

ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 26, N° 1 - ANNEE: 2026

ISSN: 1815 - 4433 - www.annales-umng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 26, NUMERO 1, ANNEE: 2026

www.anales-umng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
P. AKOUANGO

Rédacteur en chef
G. EKOUYA BOWASSA

Rédacteur en chef adjoint
B.I. ATIPO IBARA

Comité de lecture
G.M. MOYEN (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
A.P. BOUYA (Brazzaville)
A.R. OKOKO (Brazzaville)
J.R. MABIALA BABELA (Brazzaville)
P. KOUNA NDOUONGO (Libreville)
G. NTSAMBI EBA (Kinshasa)
S. ODZEBE ANANI (Brazzaville)
G.F. OTIOBANDA (Brazzaville)
L.O. NGOLET (Brazzaville)
E. MOYEN (Brazzaville)
L.P. BEMBA (Brazzaville)
S. ATEGBO (Libreville)
S. NGUEFACK (Yaoundé)
B.M. NDIAYE (Dakar)
P. CAMENGO (Bangui)
J.F. MIMIESSÉ MONAMOU (Brazzaville)
G. MPIKA (Brazzaville)
Y.I. DIMI NYANGA (Brazzaville)

Comité de rédaction
B.F. ELLENGA MBOLLA
H.B. EKOUELE MBAKI
G.A. MPANDZOU

Composition et mise en forme
R.D. ANKY

Administration-Rédaction
Université Marien Nguabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Nguabi
BP. 69, Brazzaville-Congo
E-mail : anales@umng.cg

ISSN : 1815-4433

- 1 **Profil Clinique et Paraclinique des Patients Insuffisants Cardiaques à l'Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun, 2025 : Une Étude Transversale**
SIDDIKATOU D, NDOM M S, MOULIOM S, MANDENG MA LINWA E, NGONGANG OUANKOU C, NDOBO V, TSAGUE KEGNI HN, TCHOUNJA KAMGANG R, NDOUMOU LXA, KAMDEM F
- 14 **Inversion utérine non puerpérale au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville : à propos de deux cas et revue de la littérature**
BUAMBO GRJ, POTOKOUE MPIA SNB, EOUANI MLE, MOLONGO J, MOKOKO JC, ITOUA C
- 22 **Chirurgie du cancer du sein : bilan du CHU de Brazzaville de 2015 à 2024**
POTOKOUE MPIA NSB, BUAMBO GRJ, MOKOKO JC, BISTÉNÉ MPIKA G, BODZONGO PC, LOCKO MAFOUTA RM, IKOBO OKO CE, AYA SZ, ITOUA C
- 31 **Hypertension artérielle et facteurs de risque cardiovasculaire en milieu professionnel en zone semi-urbaine chez le personnel de la société SARIS-Congo de Nkayi**
KOUALA LANDA CM, MAKANI BASSAKOUAHOU JK, BAKEKOLO RP, MONGO NGAMAMI FS, KIMBALLY KAKY EG, BIANZA JR, NGOLO LK, ELLENGA MBOLLA BF
- 44 **Maladie au virus Monkeypox compliquée chez le nouveau-né : à propos d'un cas au CHU de Brazzaville**
ALOUMBA GA, ANGOUMA OYA SM, NKORO GA, POTOKOUE MNS, EKAT M, DOUKAGA MT, AMONA M, OSSIBI IBR, ONTSIRA NEN, BAYONNE KES, EKOUYA G.
- 50 **Profil épidémiologique des agressions faciales au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville : à propos de 115 cas.**
MABIKA BD-D, NGOUA ESSININGUELE L, TIAFUMU KONDE CA, MAMETE L, EBOUNGABEKA T, OBALL MOND A, BAMBOULA C, ONDZOTTO G

- 59 **Aspects épidémiologiques et histopathologiques des mycoses profondes: 23 cas au chu de Brazzaville**
MOUAMBA FG, ALOUMBA JA, SÉKANGUÉ OBILI GL, MOZOMA LO, BIZIB NTIAKOULOU G, SIRIMÉ NGANDZO MAVE J, MOULOUNDA-MALONGA ED, MBENGUI BISSELÉ DH, ELION MFERRE P, ANDEME NICOLE J, MOUKASSA D
- 67 **Association diabète sucre de type 2 et hypertension artérielle chez le sujet congolais au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville**
ELILIE MAWA ONGOTH F, GANKAMA NT, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG, MAYANDA OHOUANA RL, OKOUMOU-MOKO A, DINGHAT OMY, EKOUNDZOLA JR, NKOUA SE, KIMBEMBE-LOUZOLO R, SALA APENDI SS, BOUÉNIZABILA E
- 81 **Paludisme de l'enfant pendant la période de gestion de la pandémie Covid-19 au centre hospitalier universitaire de Brazzaville (CHUB)**
SEKANGUE OBILI G, GOMA CE, OFAMALEKOU GNAKINGUE AN, MBOU ESSIE DE, MOYEN E, MOYEN G
- 91 **Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les patients congolais atteints de diabète sucré de type 2 et suivis au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.**
ELILIE MAWA ONGOTH F, ANDZOUANA MBAMOGNOUA NG, MAYANDA OHOUANA RL, OKOUMOU-MOKO A, EKOUNDZOLA JR, TSOUMOU-MASSA MF, KONO BOUKOULOU JM, DINGHAT OYM, NKOUA SE, LOUZOLO-KIMBEMBE RJ, BOUENIZABILA E
- 101 **Cardiopathies rhumatismales : données actuelles en milieu hospitalier cardiologique du CHU de Brazzaville**
MONGO NGAMAMI SF, KIKAYI MABIALA R, KOUALA LANDA C, BAKEKOLO RP, KIMBALLY-KAKY EG, NGOLO LETOMO KM-M, ELLENGA-MBOLLA BF.



PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES AGRESSIONS FACIALES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE : A PROPOS DE 115 CAS.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF FACIAL ASSAULTS AT THE BRAZZAVILLE UNIVERSITY HOSPITAL CENTRE: 115 CASES.

MABIKA BD-D^{1,3}, NGOUA ESSININGUELE L^{1,3}, TIAFUMU KONDE CA^{4,3}, MAMETE L⁴, EBOUNGABEKA T^{1,3}, OBALL MOND A^{1,3}, BAMBOULA C¹, ONDZOTTO G^{2,3}

¹Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, CHU de Brazzaville.

²Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale, CHU Brazzaville

³Université Marien Ngouabi, Faculté de Sciences de la Santé, Brazzaville.

⁴Service des Urgences médicochirurgicales, CHU de Brazzaville.

RESUME

Objectifs

Décrire le profil épidémiologique des agressions faciales au CHU de Brazzaville.

Matériels et méthode

Étude descriptive rétrospective menée dans les services d'urgences et de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU de Brazzaville, du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2024, portant sur les agressions avec lésions faciales.

Résultats

115 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 23 ± 4 ans, avec une prédominance masculine (71,3 %). 74,8 % étaient des milieux défavorisés. L'agresseur appartenait aux gangs « bébés noirs » dans 60 %. Le vol sur l'espace public était le motif principal (47 %). Les coups de poing (46,1 %) et les armes blanches (39,1 %) étaient les principaux mécanismes. Les lésions de type plaies simples étaient majoritaires (74,7 %).

Conclusion : Les agressions faciales touchent principalement les jeunes hommes issus des milieux défavorisés, victimes de gangs urbains.

Mots-Clés : traumatismes faciaux, agression, plaies faciales, fractures, gangs urbains..

ABSTRACT

Objective

To describe the epidemiological profile of facial assaults at Brazzaville University Hospital.

Methodology

A retrospective descriptive study conducted in the Accident and Emergency, Stomatology and Maxillofacial Surgery departments of the Brazzaville University Hospital, from 1 January 2020 to 31 December 2024, focusing on assaults resulting in facial injuries.

Results

115 patients were included. The mean age was 23 ± 4 years, with a predominance of males (71.3%). 74.8% were from disadvantaged backgrounds. The assailant belonged to 'Bébés Noirs' gangs in 60% of cases. Theft in public places was the main motive (47%). Punching (46.1%) and stabbings (39.1%) were the main mechanisms. Simple lacerations were the most common type of injury (74.7%).

Conclusion: Facial assaults mainly affect young men from disadvantaged backgrounds who are victims of urban gangs.

Keywords: Arterial hypertension; Occupational setting; Semi-urban area; Congo; Cardiovascular risk factors.

INTRODUCTION

Les traumatismes faciaux consécutifs à des agressions constituent un problème majeur en urgentologie maxillo-faciale. Ils sont responsables d'une grande diversité de lésions des parties molles et osseuses, exposant les patients à des séquelles esthétiques et fonctionnelles parfois sévères, avec un retentissement psychologique non négligeable [1,2].

Dans la littérature, les agressions représentent une cause importante des traumatismes maxillo-faciaux. En Inde, Krishnan A. rapportait que les agressions représentaient environ 20 à 30 % des traumatismes faciaux selon les séries hospitalières [3]. En Afrique subsaharienne, plusieurs auteurs ont également souligné l'importance croissante des violences interpersonnelles. Au Sénégal, Ndiaye C. retrouvait des fréquences variantes entre 15 et 25 % des traumatismes maxillo-faciaux, tandis qu'au Burkina Faso, à Bobo-Dioulasso, Bazame CBT rapportait également une proportion non négligeable des agressions parmi les étiologies des traumatismes faciaux. [4, 5].

En République du Congo, particulièrement à Brazzaville, peu d'études ont spécifiquement analysé les traumatismes maxillo-faciaux consécutifs aux agressions malgré leur fréquence en pratique hospitalière. Cette insuffisance de données locales limite l'évaluation de leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Peu d'études ont décrit le profil, limitant ainsi l'élaboration de stratégies de prévention et optimisation des protocoles de prise en charge.

Le but de ce travail, est de rapporter les caractéristiques épidémiologiques des agressions avec lésions faciales au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

MATERIELS ET METHODE

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à recueil de données rétrospectif réalisée dans les services des Urgences médicochirurgicales et de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

Ont été inclus tous les dossiers des patients présentant des lésions traumatiques de la face consécutif à une agression admis entre le 1er Janvier 2020 et le 31 Décembre 2024.

Ont été exclus de cette étude, les patients dont les dossiers médicaux étaient inexploitable.

Les données ont été recueillies à partir de dossiers médicaux, des registres d'hospitalisation et de consultations, ainsi que des comptes-rendus opératoires.

Les variables d'étude ont été :

-Sociodémographiques : âge, sexe, niveau socio-économique, provenance des patients, profil de l'agresseur, motif de l'agression, lieu de l'agression, moment de l'agression.

-Cliniques : délai de consultation, mécanismes, types de lésions (parties molles, osseuses, associées)

L'analyse statistique a été réalisée à base du logiciel Microsoft Excel 2016. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives en moyenne \pm écart-type. L'approche a été exclusivement descriptive, sans recherche de corrélation causale.

L'anonymat et la confidentialité des données des patients ont été respectés.

RESULTATS

Au cours de la période d'étude, 115 patients ont été admis pour agressions

faciale soit 22,8% des traumatismes faciaux.

L'âge moyen des patients était de 23 ± 2 ans avec des extrêmes de 15 à 57 ans (Fig.1).

Notre population était de sexe masculin dans 71,3% des cas (n = 82). Les victimes étaient issues de classe socioéconomiques défavorisées dans 74,8% des cas (n=86), en provenance de divers arrondissements de la ville de Brazzaville (Tableau I). Les mobiles des agressions étaient variables et dominées par le vol chez 54 cas (47%), les conflits interhumains chez 30 cas (26%), les violences conjugales dans 12 cas (10,5%), les agressions spontanées dans 10 cas (8,7%) et les motifs non précisés chez 9 cas (7,8 %). Le mécanisme d'agression étaient multiples notamment par arme blanche type machette, couteau chez 55 patients (47,8%), coup de poing chez 53 patients (46,1%), brûlures intentionnelles dans 4 cas (3,5%), morsure humaine dans 3 cas (2,6%). Les lieux des agressions étaient dominés par la voie publique chez 60 patients (60%), au domicile chez 22 patients (19,1%), dans les débits de boissons dans 12 cas (10,5%), en milieu scolaire pour 10 patients (8,7%) et au lieu de travail pour 2 patients (1,7%).

L'agresseur était un inconnu dans 55,6 % des cas (n=64). Le conjoint était impliqué dans l'agression dans 10,4% des cas (n=12), un membre de la famille dans 12,2% (n=14) des cas et les voisins/amis dans 21,8% des cas (n=25). L'agresseur était seul dans 66,1% (76 cas), en bande organisée 33,9% (n=39 cas). L'agresseur a été identifié comme appartenant aux groupes de gangs urbains appelés communément « bébés noirs » dans 60% des cas (n=69). Le vol était la motivation principale des agressions. La majorité des patients (n= 58) ont consulté avant les 24h soit (50,4%), et au-delà de 72h dans 40%(n=46). Les lésions étaient diverses, celles des parties molles isolées ont été retrouvées dans 66,1% des cas (n=76 cas),

dominées par des plaies, avec perte de substance (Fig.3) ou non (Fig.4), comme illustrées dans le Tableau II.

Les lésions étaient exclusivement osseuses dans 20,1 % des cas (n=24 cas), dominées par les fractures mandibulaires dans 25,6% d'atteinte osseuse(n=10), des fractures de l'arcade zygomatique dans 17,9% (n=7) et les fracture du nez dans 15,4% (n=6). Les lésions étaient mixtes dans 13% des cas (n=15 cas).

Les lésions étaient exclusivement faciales dans 66,1% des cas (n = 76), et associées à des atteintes extra faciales dans 33,9% (n = 39). L'atteinte était au niveau des membres dans 15,6% (n= 18) et du crâne dans 11,3% (n= 13).

DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif de décrire le profil épidémiologique des patients victimes d'agressions faciales reçus au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

L'âge moyen de 23 ans observé dans notre série confirme que les agressions faciales touchent l'adulte jeune. Cette donnée concorde avec la littérature africaine et internationale. Au Sénégal, Diouf M. et al [1] rapportait un âge moyen de 28 ans dans leur série d'agressions faciales à Dakar. Au Nigéria, Ogunlewe MO. et al [2] retrouvaient une prédominance des victimes dans les tranches d'âge des 21-30 ans. Krishnan A. et al, en Inde rapporte un âge moyen de 32 ans [3]. Cette vulnérabilité des jeunes s'expliquerait par leur plus grande exposition aux violences urbaines, aux conflits interpersonnels et aux activités à risque.

La prédominance masculine est nette dans notre étude avec 71,3% d'hommes. Ce chiffre, bien qu'élevé, est inférieur à celui rapporté par certaines séries ouest-africaines où la proportion masculine

dépasse souvent 80% [4, 5,6]. Cette différence pourrait s'expliquer par une inclusion plus importante des violences domestiques dans notre contexte où les femmes sont surreprésentées (10,5% de violences conjugales dans notre série). Néanmoins, cette prédominance masculine reste un marqueur universel des traumatismes faciaux violents, lié à des facteurs comportementaux et socioculturels.

Près des trois quarts de nos patients (74,8%) sont issus de classes socioéconomiques défavorisées, résidant majoritairement dans les arrondissements périphériques de Brazzaville. Cette répartition géographique n'est pas anodine pourrait refléter une densité de population plus élevée dans ces zones, une précarité socio-économique favorisant la délinquance et une présence active des groupes de bandits organisés (phénomène bébés noirs) dans ces quartiers comme le souligne le profil des agresseurs appartenant à ces gangs dans 60% des cas.

Ces résultats rejoignent ceux des études menées en milieu urbain africain, où les violences interpersonnelles et le grand banditisme se concentrent dans les zones périphériques [7,8].

L'agresseur était un inconnu dans 55,6% des cas, ce qui est classique dans les agressions sur la voie publique. Cependant, la proportion d'agressions par des proches (conjoint, famille, voisins/ amis) était de l'ordre de 44, 4%. Cette donnée est importante car elle oriente vers une prise en charge globale, incluant un volet psychosocial et médico-légal. La violence conjugale (10,4%) et la maltraitance juvénile (4,3%) sont des réalités souvent sous-déclarées.

Le vol était le premier motif d'agression (47%), suivi des conflits interpersonnels (26%). Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans d'autres capitales africaines [9, 10, 11]. La voie

publique était le lieu privilégié de ces violences (60%), particulièrement en soirée (57,4%). Ce pic vespéral est classiquement décrit, lié à la baisse de la luminosité, à la moindre fréquentation policière et à la consommation d'alcool dans les débits de boissons.

Les coups de poing et les agressions par armes blanches représentaient les mécanismes les plus fréquents, ce qui est habituel dans les agressions de "rue". Cependant, la proportion d'agression par arme blanche était considérable dans notre série (47,8%). Yapo P. et al en Côte d'Ivoire avaient trouvé 25% d'agression par arme blanche [12]. Cette différence peut s'expliquer par la forte montée du phénomène de violence urbaine "bébés noirs" ces dernières années ainsi que la montée de la violence en milieu scolaire qui représente une proportion non négligeable dans notre étude (8,7%).

L'utilisation des armes blanches témoigne de la gravité potentielle des agressions dans notre environnement et expliquerait la forte proportion des plaies complexes (17,6%). Mabika DDB et al [13] au Congo ont retrouvé des plaies complexes de la face secondaires aux agressions par armes blanches dans 29,4% des traumatismes faciaux. La machette, outil de travail devenu arme de proximité facilement accessible, est devenu par circonstance un outil fréquent de violence dans la sous-région [12].

Le délai moyen de consultation se situe avant la 24e heure, mais avec des disparités importantes : 50,4% des patients ont consulté dans les 24 heures, tandis que près de 39,6% ont consulté après le 3e jour et 7% des consultations en phase de séquelles. Ce retard peut s'expliquer par plusieurs facteurs : le long séjour dans les hôpitaux de base qui ne disposent pas de la compétence requise pour la prise en charge des traumatismes de la face retardant ainsi la prise charge adéquate des patients ; le recours aux traitements traditionnels ou à

l'automédication du aux difficultés financières pour accéder aux soins ; l'éloignement géographique avec enclavement de certaines zones d'habitation ; et la sous-estimation de la gravité des lésions.

Ce phénomène est fréquemment décrit en Afrique subsaharienne [8, 9, 12, 13, 14, 15] et constitue un défi majeur pour une prise en charge optimale, notamment pour les fractures et plaies complexes qui nécessitent une prise en charge précoce afin d'éviter les séquelles [12].

Les plaies de la face représentaient 66,1% des cas, dont 17,6% étaient complexes, souvent en rapport avec le mécanisme.

Les fractures mandibulaires (25,6%) étaient les lésions osseuses les plus retrouvées, suivies des fractures de l'arcade zygomatique (17,9%) et des fractures du nez (15,4%). Cette répartition est classique en traumatologie faciale. La mandibule, l'arcade zygomatique et le nez, par leur position proéminente, sont particulièrement exposés aux coups [16, 17]. Les fractures du maxillaire sont beaucoup plus rares (5,1%) car elles nécessitent un mécanisme à haute énergie.

Un tiers des patients (33,5%) avaient des lésions extra faciales, principalement au niveau des membres et du crâne. Ces données impliqueraient d'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire.

CONCLUSION

Les agressions faciales à Brazzaville, touchent principalement les jeunes hommes, issues de classe socioéconomiques défavorisées, en provenance majoritairement des quartiers périphériques du nord de la ville de Brazzaville, victime de coups de poings et de traumatismes par arme blanche, suite à un vol dans la soirée, par des gangs urbains, dans les voies publiques. Ce qui témoigne

de la dimension socio-sécuritaire du problème, soulignant l'intérêt du renforcement de la sécurité urbaine, ainsi que des politiques sociales intégrées et multisectoriels.

CONFLIT D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

Diouf M, Diallo M, Diop R, et al. Agressions faciales à Dakar: aspects épidémiologiques. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2015;116(3):145-149.

Ogunlewe MO, James O, Ladeinde AL, et al. Pattern of facial injuries in a Nigerian tertiary hospital. *Niger J Clin Pract*. 2018;21(4):482-486.

Krishnan A, Sharma N, Patil S et al. Emergency perspective of interpersonal violence in western India: A sociodemographic and injury pattern analysis. *J Forensic Leg Med*. 2025;108: 102785;

Bazame CBT, Traore I, Coulibaly TA et al. Maxillofacial Fractures in Bobo-Dioulasso: Clinical Présentation and management Outcomes. *Health Res A*. 2025;3(11). DOI : 10.5281/hra.v3i11.7155

Ndiaye C, Diop F, Sène A, et al. Traumatismes faciaux d'origine violente à l'hôpital de Fann, Dakar. *Med Afr Noire*. 2019;66(3):152-158.

Adebayo ET, Ajike OS. Audit of oral and maxillofacial surgical conditions seen at a Nigerian tertiary hospital. *Ann Afr Med*. 2020 ;19(2) :112-117.

Boua N, Konan JK, Abouo F, et al. Profil épidémiologique des traumatismes faciaux à Bouaké, Côte d'Ivoire. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillofac*. 2021;28(1):24-30.

Ekem IN, Okoro PE, Opara KO. Maxillofacial injuries in Port Harcourt, Nigeria: a 5-year review. *J Maxillofac Oral Surg.* 2022 ;21(1) :88-93.

N'guessan K, Kouassi A, Bamba I, et al. Les agressions faciales à Abidjan: aspects épidémiologiques et lésionnels. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2017;118(4):225-229.

Mabongo M, Parkins GE, Aladelusi T, et al. Pattern and management of maxillofacial trauma in selected trauma units across Africa: a prospective pilot study. *J Maxillofac Oral Surg.* 2024 ;23(6):1620-1626.

Yapo P, Koffi K, Aka E, et al. Traumatismes maxillo-faciaux par armes à Abidjan. *Med Trop.* 2018;78(2):165-168.

Coulibaly A, Diallo MG, Traoré S, et al. Maxillofacial trauma by fire arm at the National Center for Odonto-Stomatology in Bamako. *JACCR Africa.* 2024 ;8(3).

Mabika B, Mieret J, Ngackosso O, et al. Aspects épidémiologiques des traumatismes faciaux au CHU de Brazzaville. *Rev Congo Stomatol.* 2020;12(1):8-13.

Salami A, Houékpé E, Gouda S, et al. Retard de consultation dans les traumatismes faciaux au Bénin: facteurs associés. *J Oral Med Surg.* 2022;28(3):215-221.

Stanford-Moore GB, Niyigaba G, Tuyishimire G, et al. Effect of delay of care for patients with craniomaxillofacial trauma in Rwanda. *OTO Open.* 2022; 6(2):2473974X221096032.

Boffano P, Rocchia F, Zavattoni E, et al. The epidemiology of mandibular fractures in Europe: a systematic review. *J Craniofac Surg.* 2021;32(5): e456-e460.

Khan F, Rikhotso RE. The incidence and aetiology of maxillofacial trauma and concomitant traumatic brain injury in a Johannesburg tertiary hospital. *J Craniofac Surg.* 2025; 36(5):1842-1846

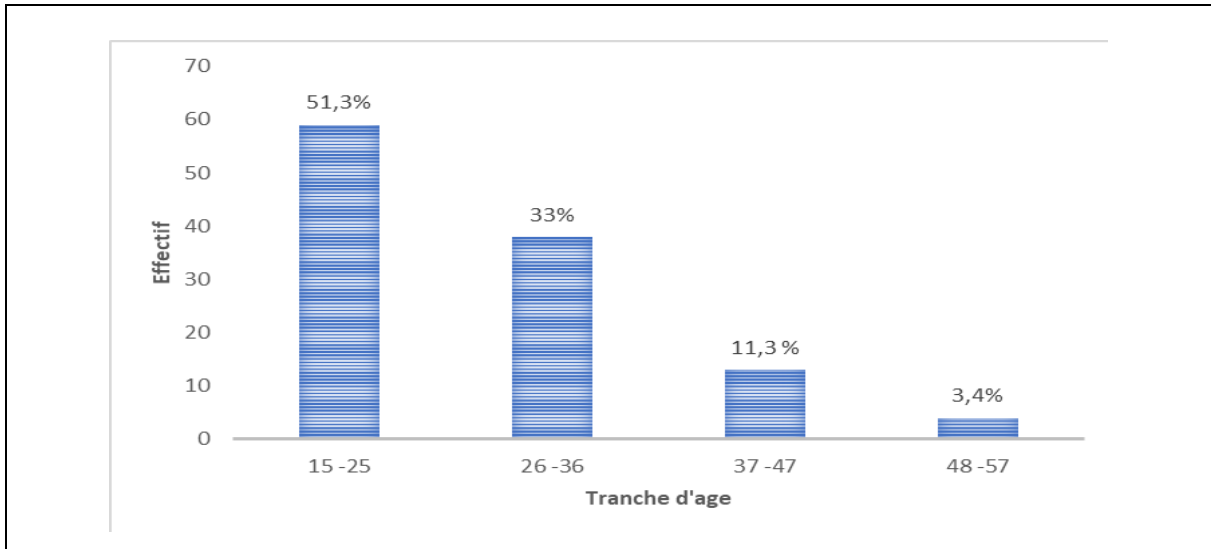


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

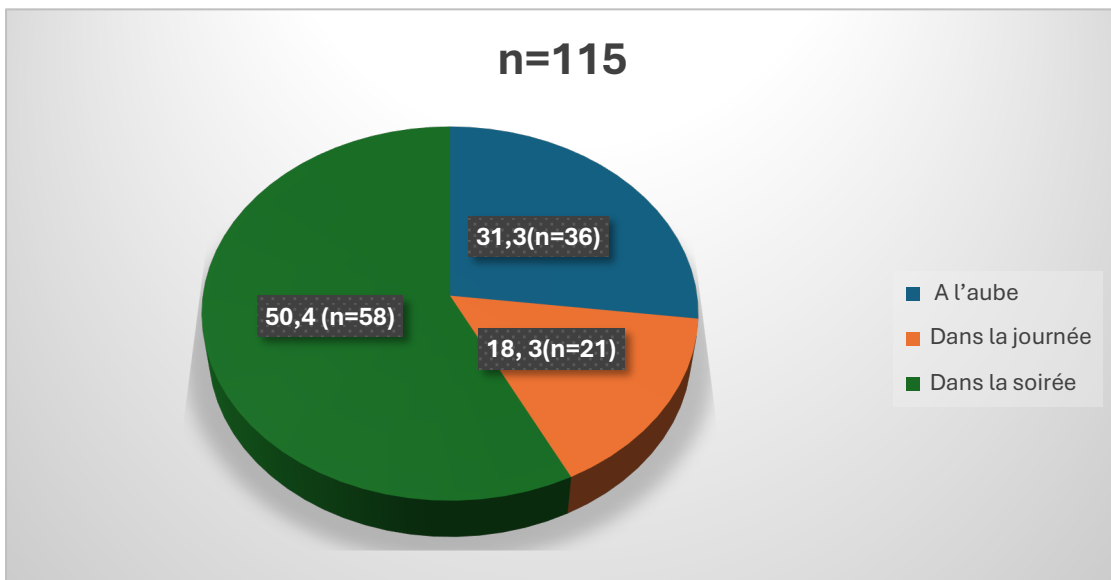


Figure 2 : Répartition des patients selon le moment de l'agression.

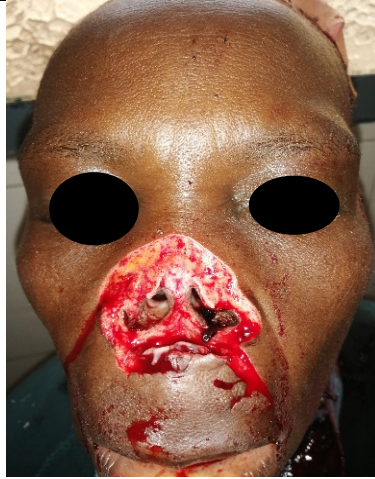


Figure 3 : Plaie avec perte de substance tri tissulaire de la pointe du nez.



Figure 4 : Plaies faciales sans perte de substance

Tableau I : Répartition des patients selon la provenance

	N	%
Makélékélé	5	4,3
Bacongo	1	0,9
Poto-Poto	11	9,5
Moungali	5	4,3
Ouenzé	15	13
Talangäi	38	33
Mfilou-Ngamaba	19	16,6
Madibou	3	2,7
Ndjiri	13	11,4
Hors de Brazzaville	5	4,3
Total	115	10

Tableau II : Répartition des patients selon le type de lésions des parties molles

	N	%
Plaie simple	68	74,7
Plaies complexes	16	17,6
Plaies du canal de Sténon	3	3,3
Plaie du nerf facial	3	3,3
Plaies du globe oculaire	5	5,5
Perte de substance	5	5,5
Brulure	4	4,4
Morsure	3	3,3
Total	91	100