



<b>Le bureau de la SARANF</b>	<b>2</b>
<b>Le comité d'organisation</b>	<b>2</b>
<b>Cliniques</b>	<b>3</b>
Du bon usage des antibiotiques en Afrique subsaharienne	3
Pancréatites après traumatisme fermé de l'abdomen	4
Traitement actuel du paludisme en Afrique subsaharienne : approche de santé publique	5
Odorat et brûlure par flamme de gaz: Étude préliminaire au centre des grands brûlés d'Abidjan	6
Utilisation pratique de la PCA morphine	7
Prise en charge du paludisme grave de l'enfant en unité de soins intensifs à l'Hôpital Général Abobo Nord (HGAN).	8
Importance de la dimension psychosociale dans la prise en charge globale du patient de réanimation et de ses proches. Rôle et intérêt de l'éducatrice spécialisée dans l'équipe de réanimation	9
Une Plaie peut en cacher une autre.	10
Les abcès du sein : ne pas méconnaître un cancer associé !	11

## Le bureau de la SARANF

**Présidente** :Prof Elisabeth DIOUF  
**Vice-président Afrique de l'ouest**:Docteur KANE MBAYE  
**Vice-président Afrique centrale** :Docteur SOUSSA G  
**Secrétaire général** :Professeur BROUH Yapo  
**Secrétaire général adjoint** : **Adrien**Professeur SIMA ZUE Adrien  
**Trésorière générale**:professeur ZE-MIKANDE Jacqueline  
**Trésorier adjoint** :Docteur BAH Kalidou  
**Commissaires aux comptes** :Professeur AMONKOU AKPO  
Professeur LOKOSSOU Thomas.

## Le comité d'organisation

**Président** : Pr Mignonsin David (Côte d'Ivoire)

**Vice-présidente** : Pr Diouf Elisabeth (Sénégal)

### Membres

#### Nationaux

Dr Kane Mbaye (Côte d'Ivoire)  
Dr Ehounou Hyacinthe (Côte d'Ivoire)  
Dr Kouassi Jean (Côte d'Ivoire)  
Pr Boua Narcisse (Côte d'Ivoire)  
Pr Amonkou Akpo Antoine (Côte d'Ivoire)  
Pr Soro Lacina (Côte d'Ivoire)  
Pr Brouh Yapo (Côte d'Ivoire)  
Pr Yves Yapobi (Côte d'Ivoire)

#### Internationaux

Pr Tchoua Romain, (Gabon), Pr Sima Zué A (Gabon), Pr Bakary Diatta (Sénégal), Pr Oumar Kane (Sénégal), Pr Mamadou Diarrah Beye (Sénégal), Dr Massamba Diop (Sénégal), Pr Fidèle Binam (Cameroun), Pr Martin Chobli (Bénin), Pr Joachim Sanou (Burkina Faso)  
Pr Youssef Coulibaly (Mali), Pr Abdoulaye Diallo (Mali), Pr Mohamed Salah Ben Ammar (Tunisie)  
Christophe Boisson (France), Pr Abdou Rahmann Aguemon (Bénin), Pr Thomas Lokossou (Bénin), Dr Philippe Mavoungou (France), Pr Jacqueline Ze Mikande (Cameroun), Pr Nazinigouba Ouedrago (Burkina Faso), Dr Aristide Talon (France)

# Cliniques

## CL1

### Du bon usage des antibiotiques en Afrique subsaharienne

Bissagnéné E, Aba YT, Tanon A, Kassi A, Eholié SP, Aka KR  
UFR des Sciences Médicales, Université de Cocody, Abidjan

Substances naturelles ou produites par synthèse ou hémisynthèse, les antibiotiques ont la capacité d'inhiber la croissance ou de détruire certaines bactéries. De ce fait, depuis leur introduction en thérapeutique humaine, la mortalité liée aux infections bactériennes a considérablement baissé.

Leur bon usage peut être conçu comme un compromis entre, les antibiotiques qui ont des qualités intrinsèques et les besoins cliniques qui évoluent, notamment les résistances des bactéries, dites bactéries multi ou pan ou toto-résistantes. Il est utile de relever l'émergence actuelle des résistances des entérobactéries aux bêta-lactamines (BLSE) et aux fluoroquinolones, des *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, des *Staphylococcus aureus* à la méticilline (*SARM*), des entérocoques aux glycopeptides (*ERG*) et des *Mycobacterium tuberculosis* multirésistants (*MDR*, *XDR*)

Le bon usage des antibiotiques s'inscrit dans une démarche stratégique dont les principaux déterminants sont la diminution des résistances liées à l'antibiothérapie, la diffusion dans des sites particuliers (SNC, LCR, os, pus, etc.), la possibilité de traitement ambulatoire en particulier par voie orale, la possibilité de traitement court, la tolérance et le coût acceptable.

Dans les pays africains, les antibiotiques sont largement consommés, représentant 40 à 60% des prescriptions médicales et plus de 60% d'anti-infectieux en vente libre sur les marchés et dans les rues. En plus de cette

automédication favorisée par la vente anarchique en dehors des structures légales, les autres problèmes se résument à la banalisation des prescriptions (prescripteurs de niveau inégal de connaissances), à l'accès difficile aux informations scientifiques, à l'augmentation des résistances (automédication, abondance de génériques, pratiques inappropriées), à la méconnaissance des effets indésirables au surcoût des traitements par les nouveaux produits et à l'absence de système de surveillance de l'utilisation des antibiotiques en Afrique subsaharienne.

Face à ces problèmes qui constituent de véritables défis, l'utilisation rationnelle des antibiotiques est indispensable. Elle impose, non seulement la connaissance des antibiotiques, la collaboration avec le laboratoire de microbiologie, le bon choix des régimes thérapeutiques (monothérapie ou association), la connaissance des règles et des modalités de prescription mais également la mise en place des mesures de gestion pour une optimisation de la politique de bon usage des antibiotiques impliquant les ministères, firmes pharmaceutiques, institutions de recherche/formation, communauté (patients, secteur privé, ONG), professionnels de santé et autres acteurs.

**Mots clés** : Antibiotiques- bon usage- Afrique subsaharienne- résistances bactériennes.

## CL 2

### Pancréatites après traumatisme fermé de l'abdomen

Niang E.H.M <sup>(1)</sup>, Diallo A <sup>(1)</sup>, Wade K. A M <sup>(2)</sup>, Fall M.M <sup>(2)</sup>, Niang B M <sup>(2)</sup>, Diatta B. <sup>(3)</sup>

Département d'Anesthésie-Réanimation Hôpital Principal de Dakar Sénégal

#### Introduction :

La pancréatite aigüe demeure un problème pour le réanimateur et pour le chirurgien. Les pancréatites après traumatisme fermé de l'abdomen sont rares, souvent méconnues. Le diagnostic de traumatisme pancréatique est souvent difficile mais l'évolution reste grave avec la survenue possible de défaillances multi-viscérales souvent redoutables.

#### Résultats :

Durant la période d'étude trois patients ont été admis pour pancréatite aigüe post traumatisme fermé de l'abdomen. Les patients étaient tous des hommes. La moyenne d'âge était de 31,66 + /- 2 ,08 années. Deux patients étaient victimes d'un accident de la voie publique et le troisième au décours d'un accident sportif. Le mécanisme lésionnel était un impact direct dans deux cas et le troisième une probable décélération brutale.

Le patient éjecté avait un polytraumatisme avec un traumatisme thoracique avec des fractures de côtes et un hémithorax bilatéral associé au traumatisme fermé de l'abdomen. Les deux patients avaient des traumatismes fermés de l'abdomen isolé.

L'hyperlipasémie et de l'hyperamylasémie avaient été retrouvées chez tous nos patients. La tomographie abdominale a confirmé l'atteinte pancréatique avec une fracture transfixiante complète

#### Matériels et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur deux ans du 1<sup>er</sup> Octobre 2010 au 30 Septembre 2012. Le diagnostic de pancréatite post traumatique reposait sur la notion de traumatisme abdominal, l'élévation des enzymes pancréatiques et une preuve scannographique de l'atteinte pancréatique.

de la tête pancréatique dans les deux cas avec d'impact direct associée à une atteinte hépatique et le troisième cas un aspect hétérogène de la tête du pancréas.

La prise en charge thérapeutique a été conduite comme pour les pancréatites des autres étiologies

L'évolution a été fatale chez deux de nos patients.

**Conclusion :** Les traumatismes du pancréas sont rares ; ils ne représentent que 0,2 à 6 % des traumatismes abdominaux. Ces observations soulignent les difficultés diagnostiques du traumatisme pancréatique initial et montre le rôle prépondérant de la tomographie dans le bilan étiologique des traumatismes fermés de l'abdomen et la gravité de leur évolution malgré une prise en charge optimale.

**Mots clés :** Pancréatite, Post traumatique, abdomen

**CL 3****Traitement actuel du paludisme en Afrique subsaharienne :  
approche de santé publique**

Bissagnéné E, Aba YT, Kassi A, Ello F, Abouo F, Eholié S, Kakou A,

UFR SM, Université de Cocody

**Introduction**

La lutte antipaludique connaît actuellement un regain d'intérêt au niveau international, régional et national. Soutenue par l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » de l'OMS, elle vise à réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme par le renforcement des interventions de traitement, de prévention et de recherche opérationnelle.

**Objectif :** Présenter aux prescripteurs les stratégies actuelles du traitement du paludisme en Afrique subsaharienne

**Méthodes :** Présentation des bases épidémiologiques et cliniques, des bases programmatiques et des stratégies du traitement curatif à la lumière de la revue documentaire nationale et des recommandations internationales récentes.

**Résultats :**

**Les bases épidémiologiques et cliniques** rappellent les agents pathogènes et leur capacité à résister à tous les antipaludiques y compris les CTA, le polymorphisme clinique, la distinction de deux formes cliniques permettant de faciliter la prise en charge des patients, et les objectifs du traitement visant à éviter avant tout l'issue fatale, mais également les séquelles neurologiques (enfant) et les conséquences obstétricales chez la femme enceinte.

**Les bases programmatiques** exposent d'une part les raisons d'une meilleure utilisation des CTA (coût, risque de résistance), les conséquences du surdiagnostic du paludisme et d'autre part la méconnaissance de l'intérêt des outils diagnostiques du paludisme de la

part des prescripteurs.

**Les stratégies thérapeutiques actuelles**, reposent sur des schémas simples, de grande efficacité et mieux tolérés de façon à garantir l'observance du traitement. Ce sont :

- **Pour le paludisme grave : laquinine IV, l'artéméther IM et l'artésunate IV** (OMS 2011). La quinine est le traitement de choix. La tolérance est bonne, cependant elle peut entraîner un cinchonisme mais les effets indésirables les plus importants sont l'hypoglycémie, l'hypotension artérielle, une cardiotoxicité, d'où la règle d'éviter l'administration concomitante de médicaments susceptibles d'allonger l'espace QT.

- **Pour le paludisme simple, les CTA :** Artémether-Luméfantrine (AL), Artésunate-Amodiaquine (ASAQ), Artésunate-Méfloquine (ASMQ), Artésunate-Sulfadoxine-Pyriméthamine (AS+SP) et Dihydroartémisinine-Pipéraquline (DHA+PPQ). En Côte d'Ivoire, les deux CTA recommandées (ASAQ et AL) sont efficaces avec des taux de guérison d'au moins 95%.

(iv)- **Vu l'évolution des résistances**, il est recommandé d'établir le diagnostic parasitologique avant de débiter le traitement, d'assurer le traitement exclusif des cas confirmés, d'utiliser des CTA efficaces et d'évaluer ces traitements.

**Mots-clés :** Paludisme, traitement actuel, CTA, résistances du Plasmodium.

**CL 4****Odorat et brûlure par flamme de gaz:  
Étude préliminaire au centre des grands brûlés d'Abidjan**

Komenan A M-P, Kouame K., Ane Oi A., Bicaba J-B, Dje Y. C., Sinali M-F, Kouassi A.V.\*, Vilasco B.  
Centre des Grands Brûlés d'Abidjan – SAMU-CI  
\* UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

**Auteur correspondant:** Komenan Aya M P.  
Email komenan\_mary@yahoo.fr Tél: (225) 07980668

**Objectif:** Rechercher l'impact éventuel de l'odorat dans la survenue des brûlures par flammes de gaz.

**Patients et méthode:** Il s'agit d'une étude transversale prospective à visée descriptive réalisée sur un mois, du 15 août au 13 septembre 2012. Nous avons recruté successivement 19 patients d'âges  $\geq 10$  ans victimes de brûlures par flammes de gaz.

**Résultats:** Notre population d'étude comprenait 10 hommes (52,6%) et 9 femmes (47,4%) soit un sexe ratio de 1,1. Les brûlés avaient un âge moyen de 34 ans (extrêmes 12 et 51 ans). 42,1% des patients n'avaient jamais été scolarisés. 47,4% travaillaient dans le secteur

informel. Les accidents domestiques prédominaient avec 73,7% des cas dont 50 % dans des cours communes. La bouteille de gaz était généralement posée dans une pièce (84% des cas) close (56,25%) ou, bien aérée (43,75%) et plus rarement en plein air (16%). Près de 58% de notre population d'étude signalaient ne pas avoir senti l'odeur du gaz.

**Conclusion :** Cette étude préliminaire met en évidence non seulement l'existence de troubles olfactifs chez plus de la moitié des victimes mais confirme aussi les facteurs prédisposant à ce type d'accident quant au faible niveau d'instruction (ignorance) et à la précarité des habitats (promiscuité).

**Mots clés :** brûlures - odorat - gaz - accidents domestiques

## CL 9

### Utilisation pratique de la PCA morphine

Abdelilah el hairy  
CHG Romilly Sur Seine France

**Définition:**

Il s'agit d'une analgésie auto contrôlée par les patients et qui nécessite la compréhension du mécanisme de fonctionnement, dont 15% ne peuvent en bénéficier,

**Matériel:**

Il existe deux modèles de pompes: à seringue standard ou à cassette plus commode. Le produit le plus utilisé est la morphine avec ou sans adjuvant: (droleptan, zophren, ketamine). Il faut toujours avoir de la naloxone sous la main comme antagoniste en cas de dépression respiratoire ou surdosage.

**Méthodologie:**

La PCA se fait en 2 étapes: titration puis installation de la pompe. La titration témoigne de la sensibilité individuelle. La préparation de la pompe doit être standardisée selon des protocoles (produit, dilution, volume) par un personnel formé à cette tâche ( bolus, période réfractaire, dose maximum horaire), pour éviter les accidents grâce à la surveillance clinique et

contrôle d'efficacité.

**Évaluation:**

EDS, EVA, et effets secondaires: prurit, rétention urinaire. attention aux erreurs humaines (prescriptions, préparation, programmation).

Un questionnaire de satisfaction permet cette évaluation pour permettre d'améliorer les procédures et adapter les protocoles.

**Conclusion:**

La PCA est une méthode efficace sécurisée par l'évaluation des résultats et la maîtrise de la gestion des effets secondaires; ainsi que la maintenance et entretien régulier des pompes.

**Mots clés:** Autocontrôle, Compréhension, Complications et Évaluation

## CL 12

### Prise en charge du paludisme grave de l'enfant en unité de soins intensifs à l'Hôpital Général Abobo Nord (HGAN).

Yeboua Y.K.<sup>1</sup>, Assé K.V.<sup>1</sup>, Plo K.J.<sup>1</sup>, Yénan J.P.<sup>1</sup>, Yao K.C.<sup>1</sup>, Timité-Konan A.M.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Service de Pédiatrie, CHU de Bouaké

<sup>2</sup> Service de Pédiatrie, CHU de Yopougon

**Auteur correspondant :** [rolandyeboua@yahoo.fr](mailto:rolandyeboua@yahoo.fr)

**Introduction :** Le paludisme grave est une urgence médicale nécessitant une prise en charge immédiate et adéquate, au mieux dans une unité de soins intensifs.

**Objectif :** décrire la prise en charge du paludisme grave de l'enfant en unité de soins intensifs.

**Matériel et méthodes :** il s'agissait d'une étude transversale et prospective réalisée aux lendemains de la crise post-électorale de mai à septembre 2011. Elle s'est déroulée dans le service de pédiatrie de l'hôpital général d'Abobo Nord qui a vu ses capacités en terme de matériels et personnel renforcées par l'organisme humanitaire Médecins Sans Frontières (MSF) avec notamment la création d'une unité de soins intensifs d'une capacité de 17 lits. Cette étude a concerné les enfants de 0 à 15 ans admis pour une goutte épaisse positive ou un TDR positif avec au moins un des critères de gravité définis par l'OMS. Cependant l'acidose, l'insuffisance rénale, l'hyperlactatémie et l'œdème pulmonaire n'ont pas été étudiés. Ainsi, 328 enfants ont été inclus dans notre étude.

**Résultats :** les moins de 5 ans étaient les plus touchés

avec 68,3% (224/328) des cas ; le sex-ratio était de 1,1. Les formes neurologiques représentées par les troubles de la conscience et les convulsions multiples étaient les plus fréquentes avec respectivement 51,52% (169/328) et 46,6% (153/328). L'anémie sévère a concerné 50% (157/314) des patients ayant eu un taux d'hémoglobine. Les formes graves du paludisme étaient associées dans 61,59% (202/328) des cas. La prise en charge des patients comprenait deux volets : le traitement étiologique par l'artéméthér (94,2%) ou la quinine (4,3%) et les traitements symptomatiques avec la transfusion sanguine (66,8%), les antipyrétiques (69,8%), les anticonvulsivants (37,2%), la perfusion de solutés (96,64%), l'oxygénothérapie (19,2%), l'aspiration bucco-pharyngée et oro-trachéale (12,8%). Des séquelles ont été observées chez 4,27% (14/328) des patients et la létalité a été de 4,57% (15/328).

**Conclusion :** l'amélioration du pronostic du paludisme grave passe aussi bien par le renforcement du plateau technique que des ressources humaines dans nos services de pédiatrie.

**Mots-clés :** Paludisme grave, soins intensifs, pronostic.

## CL 13

### Importance de la dimension psychosociale dans la prise en charge globale du patient de réanimation et de ses proches. Rôle et intérêt de l'éducatrice spécialisée dans l'équipe de réanimation

Aye Y.D, Diarrassouba N, Bouh J, Soro L, Amonkou A.A.

Service de Réanimation, CHU de Yopougon

**Auteur correspondant:** AYE Yikpé Denisayeci@yahoo.fr Tel 00 22540771100

#### Introduction :

La réanimation est source d'agression physique et psychologique pour les malades et leurs proches.

La communication avec les familles de malades peut aider à optimiser leur prise en charge.

**Objectif :** Evaluer l'importance de la dimension psychosociale dans la prise en charge globale du patient de réanimation et de ses proches au CHU de Yopougon et situer l'intérêt de l'éducatrice spécialisée dans l'équipe de réanimation.

#### Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle et prospective qui a concerné 76 familles de patients ayant séjourné dans le service de réanimation du CHU de Yopougon, du premier Janvier 2011 au 31 Octobre 2011.

Des données d'ordre épidémiologique et d'opinion recueillies par une éducatrice spécialisée auprès d'interlocuteurs de familles ont été analysées

#### Résultats :

L'âge moyen des malades était de 38,42 ans, avec une prédominance masculine à 54%. Les soins étaient pris en charge dans 89,5% des cas par la famille et l'interlocuteur était dans 97,4% des cas un membre de la famille. 57,9% des malades sont décédés. 81,6% des

observations faites sur le service ont concerné l'accueil. Seulement 11,8% des familles ont été satisfaites de leur séjour en réanimation.

Parmi les sources d'insatisfaction l'on retrouvait : le mauvais accueil (65,8%), les rapports jugés difficiles avec le personnel (55,3%). La prise en charge psychosociale et les soins aux malades ont fait l'objet de satisfaction respectivement dans 96,1% et 51,3% des cas. Concernant les attentes des familles, 32,9% liaient la satisfaction à la guérison du patient et 76,3% la liaient à un bon environnement relationnel et communicationnel.

#### Discussion / Conclusion :

L'issue de la prise en charge du patient en réanimation apparaît jouer un rôle beaucoup moindre sur la satisfaction des familles que l'activité psychosociale. L'éducatrice spécialisée trouve là une place de choix en jouant un rôle d'interface entre médecins et familles de malades

**Mots clés :** Réanimation, éducatrice spécialisée, prise en charge psychosociale

#### Référence

**Azoulay.E, Laurette A, Peigne V, Pochard. F:** Communiquer avec les familles des patients en réanimation. Bull. Acad. Natle Méd., 2011, 195, n°2, 367- 376, séance du 22 février 2011.

---

**CL 20****Une Plaie peut en cacher une autre.**

P. E. Mouloungui Sougou. J.M. Mandji Lawson. A. El Waly. D. Manli. R. Tchoua.  
Service de réanimation HIAOBO Libreville.

Les plaies traumatiques de la veine cave inférieure sont relativement rares et sont à l'origine d'une morbi-mortalité élevée. Le diagnostic est souvent difficile d'où l'intérêt de l'imagerie. Les étiologies de ces lésions restent variées, cependant les plaies abdominales représentent l'une des principales causes.

Nous rapportons l'observation d'un patient victime d'un traumatisme pénétrant de l'abdomen ayant occasionné une plaie de la veine cave inférieure.

Monsieur S.H. âgé de 29 ans, est victime d'une plaie abdominale hémorragique avec éviscération à l'issue d'une projection d'une planche au niveau du flanc gauche. Transporté au SAU de L'HIAOBO, il arrive 6 heures après son traumatisme.

Admis en état de choc, persistant malgré la réanimation initiale, il bénéficie d'une première laparotomie exploratrice sans exploration radiologique initiale du fait de cette instabilité hémodynamique. Il est mis en

évidence un hématome rétro-péritonéal qui est respecté. Cependant, la persistance de cet état de choc, malgré une transfusion massive de culots globulaires et de PFC, motive la réalisation d'une tomodensitométrie abdominale qui objective un **hématome aigu couvrant la VCI à la convergence des veines iliaques primitives**. La stabilisation ne surviendra qu'à l'issue d'une ré intervention secondaire, qui permettra la réparation de la plaie de la VCI par phléborraphie simple.

L'évolution a été favorable, et le patient a été transféré au service de chirurgie viscérale après 17 jours en soins intensifs.

**Mots clés :** Traumatisme pénétrant de l'abdomen ; Etat de choc hémorragique ; Hématome retro péritonéal ; Plaie de la VCI ;

## CL 21

### Les abcès du sein : ne pas méconnaître un cancer associé !

K.Brahmi<sup>1</sup>, S.Seddiki<sup>1</sup>, C.Zaoui<sup>2</sup>, B.Merad<sup>3</sup>, M.Boukrissa<sup>1</sup>, N.Bachir-Bouiadjra<sup>1</sup>.

1: clinique chirurgicale « A » CHUORAN, 2: laboratoire de développement et de différenciation université Es-Sénia Oran, 3: laboratoire d'anatomopathologie,

#### Introduction

Les lésions inflammatoires du sein sont secondaires à plusieurs causes dominées par l'abcès et surtout le cancer inflammatoire qu'il faudra rechercher toujours en premier lieu. Les abcès du sein sont puerpéraux ou non puerpéraux. La séméiologie clinique et radiologique des lésions inflammatoires doit être bien connue pour faire un diagnostic étiologique précis et rapide. Les signes cliniques associent la douleur, la rougeur et la tuméfaction. Les germes impliqués dans les abcès du sein sont aérobies et anaérobies. Le *Staphylococcus aureus* est le germe aérobie le plus fréquemment isolé.

#### Objectif

Le but de cette étude est d'étudier l'aspect clinique et thérapeutique de cette pathologie afin d'éviter de méconnaître un cancer sous-jacent.

#### Patientes et méthodes

C'est une étude rétrospective incluant 96 patientes atteintes d'un abcès du sein traitées à la clinique chirurgicale « A », au CHU d'ORAN, de 2009 à 2011. Ces patientes ont été orientées vers notre service pour un traitement chirurgical. Une ponction et une microbiopsie ont été réalisées dans tous les cas. Les patientes ont toutes été opérées avec une mise à plat de l'abcès et drainage chirurgical associée à des antibiotiques. Un examen anatomopathologique a été pratiqué systématiquement devant la hantise d'un cancer sous-jacent.

#### Résultats

L'étude inclue 96 patientes toutes porteuses d'un abcès du sein et orientées vers notre service après avoir été traitées médicalement sans résultats. L'âge moyen est de 35 ans.

Il s'agissait d'un abcès puerpéral dans 32.3%, et dans 20.8% la ponction aspirative a retiré du pus. La microbiopsie révèle un carcinome in situ dans 3% et une lésion récidivante d'origine tuberculeuse dans 2%. Dans 2.2% Il s'agit d'une cystostéatonécrose suite à un traumatisme direct. Dans 4.2% des patientes, on retrouve un carcinome canalaire infiltrant à l'examen histopathologique définitif. Le staphylococcus aureus était le germe impliqué dans la majorité des cas. Une prise en charge thérapeutique a été adaptée à chaque cas de cancer. Un traitement antituberculeux classique selon le programme national a été entamé chez nos 2 patientes qui ont totalement guéri au bout d'une année. Dans 11.4% on a observé une récurrence d'abcès. Une nouvelle ponction échoguidée a été refaite avec antibiogramme associée à un deuxième geste chirurgical.

#### Discussion et conclusion

Malgré une bonne technique et une démarche intellectuelle rigoureuse, le diagnostic d'un sein inflammatoire reste très difficile, reposant sur le trépied clinique, radiologique et cytologique. La pathologie bénigne reconnue, il devra néanmoins être recommandé une surveillance clinique et radiologique après la cessation du processus inflammatoire, car dans un nombre de cas difficile à préciser, une lésion inflammatoire non tumorale peut masquer un carcinome. On ne peut pas prendre le risque de méconnaître cette éventualité, même si elle est rare.

**Mots clés:** abcès du sein, cancer