



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

Article Original

Maladie de Basedow : une expérience de 39 cas opérés à l'Hôpital Militaire de Ouakam

Grave's disease : an experience of 39 cases operated at the Military Hospital of Ouakam

Sy A¹, Pegbessou EP², Ndiaye M², Balde D², Nao EEM.²

⁽¹⁾Service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam

⁽²⁾Service d'ORL, Centre Hospitalier Universitaire de Fann

Auteur Correspondant : Docteur Abdou Sy, Service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam (HMO) BP 24175, Dakar, Sénégal. - Tél. : 00 221 77 645 86 12 -E-mail : abdousy201@gmail.com

Résumé

But : Le but de cette étude était d'insister sur les indications et de rapporter les résultats de la thyroïdectomie dans le cadre du traitement de la maladie de Basedow. **Patients et Méthodes :** Nous avons revu rétrospectivement 39 dossiers de patients opérés dans le service pour maladie de Basedow entre juillet 2004 et juin 2009. Nous avons analysé les indications opératoires, le statut hormonal post-opératoire et les complications de la chirurgie. **Résultats :** Le motif le plus fréquent qui avait conduit à l'intervention chirurgicale était l'échec du traitement médical (54%). Nous avons réalisé 26 (66,7%) thyroïdectomies totales (TT) et 13 (33,3%) thyroïdectomies sub-totales (TST). Après un délai moyen de suivi de 28 mois, l'euthyroïdie a été obtenue dans 54% des TST, avec 46% d'hypothyroïdie ; il n'y avait pas de récurrence de l'hyperthyroïdie. Les complications enregistrées étaient : 1 cas de détresse respiratoire post-opératoire, 2 cas d'hématomes compressifs (5%), 4 cas de parésies récurrentielles transitoires (10%), 6 cas d'hypocalcémies transitoires (15%) et 1 cas d'hypocalcémie définitive (2,5%). **Conclusion :** La thyroïdectomie pour maladie de Basedow, qu'elle soit totale ou sub-totale, donne de bons résultats avec une morbidité faible. Notre préférence va à la thyroïdectomie totale car elle évite les récurrences, améliore l'exophtalmie et permet de traiter un éventuel cancer associé.

Mots-clés : Maladie de Basedow, thyroïdectomie.

Summary

Aim: The aim of this study was to insist on operatory indications and to analyze the results of thyroidectomy in case of Graves' disease. **Patients and Method:** We retrospectively reviewed the medical charts of 39 patients with Graves' disease who were treated by thyroidectomy in our department between July 2004 and June 2009. We studied reasons for surgery, post-operative thyroid function and surgery-related complications. **Results:** The most common reason for surgery was failure of pharmacotherapy (54%). We realized 26 total thyroidectomies (66,7%) and 13 sub-total thyroidectomies (33,3%). After a mean follow-up of 28 months, thyroid function was normal in 54% of patients after sub-total thyroidectomy, with 46% of hypothyroidism. We experienced no recurrence of Graves' disease. The different complications were: 1 post-operative respiratory distress, 2 hematomas (5%), 4 temporary laryngeal recurrent nerve paresis (10%), 6 temporary hypoparathyroidism (15%). **Conclusion:** Both total thyroidectomy and sub-total thyroidectomy are safe procedures regarding post-operative complication rate. Nevertheless, with total thyroidectomy procedure, there is no recurrence, it improves the orbitopathy and it should be advised in any patient with Graves' disease and a thyroid nodule since those patients are at an increased risk for malignancy.

Keywords: Graves' disease, thyroidectomy.

INTRODUCTION

Etudiée par Karl Von Basedow en 1840, la maladie de Basedow est une affection auto-immune causée par des anticorps antithyroïdiens qui se fixent sur les récepteurs cellulaires de la Thyroid Stimulating Hormon (TSH) et qui stimulent continuellement la libération d'hormones thyroïdiennes, provoquant ainsi une hyperthyroïdie. C'est la cause la plus fréquente des hyperthyroïdies.

Son diagnostic, habituellement facile, repose sur le syndrome d'hypermétabolisme associé plus ou moins à une augmentation diffuse de la glande thyroïde ou goitre, d'une exophtalmie et d'un myxœdème pré tibial. La confirmation diagnostique est biologique avec une augmentation des hormones thyroïdiennes, la fraction libre de la tri-iodothyronine ou FT3 et la fraction libre de la thyroxine ou FT4 et un effondrement de l'hormone thyro-stimulante ultrasensible (TSHus).

Il existe trois options thérapeutiques pour cette affection: le traitement par l'iode radioactif, le traitement médical par les antithyroïdiens de synthèse et le traitement chirurgical.

Le but de notre travail était de décrire les modalités de la prise en charge chirurgicale de la maladie de Basedow en insistant sur les indications opératoires et les résultats de la chirurgie.

PATIENTS ET METHODES

Ils étaient 39 patients à bénéficier d'une thyroïdectomie pour une maladie de Basedow sur un total de 298 thyroïdectomies réalisées pendant la même période d'étude (juillet 2004 et juin 2009), ce qui donne une fréquence de 13%.

Il y avait 31 femmes (79,5%) et 8 hommes (20,5%), soit un sex-ratio de 0,26.

L'âge moyen était de 31 ans avec des extrêmes de 15 et 65 ans. Vingt-deux patients avaient entre 15 et 30 ans, soit plus de la moitié (56%). Cinq patients étaient âgés de moins de 20 ans.

L'examen avait retrouvé un goitre diffus, homogène, symétrique et vasculaire dans 37 cas ; et une exophtalmie dans 17 cas, dont 6 unilatérales et 2 « monstrueuses » et bilatérales.

L'échographie thyroïdienne a été réalisée 20 fois ; elle avait, dans tous les cas, confirmé le caractère vasculaire du goitre. Dans un cas, elle avait mis en évidence la présence d'un petit nodule dans un goi-

tre vasculaire. Ce qui avait été confirmé par la scintigraphie thyroïdienne qui avait objectivé la présence d'un nodule « froid » isthmique sur goitre hyperfixant.

Le dosage des hormones thyroïdiennes, particulièrement l'hormone thyro-stimulante ultrasensible (TSHus) et la fraction libre de la thyroxine (FT4), a été réalisé dans tous les cas ; il a confirmé l'hyperthyroïdie clinique. Le dosage des anticorps antithyroïdiens n'a pas été réalisé.

La première ligne du traitement a d'abord été médicale, reposant sur les antithyroïdiens de synthèse et les bêta-bloquants associés plus ou moins aux sédatifs. La durée moyenne de ce traitement médical était de 33 mois, soit un peu plus de 2 ans et demi, avec des extrêmes de 12 mois (1 an) et 96 mois (8 ans).

Une préparation médicale stricte en vue d'obtenir l'euthyroïdie clinique et si possible biologique a été conduite, sous la supervision des anesthésistes. Elle a fait appel aux antithyroïdiens de synthèse à des doses élevées, allant jusqu'à 60 mg de Carbimazole par jour, associés à un bêta-bloquant pendant les deux à trois semaines qui ont précédé l'intervention chirurgicale.

Nous considérons qu'une thyroïdectomie est «totale» quand nous procédons à l'ablation des 2 lobes thyroïdiens droit et gauche, de l'isthme et d'un éventuel lobe médian ou pyramide de Lalouette. La thyroïdectomie est dite «sub-totale» lorsque l'ablation concerne la totalité d'un lobe (associé à l'isthme) et une partie de l'autre lobe, généralement le pôle supérieur du lobe ; c'est ce qui est appelé procédure de Dunhill. Nous considérons qu'une paralysie récurrentielle est définitive lorsqu'elle persiste au-delà de 6 mois; de même une hypoparathyroïdie est qualifiée de définitive lorsqu'un traitement à base de calcium est toujours nécessaire après 6 mois d'évolution.

Nous avons étudié les indications opératoires, le type de chirurgie réalisé, les complications opératoires, les résultats histologiques et le suivi post-opératoire.

RESULTATS

Les indications opératoires étaient :

- un échec du traitement médical dans 21 cas (54%) :
 - soit résistance au traitement médical (10 cas),

--soit récidives après un traitement médical (6 cas),

--dans 5 cas la nature de l'échec n'a pas été précisée.

- un suivi irrégulier avec prise irrégulière du traitement médical, inobservance du traitement médical dans 10 cas (25,6%) ;
- une exophtalmie « monstrueuse » bilatérale dans 2 cas ;
- un souci esthétique : 3 cas ;
- un désir de grossesse : 1 cas ;
- un désir de grossesse et échec du traitement médical : 1 cas ;
- une association maladie de Basedow et nodule « froid » à la scintigraphie thyroïdienne : 1 cas.

Du point de vue chirurgical, nous avons réalisé 26 thyroïdectomies totales (66,7%) et 13 thyroïdectomies sub-totales (33,3%).

Les complications notées étaient :

- une détresse respiratoire post-opératoire (survenue 8 heures après la thyroïdectomie totale) associée à un hématome chez une patiente dont l'intervention a été très hémorragique, ayant nécessité une transfusion sanguine ; malgré l'évacuation de l'hématome, il n'y avait pas eu d'amélioration de la dyspnée, ce qui avait motivé la réalisation d'une trachéotomie ; la décanulation a été possible une semaine après ;
- 2 hématomes compressifs, soit 5%, secondaires à une thyroïdectomie totale ;
- 4 parésies récurrentielles transitoires (10%), 3 après thyroïdectomie sub-totale et 1 après thyroïdectomie totale ;
- 6 hypocalcémies transitoires (15%), 4 après thyroïdectomie totale et 2 après thyroïdectomie sub-totale ;
- et 1 hypocalcémie définitive (2,5%) après thyroïdectomie totale.
- Il n'y a pas eu de paralysie récurrentielle définitive.

Les résultats histologiques ont été obtenus dans 30 cas (77%); ils étaient tous bénins et confirmaient la maladie de Basedow.

Le délai moyen de suivi était de 28,7 mois avec des extrêmes de 3 mois et 72 mois (6 ans).

Tous les patients qui ont subi une thyroïdectomie totale ont naturellement développé une hypothyroïdie et ont été mis sous un traitement hormonal substitutif à base de thyroxine à une dose moyenne

de 100 µg par jour. Six (46%) des 13 patients qui ont subi une thyroïdectomie sub-totale ont développé une hypothyroïdie clinique et/ou biologique au cours de l'évolution et ont donc été mis sous opothérapie substitutive à base de thyroxine à la dose moyenne de 75 µg par jour. Les 7 autres patients (54%) sont en euthyroïdie clinique et biologique sans autre traitement associé (guérison clinique et biologique).

Après un délai moyen de suivi de 28,7 mois, aucune récidive de l'hyperthyroïdie n'a été notée.

Neuf patients sur 17 (53%) ont eu une amélioration de leur exophtalmie; ils avaient tous bénéficié d'une thyroïdectomie totale.

Nous avons noté une prise de poids chez tous les patients.

DISCUSSION

L'objectif du traitement de la maladie de Basedow est de lutter contre le syndrome de thyrotoxicose et de rétablir l'euthyroïdie. En fonction des pays et des continents, il existe trois options thérapeutiques, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients : les antithyroïdiens de synthèse (ATS), l'iode radioactif et la chirurgie.

En Amérique du Nord, le traitement par l'iode radioactif constitue la thérapeutique de choix dans la maladie de Basedow chez l'adulte. Cependant, un délai de 4 à 6 mois est souvent nécessaire pour atteindre l'euthyroïdie [1]. Le risque de récidive varie entre 5 et 15% et le risque de développer une hypothyroïdie est estimé à 20% dans la première année post traitement, ce risque augmentant de 3% par an [2]. L'iode radioactif entraîne une augmentation de l'exophtalmie et toute grossesse est compromise durant au moins les six mois qui suivent le traitement par iode radioactif [3, 4].

Le traitement par les antithyroïdiens de synthèse est long, de 18 à 24 mois et il nécessite une surveillance clinique et biologique régulière et serrée pour éviter une hypothyroïdie et/ou une agranulocytose. Et malgré un traitement médical bien conduit, les taux de récidive varient entre 34 et 42% [5].

Le traitement chirurgical a l'avantage d'être rapide, radical et définitif avec un minimum de complication. Cependant, elle répond à des indications bien précises dont la plus importante est l'échec du traitement médical : il s'agit de tous les cas de récidive, rechute ou résistance au traitement

médical. Cet échec varie dans la littérature de 32 à 89% [6].

Dans notre série, l'échec a été retrouvé dans 54% des cas. D'autres indications peuvent motiver la chirurgie : dans notre série, il s'agissait de 10 cas de suivi irrégulier (25,6%), 2 cas d'exophtalmie « monstrueuse », 3 cas de désir de chirurgie dans un souci esthétique, 2 cas de désir de grossesse et 1 cas d'association maladie de Basedow et nodule « froid » thyroïdien.

Dans la série de Dignonnet, les indications étaient les suivantes : un volumineux goitre (17%), le désir du patient (14%), l'association d'un nodule froid (2%) [7]. Boostrom et Richards ont retrouvé les indications suivantes dans leur série : le refus du traitement par l'iode radioactif (20,4%), l'existence d'une crise de thyrotoxicose aiguë nécessitant une prise en charge chirurgicale urgente après une brève préparation médicale (18,4%), l'association du goitre à un nodule (16,3%) et l'exophtalmie (14,3%) [8]. Pour Witte et al, les indications se répertorient comme suit : l'échec du traitement médical (37,4%), un volumineux goitre (25,3%), l'exophtalmie (19,3%) et un inconfort lors du traitement médical (18%) [9].

La chirurgie nécessite une préparation médicale adéquate pour éviter la crise de thyrotoxicose aiguë qui peut être redoutable. Dans notre pratique, cette préparation se fait avec les anesthésistes et fait appel, quatre semaines avant la chirurgie, aux anti-thyroïdiens de synthèse (Carbimazole) à des doses pouvant aller jusqu'à 60 mg/j pendant 3 à 4 semaines, associés à un bêtabloquant (Propranolol).

Cette préparation est habituellement suffisante pour atteindre l'euthyroïdie avant la chirurgie. Certains auteurs préconisent l'utilisation du Lugol fort 3 à 10 jours avant la chirurgie, ce qui permettrait de réduire la vascularisation glandulaire.

Cette réduction de la vascularisation a été confirmée par des études échographiques Doppler couleur [9, 10]. Pour Rangaswamy, les antithyroïdiens de synthèse n'ont aucun effet sur la vascularisation thyroïdienne ; cependant, ils permettent d'obtenir un état d'euthyroïdie, ce qui préviendrait la crise de thyrotoxicose aiguë [11]. A l'heure actuelle, avec la maîtrise de la préparation médicale préopératoire et le développement de l'anesthésie, la chirurgie de la maladie de Basedow est devenue sûre. Palit et al ont publié une méta-analyse

concernant 35 études portant sur la chirurgie de la maladie de Basedow, dans laquelle les taux de crise de thyrotoxicose aiguë et de mortalité étaient nuls et les taux de complications tournaient autour de 3% [12]. A l'instar de Palit, nous n'avons pas enregistré dans notre série de crise de thyrotoxicose aiguë et notre mortalité était nulle.

La prise en charge chirurgicale de la maladie de Basedow est un sujet à controverse : pendant que certains auteurs préconisent la thyroïdectomie totale (TT), d'autres, plus conservateurs, sont partisans des thyroïdectomies partielles telles que les thyroïdectomies sub-totales (TST) bilatérales ou bien la procédure de Dunhill qui consiste en une lobectomie totale unilatérale associée à une lobectomie sub-totale controlatérale laissant en place un moignon au niveau du pôle supérieur du lobe. Dans notre série, nous avons adopté la thyroïdectomie totale et la procédure de Dunhill. Nous avons réalisé 26 TT (66,7%) et 13 TST (33,3%). Chacune de ces interventions chirurgicales a des avantages et des inconvénients.

Le plus grand avantage de la TST est qu'elle peut entraîner la guérison, c'est-à-dire l'euthyroïdie sans traitement hormonal substitutif. Cependant, les récurrences d'hyperthyroïdie sont fréquentes avec des taux allant de 5,9% à 27,9% [13]. De même, l'apparition d'une hypothyroïdie au cours du suivi n'est pas rare, avec des taux pouvant atteindre 25,6% [12].

Le Clech, sur une série de 312 TST a retrouvé 6% de récurrence et 23,7% d'hypothyroïdie [14]. Dans notre série, après un délai moyen de suivi de 28 mois, nous n'avons pas enregistré de récurrence de l'hyperthyroïdie ; cependant, 46% de nos patients qui avaient subi une TST ont présenté une hypothyroïdie clinique et/ou biologique au cours du suivi.

La difficulté majeure concerne la taille du moignon à laisser en place. Elle doit être assez grande pour éviter l'hypothyroïdie et assez petite pour éviter la récurrence tout en tenant compte du fait que l'activité cellulaire peut influencer sur la fonction du moignon restant.

L'hypothyroïdie peut être d'apparition tardive, ce qui nécessite une surveillance au long cours [15]. Cette surveillance nécessite des consultations et des bilans biologiques répétés et réguliers, et vu notre contexte d'exercice marqué par la paupérisation de nos populations et les taux élevés de

patients perdus de vue au cours du suivi, cette surveillance demeure aléatoire.

Le traitement de la récurrence d'hyperthyroïdie après TST par les antithyroïdiens de synthèse ou par l'iode radioactif est souvent très difficile et les ré-interventions sont souvent plus laborieuses du fait des adhérences cicatricielles [1].

La thyroïdectomie totale (TT), quant à elle, offre l'avantage d'être rapide, immédiate et efficace à 100% sur l'hyperthyroïdie, au prix d'une hypothyroïdie jugulée par le traitement hormonal substitutif. Il s'agit d'une technique chirurgicale de plus en plus maîtrisée avec des taux de complications acceptables. Nous avons enregistré dans notre série quelques complications.

Dans la série de Koyuncu (55 patients), il y'avait un cas d'hématome compressif (1,8%), 24 cas d'hypocalcémies transitoires (43,6%), 2 cas de paralysies récurrentielles transitoires (3,6%) et un cas d'infection post-opératoire [1]. Ndour a rapporté 2 cas de paralysie récurrentielle transitoire (2%) et 2 cas d'hypocalcémie transitoire (2%) [16].

Pour Witte, plus la procédure chirurgicale est radicale, plus l'incidence des complications augmente, particulièrement l'atteinte des glandes parathyroïdes, avec une incidence pouvant atteindre les 30% [9]. Ceci est confirmé par Le Clech qui rapporte 10,8% d'hypocalcémie transitoire en cas de TT contre 1,4% en cas de TST [14]. Dans notre série, sur 6 cas d'hypocalcémie transitoires, 4 cas étaient survenus après une TT et 2 cas après une TST ; et la seule hypocalcémie définitive est survenue après une TT.

La TT a l'avantage de n'entraîner aucune récurrence. La récurrence d'une hyperthyroïdie est due à la persistance du phénomène physiopathologique de la maladie de Basedow, c'est-à-dire une quantité suffisamment importante de tissu thyroïdien laissé en place pour être stimulée [14].

L'étude de Sugino et al montre que les récurrences précoces, qui peuvent atteindre le taux de 14,6%, sont corrélées à la quantité de tissu laissée en place et aux taux de TBII (TSH Binding Inhibitory Immunoglobuline) et MCHA (Anticorp Antimicrosomial Hemagglutination) [17]. Ils préconisent donc de réduire la quantité du moignon thyroïdien lorsque les taux de TBII et MCHA sont élevés.

Plusieurs études ont montré un effet bénéfique de la TT sur l'exophtalmie [8, 15, 18]. Cela s'explique

par le fait que la TT entraîne une éradication de la sécrétion des immunoglobulines qui seraient responsables de l'exophtalmie et des récurrences [15, 18]. Dans notre série, 9 patients sur 17 ont eu une amélioration subjective de leur exophtalmie ; ils avaient tous bénéficié d'une TT.

L'association nodule thyroïdien et maladie de Basedow n'est pas rare, avec des taux pouvant atteindre 20 à 25% dans la littérature [19]. Et la principale inquiétude concerne la nature cancéreuse ou non de ces nodules. Dans une étude ayant porté sur 557 patients opérés pour une maladie de Basedow, Kraimps a rapporté un nodule clinique et/ou échographique chez 140 patients (25%) et 21 cancers thyroïdiens (3,8%) et tous ces cancers étaient développés sur un nodule thyroïdien. Si les nodules thyroïdiens sont pris isolément, l'incidence des cancers sur nodule est alors égale à 15% [20].

Dans notre série, nous avons enregistré un seul nodule thyroïdien (2,5%) clinique, échographique et scintigraphique et il était bénin à l'histologie. La majorité de ces cancers sont des carcinomes papillaires et ils sont habituellement multifocaux et ont généralement une tendance à la diffusion lymphatique [8].

Pour Kraimps et al, ces carcinomes thyroïdiens associés à la maladie de Basedow sont plus agressifs que ceux notés chez les patients euthyroïdiens [20]. C'est pourquoi certains auteurs préconisent la réalisation d'une échographie de routine devant toute maladie de Basedow à la recherche de nodule, et en cas de présence de nodule, ils recommandent la TT [8].

CONCLUSION

Le traitement médical de la maladie de Basedow par les antithyroïdiens de synthèse nécessite un long suivi (18 à 24 mois) et une surveillance clinique et biologique régulière assez coûteuse (médicaments et dosages hormonaux thyroïdiens). Dans notre contexte d'exercice marqué par la paupérisation des populations et les difficultés de suivi des patients (perdus de vue), la chirurgie, quand elle est bien indiquée, peut constituer une option thérapeutique de choix.

Notre préférence va à la thyroïdectomie totale car elle est radicale, définitive et immédiate et elle permet d'éviter les récurrences (de traitement très diffi-

cile), de réduire l'exophtalmie et de traiter définitivement un éventuel carcinome associé (carcinome généralement plus agressif sur ce terrain) au prix d'un taux de complications de plus en plus bas

lorsque l'intervention est pratiquée par une équipe qui en a l'expérience.

REFERENCES

1. **Koyuncu A, Aydin C, Topçu O, Gökçe ON, Elagöz S, Dökmetas HS.** Could total thyroidectomy become the standard treatment for Graves' disease ? *Surg Today* 2010;40:22-25.
2. **Weetman AP.** Graves' disease. *N Engl J Med* 2000;343(17):1236-48.
3. **Tallstedt L, Lundell G, Topping O et al.** Occurrence of ophthalmopathy after treatment for Graves' hyperthyroidism. The Thyroid Study Group. *N Engl J Med* 1992;326(26):1733-38.
4. **Kaplan MM, Meier DA, Dworkin HJ.** Treatment of hyperthyroidism with radioactive iodine. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1998;27(1):205-23.
5. **Abraham-Nordling M, Topping O, Hamberger B et al.** Graves' disease: a long term quality-of-life follow up patients randomized to treatment with antithyroid drugs, radioiodine or surgery. *Thyroid* 2005;15(11):1279-86.
6. **Lahmar I, Mighri K, Jelaiel M, Bahloul L, Haddad B, Moussa A et al.** Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. *J Tun ORL* 2005;15:37-39.
7. **Digonnet A, Willemse E, Dekeyser C, Vandevelde L, Moreau M, Glinoyer D et al.** Near total thyroidectomy is an optimal treatment for Graves' disease. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010;267:955-60.
8. **Boostrom S, Richards ML.** Total thyroidectomy is the preferred treatment for patients with Graves' disease and a thyroid nodule. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 2007;136(2):278-81.
9. **Witte J, Goretzki PE, Dotzenrath C et al.** Surgery for Graves' disease: total versus sub-total thyroidectomy. Results of a prospective randomized trial. *World J Surg* 2000;24:1303-11.
10. **Marigold JH, Morgan AK, Earle DJ et al.** Lugol's iodine: its effect on thyroid blood flow in patients with thyrotoxicosis. *Br J Surg* 1985;72:42-7.
11. **Rangaswamy M, Padhy AK, Gopinath PG et al.** Effect of lugol's iodine on the vascularity of thyroid gland in hyperthyroidism. *Nucl Med Commun* 1989;10:679-84.
12. **Palit TK, Miller CC, Miltenburg DM.** The efficacy of thyroidectomy for Graves' disease: a meta-analyse. *J Surg Res* 2000;90(2):161-5.
13. **Ku CF, Lo CY, Chan WF, Kung AW, Lam KS.** Total thyroidectomy replaces sub-total thyroidectomy as the preferred surgical treatment for Graves' disease. *Aust N Z J Surg* 2005;75:528-31.
14. **Le Clech G, Caze A, Mohr E, Bouilloud F, Commesie J-F.** Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. *Fr ORL* 2005;86 :10-16.
15. **Barakate MS, Agarwal G, Reeve TS et al.** Total thyroidectomy is now the preferred option for the surgical management of Graves' disease. *Aust N Z J Surg* 2002;72:321-4.
16. **Ndour O.** Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Thèse Médecine Dakar 2004; n° 80.
17. **Sugino K, Mimura T, Ozaki O et al.** Early recurrence of hyperthyroidism in patients with Graves' disease treated by sub-total thyroidectomy. *World J Surg* 1995;19:648-52.
18. **Weber KJ, Solarzano CC, Lee JK, Gaffud MJ et al.** Thyroidectomy remains an effective treatment option for Graves' disease. *Am J Surg* 2006;191:400-5.
19. **Kraimps JL, Bouin-Pineau MH, Marechaud R, Barbier J.** Maladie de Basedow et nodule thyroïdien. Une association non exceptionnelle. *Ann Chir* 1998; 52 :449-51.
20. **Kraimps JL, Bouin-Pineau MH, Mathonnet M, De Calan L et al.** Multicentre study of thyroid nodule in patients with Graves' disease. *Br J Surg* 2000;87:1111-13.



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA.ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

ARTICLE ORIGINAL

Les complications de la chirurgie thyroïdienne. A propos de 259 thyroïdectomies réalisées à l'hôpital militaire de Ouakam (HMO)

Complications of thyroid surgery. A report of 259 thyroidectomies at the military hospital of Ouakam

Sy A¹, Ndiaye M², Baldé D², Pegbessou EP², Ka S³, Sarre SM.³

¹Service d'ORL, Hôpital Militaire de Ouakam.

²Service d'ORL, Centre Hospitalier Universitaire de Fann

³Service de Chirurgie, Hôpital Militaire de Ouakam.

Auteur correspondant : Docteur Abdou SY - Service d'ORL - Hôpital Militaire de Ouakam
BP 24175, Dakar, Sénégal. Téléphone : 00 221 77 645 86 12 - Email : abdousy201@gmail.com

Résumé

But : Le but de notre travail était, après cinq années d'activités chirurgicales thyroïdiennes, de faire un bilan et d'analyser nos complications à la lumière des connaissances actuelles. **Patients et Méthode :** Entre le 1^{er} juillet 2004 et le 30 juin 2009, 298 patients ont bénéficié d'une thyroïdectomie à l'Hôpital Militaire de Ouakam pour diverses pathologies de la glande thyroïde. Après dépouillement des dossiers, 259 patients ont été retenus pour l'étude. **Résultats :** Les complications retrouvées ont été analysées. Il y avait 2 détresses respiratoires (0,7%), 2 hématomes compressifs (0,7%), 1 brèche trachéale avec emphysème sous-cutané (0,35%), 25 parésies récurrentielles transitoires (9,6%), 2 paralysies récurrentielles définitives (0,7%), 18 hypoparathyroïdies transitoires (7%), 1 hypoparathyroïdie définitive (0,35%) et 5 suppurations (1,9%). La mortalité était nulle. **Conclusion :** La thyroïdectomie, lorsqu'elle obéit et respecte des règles chirurgicales rigoureuses, constitue un procédé très sûr, avec une morbi-mortalité faible.

Mots-clés : chirurgie, thyroïde, complications.

Summary

Study aim: The aim of our study was, after a five-year experience of thyroid surgery, to report the incidence and type of complications and to analyze our results with world literature. **Patients and Method:** From July 2004 to June 2009, 298 patients underwent thyroidectomies realized at the Military Hospital of Ouakam. 259 patients participated to the study. Recurrent laryngeal nerves were routinely investigated during dissection. The surgical procedure attempted to preserve parathyroid glandules with their arterial supply. **Results:** The different complications were analyzed. There were 2 cases of respiratory distress (0,7%), 2 life-threatening hematomas (0,7%), 1 tracheal wound with subcutaneous emphysema (0,35%), 25 cases of temporary laryngeal recurrent nerve palsy (9,6%), 2 permanent laryngeal recurrent nerve paralysis (0,7%), 18 cases of temporary hypoparathyroidism (7%), 1 permanent hypoparathyroidism (0,35%) and 5 suppurations (1,9%). There was no case of mortality. **Conclusion:** Thyroidectomy is a rather safer operation as long as rigid surgical technical principles are followed.

Key-words: surgery, thyroid, complications.

INTRODUCTION

La chirurgie de la glande thyroïde a toujours été un centre d'intérêt pour les chirurgiens. Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, les interventions sur la thyroïde constituaient de véritables défis, compte tenu des taux élevés de mortalité et de morbidité. Samuel GROSS, qui était pourtant l'un des chirurgiens les plus respectés de cette époque, avait fait la réflexion suivante en 1866: « Une glande thyroïde augmentée de volume, peut elle raisonnablement être enlevée avec le moindre espoir de sauver le patient ? L'expérience répond : que non! Aucun honnête chirurgien ne se lancerait dans une pareille aventure! » [in1].

Kocher et Halsted ont établi les principes de la chirurgie thyroïdienne à la fin du 19^{ème} siècle [2, 3]. Ces principes sont restés inchangés jusqu'à nos jours et ont permis de réduire de manière spectaculaire la mortalité et la morbidité liées à cette chirurgie.

Le but de notre travail était, après cinq années d'activités chirurgicales sur la glande thyroïde, de faire un bilan et d'analyser nos complications à la lumière des connaissances actuelles.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective menée du 1^{er} juillet 2004 au 30 juin 2009. Sur cette période de cinq ans, 298 patients avaient eu une intervention chirurgicale sur la glande thyroïde. Les dossiers de ces 298 patients avaient été colligés puis analysés. Après l'analyse, 39 dossiers avaient été exclus de l'étude parce qu'ils étaient inexploitable (dossiers incomplets et/ou patients perdus de vue précocement).

L'étude avait donc été menée sur 259 dossiers. L'âge moyen des patients était de 41 ans avec des extrêmes de 8 et 78 ans. Il y avait 235 femmes (91%) et 24 hommes (9%), soit un sex-ratio de 0,10. Les indications opératoires étaient constituées de goitres nodulaires en euthyroïdie dans 180 cas, de goitres nodulaires toxiques dans 39 cas, de maladie de Basedow dans 39 cas et d'un cas de thyroïdite lobaire gauche. Au cours de la chirurgie, les nerfs récurrents avaient été, autant que possible, identifiés et préservés ; de même que les glandes parathyroïdes.

Lorsque, par inadvertance, une glande parathyroïde était réséquée, elle était fragmentée puis implantée dans une poche réalisée dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien. La ligature du pédicule supérieur

avait toujours été réalisée au ras de la glande dans un souci de préserver la branche externe du nerf laryngé supérieur.

Nous avons considéré qu'une paralysie récurrentielle était définitive lorsqu'elle persistait au delà de douze mois; de même une hypoparathyroïdie était qualifiée de définitive lorsqu'un traitement à base de calcium était toujours nécessaire après douze mois d'évolution.

RESULTATS

Les complications notées en post-opératoire étaient : une détresse respiratoire post-opératoire dans 2 cas (0,7%),

- un hématome compressif dans deux cas (0,7%),
- une brèche trachéale dans 1 cas (0,4%),
- une parésie récurrentielle transitoire dans 25 cas (9,6%),
- une paralysie récurrentielle définitive dans 2 cas (0,7%),
- une hypoparathyroïdie transitoire dans 18 cas (7%),
- hypoparathyroïdie définitive dans 1 cas (0,4%),
- une suppuration de la cervicotomie dans 5 cas (1,9%).

La mortalité était nulle.

DISCUSSION

Malgré des avancées notoires, la chirurgie thyroïdienne n'est pas dénuée de risque. Le risque hémorragique constitue la complication majeure de cette chirurgie, bien qu'il soit rare, généralement compris entre 0 et 3% [4]. Nous avons retrouvé dans notre série 2 hématomes compressifs, soit 0,7%. Conessa et al ont eu 3 hématomes sur une série de 155 thyroïdectomies, soit 1,9% [5]. Dieng et al ont rapporté 1% d'hématome [6].

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la constitution d'un hématome, parmi lesquels les facteurs anatomiques. En effet, la glande thyroïde a une vascularisation très riche, surtout lorsqu'il existe une hyperthyroïdie. C'est pourquoi il est extrêmement important, lors de l'intervention chirurgicale, de procéder avec minutie à une hémostase préventive et de manier la glande thyroïde avec douceur. En cas d'hyperthyroïdie, il est important de n'opérer qu'après une préparation médicale dont le but est d'obtenir une euthyroïdie pré-opératoire clinique et biologique.

Dans notre série, 1 des hématomes était survenu chez

une patiente qui présentait une maladie de Basedow et chez qui l'intervention a été très hémorragique, ayant même nécessité une transfusion sanguine. L'hémorragie survient le plus souvent dans les vingt quatre heures qui suivent l'intervention. C'était le cas dans notre série. Par contre, Conessa et al, sur 3 cas d'hématome post-opératoire, ont rapporté 1 cas au deuxième jour et 1 autre cas au quatrième jour [5]. La survenue de ces hématomes peut être prévenue par une bonne hémostase et dans ce cadre, il est recommandé de demander à l'anesthésiste de procéder, en fin d'intervention, à une manœuvre de Valsalva afin de localiser des plaies vasculaires « sèches » [7].

L'utilisation de drains est également très bénéfique ; cependant, il est important de savoir que les drains ne peuvent pas remplacer une hémostase soigneuse, de même que leur utilisation ne peut pas empêcher la constitution d'un hématome [4]. En cas d'hématome compressif avec détresse respiratoire, il ne faut pas hésiter à ouvrir tous les plans de la plaie opératoire au lit même du malade.

Il ne faut pas également hésiter à réaliser, si nécessaire, une trachéotomie ou une crico-thyroïdotomie qui pourrait être salvatrice [7]. Ensuite, il faut procéder à une exploration chirurgicale sous anesthésie générale dans le but de réaliser l'hémostase du vaisseau qui saigne. Dans notre série, nous avons réalisé 2 explorations chirurgicales pour 2 hématomes compressifs, et dans les 2 cas le vaisseau impliqué était l'artère thyroïdienne supérieure.

Dans la série de Conessa, les 3 cas d'hématomes avaient pour origines un saignement au niveau de la tranche de section de l'isthme dans 2 cas et un saignement d'une artériole pré-récurrentielle dans un cas [5]. Nous avons également procédé à 2 trachéotomies en urgence (0,7%), l'une pour un hématome compressif, l'autre pour une très probable trachéomalacie ; en effet, il s'agissait d'une détresse respiratoire post-opératoire immédiate sans atteinte de la motricité laryngée. Toutes les 2 patientes ont été décanulées avec succès après un délai d'une semaine.

Le risque nerveux de la chirurgie thyroïdienne concerne principalement le nerf laryngé inférieur ou nerf récurrent et de manière moindre le nerf laryngé supérieur, particulièrement sa branche externe. L'incidence de l'atteinte transitoire du nerf récurrent tourne autour de 2,5 à 5% dans différentes études [8]. Cette atteinte transitoire serait due à une neuropraxie

du nerf en rapport avec des manipulations intempestives et/ou la diffusion de la chaleur du bistouri électrique [8].

Dans notre série, le taux des parésies récurrentielles transitoires était de 9,6%. Ce taux élevé par rapport aux chiffres de la littérature pourrait s'expliquer par le fait que toutes les dysphonies enregistrées dans notre série et qui ont duré moins de douze mois ont été étiquetées « parésie récurrentielle transitoire » ; or il a été démontré que l'atteinte de la branche externe du nerf laryngé supérieur et les dommages subis par les muscles extra-laryngés sous-hyoïdiens pouvaient également être pourvoyeurs de dysphonie [9]. L'incidence de la paralysie récurrentielle définitive est entre 1 et 3% [10]. Nous retrouvons dans notre série un taux de 0,7%. Conessa et al rapportent un taux de 0,6% [5]. Dieng et al retrouvent 2,7% d'atteinte récurrentielle globale [6].

La « catastrophe chirurgicale » est représentée par la paralysie laryngée bilatérale en adduction [5]. Elle se traduit par une détresse respiratoire post-opératoire immédiate avec nécessité de pratiquer une trachéotomie en urgence. C'est une complication qui ne devrait plus se rencontrer [5]. Nous n'avons eu aucun cas de diplégie laryngée.

L'atteinte du nerf récurrent est facilement diagnostiquée grâce à une laryngoscopie indirecte ou à une nasofibroscopie, contrairement aux lésions de la branche externe du nerf laryngé supérieur qui sont sous-diagnostiquées à cause d'un tableau clinique fruste [11]. L'atteinte de la branche externe du nerf laryngé supérieur se traduit par des difficultés, voire une impossibilité à porter haut la voix, à émettre les sons aigus, surtout chez la femme et les professionnels de la voix [11].

Cette atteinte peut être évitée ou minorée en adoptant la technique de Lorè qui consiste à manipuler avec précaution le pôle supérieur du lobe thyroïdien et à procéder à une ligature sélective du pédicule supérieur au ras de la glande thyroïde, en restant strictement accolé à la glande, sans avoir à identifier le nerf [12]. C'est la technique chirurgicale que nous avons adoptée.

L'hypocalcémie représente une complication classique et fréquente en chirurgie thyroïdienne avec une incidence qui varie de 1,6 à 50% [13]. Le plus souvent, elle est transitoire et régresse dans 2/3 des cas. L'hypocalcémie définitive est plus rare, avec un pourcentage se situant entre 1 et 7% [14]. Lachkhem et al ont noté dans leur série 11,6% d'hypocalcémie

transitoire et 2,8% d'hypocalcémie définitive [15]. Notre étude a révélé 7% d'hypocalcémie transitoire et 0,4% d'hypocalcémie définitive.

Dieng et al ont retrouvé 0,7% d'hypoparathyroïdie globale [6]. Plusieurs facteurs ont été identifiés dans la survenue d'une hypocalcémie post-thyroïdectomie : la thyroïdectomie totale, l'évidement ganglionnaire du compartiment central, la taille du goitre, la maladie de Basedow, les ré-interventions. La prévention passe par une bonne connaissance de l'embryologie, des possibles variations anatomiques et de la vascularisation des glandes parathyroïdes.

Au cours de la thyroïdectomie, les glandes parathyroïdes doivent être manipulées avec précaution et il faut éviter de ligaturer le tronc de l'artère thyroïdienne inférieure afin de préserver leur vascularisation. Si, par inadvertance, une glande parathyroïde a été réséquée, il faut procéder à sa transplantation dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien après l'avoir découpée en petits morceaux et idéalement après avoir procédé à un examen histologique extemporané (pour confirmer la nature parathyroïdienne du prélèvement et pour éviter de d'implanter du tissu néoplasique).

L'infection est rare et elle surviendrait dans moins de 0,1% des cas selon Reeve [13]. Le drainage de la collection, associé à une antibiothérapie, sont habituellement suffisants pour la juguler. Le recours à une ré-intervention est rare ; elle est généralement envisagée lorsque la collection est persistante malgré l'antibiothérapie. Devant ce tableau, il faut penser à l'oubli d'une compresse. Dans notre série, nous avons enregistré 5 suppurations (1,9%) dont une persistante au-delà de deux mois, associée à une dysphonie et une dyspnée laryngée apparues secondairement ; l'exploration chirurgicale avait permis de découvrir une compresse dans la loge thyroïdienne, organisée

en « textilome » autour du nerf récurrent. La dysphonie et la dyspnée peuvent s'expliquer par une sidération du nerf au contact du corps étranger.

Les plaies trachéales au cours de la chirurgie thyroïdienne sont très rares. Gosnell et al, dans une série de 11917 patients colligés sur une période de 45 ans, ont retrouvé 7 cas de perforation trachéale, soit une incidence de 0,06% [16]. Cependant, des auteurs tels que Iaconni estiment que cette incidence est sous-évaluée [17]. La trachée peut être perforée d'emblée au cours de la thyroïdectomie ; la perforation peut également être secondaire à une chute d'escarre après une nécrose généralement provoquée par la chaleur du bistouri électrique. Le tableau clinique se traduit par un emphysème et parfois une détresse respiratoire progressive.

L'examen met en évidence une tuméfaction cervicale associée à des crépitations (qui permettent d'éliminer un hématome expansif). En cas de détresse respiratoire, il ne faut pas hésiter à ré-intervenir sous anesthésie générale dans le but de suturer la brèche trachéale. Nous avons enregistré dans notre série 1 cas perforation trachéale qui s'était traduite par un emphysème sous-cutané cervical sans dyspnée. Le traitement a consisté en des pansements compressifs et une antibiothérapie à large spectre. L'évolution a été favorable au bout d'une semaine.

CONCLUSION

La thyroïdectomie a évolué grâce aux progrès de l'anesthésie, de l'asepsie, des connaissances anatomiques et de la technologie. Elle représente actuellement l'une des interventions les plus codifiées avec des résultats prévisibles et une morbi-mortalité négligeable comme nous le rapportons dans notre expérience de 5 années de chirurgie thyroïdienne.

REFERENCES

1. **Mansberger AR.** One hundred years of surgical management of hyperthyroidism. *Ann Surg* 1998;207(6):724-9.
 2. **Halsted WS, Evans HM.** The parathyroid glandules: their blood supply and their preservation in operations on the thyroid gland. *Ann Surg* 1907;46:489-489.
 3. **Cernea CR, Brandao LG.** Kocher e a historia da tireoidectomia. *Rev Bras Cir Cab Pesc* 2008;37:240-3.
 4. **Gourin CG, Johnson FT.** Surgery of the thyroid, parathyroid glands. In: Randolph GW, editors. *Post operative complications*. Philadelphia, EUA: Saunders;2003.p.433-443.
 5. **Conessa C, Sissokho B, Faye M.** Les complications de la chirurgie thyroïdienne à l'hôpital principal de Dakar. A propos de 155 interventions. *Médecine d'Afrique Noire* 2000 ;47(3):157-60.
 6. **Dieng M, Cissé M, Ndour MD, Konaté I, Touré AO, Ka O, Dia A, Touré CT.** Indications et résultats des thyroïdectomies réalisées au sein d'un service de chirurgie générale. A propos de 402 patients opérés. *Rev Afr Chir Spec* 2010;004(009):24-27.
 7. **Cernea CR, Brandao LG, Hojaij FC, De Carlucci D, Montenegro FLM, Plopper C et al.** How to minimize complications in thyroid surgery? *Auri Nasus Larynx* 2010;37(1):1-5.
 8. **Bora MK, Narwani S, Agarwal S, Bapna AS.** A study of routine exposure of recurrent laryngeal nerve during thyroid surgery. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 2005;57(3):182-4.
 9. **Aluffi P, Policarpo M, Cherovac C.** Post thyroidectomy superior laryngeal nerve injury. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2001;258:451-4.
 10. **Thermann M, Feltkamp M, Elles W, Windhorst T.** Recurrent laryngeal nerve paralysis after thyroid gland operation. Etiology and consequences. *German Chirurg* 1998;69:951-6.
 11. **Dursum G, Sataloff RT, Spiegel JR, Mandel S, Heuer RJ, Risen DC.** Superior laryngeal nerve paresis and paralysis. *J Voice* 1996;10:806-11.
 12. **Lorè JM, Kokocharov SI, Kaufman S, Richmond A, Sundquist N.** Thirty-eight-year evaluation of a surgical technique to protect the external branch of the superior laryngeal nerve during thyroidectomy. *Ann OtolRhinolLaryngol* 1998;107:1015-22.
 13. **Reeve T, Thompson NW.** Complications of thyroid surgery: how to avoid them, how to manage them and observations on their possible effect on the whole patient. *World J Surg* 2000;24(8):971-5.
 14. **Falk SA, Birken EA, Baran DT.** Temporary post-thyroidectomy hypocalcemia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:168-74.
 15. **Lachkhem A, Ouertani H, Belhassen D, Chorfa A, Touati S, Gritli S.** Hypocalcémie post-thyroïdectomie. *J Tun ORL* 2008;21:19-23.
 16. **Gosnell JE, Campbell P, Sidhu S, Sywak M, Reeve TS, Delbridge LW.** Inadvertent tracheal perforation during thyroidectomy. *Br J Surg* 2006;93:55-6.
 17. **Iaconni P.** Inadvertent tracheal perforation during thyroidectomy. *Br J Surg* 2006;93:770-1.
-



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

ARTICLE ORIGINAL

Prise en charge des ischémies critiques des membres inférieurs. A propos de 39 cas

Management of critical leg ischemia a serie of 39 cases

Ba PS¹, Ciss AG¹, Dieng PA¹, Ndiaye A¹, Diatta S¹, Gaye M¹, Fall ML², Diarra O¹, Ndiaye M¹

¹Service de Chirurgie Cardiovasculaire et Thoracique (Pr Mouhamadou NDIAYE)
CHU national de FANN, Dakar, Sénégal.

²Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier National de Fann

Auteur Correspondant : Dr Papa Salmane Ba

Service de Chirurgie Cardiovasculaire et Thoracique, CHNU de Fann, Dakar

Av. Cheikh Anta Diop B.P 5035 / Tel : 221 33.869.18.18 Poste 913 - Email : mansalb@yahoo.fr

Résumé

L'ischémie critique est l'évolution ultime de la maladie athéroscléreuse localisée aux membres. **But.** Le but de cette étude était d'évaluer les résultats de sa prise en charge dans notre service. **Malades et Méthode :** Cette étude a porté sur 39 patients suivis pour ischémie critique des membres inférieurs, entre le 1^{er} août 1993 et le 1^{er} août 2007. L'âge moyen était de 70,51 ans. Le sex ratio était de 1,78. Les diabétiques représentaient 51%. Vingt-sept patients étaient hypertendus et 9 étaient tabagiques. La durée moyenne d'évolution des troubles trophiques était de 5,9 mois. La douleur et la nécrose d'un orteil étaient le principal motif de consultation. La pression artérielle à la cheville était comprise entre 50 mmHg et 70mmHg dans 44,4% avec un index moyen de pression systolique à 0,37. L'échodoppler artériel avait objectivé une prédominance des lésions distales. A l'angiographie, plus de la moitié des patients étaient TASC B à l'étage fémoro-poplité. **Résultats.** Nous avons réalisé un pontage fémoro-poplité chez 23 patients, un pontage fémoro distal chez 6 patients, deux pontages croisés, une endartériectomie seule chez 6 patients, un cas de pontage axillo-fémoral et une sympathectomie chirurgicale. Le délai moyen de cicatrisation était de 64,6 jours. La durée moyenne d'hospitalisation était de 28,56 jours. La mortalité hospitalière était de 11,1%. Le taux d'amputation majeure était de 51,3% (20 patients) avec un délai moyen de 5,9 mois. Le taux d'amputation mineure était 43,6% (17 patients) avec un délai moyen de 4,7 mois. **Conclusion.** L'ischémie critique nécessite une prise en charge adéquate et urgente, car son pronostic est sévère à cause du risque d'amputation.

Mots-Clés : ischémie critique - indice de pression systolique - angiographie -revascularisation.

Summary

*Critical ischemia is the ultimate evolution of the atherosclerous disease located to the limbs. **Aim.** The aim of this study was to evaluate the results of his management in our department. **Patients and Method.** This study related to 39 patients followed between on August 1st, 1993 and on August 1st, 2007. The median age was 70.51 years. Sex ratio was 1,78. Diabetics represented 51%. Twenty-seven patients had hypertension and 9 were nicotinic. The mean duration of trophic disorders was 5.9 months. Pain and necrosis of a toe were the main reason for consultation. The ankle blood pressure lay between 50mmHg and 70 mmHg in 44.4% with mean index of systolic pressure equal 0.37. Doppler ultrasound had objectified a prevalence of the distal lesions. More half of patients were TASC B on the femoropoplity level in angiography. **Result.** We realized a femoropoplity bypass in 23 patients, a femoro distal bypass in 6 patients, two femoro-femoral bypass, and an endarterectomy alone in 6 patients, one axillofemoral bypass and surgical sympathectomy in one case. The mean time of wound healing was 64.6 days. The mean duration of hospitalization was 28.56 days. Hospital mortality rate was 11.1%. The rate of major amputation was 51.3% (20 patients) with 5.9 month average time. The rate of minor amputation was 43.6% (17 patients) with 4.7 month average time. **Conclusion.** Critical limb ischaemia requires an adequate and urgent management to avoid amputation.*

Key words: critical ischaemia - systolic index of pressure - angiography - revascularisation.

INTRODUCTION

L'ischémie critique est la phase ultime de la maladie artérielle occlusive notamment l'athérosclérose qui en est la cause la plus fréquente. Elle est associée à des facteurs de risques tels que le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le tabac etc... [1]. Ce terme implique la chronicité des symptômes qui permet de le différencier de l'ischémie aiguë [2]. Le sauvetage du membre doit être l'objectif à atteindre.

L'ischémie critique pose un triple problème : au plan diagnostique du fait de l'absence de consensus sur les paramètres hémodynamiques [2]; au plan thérapeutique, du fait d'une atteinte polyvasculaire dans la plupart des cas [3] et du fait de sa prise en charge qui est pluridisciplinaire ; au plan pronostique du fait d'un taux d'amputation qui reste élevé (45% à 6 mois [4]).

L'objectif de notre travail était d'évaluer les résultats de notre prise en charge des ischémies critiques des membres inférieurs sur le plan diagnostique et thérapeutique ainsi que les facteurs de morbidité et de mortalité afin de proposer des solutions qui s'adaptent à nos conditions de travail au Sénégal.

MALADES ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur 39 patients suivis pour une ischémie critique du membre inférieur, entre août 1993 et août 2007.

Critères d'inclusions

Les patients présentant une ischémie critique du ou des membres inférieurs avec ou sans amputation mineure ont été inclus dans notre série.

Critères d'exclusion

Les patients ayant déjà subi une amputation majeure sur le membre porteur de la lésion et tous les patients perdus de vue ainsi que les dossiers inexploitable ont été exclus.

Paramètres étudiés

Dans tous les cas, ont été étudiés les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ainsi que le devenir des patients. L'analyse

des données a été réalisée avec les logiciels SPSS 13 et Excel 2003. Un $P < 0,05$ est considéré comme significatif. La prise en charge est évaluée par les taux de sauvetage de membre, de perméabilité du pontage et de survie, calculés statistiquement selon la méthode de Kaplan et Meier.

Caractéristiques des malades

L'âge moyen de nos patients était de 70,51 ans (35-97). Le sex ratio était de 1,78 (H/F)

Les diabétiques représentaient 51%, l'hypertension artérielle ainsi que tabagisme étaient retrouvés respectivement dans 60% et 20% ; un seul de nos patient était obèse. Les antécédents chirurgicaux et médicaux sont consignés dans les tableaux I et II.

Tableau I : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Nombre
Amputation de la cuisse	5
Amputation de la jambe	4
Amputation de l'avant pied	1
Désarticulation de deux orteils	1
Désarticulation d'un orteil	2
Débridement du pied	1
Débridement d'un abcès de la cuisse	1
Appendicectomie	1
Myomectomie	1
Hernie inguinale	1
Hystérectomie	1
Total	19

Tableau II : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Nombre
Claudication intermittente	17
AVC*	2
Tuberculose pulmonaire	1
Séquelles ischémie myocardique	4
Total	24

*AVC : accident vasculaire cérébral

La durée moyenne d'évolution des troubles trophiques était de 5,9 mois (1-12 mois). Il s'agissait principalement de la douleur insomniante qui était retrouvée chez 32 patients, associée ou non à des troubles trophiques. Soixante-quatorze pour cent (74%) des diabétiques se plaignaient de douleur insomniante.

La nécrose d'un orteil était le principal motif de consultation avec un nombre de 18 patients (Tableau III). Dans la majeure partie, soit 20 patients, la pression artérielle à la cheville était entre 50 mmHg et 70mmHg. Elle était non mesurable chez 2 patients. L'indice moyen de pression systolique à la cheville était de 0,37 (0,12-0,66) ; 12 patients ont eu un indice effondré donc non prenable. Un patient a eu un indice à 1,5 ; témoin d'une incompressibilité artérielle. Un seul de nos patients avait une hypercholestérolémie modérée. Tous les patients avaient une artère aorte perméable à l'Echo Doppler.

Tableau III : Répartition des patients selon le siège de la lésion locale

Lésions locales	Nombre
Gangrène d'un Orteil	14
Gangrène de l'Avant pied	13
Gangrène de l'Arrière pied	2
Ulcère artériel de la Jambe	2
Troubles trophiques sans gangrène	8
Total	39

Deux patients présentaient une sténose iliaque. La majeure partie des patients (35) ont eu une artère fémorale commune perméable, 2 patients avaient une sténose à ce niveau. Vingt patients avaient une artère fémorale superficielle perméable, 12 patients avaient une sténose serrée à ce niveau. Trente-huit patients avaient une artère fémorale profonde perméable.

Dix patients avaient une sténose poplitée serrée. A l'étage distal, la démodulation était plus fréquente. Elle était retrouvée chez 20 patients à l'artère tibiale antérieure et chez 19 patients à l'artère tibiale postérieure.

La répartition était sensiblement la même du côté du membre contro-latéral.

Nous avons réalisé pour cette étude 38 artériographies par ponction directe (84,4%) et une par la méthode de Seldinger. A l'issue de ces examens nous avons classé nos patients selon la classification TASC (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des patients selon la classification TASC de l'étage fémoro-poplité

TASC	Nombre
Atteinte distale isolée	3
A	2
B	24
C	2
D	8
Total	39

Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement médical systématique à base d'antiagrégant plaquettaire, de vasodilatateurs et d'antibiotique en fonction de l'état local ainsi que du traitement d'éventuels facteurs de risque.

RESULTATS

Un geste de revascularisation a été réalisé en fonction des résultats de l'artériographie (Tableau V). L'index de pression systolique à la cheville était pris systématiquement en post-opératoire immédiat, dans la première semaine, puis chaque 6 semaines dans la première année et enfin chaque 3 mois.

Une sympathectomie lombaire a été réalisée chez un patient.

Aucune complication per- opératoire n'a été enregistrée. Les complications locales étaient marquées par la désunion de la suture opératoire : observée chez 4 patients, la nécrose du moignon d'amputation de l'avant pied : 6 patients, l'extension de la nécrose dépassant l'avant pied : 12 patients et l'hématome du creux poplité : 1 patient.

Les complications générales étaient marquées par une acidocétose : observée chez 2 patients, jugulée par une bonne réanimation, un accident vasculaire cérébral : observé chez un patient, une psychose dépressive, observée chez 3 patients. Elle a été prise en charge par un psychiatre.

Tableau V: Répartition des patients selon le geste de revascularisation

Geste de revascularisation	Nombre
Endartériectomie fémorale commune	2
Endartériectomie fémorale commune + patch d'agrandissement iliaque externe	1
Endartériectomie poplitée + plastie d'agrandissement par la veine saphène interne	1
Patch fémoral superficielle + Endartériectomie	1
Patch ilio-fémoral par veine saphène interne + Endartériectomie	1
Pontage axillo-fémoral par prothèse de Dacron 8 mm	1
Pontage fémoro-distal par veine saphène interne in situ	6
Pontage fémoro-fémoral par prothèse de Dacron 8mm	1
Pontage fémoro-poplité haut par veine saphène interne inversée	7
Pontage fémoro-poplité haut par prothèse de Dacron 8mm	10
Pontage fémoro-poplité bas par greffe composite veine saphène interne + prothèse de PTFE	1
Pontage fémoro-poplité bas par veine saphène interne in situ	5
Pontage ilio-fémoral croisé par prothèse de Dacron 8mm	1
Total	38

Dans cette série, une sténose du pontage a été notée à 6 mois, une thrombose du pontage a été notée à 2 mois chez un patient, à 6 mois chez deux patients et à 4 ans chez deux patients.

Vingt patients ont eu une amputation majeure pour un délai moyen de 177,5 jours [3-1800]. La cause

principale était l'extension de la nécrose dépassant l'avant pied sur un pontage perméable.

Quatre patients ont eu une thrombose de la prothèse ou de la veine saphène interne. Dix-sept patients ont eu une amputation mineure pour un délai moyen de 142,3 jours [5-1800 jours]. Le délai moyen cicatrisation des lésions était de 64,6 jours (10-180).

La durée moyenne d'hospitalisation était de 28,56 jours (6-100). Le taux de sauvetage du membre, était de 77% à 7 mois, 70% à 15 mois. Le taux de perméabilité primaire était de 74% à 13 mois.

Durant l'hospitalisation, nous avons noté le décès de 5 patients dont 2 par coma diabétique, 2 par choc septique et 1 par infarctus du myocarde. Douze décès ont été décomptés après un recul moyen de 21 mois (9 jours à 72 mois) dont 3 par accident vasculaire cérébral, 2 par infarctus du myocarde, 5 de cause indéterminée, et 1 par coma diabétique.

Globalement le suivi nous a permis de situer le nombre global de décès à 17 patients, soit 43%.

DISCUSSION

L'ischémie critique reste encore méconnue dans nos pays. En effet dans cette étude, le délai assez long de consultation s'explique par le manque de réflexe de certains centres médicaux qui tardent à référer les patients et par le fait que certains patients ont recours aux tradipraticiens ou à l'automédication. Dans la plupart des séries, seule l'existence de la gangrène est prise en compte mais la topographie n'est pas précisée. C'est en ce sens qu'un taux similaire a été retrouvé avec Biancari et al [5] et Conte [6].

Un taux plus bas est retrouvé dans la plupart des séries [7-9]. Le taux assez élevé dans notre série s'explique par le retard de consultation. L'IPS (indice de pression systolique), non nécessaire au diagnostic positif, peut être un bon élément de surveillance d'une ischémie critique traitée [10]. L'échographie doppler artérielle permet la localisation des lésions, la mesure du diamètre artériel avec une analyse fine de la paroi, la détection de calcifications pariétales et la visualisation de réseau collatérale [11]. L'artériographie est encore la technique de référence dans l'exploration des lésions artérielles des membres inférieurs. Contrairement à la plupart des séries, la greffe pro-

thétique était beaucoup plus utilisée dans cette série. L'indication exacte de la greffe prothétique dans la revascularisation infra-inguinale reste controversée et imprécise [12]. Dans cette série l'absence d'une bonne veine saphène interne disponible était le principal motif d'utilisation de la prothèse. Le taux faible de pontage axillo-fémoral et fémoro-fémoral croisé, par rapport à la série de Abid [13] qui rapporte respectivement 28% et 51% ; s'explique par la rareté des lésions aorto-iliaques dans notre série.

L'indication de la sympathectomie lombaire était dans un but antalgique chez une patiente dont la revascularisation était contre-indiquée. Des études randomisées n'ont pas montré un bénéfice de la sympathectomie lombaire, mais des améliorations symptomatiques donc subjectives chez 60% des patients dans la majeure partie des cohortes [14]. En péri opératoire nous n'avons pas noté de complication à type d'occlusion du pontage, contrairement à Watelet [15] qui a rapporté 10%. Le taux d'amputation majeure était relativement élevé par rapport aux différentes séries occidentales. En effet Zdanowski [16] rapportait 5,6% à 1 mois et 14,4% à 1 an ; des taux élevés ont été rapportés par Deuneville [17] et Awad [18] avec respectivement 20% et 22,7%. Le taux d'amputation mineure était relativement élevé par rapport à celui d'Alexander [in 19] qui rapportait 14,8%, mais Chung [8] a rapporté un taux plus élevé avec 72%. Le délai moyen de cicatrisation était beaucoup plus court que celui rapporté par Chung [8] qui était de 42% à 6 mois et de 75% à 12 mois. Celui de Nicoloff et al [19] reste dans les limites similaires avec un délai de 5,2 mois. Le taux de sauvetage de membre est faible par rapport aux séries occidentales. En effet, Nicoloff et al [19] rapportent 81,3% à 6 mois et Tukiainen et al. rapportent 89% à 1 an

[20]. Le taux de perméabilité primaire est supérieur à celui de Bashir au Pakistan qui est de 62,5% à 1 an [12] ; mais Hobson et al. [21] rapportait 83% à 2 ans, Biancari et al. [5] rapportent 85% à 2 ans et Taylor et al. [7] rapportent 82,7% à 1 an. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le petit nombre de cas dans cette série. La mortalité hospitalière était plus élevée que ceux décrits par les séries occidentales notamment Chung [8], Nicoloff et al. [19], Hobson et al. [21] et Mannick et al. [22], où elle était dominée par la pathologie cérébro-vasculaire et cardiaque. Dans tous les cas, la revascularisation peut être contre indiquée lorsqu'une maladie coronarienne sévère, des antécédents d'accident vasculaire cérébral, une insuffisance rénale chronique nécessitant une dialyse au long cours, coexistent avec une ischémie critique ; car ces patients sont à haut risque d'amputation de jambe précoce et de mortalité précoce [20]. Le risque d'amputation majeure n'était pas corrélé à l'état local du pied. Dans sa série, Hultgren et al. [23] a trouvé les mêmes résultats. Notons que le taux d'amputation majeur est néanmoins plus élevé chez les patients qui présentent une gangrène du pied.

CONCLUSION

Le pronostic sévère de l'ischémie critique, à cause du risque d'amputation, impose une prise en charge adéquate et urgente.

Ce travail inspire quelques recommandations pour une prise en charge efficiente de l'ischémie critique du pied dans notre pays ; en effet il s'agit de vulgariser la méthode de prise de l'index de pression systolique à la cheville, de mieux maîtriser les procédés d'angioplastie et de perfectionner les systèmes de radiologie.

REFERENCES

1. **Santilli Jamie D, Santilli Steven M.** Chronic Critical Limb Ischemia: Diagnosis, Treatment and Prognosis. *Am Fam Physician* 1999;59 (7):1-8.
2. **Norgren L, Hiatt W R et al.** Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;33:1-75.
3. **Abou-Zamzam AM, Gomez NR, Molkara A, Banta JE, Teruya TH, Killeen JD, Bianchi C.** A Prospective Analysis of Critical Limb Ischemia: Factors Leading to Major Primary Amputation versus Revascularization. *Ann Vasc Surg* 2007 Jul-Aug;21(4):458-63.
4. **Bura-Rivière Alessandra, Julia Pierre, Sapoval Marc.** Prise en charge d'un patient ayant une ischémie critique des membres Inférieurs. *Rev Prat* 2005;55:1198-1204.
5. **Biancari Fausto, KantonenIlkka, MätzkeSorjo et al.** Infrainguinal Endovascular and Bypass Surgery for Critical Leg Ischemia Patients on Long-terme Dialysis. *Ann Vasc Surg* 2002;16:210-214.
6. **Michael S Conte, Dennis F Bandyk, Alexander W Clowes et al.** Risk factors, medical therapies and perioperative events in limb salvage surgery: Observations from the PREVENT III multicenter trial. *J Vasc Surg* 2005;42:456-65.
7. **Taylor Spence M, Kalbaugh Corey A, Blackhurst Dawn W et al.** Determinants of functional outcome after revascularization for critical limb ischemia: An analysis of 1000 consecutive vascular interventions. *J V Surgery* October 2006;44(4):747-756.
8. **Chung Jayer, BartelsonBecki B, Hiatt William R et al.** Wound healing and functional outcomes after infrainguinal bypass with reversed saphenous vein for critical limb ischemia. *J V Surgery* June 2006;43(6):1183-1190.
9. **Carsten CG, Taylor SM, Langan EM, Crane MM.** Factors associated with limb loss despite a patent infrainguinal bypass graft. *Am Surg* 1998 Jan; 64 (1): 33-7.
10. **Bizzini G Pezzetta, Depairon M, vonSegesser, Hayoz D.** Vascular surveillance after peripheral artery interventions. *schweiz Med Wochenschr* 1999;129:413-419.
11. **Chiche Laurent, Palombi Tonino, Kieffer Edouard.** Ischémie critique de membre inférieur chez l'insuffisant rénale chronique : résultats actuels du traitement chirurgical. *Sang Thrombose Vaisseaux* Décembre 2000;12(10):641-50.
12. **Bashir EA.** Aggressive revascularization in patients with critical lower limbs ischemia. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2005 Oct-Dec;17(4):36-9. **Abid A, Denguir R, Kaouel K et al.** Revascularization of the lower limbs with extra-anatomic shunts. Report of 80 cases. *J Mal Vasc* 2001 Dec;26(5):307-13.
13. **SanniAliu, Hamid Arief, Dunning Joel.** Is sympathectomy of benefit in critical leg ischaemia not amenable to revascularisation?. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* 2005;4:478-483.
14. **Watelet J, C Peillon.** Pontages fémoropoplitées avec veine saphène inversée. *Encycl Med Chir, Techniques chirurgicales- chirurgie vasculaire*, 43029 F, 1991, 20p.
15. **Zdanowski Z, Troeng T, Norgren L.** Outcome and influence of Age after Infrainguinal Revascularisation in Critical Limb Ischaemia. *Eur. J Vasc Endovasc Surg* 1998;16:137-141.
16. **Deneuille Michel, PerrouilletArnaud.** Survival and Quality of Life after Arterial Revascularization or Major Amputation for Critical Leg Ischemia in Guadeloupe. *Ann Vasc Surg* 2006;20:753-760.
17. **Awad S, Karkos CD, Serrachino-Ingloft F, Cooper NJ, Butterfield JS, Ashleigh R, Nasim A.** The impact of diabetes on current revascularisation practice and clinical outcome in patients with critical lower limb ischaemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg* Jul 2006;32(1):51-9.
18. **Nicoloff Alexander D, Taylor Lloyd M, McLafferty Robert B et al.** Patient recovery after infrainguinal bypass grafting for limb salvage. *J Vasc Surg* 1998;27:256-66.
19. **TukiainenErkki, Biancari Fausto, LepäntaloMauri.** Lower Limb Revascularization and Free Flap Transfer for Major Ischemi Tissue Loss. *World J Surg* 2000;24(12):1531-1536.
20. **Hobson Robert W, Lynch Thomas, JamilZafar et al.** Results of revascularization and amputation in severe lower extremity ischemia: A Five-year clinical experience. *European Journal of Vascular Surgery* 1984;2(1):174-85.
21. **Mannick John A.** Femoro- Popliteal and Femoro-Tibial Reconstructions. *Surgical Clinics of North America* 1979;4:581-596.
22. **Hultgren R, Olofsson P, Wahlberg E.** Gender differences in patients treated for critical limb ischemia. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 2005;29(3):1-8.



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

ARTICLE ORIGINAL

Utilisation de la valve de Heimlich dans le drainage des pleurésies purulentes de l'enfant à Dakar : étude préliminaire à propos de 20 cas

Use of the valve of Heimlich in the drainage of the purulent pleuritis of the child in Dakar : preliminary study in connection with 20 cases

Diatta S¹, Ba PS¹, Ndiaye A¹, Dieng PA¹, Gaye M¹, Ciss AG¹, Diarra O¹, Ndiaye M¹, Fall ML³, Kane O³, Ba M², Basse I²

¹Clinique de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, Centre Hospitalier National de Fann, Dakar, Sénégal.

²Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer, Dakar, Sénégal.

³Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier National de Fann

Auteur Correspondant : Dr Souleymane DIATTA

B P 5571, Dakar- Fann, Sénégal. Tel : +221 33 869 18 18 - Email : soul.diatta@yahoo.fr

Résumé

Vu le manque de système d'aspiration continue dans la majorité des établissements de santé dans notre pays, les auteurs rapportent les résultats du suivi ambulatoire des pleurésies purulentes de l'enfant après le drainage par une valve de Heimlich. **Matériel et Méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective, sur une durée de 8 mois (février-septembre 2009). Chez les 20 cas étudiés les principaux signes révélateurs étaient un syndrome infectieux associé à une détresse respiratoire. Nos patients ont bénéficié d'un drainage thoracique passant au 4^{ème} espace intercostale avec un drain de Joly charrière 28 connecté à une valve de Heimlich double chambre, celle-ci était connectée à une poche à urine. Les patients ont tous bénéficié d'une antibiothérapie et d'une kinésithérapie sans hospitalisation en chirurgie. **Résultats :** L'évolution clinique était marquée par un délai satisfaisant de la ré-expansion pulmonaire. La durée moyenne du drainage était de 12,6 jours. Les complications liées à la valve étaient à type de valve de Heimlich bouchée (3 cas), collabée (2 cas) et perforée (1 cas) nécessitant un changement de celle-ci. Les séquelles à type de pachypleurite étaient fréquentes, retrouvées chez 12 patients avec un délai moyen de régression spontanée de celles-ci de 2,6 mois. **Conclusion :** Ce procédé que nous avons adopté, est une méthode thérapeutique simple et fiable pouvant être une alternative au drainage aspiratif continu dans les établissements de santé dans nos pays sous-développés.

Mots clés : valve Heimlich, drainage thoracique, pleurésie purulente, enfant.

Summary

The authors report their management of purulent pleuritis in childhood after the drainage by Heimlich valve. **Material and methods:** It's a prospective study during 8 months (February-September 2009). At the 20 studied cases, the main signs were an infectious syndrome associated with a respiratory distress. Drainage was made with a 28 Joly chest tube through the 4th inter costal space. Chest tube was connected to a double room Heimlich valve. Antibiotherapy and kinésithérapie were associated; without hospitalization. **Results:** Average duration of the drainage was 12.6 days. Complications related to the valve were blocked valve (3 cases), collapsed valve (2 cases) and perforated valve (1 case) requiring change. There after, pleural thickening was found in 12 patients with an average time of spontaneous regression of 2,6 months. **Conclusion:** This process that we adopted is a simple and reliable therapeutic method being able to be an alternative to the continuous aspiration drainage in the health care institutions in our countries.

Key words: Heimlich valve, thoracic drainage, purulent pleurisy, child.

INTRODUCTION

La valve de Heimlich est le plus simple des dispositifs anti reflux dans le drainage thoracique. C'est un système de valve unidirectionnelle dont l'une des extrémités doit être reliée au drain et l'autre à un dispositif de recueil (poche à urine). Cette valve est reconnue efficace et fiable dans la prise en charge du pneumothorax et dans les fuites aériques après chirurgie d'exérèse pulmonaire [1,2], mais pour certains, elle est contre indiquée dans le drainage des fluides [3,4]. Vu le manque de système d'aspiration continue dans la majorité des établissements de santé dans notre pays, entraînant ainsi des difficultés de prise en charge des patients dans les structures chirurgicales, où l'aspiration continue est possible. Nous avons réalisé cette étude pour évaluer l'efficacité de la valve de Heimlich dans le drainage des pleurésies purulentes et d'évaluer aussi la prise en charge ambulatoire de cette pathologie en milieu chirurgicale afin de proposer des solutions qui s'adaptent à nos conditions de travail.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective, portant sur le drainage des pleurésies purulentes de l'enfant par la valve de Heimlich, avec un suivi ambulatoire en milieu chirurgical après un consentement libre et éclairé des parents. L'étude s'était déroulée sur une période de 8 mois (février - septembre 2009). Tous les patients étaient drainés par un drain de Joly charrière 28 passant au 4ème espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne. Les lavages de la cavité pleurale au sérum salé (1,5 litre) se faisaient toutes les 48 heures et la kinésithérapie respiratoire était systématique pour les enfants capables de coopérer. Avaient été exclus de l'étude : les cas de pleurésie purulente d'origine tuberculeuse, les cas de pleurésie purulente cloisonné, les cas de pleurésie de petite abondance, les cas de pleurésie non purulente et les cas d'absence de consentement des parents.

Les paramètres étudiés chez les patients étaient l'âge, le sexe, le rapport poids/âge selon la population de référence de l'OMS du NCHS (National Center of Health Statistic), le terrain (infection au VIH, drépanocytose, malnutrition et autre), les données biologiques, bactériologiques, radiologiques et de l'examen clinique, de même que les résultats et l'évolution du drainage thoracique.

RESULTATS

La série comportait 20 patients provenant des urgences pédiatriques et référés au service de chirurgie thoracique pour drainage d'une pleurésie purulente.

Le sex-ratio était de 0,8 et l'âge moyen des patients de 57,45 mois avec une prédominance des nourrissons qui représentaient 8 patients. La totalité des patients était issue de famille très démunie. On retrouvait la drépanocytose chez 3 enfants, et 12 patients avaient déjà reçu une antibiothérapie au moment de l'admission. Le délai entre le début de la symptomatologie et le drainage thoracique était de 18,3 jours (2 jours - 2 mois).

La symptomatologie fonctionnelle était dominée par la détresse respiratoire à type de dyspnée et de tirage associée à un syndrome infectieux (17 patients), 13 patients présentaient des douleurs thoraciques. Une porte d'entrée était retrouvée chez 3 patients, à type de gale surinfectée (1 cas), d'otite purulente (1 cas) et de plaie infectée (1 cas). L'examen pleuro-pulmonaire objectivait un syndrome d'épanchement pleural liquidien chez 15 enfants et un syndrome d'épanchement pleural mixte chez 5 enfants. La localisation de la pleurésie prédominait à droite (11 cas). Sur le plan paraclinique on retrouvait une hyperleucocytose à prédominance neutrophile chez 16 enfants et un syndrome biologique inflammatoire chez 18 patients. L'examen bactériologique du liquide pleural était revenu rarement positif dans 7 cas, et retrouvait une large prédominance du *staphylococcus aureus* 5 patients, suivi de *streptococcus pneumoniae* et de *streptocoque C* respectivement 1 patient. La radiographie thoracique confirmait l'épanchement et objectivait une déviation des structures médiastinales chez 17 enfants témoignant l'abondance de l'épanchement.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont bénéficié outre l'antibiothérapie, d'un drainage thoracique avec la valve de Heimlich permettant ainsi un suivi ambulatoire des patients. Le délai moyen de l'apyrexie et du retour du murmure vésiculaire à l'auscultation pulmonaire étaient respectivement de 3,47 jours et 1,7 jours après le drainage. Le délai moyen de l'éclaircissement du liquide pleural était de 9,66 jours et la durée moyenne du drainage était 12,6 jours. Des complications liées à la valve étaient notées, à type de valve de Heimlich bouchée (3 cas), collabée (2 cas) et perforée (1 cas) nécessitant un

changement de celle-ci. Les séquelles à type de pachypleurite étaient retrouvées chez 12 enfants avec un délai moyen de régression spontanée de celles-ci de 2,6 mois, mais les complications à type de récurrence étaient notées chez 1 patient.

Un patient est décédé après le drainage des suites de sa pathologie (coma fébrile). Après un recul d'une année tous les enfants (à l'exception d'un enfant originaire d'un pays limitrophe qui était perdu de vue), ne présentaient aucune anomalie clinique, ni radiologique.

DISCUSSION

L'usage de la valve de Heimlich dans notre pays est motivé d'une part par l'absence de matériels adéquats pour le drainage aspiratif continu (pleur-evac, bocal, vide mural ou mobile) dans les services de pédiatrie et de pneumologie alors que la valve de Heimlich est disponible dans les pharmacies à des coûts accessibles, et d'autre part, par la difficulté d'admission de ces enfants dans les services des urgences chirurgicales. Il faut aussi noter l'occupation prolongée des lits d'hospitalisation des urgences chirurgicales (nombre limité), par ces patients sous aspiration continue.

La prédominance masculine est retrouvée dans la plupart des séries [5,6] contrairement à notre série et d'autres [7,8] qui retrouvent une prédominance féminine. Dans notre série l'âge moyen est de 57,45 mois conforme à celui retrouvé dans beaucoup de série [6, 9,10].

La prise d'antibiotique avant l'hospitalisation était notée chez plus de 60% des patients de la série. Ce phénomène est présent dans plusieurs études à des taux importants [11,12]. Cette antibiothérapie précoce et abusive peut entraîner une baisse de la sensibilité des examens bactériologiques [13].

La drépanocytose, pathologie fréquente chez les africains entraînant une grande susceptibilité aux infections [14] était présente chez 15% des patients alors qu'Atakouma et al. notaient 4,5% de drépanocytaire dans leur série [6].

Un délai moyen de 18,3 jours était retrouvé entre l'apparition des symptômes et le drainage. Ce qui, compte tenu de la physiopathologie de l'empyème, est extrêmement tardif pouvant expliquer le taux important de pachypleurite.

D'autres auteurs comme Brémont et al. et Subay et al. retrouvent respectivement un délai moyen de 12

jours et 38,5 jours [15,16]. Ce retard est surtout dû à la prise en charge initiale des patients dans les postes de santé et dispensaires mais aussi par l'accès facile des populations aux tradipraticiens et le coût élevé des soins dans les hôpitaux pour ces populations pauvres. L'identification du germe dans les pleurésies purulentes est loin d'être systématique et se situe entre 31% et 76% dans les séries [17], comme le confirme notre série. Le drainage était systématique chez tous les enfants avec un drain de gros calibre (charrière 28) par rapport au calibre des drains habituels chez l'enfant dans la littérature (charrière 10 à 24) [15]. Ce choix était expliqué par l'absence de calibre plus petit dans nos conditions d'exercice. Ce drain était connecté systématiquement avec une valve de Heimlich double chambre permettant une aspiration unidirectionnelle manuelle par pompage [18] et un suivi ambulatoire des patients comme dans le pneumothorax. Mais pour certains auteurs, son utilisation n'est pas conseillée pour l'évacuation d'une pleurésie purulente ou d'un hémithorax car elle pourrait se boucher par des caillots ou grumeaux [3,4].

Les résultats de l'étude sont satisfaisants en termes d'apyrexie après le drainage, du délai de la ré-expansion pulmonaire, du délai du drainage et surtout du non maintien des enfants à l'hôpital après les soins (pansement, lavage pleural). Il faut noter le retard de l'éclaircissement du liquide pleural malgré les lavages de la cavité pleurale au sérum physiologique et le taux important des séquelles pleurales à type de pachypleurite imputable au retard du drainage compte tenu de la physiopathologie de l'empyème évoluant vers le stade d'enkystement sur un délai moyen de 10 à 15 jours [19].

Le délai moyen de régression complète de la pachypleurite était de 2,6 mois après une simple surveillance radiologique. Cela confirme l'avis de certains auteurs qui affirment que la pachypleurite de l'enfant disparaît habituellement dans les mois suivant le drainage [20]. Les complications de la valve peuvent s'expliquer par le pompage manuel de celle-ci sur une longue durée.

Ces phénomènes de blocage de la valve étaient évoqués par Heimlich dans le drainage des fluides et des pleurésies tumorales [21]. Nous pensons que ce problème peut être minimisé par le lavage pleural au sérum physiologique comme le prouve notre étude, ou par l'usage des fibrinolytiques que nous n'avons pas utilisés ; nous recommandons de changer la

valve après 10 jours de drainage pour éviter les complications secondaire au pompage manuel.

CONCLUSION

Cette étude préliminaire montre que le drainage des pleurésies purulentes avec la valve de Heimlich associé à un lavage de la cavité pleurale est une méthode

thérapeutique simple et fiable pouvant être une alternative au drainage aspiratif continu dans les établissements de santé ne disposant pas de système d'aspiration centrale. Une série plus importante permettra d'affirmer son efficacité et son innocuité dans le drainage de la pleurésie purulente de l'enfant à Dakar.

RÉFÉRENCES

- 1 **Campisi P, Andrus JV.** Outpatient treatment of spontaneous pneumothorax in a community hospital using a Heimlich flutter valve: a case series. *The Journal of Emergency Medicine* 1997;15(1):115-119.
- 2 **Greillier L, Gimenez C, Tchouhadjian T.** La prise en charge simplifiée du pneumothorax spontané primaire par un dispositif connectant un cathéter et une valve de Heimlich est possible en ambulatoire. *Rev Mal Respir* 2007;24:5S80-5S92.
- 3 **Moritz F, Dominique S, Veber B.** Drainage thoracique aux urgences. *EMC- Médecine 1* (2004); 165-175.
- 4 **Laws D, Neville E, Duffy J.** BTS guidelines for the insertion of a chest drain. *Thorax* 2003;58:ii53-ii59.
- 5 **Alkrinawi S, Chernick V.** Plaural fluid in hospitalized pediatric patients. *Clinical Pediatrics* 1996;35(1):5-9.
- 6 **Atakouma DY, Tatagan-Agbi K, Agbere AD, Katchalla-Moustapha B et al.** Aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la staphylococcie pleuro-pulmonaire du nourrisson au CHU de Lomé-Tokoin (Togo). *Médecine d'Afrique Noire* 1995 ; 42(5):260-266.
- 7 **Berlioz M, Hass H, Albertini M et al.** Intérêt de la thoracoscopie dans les pleurésies purulentes de moins de quatre ans. *Arch Pediatr* 2001;8:166-71.
- 8 **Gun E, Salman T, Abbasoglu L, Salman N, Celik A.** Early decortications in childhood empyema thoracis. *Acta Chir Belg* 2005;107(2):225-227.
- 9 **Ranaivoarisoa R, Rasamoelisoa R, Roabijaona H et al.** Prise en charge des pleurésies purulentes de l'enfant à Antananarivo. *Médecine d'Afrique Noire* 2005;52(2):116-120
- 10 **Goel A, Bamford L, Hanslo D, Hussey G.** Primary staphylococcal pneumonia in young children: a review of 100 cases. *Journal of Tropical Paediatrics* 1999;45:233-236.
- 11 **Blanc P, Dubus JC, Bosdure E, Minodier P.** Pleurésies purulentes communautaires de l'enfant. Où en sommes-nous ? *Archives de Pédiatrie* 2007;14:64-72.
- 12 **Barawal AK, Singh M, Marhawa RK, Kumar L.** Empyema thoracis: a 10-year comparative review of hospitalized children from south Asia. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88:1009-1014.
- 13 **Saglani S, Harris KA, Wallis C, et al.** Empyema: the use of broad range 16S rDNA PCR for pathogen detection. *Arch Dis Child* 2005;90:70-3.
- 14 **Diagne I, Ndiaye O, Moreira C, Signate-Sy H, Camara B, Diouf S et al.** Les syndromes drépanocytaires majeurs en pédiatrie Dakar (Sénégal). *Archives de Pédiatrie* 2000;7:16-24.
- 15 **Brémont F, Baunin C, Juchet A, Rance F et al.** Evolution clinique et traitement de l'empyème pleural chez l'enfant. *Arch Pediatr* 1996;3:335-341.
- 16 **Subay K et al.** Traitement chirurgical des pleurésies purulentes. *Médecine d'Afrique Noire* 1991;38(7).
- 17 **Guyon G, Allal H, Lalande M, Rodière M.** Les pleurésies purulentes de l'enfant : l'expérience montpelliéraine. *Archive de Pédiatrie* 2005;12:S54-S57.
- 18 **Balfour-Lynn IM, Abrahamson E, Cohen G.** BTS guidelines for the management of pleural infection in children. *Thorax* 2005;60 (1):i1-i21.
- 19 **Riquet M.** Pleurésies purulentes aiguës à germes banals. *EMC Pneumologie* 2003; 6-041-A-40.
- 20 **Neff CC, Van sonnenberg E, Lawson DW, Patton AS.** CT follow-up of empyemas: pleural peels resolve after percutaneous catheter drainage. *Radiology* 1990;176:195-7.
- 21 **Jay Henry Heimlich.** Valve drainage of the pleural cavity. *Chest* 1968;53:282-287.



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA.ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

ARTICLE ORIGINAL

La mortalité périopératoire dans le service de chirurgie générale à l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry

Perioperative mortality in the department of general surgery at the Ignace Deen hospital of the Conakry University hospital

Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.

Auteur correspondant : Pr. Ag. Aboubacar TOURE - Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

BP : 3751 Conakry République de Guinée - Email : dratouchi@yahoo.fr - Tel (+224)62345324.

Résumé

Le but de cette étude était de déterminer les facteurs de risque de la mortalité périopératoire dans le service de chirurgie générale à l'hôpital national Ignace DEEN de Conakry. **Matériel et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif d'une durée de 8 mois allant du 1er juillet 2009 au 28 février 2010. Elle a concerné tous les malades admis en urgence et en planifié dans le service au cours de la période d'étude. La classification ASA (American Society of Anesthesiologists) nous a servi de guide dans l'appréciation de l'état clinique des malades. Ont été inclus dans l'étude tous les patients décédés des suites d'une pathologie chirurgicale en per opératoire et dans un délai de survenue de 30 jours en pré et post opératoire ainsi que tous les patients ayant séjourné dans le service de réanimation sur recommandation chirurgicale et qui sont décédés. **Résultats :** La fréquence globale de décès a été de 9,9% ; l'âge moyen des malades de 42 ans avec un sex-ratio de 1,3. Selon la provenance, 75,7% des malades étaient en milieu urbain ; les ouvriers étaient plus concernés 35,7% ; et 48,6% des malades n'étaient pas scolarisés. Quarante pour cent des malades ont consulté après 10 jours du début de leur maladie ; seuls 35,7% des malades ont été pris en charge le premier jour ; la mortalité par péritonite a été de 38,6%. Le décès était dû à la défaillance poly viscérale dans 54,3% des cas, au choc hémodynamique 4,3% des cas et au choc septique dans 41,4% des cas. **Conclusion :** La mortalité péri-opératoire permet d'évaluer la qualité de soins en milieu chirurgical. Plusieurs facteurs concourent à sa survenue, dominés dans notre contexte par le retard à la consultation, l'absence de couverture sociale sanitaire, de personnel qualifié en urgence et de la vétusté du plateau technique.

Mots clés : mortalité, péri opératoire, chirurgie générale, Urgences, Réanimation.

SUMMARY

The purpose of this study was to determine the risk factors of per operative mortality in the department of general surgery at the Ignace DEEN hospital of the Conakry University hospital. **Material and Methods:** It was a prospective, descriptive study of 8 months length from July 1st 2009 to February 28th 2010. It concerned all the patients who were admitted in emergency or planed in the department during the study period. The classification of the American Society of Anesthesiologists served us as guide in the appreciation of the patient's clinical status. Were included in the study all the patients dead of surgical pathology in the per operative period and in a occurrence time-limit of 30 days in pre operative and post operative period as well as those patients dead in the department of intensive care unit through surgery recommendation. **Results:** The overall frequency of death was 9.9%; the patient's mean age was 42 years old and a sex-ratio of 1.3; according to the origin, 75.7% of patients were from urban zone; workers were the most concerned with 36.7%; 48.6% of patients were not schooling. Forty percent of the patients were admitted 10 days after the beginning of the disease; only 35.7% of the patients were managed on the first day; the mortality by peritonitis was 38.6%. The death was due to polyvisceral failure in 54.3% of case, to hemodynamic shock in 4.3% of cases and to septic shock in 41.4% of cases. **Conclusion:** Perioperative mortality allows assessment of the quality of care in surgery. Several factors contribute to its occurrence, dominated in our context by the delay in the consultation, the lack of health insurance coverage, qualified personnel in emergency and obsolescence of technical platform. **Keys words:** mortality, perioperative, general surgery, Emergencies, Intensive care.

INTRODUCTION

La Mortalité est la proportion de décès dans une population durant une période donnée [1].

Elle est dite péri-opératoire, lorsqu'elle survient pour une pathologie chirurgicale avant, pendant et après l'intervention chirurgicale. L'étude de la mortalité permet de définir les axes de prévention des maladies et de réajuster les politiques de santé [2].

Elle permet un contrôle et une révision des mesures thérapeutiques, celles-ci sont susceptibles de dégradation dans leur mise à exécution au fil des ans, ce qui impose une étude critique périodique [3, 4].

Les études en chirurgie générale sont rares et rapportent dans la plupart des cas les résultats d'une spécialité chirurgicale portant sur un type de pathologie ou d'intervention chirurgicale ; elles sont souvent issues d'équipes d'anesthésie réanimation.

En France, Gillion a noté dans le service de chirurgie viscérale un taux de mortalité post-opératoire de 0,6 % sur 73 patients d'un âge moyen de 77 ans [5]. Au Togo, Ouro-Bang'na Maman et al. [6] ont trouvé un taux de mortalité périopératoire précoce de 0,9% sur 1902 malades anesthésiés au service d'anesthésie réanimation.

Au Cameroun, Takongmo et al. [2] ont rapporté un taux de mortalité de 3,14% en milieu chirurgical.

En Guinée, malgré la fréquence, la morbidité, la mortalité et l'impact socio-économique des pathologies chirurgicales, aucune étude n'a encore été consacrée à la mortalité péri-opératoire.

Le but de cette étude était de rapporter la fréquence des décès péri-opératoires et de déterminer leurs causes dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif d'une durée de 8 mois allant du 1er juillet 2009 au 28 février 2010 effectuée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace DEEN du CHU de Conakry. Elle a concerné tous les malades admis en urgence et en planifié dans le service au cours de la période d'étude.

Ont été inclus dans l'étude tous les patients décédés des suites d'une pathologie chirurgicale en per-opé-

ratoire et dans un délai de survenue de 30 jours en pré et post-opératoire ainsi que tous les patients ayant séjourné dans le service de réanimation sur recommandation chirurgicale et qui sont décédés.

Les malades sont reçus dans le service selon l'une des trois modalités : références, en urgence, en consultation externe (planifié). Nous avons nommé délai d'admission le temps écoulé entre le début de la maladie et l'admission dans le service ; délai de prise en charge le temps écoulé entre l'admission et la prise en charge, les malades planifiés n'étaient admis dans le service qu'après un bilan paraclinique complet.

La classification ASA (American Society of Anesthesiologists) nous a servi de guide dans l'appréciation de l'état clinique des malades [7].

- ASA1 : patient n'ayant aucune autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical ;
- ASA2 : atteinte modérée d'une grande fonction vitale ;
- ASA3 : atteinte sévère d'une grande fonction vitale ;
- ASA4 : risque vital du fait de l'atteinte d'une grande fonction ;
- ASA5 : patient moribond avec survie inférieure à 24 heures en l'absence d'intervention.

Nous avons pris pour décès par défaillance poly viscérale, les décès survenus par une atteinte fonctionnelle et/ou organique des viscères (insuffisances rénale, cardiaque, hépatique, pulmonaire) ; décès par choc septique, lorsqu'il était dû à une infection aiguë ou chronique avec état de choc ; décès par choc hémodynamique, si c'est l'hémorragie qui était responsable du décès.

Les paramètres étudiés ont été les données socio-démographiques et cliniques. Les tests statistiques utilisés sont le test Chi-2 pour la comparaison des variables qualitatives, le test de l'écart réduit ou le test de student, selon les effectifs pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité retenu est de 0,05.

RESULTATS

Données socio-démographiques

La fréquence globale des décès est représentée dans le tableau I.

Tableau I : Fréquence globale des décès

Malades	Vivants (n)	Décédés n(%)	Total (n)
Opérés	490	50(9,3)	540
Non opérés	150	20(11,8)	170
Total	640	70(9,9)	710

$$X^2 = 0,91 \quad P = 0,339$$

La tranche d'âge 46 et 55 ans a été la plus concernée, 14 cas soit 20% ; l'âge moyen a été de 42 ans avec les extrêmes de 6 et 88 ans. Nous avons noté une prédominance masculine (437 hommes et 273 femmes) avec un sex-ratio de 1,3.

Cinquante trois de nos malades soit 75,7% provenaient de zone urbaine contre 17 malades soit 24,3% de zone rurale ; les ouvriers ont été la couche socio-professionnelle la plus touchée avec 25 cas soit 35,7%, suivis des ménagères 17 cas soit 24,3%. Dans 48 cas soit 68,6%, les malades n'étaient pas scolarisés, 8 malades soit 11,4% avaient un niveau de scolarisation secondaire, 7 malades soit 10% niveau primaire, 4 malades soit 5,7% niveau professionnel et 3 malades soit 4,3% niveau supérieur.

DONNEES CLINIQUES

Le décès selon le mode d'admission des malades est représenté dans le tableau II.

Tableau II : Décès selon le mode d'admission

Mode d'admission	Primaire n (%)	Référent n (%)	Total n (%)
Urgence	40 (57,1)	10 (14,3)	50 (71,4)
Planifié	16 (22,9)	4 (5,7)	20 (28,6)
Total	56 (80,0)	14 (20,0)	70 (100)

Vingt huit malades soit 40% ont consulté après 10 jours du début de leur maladie, 20 malades en planifié et 8 malades en urgence ; le délai moyen d'admission en urgence a été de 7 jours.

Le tableau III illustre le décès selon les pathologies.

Tableau III : Décès selon les pathologies

Pathologie	Effectif	Pourcentage (%)
Péritonite aiguë généralisée	27	38,6
Pathologie cancéreuse	15	21,4
Occlusion intestinale aiguë	14	20
Fistule digestive	3	4,3
Traumatisme des membres	3	4,3
Gangrène des membres	2	2,9
*Autres	6	8,5
Total	70	100

*Autres : brûlure thermique, plaie du thorax, sténose ulcéreuse du pylore, dolichocôlon, appendicite aiguë, cholécystite aiguë lithiasique.

Vingt cinq malades soit 35,7% ont été pris en charge le premier jour (8 en urgence et 17 en planifié), 12 malades soit 17,2% au deuxième jour (4 en planifié), 28 malades soit 40% entre le troisième et le quatrième jour (22 en urgence et 6 en planifié), 5 malades soit 7,1% au cinquième jour tous en urgence. Selon la classification ASA, 2 malades étaient ASA1 ; 4 malades ASA2, 31 malades ASA3, 11 malades ASA4 et 22 malades ASA5.

Le décès est survenu dans 20 cas soit 28,6% en pré-opératoire, dans 2 cas soit 2,9% en per-opératoire et 48 cas soit 68,5% en post-opératoire. Ces décès étaient dus à la défaillance poly viscérale dans 38 cas soit 54,3% suite à l'évolution de leurs pathologies initiales en post-opératoire (15 cas de cancers, 5 cas de traumatismes des membres, 2 cas de gangrènes des membres, 13 cas de péritonite aiguë généralisée et 3 cas d'occlusion intestinale aiguë) ; au choc hémodynamique 3 cas soit 4,3% dus aux complications chirurgicales (1 cas d'hémorragie per-opératoire par atteinte du tronc supra aortique secondaire à une agression par arrête de poisson et 2 cas d'hémorragie en post-opératoire dont 1 cas après adénomectomie pour cancer de la prostate et l'autre après excrèse tumorale pour cancer du rectum) et au choc septique 29 cas soit 41,4% (11 cas de péritonite aiguë généralisée et 9 cas d'occlusion intestinale aiguë).

DISCUSSION

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Le taux de mortalité de 9,9% observé dans notre série n'est pas identique à ceux rapportés dans la littérature. Au Cameroun, Takongmo et al. [2] ont trouvé un taux de mortalité globale de 3,14% et 13,3% respectivement en chirurgie générale et chirurgie abdominale et digestive. En France, Pocard et al. [8] ont rapporté un taux de 20% en chirurgie digestive des sujets âgés. Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par le mode de recrutement et la taille des échantillons.

Le retard à la consultation, les difficultés de prise en charge liées au manque de ressources matérielles dans notre structure sont autant de facteurs pouvant expliquer cette mortalité péri-opératoire élevée dans notre étude, nos patients ne bénéficiaient d'aucune assurance sociale sanitaire.

La prédominance du jeune âge dans notre étude s'explique par la fréquence élevée de certaines pathologies chirurgicales urgentes chez les sujets jeunes telle que la péritonite aiguë généralisée dont la morbidité et la mortalité reste encore très élevée dans notre contexte.

Contrairement à nos résultats, Proye et al. [4] ont rapporté un âge moyen de 63 ans dans une série Européenne. La faible prédominance masculine observée dans notre étude est similaire aux résultats de Takongmo et al. [2] qui ont rapporté 62% de décès chez les hommes contre 38% chez les femmes. Cette différence de mortalité entre les deux sexes pourrait s'expliquer par le fait que les hommes ont été les plus concernés par certaines pathologies à morbidité élevée telle que les péritonites aiguës généralisées par perforation d'ulcère gastro-duodénal ou par perforation intestinale typhique.

La fréquence élevée chez les ouvriers et ménagères résulte du fait que cette couche socio-professionnelle, ne dispose d'aucune couverture sociale leur permettant une prise en charge précoce. L'OMS en 2000 a rapporté que l'absence de couverture sociale obligeait les patients à se prendre en charge et que le coût des prestations médicales constituait un obstacle difficile à franchir [9].

Le taux de mortalité important en zone urbaine dans notre étude a été aussi rapporté par Rasamoelina et al. [10] et ceci s'explique par les facilités d'accès des hôpitaux qui sont dans leur majorité en milieu urbain et la plupart des malades vivaient dans les villes ou

les districts alentours, phénomène occasionné par l'exode rural.

DONNEES CLINIQUES

La consultation tardive des malades fait l'unanimité dans notre série comme pour celle de Rasamoelina et al. [10]. Plus de trois quarts de nos malades ont été reçus non seulement en consultation primaire, mais tardivement. Ce qui dénote une absence de collaboration entre le CHU et les structures sanitaires de base qui doivent référer très tôt les malades qui dépassent leur compétence. Les malades reçus en urgence ont présenté un taux de mortalité important par rapport à ceux reçus en planifié. Ce taux est supérieur à celui rapporté par Ouro-Bang'na et al. [6] qui ont noté 56% de décès en urgence en 2008, et à celui constaté dans les pays développés où la prise en charge en urgence est structurée [11]. En effet, il apparaît que le médecin des urgences, par la spécificité de son exercice (garde nocturne, changement d'équipe) décide souvent seul de la limitation des soins alors que la collégialité devrait faire référence [12].

Le bas niveau socio-économique de nos populations qui doivent honorer tous les frais inhérent à leur prise en charge médicale était une des causes de retard du traitement de nos patients. Harouna et al. [13] en 2000 ont rapporté que le retard du traitement influence la mortalité, l'augmente de 14% avant la 24ème heure, de 22% après la 48ème heure. Pour d'autres auteurs [14], l'augmentation du taux de mortalité aux urgences chirurgicales était en rapport avec l'attente des résultats des examens complémentaires prescrits pour le diagnostic ou pour le bilan explorant le terrain.

Le score ASA utilisé dans notre étude ne fait pas l'unanimité des auteurs [15] qui proposent une équation où interviennent l'âge, le sexe, la notion de chirurgie élective ou d'urgence, l'insuffisance respiratoire chronique, l'insuffisance rénale et le diabète. D'autres ont cherché à évaluer le risque de complications cardio-vasculaires en chirurgie extra-cardiaque, les facteurs importants étant l'existence de lésions coronaires, les signes d'insuffisance cardiaque, les valvulopathies, l'arythmie, l'état général, l'âge après 70 ans, la notion d'urgence et le site de l'intervention (abdomen, thorax, gros vaisseaux) [16].

Les péritonites aiguës généralisées et les pathologies

cancéreuses ont un taux de mortalité élevé dans notre étude. Ces données sont en rapport avec les difficultés de prise en charge de telles pathologies dans notre contexte où les ressources sont limitées ; et les malades décédés de cancers étaient à un stade terminal de leur maladie. Au Cameroun, Takongmo S et coll. [2] ont rapporté que les cancers étaient les principales causes de décès en milieu chirurgical. Le choc septique conséquence de la péritonite ou de l'occlusion intestinale ou de la fistule digestive évoluée a été la cause de décès la plus fréquente dans les périodes pré et post opératoire; tandis que l'hémorragie a été incriminée dans le décès per-opératoire.

Dans leurs études, Proye [4] et Rasamoelina et al. [10] ont trouvé que les causes de décès étaient dominées par la défaillance cardio-respiratoire, l'état toxico-infectieux et le choc hypovolémique.

CONCLUSION

La mortalité péri-opératoire permet d'évaluer la qualité de soins en milieu chirurgical. Plusieurs facteurs contribuent à sa survenue, et sont dominés dans notre contexte par le retard à la consultation, l'absence de couverture sociale sanitaire, de personnel qualifié en urgence et de la vétusté du plateau technique.

Références

1. **Anonyme.** « mortalité » In Encyclopédie hachette multimedia (en ligne) <http://perl.club-internet.fr/cgi-bin/ehmel/ehmel-Search.PIQuery=mortalité> (page consultée le 23 Juillet 2009).
2. **Takongmo S, Aangwfo F, Binam F, Afane Ela A, Fonkou A, Gaggini J. et al.** : « Mortalité Hospitalière en milieu Chirurgical : Nécessité de l'audit médical » Médecine d'Afrique Noire 1993;40(12):729-33.
3. **Proye C, Camp D, Triboulet JP, Carnaille B, Sautier M, Dromer D.** Mortalité d'un service de chirurgie générale de CHU. Etude de l'année 1985 :1409 opérés, 45 décès post opératoires. J Chir (Paris) 1988;25(4):255-259.
4. **Proye C, Martinot JP, Triboulet JP, Carnaille B, Sautier M, Dromer D.** Mortalité d'un service de chirurgie générale de CHU. Etude de l'année 1990 :1492 opérés, 27 décès post opératoires. J Chir (Paris) 1981;128(11):453-458.
5. **Gillion JF.** Le taux brut de mortalité postopératoire est-il un critère pertinent d'efficacité d'une équipe chirurgicale ? Etude prospective des suites opératoires de 11756 patients. Ann Chir 2005;130(6-7):400-406.
6. **Ouro-Bang'na Maman AF, Agbeta N, Egbohoun P, Sama H, Chobli M.** Morbidité-mortalité périopératoire dans un pays en développement : expérience du CHU de Lomé Togo. Ann Fr Anesth Réanim 2008;27:1030-3.
7. <http://www.Précis d'Anesthésie> : G. François Masson Ed Paris 1985 : 331-365.
8. **Pocard M, Frileux P, Vaillant JC, Ollivier JM, Gentil B, Parc R.** Réanimation en chirurgie digestive : devenir des patients âgés. Ann Chir 2001;126:127-32
9. <http://www.OMS2000RapportSurLaSantéDansLeMonde> : OMS ; 2000 : 174-225.
10. **Rasamoelina N, Rajaobelison T, Ralahy MF, Riel AM, Rabarijoana M, Solofomalala GD et al.** Facteurs de mortalité par les urgences digestives dans le service de réanimation du CHU de Fianarantsoa Madagascar. Rev Anesth Réa Méd Urg 2010;2(2):10-11.
11. **Sima Zue A, Ngaka Nsafa D, Carpentier J P.** Le contexte tropical influence-t-il la morbidité et la mortalité ? Med Trop 2002;2000:174-225.
12. **Haegy J M, Andronikof M, Thiel M J, Simon J, Bichet-Beurnaiche M, Bouvier M, et al .** Ethique et Urgences, Réflexions et recommandations de la société francophone de Médecine d'urgence. J Eur Urg ;16:106-20.
13. **Harouna Y, Yaya H, Abarchi H , Rakoto Malala J, Gazi M, Seibou A et al.** Les occlusions intestinales: principales causes et morbi-mortalité à l'hôpital national de Niamey Niger. Méd Afr Noire 2000;47(4):204-7.
14. **Sima Zue A, Josseaume A, Ngaka Nsafa D, Carpentier J P.** Délai de prise en charge des urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. Ann Fr Anesth Réanim 2001;20: R038.
15. **Farrow S C, Fowkes FGR, LUNN JN, ROBERTSON IB, SWEETMAN P.** Epidémiologie in anaesthésia; a method for predicting hospital mortality. Eur J Anaesth 1984;(1):77-84
16. **Haljamae H:** Anesthetic risk factors. Acta Chir Scand 1988;Suppl(550):11-21
17. **Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y, Rakotomalala J et al.** Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'Hôpital National de Niamey : étude analytique et pronostique. Med Afr Noire 2001;48(2):49-54.
18. **Bikandou G, Dykoka-N'Golo R, Spun A, Benamar B, Obengui A, Massengo R.** Les perforations intestinales d'origine typhique à Brazzaville. Publications Med 1990;120:37-41.

ARTICLE ORIGINAL

Abcès tubo-ovariens : expérience d'un service de chirurgie générale. A propos de 25 cas

Tubo-ovarian abscess : experience in a general surgery department. A review of 25 cases

Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.

Service de Chirurgie Générale CHU A. Le Dantec, Dakar, Sénégal

Auteur Correspondant : Docteur Ousmane KA

Service de Chirurgie Générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar.

*B.P. 6958 Dakar-Etoile. Dakar (Sénégal). Tél : (221) 77 635 51 51 Fax : (221) 33 822 37 21
courriel : ousmaneka@yahoo.fr*

Résumé

But. Le but de cette étude est d'analyser les difficultés diagnostiques et les implications thérapeutiques des abcès tubo-ovariens dans un Service de Chirurgie Générale. **Patientes et méthodes.** Nous avons procédé à une étude rétrospective portant sur 25 cas d'abcès tubo-ovariens chez des patientes âgées de 15 à 73 ans et nous avons analysé les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques. **Résultats.** Les manifestations cliniques retrouvées étaient des douleurs pelviennes (25 cas), des leucorrhées fétides (22 cas), une constipation (4 cas), des vomissements (3 cas), un syndrome dysentérique (1 cas), une anémie (25 cas), une altération de l'état général (14 cas), une fièvre (8 cas), une masse pelvienne douloureuse (16 cas), une défense pelvienne (16 cas) et un bombement du cul-de-sac de Douglas (16 cas). Seules 6 patientes avaient bénéficié du diagnostic d'abcès tubo-ovarien en pré opératoire. L'annexectomie était effectuée chez toutes les patientes. Deux patientes ont présenté une suppuration pariétale dans les suites opératoires. Les examens bactériologiques avaient identifié un germe chez 17 patientes dont *Escherichia coli* chez 9 patientes. **Conclusion.** Dans notre contexte, le diagnostic des abcès tubo-ovariens est rarement fait en pré opératoire du fait de leurs manifestations cliniques non spécifiques. Le traitement chirurgical, toujours effectué dans notre pratique au regard du retard de la prise en charge compromet, le pronostic obstétrical des patientes.

Mots clés : abcès tubo-ovarien ; infection génitale ; annexectomie

Summary

Aim: The aim of this study is to analyze diagnostic difficulties and therapeutic aspects of tubo-ovarian abscess in General Surgery Department. **Patients and methods:** We did a retrospective study relating 25 cases of tubo-ovarian abscess in patients 15 to 73 years old. We analyzed clinical, paraclinic and therapeutic data. **Results:** Clinical manifestations founded were pelvic pains (25 cases), leucorrhoea (22 cases), constipation (4 cases), vomiting (3 cases), dysenteric syndrom (1 case), anemia (25 cases), deterioration of general status (14 cases), fever (8 cases), painful pelvic mass (16 cases), pelvic defense (16 cases) and convexity of the cul-de-sac of Douglas (16 cases). Only 6 patients were diagnosed to have tubo-ovarian abscess before their operation. Annexectomy were performed in all patients. Two patients presented parietal suppuration after surgery. Bacteriological exams identified infectious agent in 17 patients which *E. coli* in 9 patients. **Conclusion:** In our experience, the diagnostic of tubo-ovarian abscesses is rarely done at pre operative time because of their non specific symptoms. The treatment is always surgical in our practice because of late diagnostic and compromise women fertility. **Key words:** Tubo-ovarian abscess, genital infection, annexectomy

INTRODUCTION

Malgré la recrudescence des infections sexuellement transmissibles et de l'immunodépression, les abcès tubo-ovariens sont rares en milieu africain [1,2]. Outre le pronostic obstétrical qu'ils compromettent, Ils sont responsables de complications vitales, notamment, de la péritonite génitale dans 10% des cas [2].

Le but de notre étude est de rapporter, devant leur symptomatologie polymorphe et non spécifique, notre expérience concernant les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès tubo-ovariens prises en charge dans un Service de Chirurgie Générale.

PATIENTES ET METHODES

De novembre 2002 à décembre 2010, nous avons effectué dans notre Service de Chirurgie Générale, une étude rétrospective descriptive portant sur 25 dossiers de patientes suivies pour un abcès tubo-ovarien. Le diagnostic d'abcès tubo-ovarien était porté à l'échographie, ou à la tomodensitométrie ou en per opératoire.

Les patientes étaient âgées de 15 à 73 ans avec une moyenne d'âge de 34 ans. Vingt-trois patientes étaient âgées de moins de 37 ans (92%). Vingt-quatre patientes (96%) provenaient de couches sociales défavorisées. Six patientes étaient nulligestes et 4 étaient des primipares avec une infertilité de plus de 5 ans.

Douze patientes étaient paucipares, et 3 étaient multipares. Des antécédents d'infections génitales et d'avortement à répétition étaient retrouvés respectivement chez 22 et 7 patientes. Une patiente était ménopausée. Nous avons analysé les dossiers des patientes en insistant sur les manifestations cliniques, paracliniques et sur les aspects thérapeutiques.

RESULTATS

Le tableau I rapporte les manifestations cliniques observées. Toutes les patientes (100%) présentaient une anémie et une hyperleucocytose. L'échographie abdominale effectuée chez 23 patientes (92%) n'avait évoqué le diagnostic d'abcès tubo-ovarien que dans trois cas (13%). Le scanner abdomino-pelvien pratiqué chez 3 patientes (12%), avait évoqué le diagnostic dans tous les cas (figure 1).

Tableau I : Répartition des manifestations cliniques

Manifestations cliniques	Effectifs (N=25)	Pourcentage %
Douleurs pelviennes	25	100
Leucorrhées fétides	22	88
Constipation	4	16
Vomissements	3	12
Syndrome dysentérique	1	4
Altération de l'état général	14	56
Fièvre	8	32
Bombement du cul-de-sac de Douglas	16	64
Défense pelvienne	16	64
Masse pelvienne douloureuse	16	64

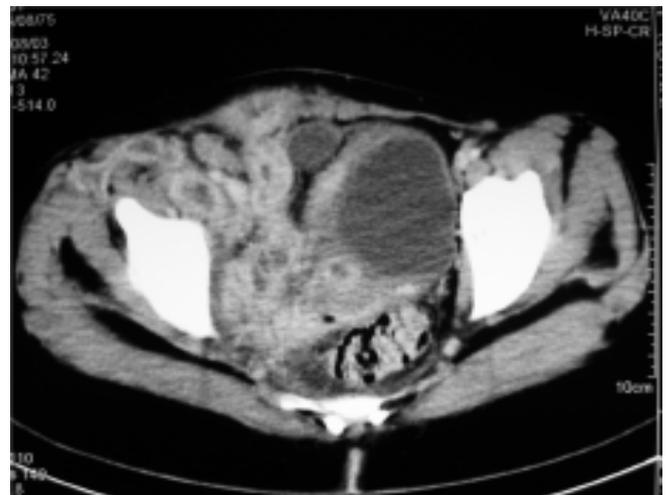


Figure 1: Scanner abdomino-pelvien. Abcès tubo-ovarien gauche

Les diagnostics pré-opératoires étaient variés : il s'agissait de la masse pelvienne douloureuse chez 16 patientes (64%) et de la pelvipéritonite résistant au traitement médical chez 9 patientes (36%). Le diagnostic d'abcès tubo-ovarien était retenu en pré-opératoire chez 6 patientes (24%).

La voie d'abord était toujours une laparotomie médiane. L'exploration chirurgicale avait permis de retrouver dans tous les cas un abcès tubo-ovarien. Chez 4 patientes (16%) la lésion était bilatérale. Chez l'une d'elles, l'abcès était fistulisé dans le rectum et était annexé à un utérus fibromateux en nécro-

biose. Le traitement chirurgical a comporté chez toutes nos patientes un prélèvement de pus, une annexectomie qui était unilatérale chez 21 patientes et bilatérale chez 4 patientes, une toilette de la cavité péritonéale et un drainage par une lame ondulée. La patiente qui présentait une fistulisation de l'abcès dans le rectum, avait bénéficié d'une résection rectale suivie d'une anastomose colo-rectale et d'une hystérectomie totale emportant les deux annexes (figure 2). Le traitement chirurgical était complété par une triple antibiothérapie qui associait l'ampicilline, la gentamycine et le métronidazole.

Les suites opératoires étaient simples chez 23 patientes. Chez 2 patientes (8%), une suppuration pariétale était notée. La durée moyenne de séjour était de 8 jours. La bactériologie était revenue positive chez 17 patientes. Les germes identifiés étaient *Escherichia coli* chez 9 patientes, *Streptococcus spp*, chez 5 patientes et *Acinetobacter calcoaceticus* chez 3 patientes. La sérologie à chlamydiae était positive chez 13 patientes. Aucune patiente ne présentait un diabète ou une infection à VIH. Les résultats de l'examen anatomopathologique concluaient à un abcès tubo-ovarien qui associait un pyosalpinx et un abcès de l'ovaire chez 24 patientes (96%). Chez la patiente qui avait bénéficié d'une hystérectomie avec annexectomie bilatérale et d'une résection rectale, il s'agissait d'un complexe tubo-ovarien fistulisé dans le rectum. Dans 5 cas (20%), l'abcès compliquait un cystadénome ovarien. Il n'y avait pas de signe de malignité.

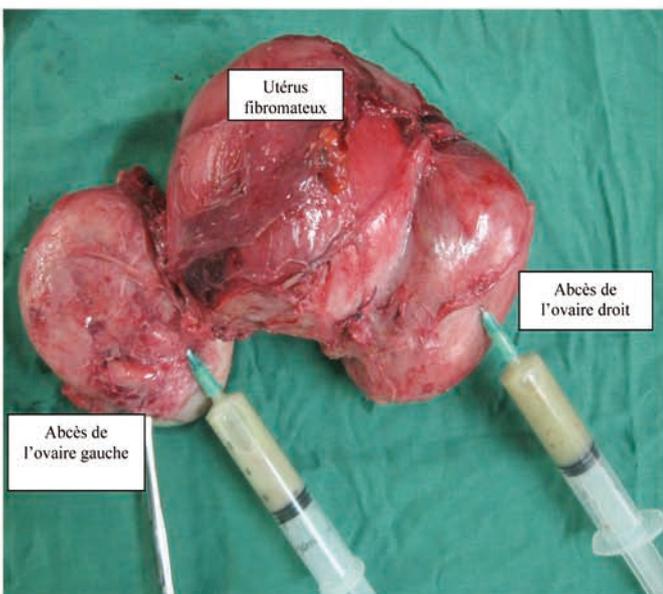


Figure 2 : abcès tubo-ovarien bilatéral (ponction à l'aiguille) sur pièce d'hystérectomie

DISCUSSION

L'abcès tubo-ovarien est une affection gynécologique rare. Il peut être primaire, c'est-à-dire n'intéressant que l'ovaire ou faire partie du groupe « des abcès tubo-ovarien » qui distingue anatomiquement 3 entités : les abcès tubaires, les pyosalpinx, et les complexes tubo-ovariens qui sont des collections de pus dans un espace anatomique créé par l'adhésion des organes adjacents [3]. L'infection est majoritairement due au Staphylocoque doré, au Streptocoque et à *Escherichia coli*. Elle se fait par contiguïté à partir d'une infection de voisinage ou par voie hémato-gène, lymphatique, par inoculation directe ou par voie ascendante à partir de manœuvres endo utérines [1,4]. L'abcès peut aussi survenir après une hystérectomie vaginale ou après une ponction d'ovocytes par voie vaginale [5]. La rareté de l'affection est unanimement rapportée, aussi bien en Afrique sub-saharienne [1] qu'au Maghreb [2,4].

Notre étude menée dans un Service de Chirurgie Générale au Sénégal, n'échappe pas à cette incidence faible, qui est ici, de l'ordre de 3,2 cas par an, sur une période de 8 ans. Les patientes de cette étude étaient relativement jeunes avec une moyenne d'âge de 34 ans. La même tendance est retrouvée en Occident et à ce titre Raiga [6] rapporte une moyenne d'âge de 27 ans.

Notre étude révèle que le diagnostic de l'abcès tubo-ovarien n'est pas toujours aisée, en témoigne le faible taux de diagnostic pré opératoire (24%). Au maximum, il peut être asymptomatique à l'image de la découverte fortuite lors d'une césarienne rapportée par Erdem [7]. La douleur pelvienne, les leucorrhées et l'hyperleucocytose sont les signes que nous retrouvons le plus souvent. Le tableau clinique le plus significatif est celui d'un syndrome douloureux pelvien fébrile associé à une masse pelvienne [4]. La masse pelvienne douloureuse n'est retrouvée que chez 64% de nos patientes ; elle est retrouvée par Raiga [6] chez 56% des patientes. L'inconstance de la fièvre dans notre étude pourrait s'expliquer par la fréquente tendance de nos patientes à l'automédication aux antibiotiques. Dans notre expérience, l'abcès tubo-ovarien est souvent masqué par un diagnostic de pelvipéritonite de traitement médical, alors que l'état des annexes n'est pas toujours précisé par l'échographie abdomino-pelvienne. En effet, dans notre étude l'échographie qui est l'examen morphologique le plus accessible ne pose le diagnostic que

dans 13% des cas, lequel taux est largement inférieur à celui des 92% décrits dans la littérature [6]. Les auteurs s'accordent sur les performances de la tomodensitométrie abdomino-pelvienne qui est le meilleur examen pour le diagnostic de l'abcès tubo-ovarien, surtout dans les formes cliniquement atypiques [8]. Varras [9] insiste sur l'importance de l'écho doppler couleur qui met en évidence une hyper vascularisation dans les parois et les septa de l'abcès dans 90% des cas. Ces examens ne sont pas toujours à la portée de nos patientes issues de milieux socio-économiques défavorisés et qui doivent prendre en charge la totalité du coût de leur traitement. La symptomatologie polymorphe et le retard diagnostique expliquent la fréquence des complications telles que la rupture ou la fistulisation au rectum que nous avons observées respectivement dans 36% et 4% des cas dans cette étude.

Chez toutes nos patientes, le traitement était chirurgical avec une morbidité de 8%. La voie d'abord était une laparotomie médiane. La laparotomie permet d'établir le bilan lésionnel, de procéder à un prélèvement bactériologique, à une annexectomie, à une résection des lésions associées, à une toilette péritonéale et à un drainage péritonéal. Le traitement chirurgical est associé à une antibiothérapie à large spectre. Du fait de la destruction totale de l'ovaire par l'abcès, le traitement conservateur n'est pas effectué. Le traitement non opératoire qui associe une antibiothérapie à large spectre à un drainage percutané ou à une colpotomie est efficace sur les pelvi-péritonites compliquant les abcès pelviens [10]. De nombreux auteurs conseillent un traitement de 1^{ère} intention par drainage et antibiothérapie (clindamycine + aminoside) avec 90% de bons résultats [11-13]. Néanmoins, il ne devrait se concevoir que pour

les abcès de l'ovaire survenant en dehors de toute lésion kystique de l'ovaire. En effet, la complication infectieuse d'un kyste de l'ovaire justifierait, à notre avis, l'exérèse de l'annexe et son étude anatomopathologique. La limite du traitement non opératoire vient de la difficulté d'évaluer exhaustivement les lésions. Nous n'avons pas l'expérience de la cœlioscopie dans le traitement des abcès tubo-ovariens dans cette série. Néanmoins, nous estimons comme Decroisette [14] que même si la cœlioscopie est souvent réalisée en première intention, la laparotomie demeure le traitement de référence. Dans notre contexte de travail où les patientes consultent tardivement au stade de complications, la laparotomie permet d'asseoir le meilleur bilan lésionnel et de proposer un geste thérapeutique adapté, même si en milieu africain, le traitement par ponction écho-guidée pourrait être d'un accès plus facile et à moindre coût.

CONCLUSION

Notre étude est caractérisée par la survenue des abcès tubo-ovariens chez des patientes jeunes en période de fécondité vivant dans des conditions socio-économiques défavorables. Dans notre expérience, la nature polymorphe des symptômes et l'absence de spécificité des signes retarde le diagnostic. Quoique grevé d'une mortalité nulle et d'une morbidité faible, le traitement chirurgical présente l'inconvénient de compromettre l'avenir obstétrical des patientes. D'où l'intérêt du traitement non opératoire et surtout de la prévention de ces abcès tubo-ovariens par des politiques d'éducation sanitaire en milieu socio-économique défavorisé.

REFERENCES

- 1 **N'guessan K, Boni S, Gondo D, Bokossa M, Doumbia Y, Koné N, et al.** Les abcès pelviens chez la femme. Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques. *Médecine d'Afrique Noire* 2004 ; 51 : 73-77.
- 2 **Takongmo S, Binam F, Simeu Ch, Ngassa P, Kouam L, Malonga E.** Aspects thérapeutiques des péritonites génitales au CHU de Yaoundé (Cameroun). *Médecine d'Afrique Noire* 2000 ; 47 : 19-21.
- 3 **Katz Z.** *Comprehensive Gynecology*, 5th Edition, 2007 Mosby-Elsevier.
- 4 **Ben Hamouda S, Fekih C, Najjar H, Bouguerra B, Ben Zineb N, Sfar R.** Les abcès de l'ovaire. *Tunisie Chirurgicale* 2001; 1: 50-55.
- 5 **Halperin R, Levinson O, Yaron M, Bukovsky I, Schneider D.** Tubo-ovarian abscess in older women: is the woman's age a risk factor for failed response to conservative treatment? *Gynecol Obstet Invest* 2003; 55: 211-215.
- 6 **Raiga J, Denoix S, Canis M, Lebouedec G, Glowaczower E, Wattiez A, et al.** Traitement coelioscopique des abcès annexiels : à propos d'une série de 39 patientes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 1995 ; 24 : 381-385.
- 7 **Erdem M, Arslan M, Yazici G, Erdem A, Gursoy R.** Incidental tubo-ovarian abscess at abdominal delivery: a case report. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 12: 279-280.
- 8 **Hiller N, Sella T, Lev-Sagi A, Fields S, Lieberman S.** Computed tomographic features of tuboovarian abscess. *J Reprod Med.* 2005; 50: 203-208.
- 9 **Varras M, Polyzos D, Perouli E, Noti P, Pantazis I, Akrivis Ch.** Tubo-ovarian abscess: spectrum of sonographic findings with surgical and pathological correlations. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003;30:117-21.
- 10 **Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E, et al.** The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2009 ; 23 : 667-78.
- 11 **Reed SD, Landers DV, Sweet RL.** Antibiotic treatment of tubo-ovarian abscess: comparaison of broadspectrum B-lactam agents versus clindamycin containing regimens. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1556-62.
- 12 **Varghese JC, O'Neill MJ, Gervais DA.** Transvaginal catheter drainage of tubo-ovarian abscess using the trocar method. *Roentgenol* 2001;177: 139-44.
- 13 **Corsi PJ, Johnson SC, Gonik B, et al.** Transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic abscess. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999; 7:216-21.
- 14 **Decroisette E, Raynal P, Le Meaux J-P, Lepercq J, Aubard Y.** Abcès primaire de l'ovaire. Diagnostic et approche thérapeutique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2006 ; 34 : 337-340.



Jun 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

ARTICLE ORIGINAL

Invagination intestinale aiguë de l'adulte : à propos de 4 cas opérés au Centre hospitalier national Matlaboul Fawzaini de Touba

Acute intestinal intussusception in adults: analysis of 4 cases in National Hospital Matlaboul Fawzaini of Touba

Guèye O¹, Diouf C¹, Bogol J¹, Sow Y¹, Diop A², Diouf AG¹, Dieng M³

¹Service de Chirurgie

²Service d'Anesthésie et de Réanimation

³Clinique Chirurgicale, HALD

Auteur Correspondant : Dr Ousmane Gueye, Chirurgien Généraliste

Centre Hospitalier National Matlaboul Fawzaini de Touba

Téléphone : Portable 77-552-43-17 et Fixe 33-974-05-47/48 poste 143 - E-mail : gueye_99@yahoo.fr

Résumé

But : Discuter les éléments diagnostiques, les facteurs étiologiques et les options thérapeutiques de l'invagination intestinale aiguë de l'adulte. **Patients et Méthodes :** Etude rétrospective sur 4 cas d'invagination intestinale aiguë de l'adulte reçus en 13 mois. **Résultats :** Nos patients, avec un sex-ratio de 1, avaient un âge moyen de 46 ans (extrêmes 38 et 60 ans). Dans tous les cas, l'interrogatoire était en faveur d'une autre pathologie chirurgicale. L'état hémodynamique était stable (n=4) alors que le tableau d'occlusion ou de péritonite était toujours retrouvé. La radiographie de l'abdomen sans préparation réalisée chez 3 patients montrait des niveaux hydro-aériques (n=2), une grisaille (n=2) et un pneumopéritoine (n=1). L'échographie, le scanner et la fibroscopie montraient respectivement une rétention d'œuf mort (n=1) et une masse non spécifique (n=1); une tumeur de l'angle colique droit et une sténose du pylore (n=1). La biologie montrait une hyperleucocytose dans 2 cas. L'exploration retrouvait une invagination intestinale isolée (n=1) et associée à une autre pathologie (n=3) ; et chez 3 d'entre elles la nécrose était déjà installée motivant une résection - anastomose. Une seule désinvagination était faite. La durée moyenne de séjour était de 10,4 jours avec des suites opératoires simples chez 3 patients. Un décès était noté. **Conclusion :** Le diagnostic d'une invagination intestinale de l'adulte est souvent confirmé en per-opératoire et doit faire suspecter un obstacle organique au transit intestinal. La résection-anastomose est une option thérapeutique valable, en raison du diagnostic tardif.

Mots clés : invagination, nécrose intestinale, résection-anastomose

Summary

Goal: To discuss the diagnostic features, etiological factors and treatment options of acute intestinal intussusceptions in adults. **Patients and methods:** Retrospective study of 4 cases of acute intussusceptions in adults treated over 13 months. **Results:** The average age of our patients was 46 years (range from 38 to 60 years). The sex ratio was equal. In all cases, the history and circumstances of discovery favored another surgical pathology. The hemodynamic status was stable (n=4), while abdominal signs of suffering were encountered. The abdomen radiograph without preparation for 3 patients indicated air-fluid levels (n=2), gray (n=2) and pneumoperitoneum (n=1). The echography, scanner and gastro-esophageal fibroscopy showed a retention of a dead egg (n=1) and a nonspecific mass (n=1), a tumor of the right colic flexure and a stenosis of the pylorus (n=1). Through biology, a leukocytosis was found in 2 cases. The exploration found an isolated intussusceptions (n=1) or associated with a pathology (n=3). For 3 patients, the necrosis was already there and the treatment was a resection - anastomosis. A desinvagination associated with gastro-entero-anastomosis was done for one patient. Post-surgery was uneventful in 3 patients and the average length stay was 10,4 days. One death occurred. **Conclusion:** The acute intestinal intussusceptions in adults should bring suspicion on an underlying obstruction to the intestinal transit. The diagnosis is often confirmed during surgery. The resection-anastomosis is the best treatment option due to the late diagnosis.

Keywords: intussusceptions, intestinal necrosis, resection-anastomosis

INTRODUCTION

L'invagination intestinale aiguë est une urgence chirurgicale du nourrisson entre 2 mois et 2 ans [1]. La forme idiopathique reste la plus rencontrée chez l'enfant alors qu'une pathologie à l'origine d'un désordre du péristaltisme explique sa présence chez l'adulte [1-4]. Le retard diagnostique la caractérise, conditionne l'option thérapeutique [5-8] et fait discuter sa chronicité chez l'adulte [9]. Nous rapportons 4 cas d'invagination intestinale aiguë chez l'adulte qui nous ont permis de revoir nos éléments diagnostiques dans chacun des cas, les facteurs étiologiques retrouvés, et les options thérapeutiques.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective de 4 cas d'invagination intestinale aiguë de l'adulte, colligés sur une période de 13 mois (Avril 2008 à Avril 2009) au Service de Chirurgie de l'Hôpital National Matlaboul Fawzaini de Touba. Les cas survenant chez l'enfant n'ont pas été recensés.

Nous nous sommes intéressés aux éléments diagnostics, aux facteurs qui auraient conduit à l'invagination et les arguments qui ont orienté notre traitement.

RESULTATS

OBSERVATION 1

B.K. âgée de 41 ans, de sexe masculin était admis le 17 Avril 2008, pour une douleur abdominale intermittente associée à une constipation chronique évoluant depuis plus d'un mois. A l'examen, une douleur et une masse de l'hypochondre droit étaient retrouvées.

Une échographie faite en urgence était en faveur d'une tumeur de l'angle colique droit. Le scanner abdominal, reçu neuf jours après son admission car n'étant pas disponible chez nous, révélait une invagination cæco-colo-colique (**figure 1**). Quelques heures avant l'intervention, le patient avait développé un tableau de péritonite aiguë généralisée avec une grisaille et un pneumopéritoine sur la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) réalisée dans la foulée.

La prise des constantes montrait une tension artérielle à 110/60 mm Hg, une température à 36,7°C, une fréquence respiratoire à 45 cycles par minute et

un pouls à 80 battements par minute (b/mn). A la numération et formule sanguine (NFS), une hyperleucocytose à 12400 éléments/mm³ était retrouvée. L'exploration en urgence par une laparotomie médiane xipho-pubienne mettait en évidence une invagination iléo-cæco-colique perforée au niveau de l'angle colique droit avec un aspect tumoral comme le montre la figure 2.

La cavité abdominale n'étant pas très souillée, nous avons procédé à un clampage sur l'iléon et sur le côlon transverse suivi d'un lavage, d'une hémicolectomie droite et d'une anastomose iléo-transverse dans le même temps. Les suites opératoires étaient simples et le patient était mis en exeat 19 jours après l'intervention. Il était revu un an après et ne signalait rien de particulier. L'histologie révélait 3 adénomes tubulo-villeux en dysplasie moyenne sans carcinome. Le patient avait été perdu de vue 3 mois après sa sortie le 06 Mai 2008, jusqu'au 05 Février 2010 quand il a été reçu une deuxième fois en urgence pour une occlusion sur bride. Nous lui avons, ainsi, fait subir une seconde laparotomie nous permettant de réaliser une section de bride. Il n'y avait pas d'épanchement à l'exploration, ni de nécrose intestinale. Les suites opératoires ont été simples, jusqu'à 3 mois après cette deuxième intervention. La coloscopie totale n'a pas pu être réalisée de ce fait. Il est encore perdu de vue.

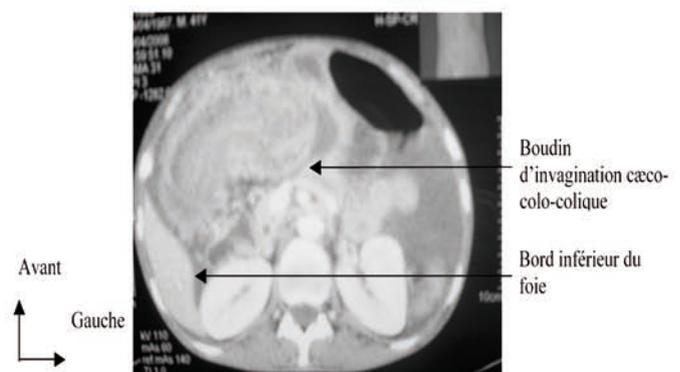


Figure 1 : TDM d'une invagination cæco-colo-colique de l'angle colique droit
(Auteur de la photo : Dr Cherif Aïdara, radiologue)

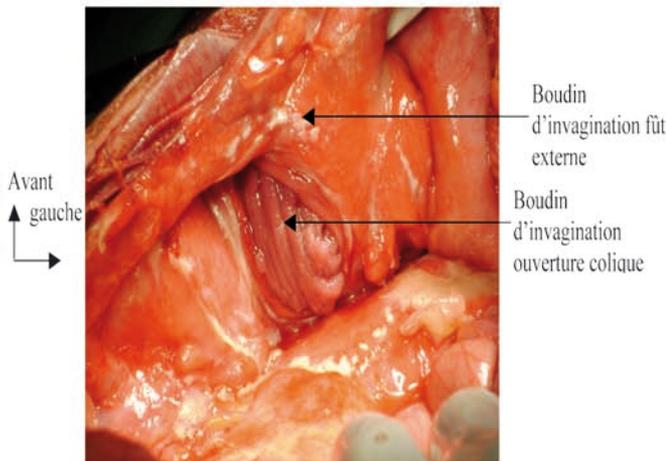


Figure 2: Ouverture du boudin tumoral d'invagination à l'angle colique droit.
(Auteur de la photo : Dr Ousmane Gueye, chirurgien)

OBSERVATION 2

D.S., âgé de 38 ans de sexe masculin, était admis aux urgences le 28 Avril 2008 après un délai de 72 heures pour une douleur abdominale associée à des vomissements et à un arrêt du transit. Dans ses antécédents, on retrouvait une appendicectomie et une hypertension artérielle. La tension artérielle (TA) était à 160/120 mm Hg, la température à 37,3°C, la fréquence respiratoire (FR) à 44 cycles/minute et le pouls à 126 battements/minute. En dehors de la douleur, aucun autre signe physique n'était retrouvé. L'échographie était sans particularité. L'ASP révélait des niveaux hydro-aériques (NHA) et une graille diffuse. La NFS montrait une hyperleucotose à 11000 éléments/mm³. L'exploration chirurgicale par une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale mettait en évidence une invagination iléo-cæcolique nécrosée, motivant une résection et une anastomose iléo-transverse. Les suites opératoires étaient simples et le patient était mis en exeat 9 jours après l'intervention. L'anatomie pathologique n'a pas été réalisée du fait de la nécrose et d'un problème de moyen.

OBSERVATION 3

K.D. âgée de 45 ans de sexe féminin, était admise le 29 Août 2008, après un délai de 72 heures pour une

douleur abdominale aiguë associée à des vomissements et un arrêt du transit dans un contexte de grossesse de 4 mois. Dans ces antécédents on retrouvait une notion de cure de hernie ombilicale et une grande multiparité (XII Gestes XI Pares). A l'examen, la douleur abdominale et des signes de lutte étaient présents. On retrouvait également un utérus gravide. La prise des constantes montrait une TA à 100/60 mm Hg, une température à 37°C, une FR à 24 c/mn et un pouls à 110 b/mn. A la NFS, une hyperleucocytose à 14400 éléments/mm³ était retrouvée. L'échographie montrait une grossesse à 17 semaines d'aménorrhée (SA), arrêtée sans autre signe. L'ASP montrait des NHA. L'exploration par une laparotomie médiane sus et sous ombilicale mettait en évidence une invagination iléo-iléale nécrosée (**figure 3**) motivant une résection puis une anastomose en un temps. La grossesse était laissée en place. L'expulsion a eu lieu le lendemain de l'intervention sous Misoprostol. L'étude anatomo-pathologique n'a pu être obtenue faute de moyen pour le transport à Dakar et pour la somme à payer. Les suites opératoires étaient simples et la patiente était sortie 5 jours après l'intervention. Elle a été revue 10 mois après la sortie sans aucune particularité.

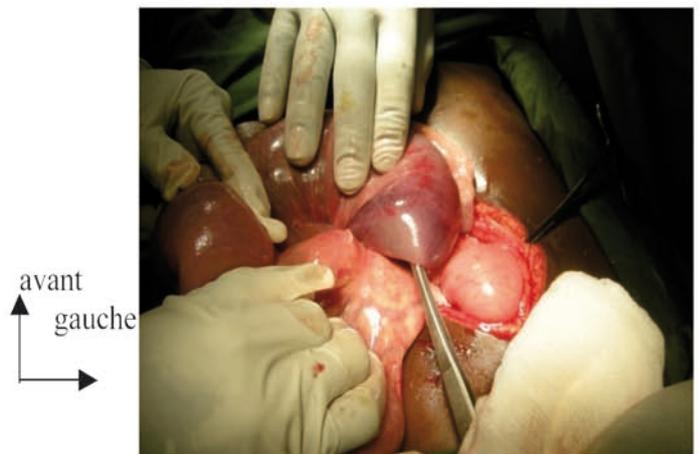


Figure 3: invagination iléo-iléale nécrosée.
(Auteur de la photo : Dr Ousmane Gueye, chirurgien)

OBSERVATION 4

M.G. âgée de 60 ans, de sexe féminin était programmée le 01 Décembre 2008 pour une vagotomie tronculaire et une gastro-entéro-anastomose (GEA) suite à un diagnostic de sténose ulcéreuse du pylore. Son tableau évoluant depuis plus de 4 mois associait des

douleurs abdominales, des vomissements et un clapotage à jeun sans masse palpable. La biologie montrait un taux d'hémoglobine à 12g/l, un hémocrite à 34,9% et un taux de leucocyte à 3300 éléments/mm³. L'exploration chirurgicale par une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale mettait en évidence une tumeur antrale sténosante associée à une invagination iléo-iléale réductible sans signe de nécrose. Une désinvagination était pratiquée ; elle était suivie d'une gastro-entéro-anastomose. Les suites opératoires immédiates étaient simples. La patiente était décédée subitement 13 jours après l'intervention.

DISCUSSION

L'invagination intestinale aiguë est connue comme étant une pathologie de l'enfant [1,2] ; bien que certains auteurs africains mettent en doute cette prédominance pédiatrique [9,10]. Dans l'étude de Bazira sur 10 ans, 15 adultes contre 5 enfants sont retrouvés [10]. Pour notre part, l'épidémiologie de cette pathologie n'est pas encore faite dans notre service.

Son caractère pédiatrique explique-t-il le retard diagnostique enregistré chez les adultes ? Chez nos 4 patients, le retard diagnostique est réel, allant d'une journée à plus d'un mois. Le diagnostic positif d'une invagination intestinale aiguë n'est pas effectivement établi tôt chez l'adulte [3,5-10]. Seul, un de nos patients avait un diagnostic positif d'une invagination intestinale avant l'intervention.

Chez ce patient (observation 1), le scanner permettait de poser le diagnostic positif. L'échographie abdominale était pratiquée chez 3 de nos patients ; elle ne montrait pas formellement le boudin d'invagination. Elle a permis d'une part de suspecter une tumeur du côlon droit chez le patient B.K. qui s'est révélé être une invagination cæco-colo-colique et d'autre part de diagnostiquer une mort in utero chez la patiente K.D. qui souffrait surtout d'une invagination iléo-iléale. Ceci montre la place de l'échographie dans notre contexte qui permet de suspecter cette pathologie chez l'adulte comme beaucoup d'auteurs l'ont rapporté [8,11,12,13] même si le diagnostic échographique n'est pas toujours aisé chez l'adulte car l'occlusion entraîne une accumulation de gaz [2,3,6,7].

C'est donc devant l'évidence de l'occlusion chez tous nos patients et parfois, la confirmation radiologique avec notamment des niveaux hydro-aériques (n=2) et un pneumopéritoine (n=1) que l'exploration

avait été décidée. Il est reconnu que la plupart des cas d'invagination intestinale chez l'adulte est diagnostiquée lors d'une exploration pour occlusion [11]. La place du scanner dans le diagnostic de l'invagination est primordiale ; mais il n'est pas souvent disponible, ni accessible. Ceci nous permet d'affirmer que le diagnostic d'une invagination intestinale de l'adulte est opératoire, si on ne dispose pas de scanner [7,8,11]. L'étude d'Ayité sur 38 cas opérés est révélatrice par rapport à cette affirmation [9].

La survenue de l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte fait penser à la présence d'une pathologie digestive sous-jacente ; inflammatoire [1], congénitale (diverticule de Meckel) [2,5] ou tumorale (polypes, lipome du grêle, lipome colique) [4,6,12]. Ces pathologies peuvent induire un hyper péristaltisme qui explique la survenue de l'invagination intestinale [4]. Chez quatre de nos patients, deux présentent un antécédent d'intervention chirurgicale (observations 2 et 3) et deux autres ont une tumeur digestive (observations 1 et 4). Chez une de nos patientes (observation 3), une grande multiparité, un antécédent de cure de hernie ombilicale et un avortement tardif sont retrouvés. Ces trois facteurs semblent être à l'origine de l'invagination. L'origine organique est reconnue dans 80% à 90% des cas d'invagination intestinale de l'adulte [7,11,13]. Cependant, la prédominance d'une étiologie tumorale est remise en question dans certaines régions d'Afrique [9,10]. Sanogo suspecte plutôt les salmonelloses et les parasitoses [8]. En somme, toute pathologie à type d'adhérences, de tumeur, de grossesse ou de traumatisme pouvant gêner le transit intestinal par compression ou pouvant entraîner un hyper péristaltisme peut donc être un facteur étiologique d'une invagination intestinale chez l'adulte [3, 4].

La forme primitive est très rare et l'échographie est d'un grand apport ici [13]. Nous n'avons pas dans notre série un cas de forme primitive.

Le traitement de l'invagination chez l'adulte est tributaire du retard diagnostique [8] et des facteurs étiologiques [3]. Il est d'emblé chirurgical [3-7,10,12]. Le retard diagnostique chez tous nos patients, la présence d'une hyperleucocytose chez quatre patients et la découverte fortuite chez la dernière motivent d'emblée l'option chirurgicale. La résection a été obligatoire, chez trois de nos patients, devant la nécrose intestinale. Une seule désinvagination était pratiquée et c'est chez le cas découvert fortuitement

(observation 4). Beaucoup d'auteurs s'accordent sur la nécessité de réséquer le segment atteint et parfois de faire une exérèse carcinologique (colectomie) d'autant plus que l'étiologie tumorale est largement incriminée [1,3,5,6,9,12]. Le temps de rétablissement de la continuité digestive dépend de l'état local [7,8]. Notre option est toujours de rétablir d'emblée pendant la première intervention, d'autant plus que le grêle est le plus souvent intéressé. Le cas de décès que nous rapportons ne peut être imputé à la désinvagination (observation 4), d'autant plus qu'une tumeur gastrique est laissée en place.

CONCLUSION

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte pose un problème de retard diagnostique. Devant l'urgence abdominale, surtout occlusive et en absence de scanner, une exploration chirurgicale s'impose. Le diagnostic est souvent opératoire du fait de sa rareté chez l'adulte. Sa découverte dans cette tranche d'âge, doit donc faire suspecter un obstacle sous-jacent, au transit intestinal. La résection-anastomose est notre meilleure option thérapeutique.

REFERENCES

1. **Scheye T.** Prise en charge chirurgicale des douleurs abdominales aiguës de l'enfant. *J Chir* 1999;136:252-256.
2. **Habib E, El hadad A.** Triple invagination jéjuno-jéjunale découverte et traitée sous coelioscopies. *J Chir* 1997;134:133-136.
3. **Rakotoarijaona AH, Rakoto-ratsimba HN, Rabemazava AZLA, Rabesalama SEN, Ranaivozanany A.** Un cas d'invagination intestinale post traumatique de l'adulte. *Revue Tropicale de Chirurgie* 2007;1:8-9.
4. **Youssef S, Jaidane M, Sakhri J, Belltaifa D, Kehila M.** Invagination intestinale après vagotomie chez l'adulte. *Ann Chir* 2001;126:786-8.
5. **Hennekinne-Mucci S, Pessaux P, Arnaud JP.** Diverticule de Meckel extériorisé par l'anus. *J Chir* 2004;141:270
6. **Hunald FA, et al.** Un lipome du grêle à l'origine d'une invagination intestinale aiguë. *Revue Tropicale de Chirurgie* 2008;2:8-9.
7. **Ribault L, Cuvillier X, Diagne AL.** Les invaginations intestinales aiguës de l'adulte à propos de 3 cas à l'Hôpital Principal de Dakar. *Médecine d'Afrique Noire* 1991;38(6): 442-444.
8. **Sanogo ZZ, Yena S, Simaga AK, Doumbia D, Ouattara Z, Diallo A, Sidibé S, Sangaré D, Soumaré S.** Invagination intestinale aiguë de l'adulte à propos de 3 cas. *Mali Médical* 2003;18:48-50.
9. **Ayite AE, Sako AS, Noma M.** Les invaginations intestinales de l'adulte au Niger. *Médecine d'Afrique Noire* 1993;40:746-753.
10. **Bazira L, Ndayisaba G, Armstrong O, Minani M, Karayuba R.** L'invagination intestinale aiguë a propos de 18 cas à Bujumbura (Burundi) *Médecine d'Afrique Noire* 1990;37: 546-549
11. **Lebeau R, Koffi E, Diané B, Amani A, Kouassi J C.** Invaginations intestinales aiguës de l'adulte : analyse d'une série de 20 cas. *Annales de Chirurgie* 2006;131:447-450.
12. **Lattuneddu A, Lucci E, Garcea D.** Occlusion par invagination sur un lipome colique. *J Chir* 2002;139:351-352.
13. **Zerbib P, Chambon JP., Bertheloot D, Quandalle P.** Invagination intestinale aiguë primitive de l'adulte



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

CAS CLINIQUE

Hématome sous-capsulaire du foie compliquant une toxémie gravidique. A propos d'une observation

Subcapsular hematoma liver complicating a toxemia. About an observation

MM Niang, I Aïdibé, CT Cissé

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, Sénégal.

Auteur correspondant : *Professeur Cheikh Ahmed Tidiane Cisse - Email : tcisse@hotmail.fr*

Docteur Mouhamadou Mansour NIANG - Cell phone: (221) 77-656-63-43

Email : mansniang@hotmail.com

Docteur Ibrahim AIDIBE - BP 1217 RP Dakar – Sénégal - Cell : (221) 77-631-32-36

Email : dr.aidibe@gmail.com

Résumé

Il s'agit d'une patiente de 35 ans, porteuse d'une grossesse de 27 semaines d'aménorrhée, reçue en urgence pour des métrorragies et des douleurs abdominales, dans un contexte de toxémie gravidique. La suspicion de HELLP Syndrome définit par l'association d'une hémolyse, d'une augmentation des enzymes hépatiques et d'une numération plaquettaire faible (inférieure à 100 000/mm³) est confirmée par le bilan biologique. Deux heures après l'expulsion d'un mort-né frais de 800 grammes, la patiente développe un état de choc en rapport avec un hémopéritoine. Une laparotomie faite en urgence objective la rupture d'un hématome sous-capsulaire du foie. Malgré la réanimation, la patiente décède en per-opératoire. L'hématome sous capsulaire du foie compliquant la toxémie gravidique est une pathologie très rare, de diagnostic difficile et dont le pronostic reste très péjoratif.

Mots-clés : hématome sous - capsulaire-toxémie gravidique - mortalité maternelle - hémorragie.

Summary

A 35 year old patient with a 27 weeks pregnancy was received in emergency for vaginal bleeding and abdominal pains in a context of toxemia. The suspicion of HELLP Syndrome defined by a combination of hemolysis, increased liver enzymes and low platelet count (less than 100 000/mm³) was confirmed by the biological assessment. Two hours after the eviction of a fresh still-born fetus of 800 grams, she developed a state of shock in connection with a hemoperitoneum. A laparotomy was made in emergency and showed a rupture of a subcapsular hematoma of liver. In spite of the reanimation, the patient died into per-operational. It is a very rare pathology; the diagnosis is still difficult with a very pejorative prognosis.

Key words: *subcapsular hematoma - toxemia - maternal mortality - hemorrhage.*

INTRODUCTION

L'hématome sous-capsulaire du foie est une collection sanguine sous la capsule de Glisson qui survient le plus souvent dans un contexte de pré-éclampsie [1]. C'est une complication rare et grave de la toxémie gravidique dont le risque majeur est la rupture, responsable d'une létalité maternelle de 50 à 75 % et fœtale de 60 à 80 % [2]. Le tableau clinique, très variable et non spécifique, explique le retard diagnostique souvent observé et par conséquent les difficultés thérapeutiques rencontrées [1].

Les auteurs rapportent le premier cas observé et documenté dans un Service d'Obstétrique à Dakar, et abordent en particulier les difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans un contexte où les moyens sont limités.

OBSERVATION

Madame N., âgée de 35 ans, XI^{ème} geste, VIII^{ème} pare, était admise à 27 semaines d'aménorrhée pour des métrorragies associées à des douleurs abdomino-pelviennes. Dans ses antécédents, on notait trois avortements (terme inconnu) et quatre décès néonataux (cause non retrouvée).

A l'entrée, la patiente avait une conscience claire, un état général passable, des muqueuses conjonctivales pâles. Le tableau clinique était celui d'un hématome rétro-placentaire avec fœtus mort. L'examen clinique objectivait en particulier : une tension artérielle à 210/100 mm Hg, un pouls à 100 battements/minutes, une protéinurie à la bandelette urinaire de trois croix, un utérus tonique, des bruits du cœur absents. La patiente était en 2^{ème} phase du travail avec une dilatation cervicale à 8 cm, une poche des eaux rompue et un liquide amniotique hémattique.

La suspicion de HELLP Syndrome définit par l'association d'une hémolyse, d'une augmentation des enzymes hépatiques et d'une numération plaquettaire faible (inférieure à 100 000/mm³) est confirmée par le bilan biologique réalisé en urgence et qui objectivait une anémie à 8,1 g/dl, une thrombopénie à 111 000 éléments/mm³, une élévation des transaminases sériques avec les ASAT à 210 UI/L et les ALAT à 325 UI/L. La patiente avait bénéficié d'un traitement antihypertenseur à base de clonidine par voie intraveineuse (à raison de 2 ampoules de 1 ml dans 500 ml de sérum glucosé) et d'une direction du travail (5 unités de syntocinon dans 500 ml de sérum

glucosé isotonique à raison de 8 gouttes/minutes) qui aboutit à l'expulsion, deux heures après, d'un mort-né frais pesant 800 grammes. L'examen du délivre avait confirmé l'existence d'un hématome rétro-placentaire avec une cupule creuse et 250 grammes de caillots.

Deux heures après l'accouchement, la patiente avait présenté un tableau de choc hypovolémique (avec tension artérielle à 80/60 mm Hg, un pouls à 124 battements/minutes et des sueurs profuses) associé à une violente douleur de l'hypochondre droit. L'examen clinique avait trouvé une augmentation du volume de l'abdomen avec une matité déclive des flancs. L'état hémodynamique était très vite restauré par une expansion volémique avec 1500 ml de Ringer Lactate et par une transfusion sanguine de 2000 ml de sang total.

La laparotomie réalisée en urgence avait objectivé un hématome sous-capsulaire du foie rompu étendu sur toute la surface hépatique avec fissuration au niveau du lobe droit. Un packing péri-hépatique avec une suture de la capsule était réalisée, associée à l'évacuation d'un hémopéritoine d'environ 1500 ml (figures 1 et 2).



Figure 1 : Hémopéritoine massif à la cœliotomie

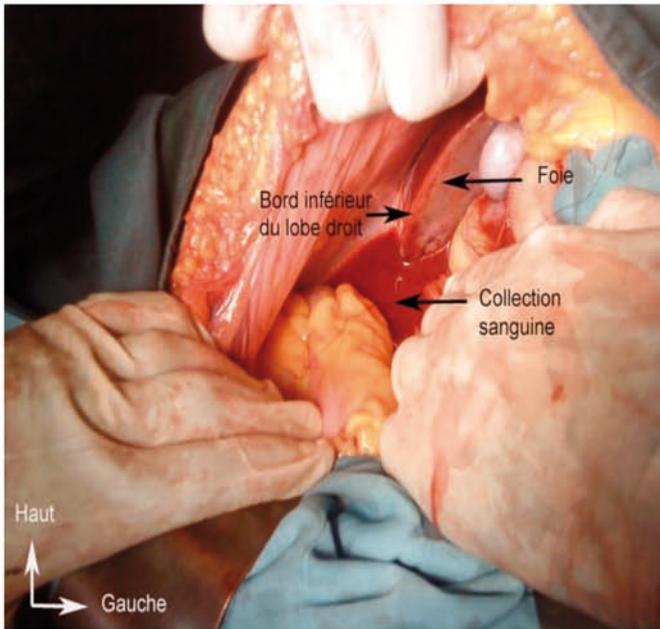


Figure 2 : Origine hépatique de l'hémopéritoine

La patiente est décédée en per-opératoire dans un tableau de choc hémorragique liée à une coagulopathie.

DISCUSSION

Depuis sa description princeps par Abercrombie en 1844 [1, 3], seuls 200 cas d'hématome sous-capsulaire spontanés ont été décrits dans la littérature. C'est un accident rare mais grave survenant le plus souvent pendant la grossesse. C'est une complication rare de la toxémie gravidique (1/45 000), elle est souvent révélatrice d'une pré-éclampsie sévère [4]. En effet, parmi les 484 cas de pathologie vasculaire pris en charge dans notre service au cours des trois dernières années, il ne figure qu'un hématome sous-capsulaire du foie.

Cet accident, survenant le plus souvent chez la multipare âgée de plus de 30 ans, se voit dans 50 % des cas après 36 semaines d'aménorrhée. Dans 85% des observations, il se révèle avant le travail et dans 15 % des cas dans le post-partum immédiat [1], comme c'est le cas de notre patiente.

En dehors de la pré-éclampsie, l'hématome sous-capsulaire du foie est exceptionnel et souvent causé par un traumatisme direct ou une lésion focale hépatique préexistante (hémangiome, adénome, hyperplasie nodulaire focale) [2]. Il peut également survenir lors d'une hémodialyse, d'une péricardite noueuse ou d'un traitement anticoagulant [5]. L'hématome intéresse plus fréquemment le lobe

droit (75% des cas), parfois le lobe gauche (14%) et plus rarement les deux lobes (11%) [2]. Deux tableaux cliniques peuvent être distingués [1] :

- l'hématome sous-capsulaire du foie non rompu correspond à un tableau de pré-éclampsie plus ou moins sévère, associé à un syndrome douloureux abdominal épigastrique et/ou de l'hypochondre droit. Il s'y associe souvent des signes peu spécifiques tels que des céphalées, des nausées voire des vomissements pouvant égarer le diagnostic [1].

- l'hématome sous-capsulaire du foie rompu (figure 3) réalise un tableau d'urgence abdominale avec une aggravation du syndrome douloureux abdominal associée à un état de choc hypovolémique [1, 2, 3].

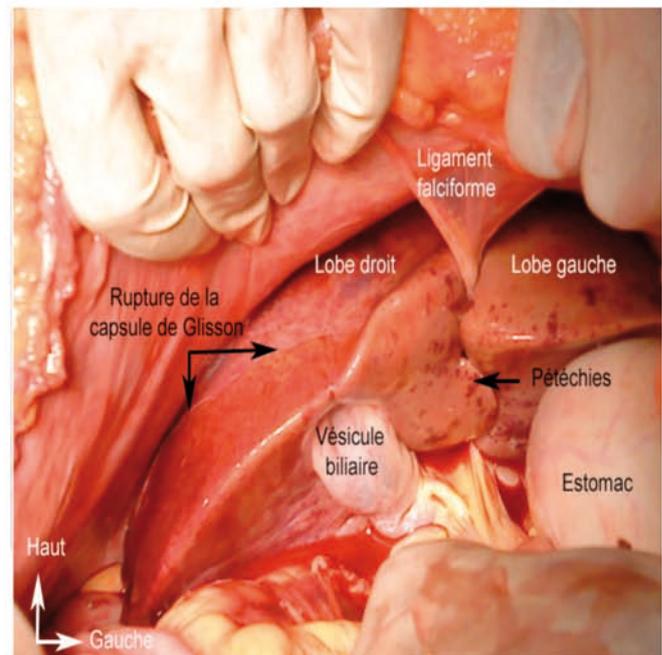


Figure 3 : Rupture de la capsule de Glisson avec lésions pétechiales hépatiques

Le polymorphisme clinique entraîne souvent un retard diagnostique préjudiciable aux patientes [3], comme c'est le cas de notre malade. Il faut dès lors y penser tout au long de la grossesse devant une pré-éclampsie sévère ou un HELLP Syndrome. Au moindre doute, la réalisation d'un bilan radiologique (échographie, scanner) s'avère nécessaire.

Deux théories sont avancées dans la physiopathologie, mais elles sont en fait complémentaires [6]. En effet, la pré-éclampsie s'accompagne de phénomènes de coagulation intra-vasculaire disséminée à l'origine de dépôts de fibrine dans les capillaires sinusoides et dans les artérioles hépatiques, aboutis-

sant à une nécrose périportale, puis secondairement à une nécrose hémorragique multifocale (figure 4) [1, 2, 3].

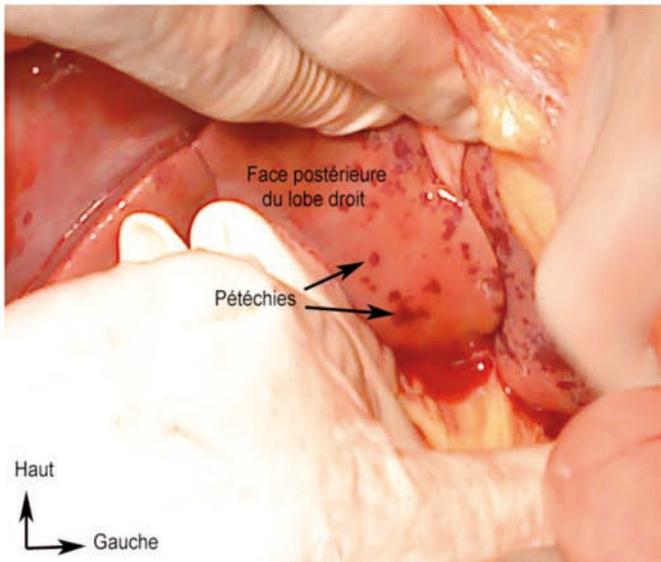


Figure 4 : Lésions pétéchiales localisées à la face postérieure du foie

Par ailleurs, du fait de l'ischémie utéro-placentaire, la libération d'angiotensine induite par la sécrétion d'une substance rénine-like, va être à l'origine d'un vasospasme artériel, amorçant ainsi un cercle vicieux pathogénique [1].

Secondairement, la coalescence des foyers de nécrose hémorragique multifocale sera à l'origine de l'HSF non rompu [1, 2]. Cet hématome pourra se rompre secondairement soit spontanément du fait de la mise en tension de la capsule de Glisson, soit du fait des contractions utérines, comme c'est le cas chez notre malade, des convulsions, vomissements [7] ou microtraumatismes souvent inconnus de la patiente [1, 2].

La biologie n'est pas spécifique. En dehors des stigmates biologiques de la toxémie gravidique (albuminurie, hyperuricémie, troubles de la crase sanguine) [8, 9], le foie toxémique se caractérise par l'association d'une hémolyse, d'une thrombopénie et d'une cytolyse.

Cette association est encore retrouvée sous l'acronyme évocateur de HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low Platelet count), décrit pour la première fois par Weinstein en 1982 [10], mais sans quantification précise de ces différents éléments.

C'est en 1990 que Sibai [11] propose une définition

précise avec thrombopénie inférieure à 100 000 plaquettes/ml, une augmentation des transaminases supérieure à 70 UI/l ; l'hémolyse est affirmée par la présence de schizocytes ; l'élévation de la bilirubine totale au-dessus de 1,2 mg/ml ou une augmentation des LDH supérieure à 600 UI/l [1]. Il est à noter que les signes cliniques et les lésions hépatiques peuvent précéder toutes modifications biologiques. Ceci souligne l'intérêt de l'imagerie médicale comme aide au diagnostic [3, 9].

Dans un contexte d'urgence, l'échographie hépatique s'impose comme l'examen indispensable au diagnostic. Anodine pour le fœtus, rapidement et facilement réalisable, elle permet de confirmer la présence d'un hématome hépatique sous forme de formation hétérogène hypoéchogène par rapport au reste du parenchyme [2, 12, 13] et de suspecter déjà une fissure en cas d'épanchement intra péritonéal associé [14, 15]. Il s'agit, par ailleurs, d'un examen aisément renouvelable, fait capital dans le suivi de ces patientes après abstention chirurgicale [3].

Pour Manas [2, 16], le scanner est plus fiable et donne des renseignements plus précis que l'échographie. Il a fait la preuve de son efficacité tant dans la détection de l'hémopéritoine que dans la mise en évidence des lésions hépatiques. L'examen doit couvrir l'ensemble de la cavité abdominopelvienne depuis les sommets des coupes diaphragmatiques jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Il comporte des coupes sans et avec injection intraveineuse de produit de contraste pour ne pas masquer les hématomes frais, spontanément hyperdenses, mais plus ou moins isodenses par rapport au parenchyme hépatique après injection des contrastes iodés. L'examen tomodensimétrique permet une délimitation parfaite de l'hématome qui apparaît comme une zone hypo, iso ou hyperdense entourée d'un halo hypodense déformant les contours hépatiques [2].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'a pas d'intérêt dans un contexte d'urgence, mais peut s'avérer utile dans la détection secondaire d'éventuelles lésions causales [3, 2, 17]. Sa réalisation ne doit pas retarder l'action thérapeutique chez ces patientes.

L'attitude thérapeutique de l'HSF doit prendre en compte l'état hémodynamique de la patiente et l'intégrité ou non de la capsule de Glisson [1]. La réanimation pré, per et postopératoire vise à corriger l'hypertension artérielle, l'hypovolémie, le collapsus éventuel et les troubles de la coagulation [2].

La laparotomie s'impose et constitue la première étape pour établir un bilan lésionnel hépatique [1]. Deux situations peuvent alors se présenter selon l'intégrité de la capsule de Glisson.

En cas d'intégrité de la capsule, la plupart des auteurs s'accordent à observer une abstention chirurgicale au niveau hépatique, une stabilisation de la tension artérielle afin d'éviter les pics tensionnels pouvant entraîner une rupture secondaire et une surveillance clinique et surtout radiologique par des scanners répétés de la régression spontanée de l'hématome [1, 2, 3].

L'attitude interventionniste entraînerait de nombreuses complications qui aggraverait le pronostic maternel [2]. Manas, en 1985, qui a préconisé le premier cette attitude conservatrice, rapporte 7 cas de survie maternelle et 6 de survie fœtale à propos de 7 cas d'HSF non rompu [1, 2, 3]. L'administration de facteur VIIa précombinant seul en l'absence de rupture hépatique ou associée à la chirurgie est supportée [18].

En cas de rupture de la capsule de Glisson, comme c'est le cas de notre malade, l'intervention au niveau hépatique est indispensable [2, 3, 7]. Après évacuation de l'hématome, l'hémostase est obtenue par des moyens aussi conservateurs que possible (coagulation au bistouri électrique, apposition de colle biologique ou de compresses de collagène, suture des éléments portaux ou sus-hépatiques béants).

Dans le cas de notre malade, la seule possibilité thérapeutique optée, est le packing péri-hépatique associé à une suture hépatique, mais cela a été insuffisant vu le tableau de coagulopathie. En cas d'échec des

gestes, la résection limitée peut être envisagée [2]. Un cas de transplantation hépatique a été rapporté après rupture spontanée d'un hématome sous-capsulaire du foie [19].

Des succès de l'embolisation sélective de l'artère hépatique sont aussi rapportés [20, 21]. Cette méthode pourrait être utilisée en première intention en cas d'hématome sous-capsulaire du foie rompu, si l'hémodynamique du malade le permet, ce qui est rarement le cas. Elle pourrait également s'intégrer dans la surveillance d'un hématome non rompu en l'absence de régression spontanée ou devant l'apparition de signes de choc [1]. Il faut aussi dire que la limite est que cette embolisation artérielle n'est pas encore disponible dans notre pratique.

CONCLUSION

L'hématome sous-capsulaire du foie compliquant une toxémie gravidique est une situation rarement observée mais grevée d'une lourde morbidité et mortalité materno-fœtale. Ce diagnostic doit être évoqué chez toute parturiente présentant une douleur de l'hypochondre droit et/ou de l'épigastre, un état de choc, dans un contexte de pré-éclampsie. L'échographie hépatique est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic en urgence et devrait faire partie de la surveillance de toute pré-éclampsie sévère. C'est un examen capable de faire le diagnostic très précocement à un stade infra-clinique permettant de prendre les mesures préventives pour éviter la rupture de cet hématome qui est létale dans la majorité des cas.

REFERENCES

1. **Langer B, De Manzini N, Boudier E, et al.**
Hématome sous-capsulaire du foie rompu. Conduite à tenir. À propos d'une observation. *Rev Fr Gynécol Obstet* 1997;92:188-90.
2. **Ng Wing Tin L, Mulard C, Talon A, et al.**
Hématome sous-capsulaire du foie, complication du HELLP syndrome.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994;23: 311-4.
3. **Dechaud H, Marsollier C, Bezard-Falgas X, et al.**
Hématome sous-capsulaire du foie en cours de grossesse: un cas.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992;21:952-62.
4. **Bastide N, Boulet E, Benacerraf S, et al.**
Hématome spontané du foie au cours de la grossesse : une observation.
Press Med 1992;21:2151-2.
5. **Abi F, El Fares F, Berrada R, Boutaleb Y.**
Les lésions hépatiques hémorragiques de la toxémie gravidique. *J Chir* 1986 ;12 :742-5.
6. **Matar N, Morsad M, Ghazli M, et al.**
Hématome sous-capsulaire du foie : À propos de 6 cas et revue de la littérature.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996;25:89-93.
7. **Heller TD, Goldfarb JP.**
Spontaneous rupture of the liver during pregnancy.
NY State J Med 1986;86:314-6.
8. **Audibert F, Coffineau A, Edouard D, et al.**
Prise en charge du HELLP syndrome avant 32 semaines d'aménorrhée.
Presse Med 1996 ;25:235-9.
9. **Le Bouedeg G, Raymond F, Froudinier E, et al.**
L'hématome spontané du foie au cours de la grossesse : abstention chirurgicale. Évolution favorable à propos d'un cas.
Rev Fr Gynécol Obstet 1990;85:407-11.
10. **Weinstein L.**
Syndrome of hemolysis, elevated liver enzyme and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 1982;142:142-59.
11. **Majerus B, Desnault H, Jault T, Parc R.**
Ruptured subcapsular hepatic haematoma secondary to HELLP syndrome.
Acta Chir Belg 1995;95:251-3.
12. **Henny CP, Lim AE, Brummelkamp WH, Buller HR.**
A review of the importance of acute multidisciplinary treatment following spontaneous rupture of the liver capsule during pregnancy.
Surg Gynecol Obstet 1983;156:593-8.
13. **Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazar A, et al.**
Maternal and perinatal outcome associated with syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia.
Am J Obstet Gynecol 1986;155:501-9.
14. **Goodlin RC, Anderson JC, Hodgson PE.**
Conservative treatment of the liver haematoma in the postpartum period.
J Reprod Med 1985;30:368-70.
15. **Greca FH, Coelho JCU, Barros Filho OD, Waalbach A.**
Ultrasonographic diagnosis of spontaneous rupture of the liver in pregnancy.
J Clin Ultrasound 1984;12:515-6.
16. **Manas KJ, Welsh JD, Rankin RA, Millet DD.**
Hepatic hemorrhage without rupture in the preeclampsia.
N engl J Med 1985;312:424-6.
17. **Dib D, Dufor A, Monzories X, et al.**
Rupture spontanée du foie en deux temps au cours de la grossesse.
Presse Med 1984;13:2268-9.
18. **Merchant SH, Mathew P, Vanderjagt TJ, Howdieohell TR, Crookston KP.**
Recombinant factor VIIa in management of spontaneous subcapsular liver hematoma associated with pregnancy.
Obstet Gynecol 2004;103:1055-8.
19. **Hunter SK, Martin M, Benda JA, Zlatnik FJ.**
Liver transplant after massive spontaneous hepatic rupture in pregnancy complicated by preeclampsia. *Obstet Gynecol* 1995;85:819-22.
20. **Loevinger EH, Vujic I, Lee WM, Andersson MC.**
Hepatic rupture associated with pregnancy: Treatment with transcatheter embolotherapy. *Obstet Gynecol* 1985;65:281-4.
21. **Terasaki KK, Quinn MF, Lundell CJ, Finck EJ, Pentocost MJ.**
Spontaneous hepatic hemorrhage in preeclampsia: Treatment with hepatic arterial embolization. *Radiology* 1990;174:1039-41.



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA.ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

CAS CLINIQUE

Apport de l'IRM dans le diagnostic des tumeurs sacro-coccygiennes (TSC). A propos d'un cas

Usefulness of MRI in the diagnosis of sacro coccygeal tumors. About a case

Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M

Service de chirurgie pédiatrique HALD

**Auteur correspondant : Dr Mbaye FALL - Service de Chirurgie Pédiatrique
Hôpital Aristide Le Dantec - Email : mb-fall@hotmail.com - Tel : 776114554**

Résumé

L'incidence du tératome sacro coccygien est de 1/40000 naissances. Les difficultés de diagnostic différentiel entre la myéloméningocèle et le tératome sacro coccygien à la radiologie standard ainsi que les limites de l'échographie et de la tomodensitométrie lombo-sacrée sont bien connues. Nous rapportons un cas de masse sacro coccygienne chez un bébé de 33 jours avec discordance clinico-radiologique. Le recours à l'IRM a permis de redresser le diagnostic de tératome.

Summary

The incidence of sacro coccygeal teratoma is 1 / 40000 births. The difficulties of differential diagnosis between myelomeningocele and sacral coccygeal teratoma in standard radiology and the limitations of ultrasound and computed lumbosacral tomography are well known. We report a case of sacro coccygeal mass in an infant of 33 days with clinical and radiological discrepancy. The use of MRI has helped to rectify the diagnosis of teratoma.

INTRODUCTION

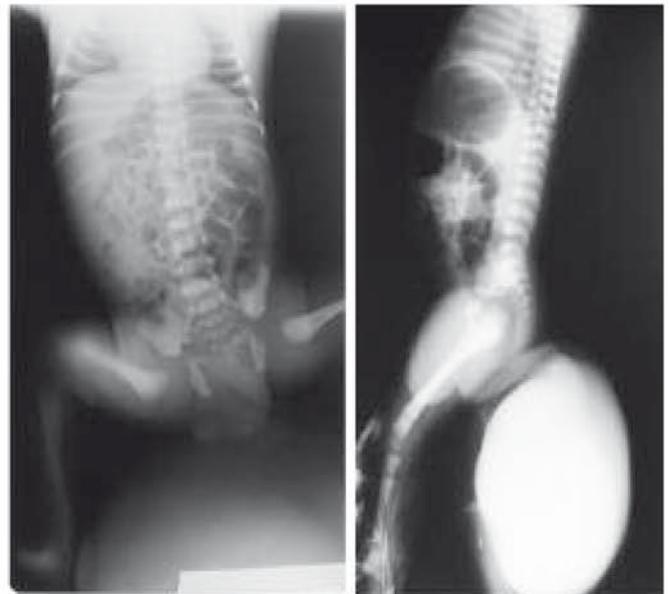
Le tératome sacro coccygien est le plus fréquent des tumeurs néonatales [1]. Son incidence est de 1/40000 naissances [2, 3]. La radiologie standard ne permet pas une bonne analyse de la région sacro coccygienne du fait des nombreuses superpositions gazeuses [4]. Les difficultés de diagnostic différentiel entre la myéloméningocèle et le tératome sacro coccygien à la radiologie standard ainsi que les limites de l'échographie et de la tomodensitométrie lombo-sacrée justifient la présente observation. Nous rapportons un cas de masse sacro coccygienne chez un bébé de 33 jours avec discordance clinico-radiologique. Le recours à l'IRM a permis de redresser le diagnostic de tératome.

OBSERVATION

Bébé C.D reçu à 33 jours de vie pour la prise en charge d'une masse inter fessière. Il est issu d'une grossesse à terme avec 4 consultations pré-natales (CPN) sans échographie obstétricale. L'accouchement a été réalisé par voie basse avec une présentation céphalique. L'Apgar était à 5/5 à la première minute et 10/10 à la cinquième minute. Le poids de naissance était à 4300 grammes et la taille à 54 cm. Le méconium était émis à la 48^{ème} heure. L'examen à l'admission montrait un poids à 4400 g, une température à 37°4 C et une fréquence cardiaque à 134 battements par minute. L'interrogatoire ne retrouvait pas de troubles du transit intestinal, ni de troubles urinaires. L'abdomen était souple, légèrement météorisé. On notait la présence d'une masse volumineuse de 27/25 cm de grand axe appendue à la région sacro coccygienne de consistance molle recouverte par une peau d'aspect normal. L'anus était perméable légèrement repoussé en avant (figure 1). Ailleurs, le bébé ne présentait pas de déficit neurologique, ni d'amyotrophie des membres. L'examen des autres appareils était normal. Les radiographies standard de la colonne lombo-sacrée (figure 2) et l'échographie de la masse plaidaient en faveur d'une myélomeningocèle. L'échographie abdominale était normale. Le dosage de l'alpha fœto protéine était à 300ng/μmol (valeur normale inférieure à 50ng/μmol). Devant la discordance des résultats de l'examen clinique et des examens para cliniques, nous avons décidé de réaliser une IRM qui montrait l'absence de communication entre le sac et le contenu



Figure 1 : Masse volumineuse de 27/25 cm de la région sacro coccygienne repoussant en avant l'anus

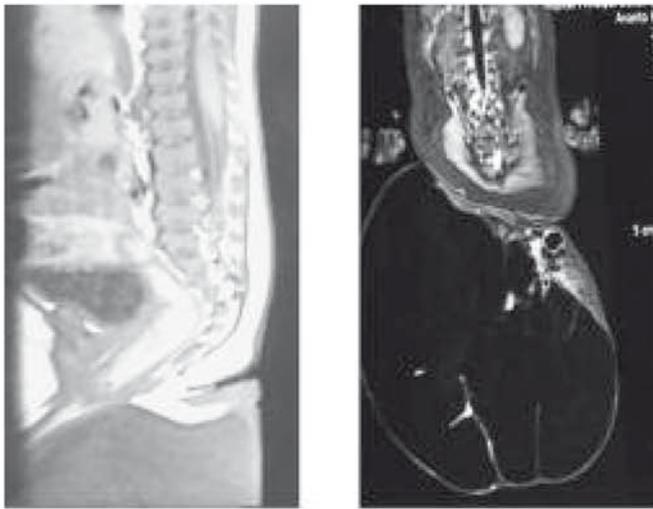


A

B

Figure 2 : Radiographies standards du rachis lombo-sacré de face (A) et de profil (B)

Absence d'anomalie disco-somatique significative. La masse réalise une opacité à développement externe prédominante.



A

B

Figure 3 : IRM du pelvis avec coupe sagittale pondérée en T1 (A) et coupe coronale pondérée en T1 avec effacement du signal de la graisse (B).

Figure 3-A : Absence de communication entre le sac et le contenu des enveloppes méningées sans anomalie disco somatique lombo-sacrée visibles.

Figure 3-B : Effacement du signal au sein de la masse en même temps que celui de la graisse confirment sa nature et évoquant un tératome bénin

des enveloppes méningées sans anomalie disco somatique lombo-sacrée visibles (figure 3). Ainsi on conclut au diagnostic de tératome sacro coccygien de type I de la classification d'Altman. Au 45^{ème} jour de vie, l'enfant a bénéficié d'une exérèse mono bloc emportant le coccyx, suivie d'une plastie de la région glutéale et drainage par une lame de Delbet. Les suites opératoires ont été simples. L'histologie de la pièce opératoire confirmait le diagnostic du tératome bénin.

Le contrôle biologique à J50 post opératoire montrait une régression du taux d'alpha foeto protéine qui passait à 15ng/μmol (valeur normale inférieure à 50ng/μmol).



Figure 4 : Aspect post opératoire

DISCUSSION

Le tératome sacro coccygien est une malformation tumorale multi-tissulaire composée en proportion variable de tissus issus des trois feuilletts embryonnaires : endodermique, mésodermique et ectodermique [5]. Son diagnostic est souvent aisé, devant une masse périnéale siégeant dans le sillon inter fessier, recouverte par une paroi normale dans le type I et II de la classification d'Altman. Cependant, les lésions de type III et IV posent plus de problèmes diagnostiques, du fait de l'absence de composante externe. Le tératome ne sera évoqué que lorsque l'enfant se présente avec une masse abdominale, une constipation ou des symptômes d'obstruction urinaire [5]. Il doit être suspecté devant les lésions associées telles que les anomalies de la peau en regard à type de naevus ou d'hémangiome, une méningocèle ou d'une agénésie du sacrum.

Ainsi, un bilan para clinique s'avère toujours nécessaire composé d'un dosage de βHCG, d'αFP, d'une radiographie standard, d'une échographie, d'un scanner et d'une IRM. L'imagerie médicale est très importante pour déterminer avec précision l'extension de la tumeur et ses éventuelles répercussions locales [6,7]. L'analyse des données cliniques et paracliniques permet d'établir la classification d'Altman qui distingue quatre types principaux du tératome sacro coccygien :

- type I : tératome essentiellement externe avec une

composante pré-sacrée minime ;

- type II : tératome externe avec une extension intra pelvienne significative ;

- type III : tératome essentiellement intra pelvien avec une composante externe minime ;

- type IV : tératome exclusivement pré-sacré, sans composante externe [5].

La radiographie standard peut montrer des calcifications tumorales (50% des cas) ; une érosion du sacrum ou du coccyx, un prolongement pelvien sous forme d'ombre tumorale. L'échographie permet de poser le diagnostic anténatal du TSC. Elle détermine la nature kystique ou solide de la masse, la présence et la taille d'éléments solides ou de calcifications. Elle définit le degré d'extension intra pelvienne. Dans cette observation la radiographie standard et l'échographie n'avaient pas permis d'affirmer le diagnostic de TSC et évoquaient même une myélo-mingocèle. L'IRM permettait de redresser ce diagnostic en montrant l'absence de continuité entre le contenu médullaire et la masse. Cette observation montre les limites de l'échographie dans l'évaluation des volumineuses masses et dans l'appréciation de la nature graisseuse de ses types de lésions.

Les auteurs ont rapporté l'importance de la TDM chez l'enfant dans la précision de la taille, la topographie, les caractéristiques tissulaires, l'extension intra-abdominale et l'effet de la masse sur les organes avoisinants du tératome [7,8,9]. Mais cet examen implique l'irradiation des gonades.

L'intérêt de l'IRM a été étudié par Bochmann et al. [6] tant dans le diagnostic prénatal que post-natal des tératomes sacro-coccygiens. La supériorité de l'IRM

par rapport à l'échographie dans la période prénatale a été démontrée par Danzer et al [10] surtout pour le déplacement du côlon (n=11), la dilatation des voies urinaires (n=9), la dilatation génitale (n=1). Chez les fœtus avec tératome de type II et III, l'IRM a montré la meilleure étendue par rapport à l'échographie [10].

Jasienski [1] a rapporté deux cas de présentation inhabituelle de tératome sacro coccygien chez l'enfant. Dans le premier cas, l'enfant s'est présenté, à 3,5 ans, avec une douleur pelvienne, de la fièvre, un syndrome inflammatoire et un écoulement purulent dans le sillon inter-fessier. L'IRM a montré une tumeur hétérogène occupant tout le pelvis avec une zone abcédée, fistulisée à la peau. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un nouveau-né chez qui le diagnostic d'angiome plan pré sacré a été posé à la naissance. A 6 semaines, un écoulement purulent est apparu au niveau du sillon inter-fessier. L'IRM a confirmé la présence d'une masse composée de cavités à contenu épais, appendue au coccyx et évoquant un TSC [1].

Ces résultats montrent que l'IRM est un complément utile à l'évaluation de la masse sacro coccygienne. La résolution anatomique supplémentaire fournie par l'IRM abouti à des conseils prénatals et l'amélioration de la planification de la résection chirurgicale [2].

CONCLUSION

La confusion entre myélomeningocèle et tératome sacro coccygien peut être dramatique pour la prise en charge. Ce qui justifie la pratique de l'IRM surtout devant certains tableaux atypiques.

REFERENCES

- 1- **Jasienski S, Rousseau V, Puget S, Hamel-Teilla CD, Emond S, Jaubert F and al.** Présentation inhabituelle de deux cas de tératome sacro coccygien. Archives de Pédiatrie 2008;15(5):9-10.
- 2- **Roka YB, Koirala R, Bajracharya A, Shah S, Khaniya S.** Giant sacrococcygeal teratoma in an adult : case report. Br J Neurosurg 2009;23(6):628-9.
- 3- **Chirdan LB, Uba AF, Pam SD, Edino ST, Mandong BM, Chirdan OO.** Sacrococcygeal teratoma : clinical characteristics and long-term outcome in Nigerian children. Ann Afr Med 2009;8(2):105-9.
- 4- **Cyteval C, Sarrabère-Baron MP, Decoux E, Larroque G.** Sacral bone-coccyx sacroiliac joint. Normal aspect and X-ray technique EMC - Radiologie. 2005;2(1):87-102.
- 5- **Ndour O, Ngom G, Faye Fall A, Fall MB ,Diouf C, Fall I et al.** Aspects épidémiologiques ,diagnostiques et thérapeutiques du tératome sacro coccygien chez l'enfant ; analyse de 11 observations. Med Afr Noire 2008;55(12):641-647 .
- 6- **Bachmann G, Schück R, Jovanovic V, Bauer T.** The MRI in pre-and post natal diagnosis of congenital sacrococcygeal teratoma. Radiologie 1995;35(8):504-7.
- 7- **Ba-Diop S, Ndoye-Diop A, Ly-Ba A, Ba MC, Niang E H, Badiane M.** Tératome sacro coccygien à propos d'un cas. J Afr Imag Méd 2008;2(9):184-186.
- 8- **Aniba K, Ghannane H, Lmejjati M, Ouali M, Jalal H, Ousehal A and al.** Benign sacrococcygeal teratoma in a child: a case report with a review of the literature. Arch Pediatr 2009 ;16(11):1467-9.
- 9- **Fan M, Peng Q, Wang XY, Meng QF, Li ZP.** CT and MRI manifestations of pediatric presacral tumors. Ai Zheng. 2009;28(4):420-4.
- 10- **Danzer E, Hubbard AM, Hedrick HL, Johnson MP, Wilson RD, Howell LJ and al.** Diagnosis and characterization of fetal sacrococcygeal teratoma with prenatal MRI. AJR Am J Roentgenol 2006;187(4):W350-6.



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

CAS CLINIQUE

Corps étrangers intra-rectaux : difficultés de la prise en charge au Sénégal

Intra-rectal foreign bodies : difficulties of management in Senegal

Diao ML¹, Tendeng JN¹, Takam AD¹, Ndaw AL¹, Seck SS², Sy O³, Dieng M⁴.

¹Service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

²Service de Médecine interne du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

³Service d'Anesthésie-Réanimation du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

⁴Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

Auteur Correspondant : Dr Mohamed Lamine DIAO

Service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis

BP : 401 Saint-Louis - Tel : 00 221 77 649 10 01 / 00 221 33 938 24 00

Fax : 00 221 33 961 10 23 - Email: mldiao@gmail.com

Résumé

La découverte de corps étrangers dans le rectum suscite toujours un intérêt particulier chez les praticiens. Nous rapportons un cas de corps étranger intra-rectal et effectuons une mise au point sur le diagnostic et la prise en charge.

Il s'agissait d'un patient âgé de 34 ans sans antécédents psychologiques connus, reçu pour douleurs abdominales d'évolution intermittente, associées à des rectorragies minimales, sur fond de constipation chronique. L'examen ano-périnéal avait permis de mettre en évidence un anus béant avec, au toucher rectal, un objet dur, mobile, présentant des contours réguliers et mous. La radiographie de l'abdomen sans préparation révélait une image anormale du rectum, épousant la forme d'un corps étranger (bouteille). Le diagnostic de corps étranger intra-rectal était posé. Les circonstances et le mécanisme n'ont pas été avoués par le patient. L'extraction a été effectuée manuellement par voie basse sous anesthésie générale. Les suites thérapeutiques étaient simples et le patient est sorti d'hôpital le lendemain de l'extraction du corps étranger, après avoir refusé une prise en charge psychiatrique.

Les corps étrangers intra-rectaux constituent un événement très rare dans notre pratique. Leur diagnostic peut être facile du fait de l'imagerie corrélée à la clinique, même si les circonstances et le mécanisme sont le plus souvent inavoués dans notre contexte socio-culturel. La précocité de la prise en charge permet d'éviter les complications.

Mots-clés : corps étranger intra-rectal, toucher rectal, anu-rectoscopie, psychothérapie.

Summary

The discovery of foreign objects into the rectum still arouses particular interest among practitioners. We report a case of intra-rectal foreign body and perform an update on the diagnosis and management.

This was a patient aged 34 with no psychological history known, received for intermittent abdominal pain, coupled with minimal rectal bleeding, and a background of chronic constipation. The ano-perineal examination allowed discovering a gaping anus, and the digital rectal examination found a hard object, mobile, with regular contours. Radiography of the abdomen without preparation allowed recovering an abnormal image of the rectum, following the shape of a foreign body (bottle). The diagnosis of intra-rectal foreign body was made. The circumstances and the mechanism have not been avowed by the patient. The extraction was performed manually by lower delivery, under general anesthesia. The follow were simple and the patient was placed exit one day after, refusing a psychiatric follow.

The intra rectal foreign bodies are a rare event in our practice. Their diagnosis may be easy because of the radiology correlated with clinical, even if the circumstances and the mechanism are often unacknowledged in our socio-cultural context. This early support can prevent complications.

Keywords: intra-rectal body, digital rectal examination, proctoscopy, psychotherapy.

INTRODUCTION

Les corps étrangers intra-rectaux (CEIR) introduits par voie anale constituent un phénomène exceptionnel dans notre pratique quotidienne ; cependant, dans les pays développés, cet événement n'est pas rare [1, 2]. Le diagnostic y est aisé et la prise en charge rapide. Ceci n'est pas toujours le cas dans nos contrées. A partir d'une observation colligée au Centre Hospitalier Régional de Saint-Louis et d'une revue de la littérature, nous exposons les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces CEIR dans nos pays.

OBSERVATION

Un patient âgé de 34 ans, enseignant de profession, était reçu en consultation pour douleurs pelviennes et anales qui évoluaient de manière intermittente pendant 5 jours sur fond de constipation chronique. Ces douleurs étaient associées à quelques épisodes de rectorragies minimales. Aucun antécédent particulier n'était noté chez ce patient. A l'examen, l'état général était conservé, le patient était conscient et il présentait un abdomen souple sans masse palpable. L'examen ano-périnéal permettait de mettre en évidence un anus béant avec, au toucher rectal, la perception d'un objet dur, mobile, avec des contours réguliers et mous, situé à 4 cm environ de la marge anale. La radiographie de l'abdomen sans préparation permettait d'objectiver une image anormale du rectum, épousant la forme d'un fond de bouteille (figure 1).



Figure 1 : ASP montrant une image du rectum (encerclé) qui épouse la forme d'un fond de bouteille

Le cliché de profil n'avait pas été effectué. Le diagnostic de CEIR était retenu. Un refus de communication sur les circonstances et les motivations d'un tel acte a été noté à l'interrogatoire.

Aucun trouble du comportement n'a été retrouvé à l'interrogatoire de son entourage. L'extraction par voie basse était décidée et effectuée sous anesthésie générale. Ceci permettait de recueillir une bouteille en plastique de 30 cl (figure 2).



Figure 2 : Extraction manuelle par voie basse d'une bouteille en plastique de 30 cl

Les suites thérapeutiques étaient simples. Une consultation psychiatrique était proposée au patient, mais était refusée, le patient prétextant qu'il était « sain d'esprit ». L'exeat était effectué à J1 après extraction.

DISCUSSION

Les CEIR ne sont pas rares dans les pays développés où une augmentation de l'incidence a été notée au cours des dernières décennies [3, 4, 5]. Cette fréquence, concerne surtout l'adulte jeune de sexe masculin; cependant des cas de CEIR aux âges extrêmes de la vie ont été décrits, notamment chez l'enfant et le sujet âgé (patient âgé de 90 ans dans la série d'Ousadden [6, 7, 8]. Ce phénomène semble être lié à un accroissement des pratiques sexuelles, correspondant à une forme de liberté [9]. En effet l'érotisme anal est la première cause d'insertion d'objets dans le rectum [2]. Les différents objets introduits sont dominés par les bouteilles, les accessoires

sexuels, les fruits et légumes, et les utilitaires domestiques [10]. En dehors de la recherche de plaisir sexuel, ces objets peuvent être introduits à des fins criminelles (drogues), diagnostiques ou thérapeutiques (thermomètre, compresses) et enfin, plus rarement, lors d'un traumatisme [8].

Dans nos pays, le sexe constitue un sujet encore tabou, et les déviances sexuelles ne sont pas tolérées. Ainsi, lors de l'examen, les circonstances et le mécanisme sont difficilement avoués, cela pouvant entraîner des errements du diagnostic.

Les différents symptômes évoqués par notre patient se résumaient en un syndrome rectal atypique. Devant ce fait, l'examen doit être rigoureux, avec un interrogatoire poussé, intéressant aussi l'entourage à la recherche de troubles du comportement, et un examen physique soigneux dans lequel le toucher rectal prend une place prépondérante, surtout pour les CEIR accessibles au doigt. Par ailleurs la découverte d'un anus béant chez notre patient permet de conclure qu'il s'agit probablement d'un « coutumier des faits ».

Le diagnostic précoce conditionne le pronostic vital qui peut être engagé lors des complications, notamment une péritonite par perforation qui survient dans 3 à 17 % des cas, une occlusion ou un abcès pelvien [6, 11]. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) est utile pour les CEIR radio-opaques. L'incidence « bassin de profil » permet dans ce cas de mieux visualiser l'objet et d'en faire le diagnostic topographique.

En outre, l'ASP peut aussi permettre de détecter certaines complications (pneumopéritoine, niveaux hydro-aériques). Par ailleurs, le scanner avec image de reconstitution, trouve son intérêt dans la précision des CEIR radio-transparents; il en donne les dimensions et la position [10, 12].

Cependant, l'examen de référence reste l'endoscopie basse du fait de ses intérêts diagnostiques, surtout pour les CEIR radio-transparents et non accessibles au toucher rectal, mais aussi thérapeutiques [13, 14]. Cet examen présente une accessibilité très faible dans nos pays.

En dehors de toute complication, l'extraction par voie basse doit être privilégiée comme traitement de première intention. Elle nécessite un bon relâchement sphinctérien, ceci obtenu par une anesthésie loco-régionale ou générale [15]. L'extraction par voie manuelle sera dédiée aux CEIR accessibles, aidée comme dans notre cas, par une expression

abdominale. Pour les CEIR non accessibles, le recto-sigmoïdoscope garde toute sa place surtout pour les objets de petite taille [13]. Cette endoscopie basse permet en outre, après extraction, de faire un bilan lésionnel. Par ailleurs, une multitude d'instruments peuvent être utilisés, notamment gynécologiques ou orthopédiques, avec plusieurs approches et plusieurs techniques décrites [7, 12, 16].

Les complications de cette extraction trans-anale, pour la plupart mineures (abrasions, ulcérations, rectorragies), sont rapportées dans 62,5% des cas [17]. Notre patient n'en présentait pas.

Les indications de la voie haute sont constituées par les complications [18] et par l'échec de la voie basse qui est fonction de la taille, de la forme et de la migration du CEIR [10]. La laparotomie permet de repousser l'objet en distalité, par manœuvre extraluminale.

La colotomie devient indispensable pour les objets de grande taille. La stomie de dérivation temporaire sera décidée en fonction des constatations per-opératoires (lésions recto-sigmoïdiennes) et de la chronicité du CEIR [19]. La prise en charge ne saurait être complète sans une approche psychologique avec une thérapie sexuelle [8, 20]. Cette partie du traitement est souvent refusée dans notre contexte, comme chez notre patient et celui rapporté par Rakotovao et al [10]. Ceci s'explique par les nombreux interdits sur certaines pratiques sexuelles jugées « honteuses », mais aussi par une croyance populaire assimilant la psychiatrie à une partie de la médecine qui est exclusivement dédiée aux « malades mentaux » [20].

CONCLUSION

La découverte d'un CEIR reste un événement exceptionnel dans notre pratique, alors que ce phénomène n'est pas rare dans les pays développés. Sa prise en charge rencontre dans nos pays des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Les solutions sont à trouver, entre autres, dans la vulgarisation de l'endoscopie digestive et dans l'établissement d'un contrat de confiance solide entre le malade et son médecin traitant. Il faut toujours y penser devant un syndrome rectal inexplicé car, seule la précocité de la prise en charge permet d'éviter les complications qui peuvent engager le pronostic vital.

RÉFÉRENCES

1. **Kouraklis G, Misiakos E, Dovas N, et al.** Management of foreign bodies of the rectum: Report of 21 cases. *J R Coll Surg Edinb* 1997;42:246-247.
 2. **Yaman M, Deitel M, Burul CJ, Shahi B, Hadar B.** Foreign bodies in the rectum. *Can J Surg* 1993;36:173-7.
 3. **Barone JE, Sohn N, Nealon TF Jr.** Perforations and foreign bodies of the rectum: Report of 28 cases. *Ann Surg* 1976;184:601-604.
 4. **Crass RA, Tranbaugh RF, Kudsk KA, et al.** Colorectal foreign bodies and perforation. *Am J Surg* 1981; 142: 85-88.
 5. **Rodriguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Ruiz B, Sirvent JM et al.** Management of foreign bodies in the rectum. *Colorectal Dis.* 2007;9:543-8.
 6. **Bouamama H, Elmadi A, Rami M, Khatala K, et al.** Péritonite sur corps étranger intra-rectal: à propos d'un cas. *The Pan African Medical Journal* 2011;8:3
 7. **Steenvoorde P, Rovers JP, Tollenaar RAEM.** Retained Foreign Body in a 14-Year-Old Boy. *J Pediatr Surg* 2003;38:1554-1556.
 8. **Oussadden A, IbnMajdoub K, El Bouhaddouti H, Lamrani J et al.** Corps étrangers colorectaux introduits volontairement. A propos de 4 cas. *Annales de Médecine et de Thérapeutique* 2009;1:22-25
 9. **Agnew J.** Some anatomical and physiological aspects of anal sexual practices. *J Homosex* 1985; 12: 75-96.
 10. **Rakotovo M, Razafimahatratra R, Rakotomena SD, Rakoto-Ratsimba HN.** Aspects de la prise en charge des corps étrangers intra-rectaux dans les pays en développement. *Revue Tropicale de Chirurgie* 2008;2:16-17.
 11. **Sohn N, Weinstein MA, Gonchar J.** Social injuries of the rectum. *Am J Surg* 1977; 134: 611-2.
 12. **Shilpi SG, Onkar S, A Hastir, et al.** Foreign bodies in the rectum: A report on three cases including a bullhorn in the rectum. *Arab Journal of Gastroenterology* 2010;11: 108–112.
 13. **Ahmed A, Cummings SA.** Novel endoscopic approach for removal of a rectal foreign body. *Gastrointest Endosc.* 1999;50:872-4.
 14. **Rispoli G, Esposito C, Monachese TD, Armellino M.** Removal of a foreign body from the distal colon using a combined laparoscopic and endoanal approach: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1632-4
 15. **Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR.** Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis* 2005;7:98-103.
 16. **Levin SE, Cooperman H, Freilich M, Lomas M.** The use of a curved uterine vulsellum for removal of rectal foreign bodies: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1977;20:532-3.
 17. **Huang WC, Jiang JK, Wang HS, Yang SH et al.** Retained rectal foreign bodies. *J Chin Med Assoc* 2003;66:607-12
 18. **Dieng M, Sanou A, Konaté I, Ka O, Dia A, Touré C.T.** Sigmoid perforation secondary to a ball pen tip. A late complication of colorectal foreign body. *Indian J Surg* 2006;68(6):339-340
 19. **Kantarian JC, Riether RD, Sheets JA et al.** Endoscopic retrieval of foreign bodies from the rectum. *Dis Colon Rectum* 1987;30:902-4.
 20. **Ooi BS, Ho YH, Eu KW et al.** Management of anorectal foreign bodies: A cause of obscure anal pain. *Aust N Z J Surg* 1998;68:852-5.
-



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

Réflexion sur l'éthique et la pratique chirurgicale au Sénégal : l'expérience d'un gynécologue-obstétricien

Thinking about ethics and surgical practice in Senegal: a gynecologist experience

Cissé CT.

Auteur Correspondant : Professeur Cheikh Tidiane CISSE

Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU de Dakar

BP 15 745, CP 12522 Dakar-Fann - SENEGAL

Email : cheikh.cisse@ucad.edu.sn

Résumé

Dans la pratique médicale, l'éthique comporte 3 composantes complémentaires : le respect de la vie, le caractère bienfaisant des soins prodigués et le respect de l'équité dans la démarche diagnostique et thérapeutique. L'objectif de cette réflexion était d'apprécier le degré du respect des différentes composantes de l'éthique dans la pratique chirurgicale en Afrique, singulièrement au Sénégal. Le respect de la vie exige du Médecin, avant tout acte, l'obtention du consentement éclairé du patient. Cet aspect n'est pas toujours pris en compte en raison de multiples contraintes (surcharge de travail, mauvaises conditions d'accueil surtout dans un contexte d'urgence, manque de formation en communication des praticiens). Quant au caractère bienfaisant des soins, il oblige le prestataire à prendre en considération en priorité le bénéfice que la patiente pourrait tirer des soins dispensés, bien avant les autres avantages tels que des publications scientifiques ou des honoraires. En raison de l'inefficacité de la surveillance actuelle des pratiques professionnelles, on observe de nombreuses dérives; l'exemple de la pratique de l'échographie est très édifiant dans ce sens.

Le troisième aspect de l'éthique recoupe la notion d'obligation de moyens. Dans les hôpitaux publics, l'insuffisance des moyens diagnostiques et thérapeutiques expose souvent les praticiens à un dilemme: soit ne rien faire au risque de voir la santé du malade se dégrader ou essayer de traiter avec les moyens disponibles avec une probabilité plus élevée d'échec thérapeutique ou de complications iatrogènes. En raison de multiples contraintes liées au personnel de santé et à l'environnement socio-économique, les différentes composantes de l'éthique ne sont pas toujours respectées dans notre pratique. Pour remédier aux insuffisances notées, il faut sensibiliser davantage les praticiens et faire un plaidoyer au près des autorités pour que l'éthique soit considérée comme une priorité sanitaire au même titre que la couverture des besoins en soins.

Mots clés : éthique, consentement des patients, responsabilité médicale

Summary

In medical practice, ethics has three complementary components: respect for life, the benevolent nature of care and respect for fairness in the diagnostic and therapeutic approach. To assess the degree of compliance with the various components of the Ethics in surgical practice in Africa, particularly Senegal. With regard to respect for life, before any act, the physician must obtain the consent of the patient. This is not always taken into account due to multiple constraints (work overload, poor reception, especially in an emergency context, lack of training in communication practitioners). As to the benevolent care, it requires the provider to consider the benefit of priority that the patient could take care of, well ahead of other benefits such as scientific publications or fees. Because of the ineffectiveness of the current monitoring of professional practice, there are many abuses, the example of the use of ultrasound is very instructive in this regard. The third aspect of ethics overlaps with the notion of obligation of means. In public hospitals, lack of diagnostic and therapeutic practitioners often exposes a dilemma: either do nothing at the risk of the patient's health to deteriorate or try to deal with the resources available with a higher probability of treatment failure or iatrogenic complications. Due to many constraints related to staff health and socio-economic environment, the various components of ethics are not always respected in our practice. To remedy the deficiencies noted, we must raise awareness among practitioners and make a plea to the authorities to close that ethics is considered a health priority as well as coverage of care needs.

Keywords: ethics, patient consent, medical responsibility

L'éthique est un ensemble de principes moraux qui permettent d'encadrer et de guider les actions humaines vers la meilleure finalité possible. Elle s'appuie sur le discernement entre ce qui est bon pour l'être humain et le contraire, c'est-à-dire ce qui est néfaste.

C'est un concept qui n'est pas toujours facile à appréhender, quand on sait que les notions de bien et de mal sont à la fois absolues et relatives. En effet, elles sont fortement influencées par le vécu culturel et le système de valeurs qui régissent le fonctionnement de chaque société et de chaque communauté humaine.

L'éthique n'en demeure pas moins actuellement un principe universel; l'éthique moderne est largement inspirée de la déclaration universelle des droits de l'homme qui a été adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en Décembre 1948 [1]. Mais qu'en est-il de la quintessence même de l'éthique ? Certains considèrent l'éthique comme de la philosophie. Mais, il ne s'agit pas de disserter sur les différences existant entre le bien et le mal, il s'agit plutôt de voir comment organiser la mise en œuvre optimale et pérenne de principes énoncés depuis la nuit des temps et qui mettent le respect de la vie (considérée comme sacrée) et de la personne humaine (considérée comme le khalife de Dieu sur terre et devant bénéficier à ce titre d'une immunité juste). Dans toute action humaine, ces deux principes fondamentaux devraient prévaloir au dessus de toute autre considération.

Les principes éthiques s'appliquent à toute action humaine, en particulier aux soins. Pour être éthique dans sa pratique médicale, il est indispensable de prendre en considération 3 éléments majeurs et complémentaires [2]:

- respecter la vie et la personne humaine ;
- assurer le caractère bienfaisant des soins dispensés au patient ;
- et veiller à une certaine équité dans sa démarche.

La particularité de la pratique chirurgicale réside dans le fait que l'intervention chirurgicale occasionne une certaine agression physique qui induit une rupture de l'intégrité physique et parfois une modification plus ou moins importante de notre constitution naturelle.

1- RESPECT DE LA VIE ET DE LA PERSONNE HUMAINE

Ce principe traite du droit qu'à tout individu de disposer librement de son corps et de son esprit, d'être

autonome dans ses choix et de décider, en particulier dans le domaine de la médecine, de suivre le traitement qui lui paraît le plus adapté à ses besoins sanitaires propres.

Ce respect ne doit pas seulement concerner les paramètres biologiques ; il doit également prendre en compte les croyances et le système de valeur de l'individu.

Par rapport à cette composante, nous devons faire très attention à des groupes de personnes réputées vulnérables comme :

- les femmes qui ont généralement dans nos sociétés un pouvoir économique et un pouvoir de décision limités ;
- les non alphabétisés qui peuvent avoir des difficultés pour comprendre certaines informations mal traduites ;
- les personnes démunies ayant un accès limité aux soins.

Pour appliquer ce principe, le chirurgien doit, préalablement à toute thérapeutique, rechercher et obtenir le consentement éclairé du patient avant l'acte opératoire, aussi bien en chirurgie programmée, qu'en chirurgie d'urgence tant que l'état de conscience du patient le permet. Dans la recherche de ce consentement, comme tout au long de la prise en charge, il doit scrupuleusement respecter la confidentialité.

1-1 DU CONSENTEMENT ECLAIRE

1-1-1 DEFINITION DU CONSENTEMENT ECLAIRE

C'est l'accord donné par un patient pour bénéficier d'un traitement, après avoir reçu toutes les informations objectives, vérifiées scientifiquement et actuelles concernant sa maladie ainsi que les différents traitements utilisables. Pour être acceptable, ce consentement doit survenir de manière volontaire après une bonne compréhension des informations délivrées et au décours d'un délai de réflexion. Le patient ne doit faire l'objet d'aucune coercition, influence, incitation ou intimidation.

Ce consentement est imprescriptible, il est obligatoire avant tout acte chirurgical, sauf dans des circonstances particulières associées à une menace vitale immédiate. Même dans ce cas de figure, le tuteur légal ou la famille doit être informé.

Le consentement n'est pas une simple obligation juridique formelle ; il doit être le résultat d'une bonne communication entre le chirurgien et son patient, cette communication doit être centrée sur les besoins du patient et non sur les préoccupations du

chirurgien.

Des exemples de viciation du processus de consentement pourraient être nombreux. Par exemple, certaines césariennes dites «de prudence» pourraient en réalité être motivées par une fuite de responsabilité médico-légale devant un accouchement à risque (accouchement par le siège, accouchement gémellaire), par une certaine incompétence obstétricale du prestataire, par un souci de gestion du temps, par un problème d'organisation des soins ou pour des raisons économiques.

En pratique, la communication entre le patient et son chirurgien est souvent rendue difficile dans notre contexte par les contraintes suivantes :

insuffisance du temps disponible (effectifs réduits, surcharge de travail avec gestion des urgences, du programme réglé, des consultations externes et du suivi des malades hospitalisés) ;

- manque de formation des médecins dans les domaines de la communication et de la psychologie médicale ;
- défaut de supports de communication adaptés pour compléter les explications données oralement (dépliants-images, brochures, film) ;
- faible niveau d'alphabétisation du patient.

1-1-2 PROCESSUS D'OBTENTION DU CONSENTEMENT ECLAIRE

Il comporte les étapes suivantes:

donner des explications sur la pathologie diagnostiquée ;

- énoncer les différentes thérapeutiques utilisables chez le patient, pour chaque traitement il faudra préciser les avantages attendus, les inconvénients et les risques prévisibles ;
- laisser au patient le temps de bien assimiler les informations reçues et de réfléchir pour mûrir son choix ;
- donner à nouveau des explications approfondies sur le traitement choisi en abordant notamment les aspects relatifs à la technique opératoire, aux critères définis de succès de l'intervention, au suivi post-opératoire et aux signes d'alerte en cas de complications.

Lorsqu'il est correctement conduit, ce processus va renforcer la relation de confiance entre le patient et son chirurgien. Ils entretiennent de ce fait une relation équilibrée, on évite ainsi d'infantiliser le patient, car le chirurgien ne doit pas être le médecin omnipotent qui choisi et dicte sa loi.

Il faut éviter de tomber dans cette erreur, ceci d'au-

tant plus facilement que certains patients vous y poussent en disant parfois: « c'est vous qui savez ce qui est mieux pour moi, je n'ai pas le choix, faites comme vous pensez le mieux, c'est le médecin qui a décidé que je devais être opérée, ... ».

Il faut également préciser que ce processus doit offrir au patient la possibilité de revenir sur ses choix antérieurs voire de renoncer à tout moment, y compris le jour de l'intervention et même sur la table d'opération.

L'observation des pratiques en milieu hospitalier fait découvrir de multiples exemples qui montrent que globalement nous ne sommes pas encore prêts à ce changement radical de mentalité. Le chirurgien est parfois indisposé par l'attitude d'un patient qui renonce à subir une intervention au dernier moment alors que tout avait été déjà préparé.

Le risque est grand d'accabler le patient et de refuser de continuer de le prendre en charge ; or il s'agit ici d'un échec du processus d'obtention du consentement qui est en partie imputable en partie au chirurgien lui-même. Nous avons des habitudes de pensée et de fonctionnement qui introduisent des biais dans le processus du consentement ; il faut en être conscient pour conduire les mutations nécessaires afin de donner plus de place au patient dans la conduite de son traitement.

1-1-3 DOCUMENTATION DU CONSENTEMENT ECLAIRE

Dans notre pratique quotidienne de chirurgien, nous n'avons pas l'habitude de documenter le consentement des patientes que nous opérons, sauf dans des circonstances particulières. Cependant, cette documentation représente une composante essentielle du consentement ; même si ce document ne constitue pas une preuve formelle que le consentement obtenu a été effectivement volontaire et éclairé. Dans le droit appliqué au Sénégal, la valeur juridique du document de consentement n'est pas clairement établie, ceci ouvre la porte à toutes les interprétations possibles.

Quoi qu'il en soit, en cas de problème médico-légal lié à une intervention chirurgicale, il est clair qu'il vaut mieux l'avoir dans le dossier du patient que de ne pas l'avoir du tout. Ce document est d'autant plus utile actuellement, qu'on observe une tendance à l'inversion de la charge de la preuve; en cas de litige, le médecin est alors obligé de prouver qu'il a effectivement donné toute l'information nécessaire à l'obtention d'un consentement éclairé du patient. Par

conséquent, il est urgent et important d'élaborer des fiches de consentement en rapport avec les principales interventions réalisées dans nos structures sanitaires et d'intégrer leur utilisation dans nos habitudes de travail.

1-2 DE LA CONFIDENTIALITE

L'obtention du consentement doit se faire tout en respectant un principe également essentiel, c'est-à-dire la confidentialité. Cette confidentialité englobe d'ailleurs tout le processus de prise en charge et même bien au-delà. Elle concerne :

- la réalisation de l'intervention ;
- l'obtention et l'utilisation de toute documentation relative au patient,
- l'archivage du dossier ;
- et le partage de l'information.

Plusieurs facteurs peuvent remettre en cause cette confidentialité, on peut en citer 2 qui méritent une attention particulière, il s'agit :

- des conditions d'accueil et d'exploration des patients qui ne permettent pas souvent de garantir une bonne confidentialité (salle commune, circuit du dossier, circuit du patient avant l'intervention et dans le post-opératoire) ;
- de l'affichage des programmes opératoires dans certains blocs, à des endroits où ont accès des catégories de personnels qui ne sont pas tenu au secret médical.

2- UTILITE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

C'est un principe communément appelé bienfaisance. Dans le cadre de la chirurgie, ce principe stipule que toute intervention chirurgicale doit contribuer de manière objective et démontrée à l'amélioration du bien être physique, mental et ou social du patient opéré. Ce principe englobe également une règle importante que nous connaissons tous: «*primum non nocere*» qui stipule que le premier devoir du soignant est de ne pas nuire à la santé du patient. Aussi, l'utilité de l'intervention pour le patient doit être la seule préoccupation du chirurgien, bien avant un quelconque souci de valider de nouvelles techniques chirurgicales, ou de tirer des avantages sous forme de publications scientifiques ou d'honoraires. Pour être utile, l'intervention chirurgicale doit avoir des avantages largement supérieurs aux risques encourus par le patient, et ces risques doivent être acceptables. En aucun cas, la gratuité de l'acte opératoire ne peut-être considérée comme étant un avan-

tage

Dans le choix de la méthode thérapeutique utilisée, le chirurgien doit également bien expliquer au patient la notion d'efficience en vue de rationaliser l'utilisation des moyens disponibles. Cela fait également partie intégrante de la pratique de l'éthique dans les soins.

Mais, ce principe de bienfaisance n'est pas toujours appliqué ; il existe même un risque de dérive parce qu'il n'y a pas de système de régulation opérationnel pour surveiller étroitement les pratiques professionnelles des uns et des autres et les normer en tenant compte du principe de médecine basée sur les preuves.

3- EQUITE

Cette notion renvoie à un principe de justice qui oblige le chirurgien à utiliser les meilleurs protocoles et moyens disponibles au moment de l'intervention. En ce qui concerne **l'utilisation de protocoles de traitement**, force est de constater que pour une même pathologie les protocoles peuvent varier d'une structure à une autre et parfois même d'un chirurgien à un autre au sein d'une même équipe.

Pour corriger cette disparité, qui peut être parfois préjudiciable au patient, il faut s'atteler à l'élaboration consensuelle et à la diffusion au niveau national de protocoles standard adaptés à notre contexte. En plus, ces protocoles seront très utiles pour encadrer la pratique des jeunes chirurgiens qui débutent leur carrière souvent dans des postes isolés.

En pratique, nous pouvons nous inspirer largement de la grande expérience acquise dans le domaine des SONU et de la contraception. En effet, dans ces domaines il existe des protocoles nationaux régulièrement mis à jour depuis une vingtaine d'années. Mais, un bon protocole ne suffit jamais à lui tout seul pour garantir la réussite d'une intervention chirurgicale. Il doit nécessairement s'appuyer sur la compétence du chirurgien qui va le mettre en œuvre. Il transparaît ici la lourde responsabilité, dans le domaine de l'éthique, des institutions chargées de former les chirurgiens.

La question de la formation des personnels de santé est actuellement cruciale et il faut s'y pencher de façon courageuse et résolue pour faire face à la massification de l'effectif des apprenants et à la paupérisation galopante des structures hospitalières chargées de former les futurs chirurgiens. Il faut alors veiller à une formation de très bonne qualité grâce notamment à une délégation de compétences adéquate et à

une supervision étroite. Il faudra également s'appuyer de plus en plus sur les techniques de formation dites humanistes (modèles anatomiques, chirurgie expérimentale, simulateurs...).

A côté de la compétence, le second élément qui entre en ligne de compte dans l'équité concerne les moyens à mettre en œuvre. L'obligation de moyens est une règle fondamentale dans la pratique médicale. La question est de savoir si, dans notre contexte de pays en développement, on peut vraiment respecter ce principe dans toutes les situations au niveau des structures sanitaires publiques qui manquent souvent de moyens.

Les chirurgiens sont confrontés parfois à un dilemme:

- ne rien faire avec le risque de voir l'état de santé du patient se dégrader ;
- opérer le patient avec les moyens disponibles et l'exposer à une majoration du risque de complications et d'échec thérapeutique.

On voit ici que le respect de l'éthique ne concerne pas seulement le chirurgien ; c'est également l'affaire du Ministère de la santé et des autorités d'une manière générale. Elles doivent rendre disponibles tous les moyens nécessaires à un traitement chirurgical de qualité, quels que soient la résidence ou le statut socio-économique du patient.

Enfin, le dernier aspect de l'équité a trait à ce que l'on appelle l'aléa thérapeutique. Pour respecter ce principe, le chirurgien doit :

- expliquer, sans être alarmiste, tous les risques liés à l'opération ; il ne faut rien cacher au patient sinon il pourra toujours se retourner contre nous ;
- discuter avec lui des modalités de prise en charge des complications prévisibles au cas où elles surviendraient.

En cas de complications liées directement à l'acte opératoire (lésions per-opératoires, infections, lâchage de sutures...), généralement la tendance est de faire supporter au patient le surcoût du traitement lié aux complications (ordonnances, hospitalisation). Le patient doit également accepter le préjudice lié à la prolongation de son inactivité économique et sociale.

Or, l'attitude la plus équitable consisterait au moins à faire supporter par la structure sanitaire le surcoût lié au traitement d'éventuelles complications. Il faut également, dans certains cas où le préjudice subi est important et prolongé, mettre en place des mécanismes de réparation ou de compensation. Ces 2

aspects liés à l'aléa thérapeutique s'imposent de plus en plus dans notre pratique, car les patients qui payent leurs soins sont de plus en plus exigeants et connaissent mieux leurs droits.

La notion d'éthique en santé est compréhensible de tous, mais elle est difficile à appliquer à la lettre. Elle requiert le concours de plusieurs acteurs dont chacun doit assumer entièrement sa responsabilité.

Les autorités sanitaires doivent :

- développer des normes et protocoles de soins en collaboration avec les associations professionnelles et les institutions de formation médicale ;
- évaluer et encadrer les pratiques médicales ;
- doter les institutions de formation et de soins en moyens adéquats.

Le patient doit établir une relation de confiance avec son chirurgien, analyser correctement toutes les informations reçues, donner son consentement en toute connaissance de cause et accepter l'absence d'obligation de résultats pour le chirurgien.

Le chirurgien doit obtenir un consentement volontaire et éclairé du patient, utiliser les meilleurs protocoles et moyens possibles, agir avec compétence. Les qualités d'un bon chirurgien sont: l'intégrité, le respect de la personne humaine, l'empathie envers les patients et une compétence avérée.

CONCLUSION

Dans notre pratique quotidienne, le respect scrupuleux des principes éthiques est d'une part une exigence morale eu égard à notre mission de préserver la vie humaine et d'autre part une nécessité factuelle si nous voulons dispenser des soins de bonne qualité. Les responsabilités des différentes parties prenantes sont clairement définies, les actions à mener pour améliorer la situation actuelle sont également connues. Maintenant, il reste à considérer la promotion de l'éthique comme une priorité sanitaire et se donner les moyens d'agir.

REFERENCES

1- UNESCO

Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme

www.unesco.org/shs/ethics 2006

2- Family Health International

Cours de formation sur l'éthique

www.fhi.org 2003