamnestique et clinique. Au cours de notre étude l'écho-doppler a été l'examen le plus demandé avec 31,3% des cas, car l'écho-doppler reste l'examen de choix pour confirmer un lymphoedème. Mais les résultats vus étaient tous normaux.

La glycémie démandée chez les patients présentant un pied d'athlète était toute normal ; c'était pour mettre en évidence un éventuel diabète sous-jacent.

Dans l'étude rétrospective cinq patients étaient VIH1 positifs. Ces patients nous ont été référés par d'autres services de santé.

Par contre en étude prospective nous n'avons pas eu de patient VIH positif.

Par ailleurs aucune étude n'a démontré une relation entre VIH et lymphoedème.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7.1. CONCLUSION :

L'étude a porté sur les aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques du lymphoedème dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré durant la période du 17 août 2005 au 04 janvier 2011.

Nous avons procédé à une étude rétrospective et une prospective portant sur les sujets atteints de lymphoedème.

Cette étude a montré que 0,58% des consultations dermatologiques avaient comme motif le lymphoedème (55 cas).

Le lymphoedème affecte principalement les femmes (65,5%), surtout celles au foyer (32,7%). La tranche d'âge de 18 ans et plus a été la plus touchée soit 80%. Nous n'avons pas trouvé de cas de cancer, ni de lipœdème. L'évolution du lymphoedème déclarée par les patients était comprise entre 00-06 mois, soit 67,3%.

Les membres inférieurs ont été les plus touchés soit 89,1%. Le lymphoedème a été classé en lymphoedème primaire et secondaire. Les lymphoedèmes secondaires de causes infectieuses ont été observés chez 47 patients soit 90,4%. La principale complication a été l'érysipèle.

L'examen complémentaire le plus demandé a été l'écho-doppler (31,3%).

En étude rétrospective cinq patients étaient VIH1 positifs. Nous n'avons pas trouvé de relation entre VIH et lymphoedème.

Le lymphoedème impose un bilan et un suivi clinique, pour prévenir et éviter le caractère invalidant et les complications potentielles qui en résultent.

7.2. RECOMMANDATIONS :

7.2.1. A la population :

- . Consulter les services socio-sanitaires mis à votre disposition.
- . Eviter l'automédication et les tradithérapeutes pour certaines affections.
- . Ne pas stigmatiser les personnes vivantes avec cette affection.

7.2.2. Aux personnels de santé :

- . Avoir le réflexe de la référence vers les services compétents.
- . Eviter les prises en charge inadaptées et compromettantes.

7.2.3. Aux départements de la santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique :

- . La formation de spécialistes pour rapprocher les soins dermatologiques des populations des régions du Mali.
- . L'information, l'éducation, et la communication sont nécessaires, afin d'éviter l'auto-médication et la stigmatisation des personnes vivant avec ces affections affichantes cause de préjudice esthétique.

ICONOGRAPHIE

IX-ICONOGRAPHIE :



Photo 1 : lymphoedème du membre inférieur après greffe de la peau.

Photo du Pr Konaré H.D.



Photo 2 : lymphoedème du membre inférieur post-infectieux.

Photo du Pr Konaré H.D.



Photo 3 : lymphoedème du membre inférieur chez un enfant de 5 jours.

Photo du Pr Konaré H.D.



Photo 4 : lymphoedème du membre supérieur post-infectieux.

Photo du Pr Konaré H.D.

X-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- VIGNES S.

Lymphoedèmes des membres.
Encycl Med Chir 98-575-A-10.
Consulté le 14/10/2011

2- SAURAT JH, GROSSHANS E, LAUGIER P, LACHAPELLE JM.

Attente lymphatique.
Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.
Masson, Paris 4è édition ; 747-749-2004.

3-EMIL V.

Lymphoedème
Page.infinet.net /trh /lymphoederme.ht ml
Consulté le 14/10/2011

4- GRANIER PH.

Lymphoedème et lymphoscintigraphie 06-04-02
Htt://www.lymphodemapeople.com
Consulté le 08/11/2011

5- MOLINARO F.

Lymphoedème.
Article de Wikipédia, l'encyclopédie libre. 09 Novembre 2007.
Consulté le 03/12/2011

6- VIGNES S.

Examen d'un lymphoedème des membres.
Ann Dermatol Venereol 2004 ; 131 ; 1108-10. Consulté le 14/10/2011

7- LYMPHOEDEME PRIMAIRE.

Encyclopédie Orphanet Grand Public
www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/LymphoedèmePrimaire -FrfrPub11097v01.pdf. Novembre 2007
Consulté le 20/02/2012

8- SAURAT JH, GROSSHANS E, LAUGIER P, LACHPELLE JM.

Erysipèle.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Masson, Paris 4^e édition ; 111-2004.

9- COULIBALY EB.

Aspect épidémiocliniques et prise en charge de l'érysipèle dans le service de Dermatologie du centre national d'appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) Bamako (Mali).

Thèse Med.2004

10- RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE.

Filariose lymphatique.

<http://www.who.int/wer>. N°20, 2001, 76, 149-156.

Consulté le 10/12/2011

11- TRAORE Z.

Aspect clinique et épidémiologie de la Maladie de Kaposi dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré.

Thèse Med.2010

12- QUERE I, COUPE M, SOULIER-SOTTO V, EVARD-BRAS M, LAROCHE JP, JANBON C.

La génétique du lymphoedème : de la maladie de Milroy à l'application en cancérologie.

La revue de Médecine interne, vol 23, supplément 3, Juin 2002 ; 379-387.

13-BECKER F.

Lymphoedème des membres.

Revue Médicale Suisse, N°51, Publiée le 01-02-2006.

Consulté le 13/02/2012

14-SAURAT JH, LACHAPELLE JM, LIPSKER D, THOMAS L.

Manifestation cutanée des altérations vasculaires et neurologiques des membres inférieurs.

Dermatologie et infections sexuellement transmissibles.

Masson, Paris 5^e édition ; 747-756.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : Sanogo

Prénom : Abdoulaye Mélégué

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Aspects épidémiocliniques du lymphœdème dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré.

Année universitaire : 2012-2013

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays de soutenance : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS.

Secteur d'intérêt : Dermatologie

Résumé :

L'étude était mixte comportant une période rétrospective sur les dossiers colligés entre le 17 Aout 2005 et le 31 Décembre 2009 et une prospective menée entre le 05 Janvier 2010 et le 05 Janvier 2011 dans le service de Dermatologie du CHU Gabriel Touré sur tous les malades consultés pour lymphœdème.

L'étude objectait de décrire les caractéristiques sociodémographiques, épidémiologiques et cliniques des malades vus pour lymphœdème.

Nous avons colligés 55 cas de lymphœdèmes conformément aux critères d'inclusion.

Nous concluons que :

Le lymphœdème touche la jeune femme et principalement les femmes au foyer.

Le membre inférieur est le siège préférentiel.

Mot clé : lymphœdème, épidémiologie, clinique, CHU Gabriel Touré.

FICHE D'ENQUETE :

Fiche N°

I- Données sociodémographiques :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Ethnie :

Profession :

Niveau d'instruction :

Non scolarisé.....

Secondaire.....

Primaire.....

Supérieur.....

Provenance :

Kayes.....

Koulikoro.....

Sikasso.....

Ségou.....

Mopti.....

Tombouctou.....

Gao.....

Kidal.....

Bamako.....

District de Bamako : CI

CII

CIII

CIV

CV

CVI

II- Données cliniques :

- Durée d'évolution de la maladie :

- Signes cliniques :

Œdème.....

Inflammation.....

Chaleur.....

Erythème.....

Frisson

Douleur.....

Fièvre.....

Adénopathie régionale.....

Infiltration.....

- Siège :

Tête

Membre supérieur

Membre inférieur

III- Examens paracliniques :

- Glycémie :

- Echo-doppler :

- VIH :

- Autres :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au mon de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE.