



Décembre 2013 ; volume 2
N°4, pages 180- 240

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE

EDITORIAL ,.....	Pages 180
-------------------------	----------------------------

ARTICLES ORIGINAUX

LES CORPS ETRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES INFERIEURES DE L'ENFANT AU CHU DE DAKAR,.....	181
RESULTATS PRELIMINAIRES DE LA CURE ENDOSCOPIQUE DES LOMBOSCIATIQUES PAR HERNIE DISCALE : A PROPOS DE DIX-HUIT CAS,.....	186
LES ABDOMENS AIGUS D'ORIGINE PARASITAIRE : ANALYSE D'UNE SERIE DE 13 CAS A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN,.....	192
TRAUMATISME DE LA RATE DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE DES CHU DE BAMAKO,.....	197
VECU DE LA LIGATURE DES TROMPES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DAKAR,.....	201
PRISE EN CHARGE DES FRACTURES VERTEBRO-MEDULLAIRES PAR LA TECHNIQUE DE LUQUE, A PROPOS DE 7 CAS CLINIQUES,.....	208
MORBIDITE ET MORTALITE LIEES A LA CURE CHIRURGICALE DE LA HERNIE OMBILICALE CHEZ L'ENFANT,.....	212
L'INFECTION PAR LE VIH : UNE REALITE CHEZ LES PATIENTS ADMIS DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE,.....	216

CAS CLINIQUES

OCCLUSION INTESTINALE DUE A UN PHYTOBE- ZOARD : A PROPOS D'UN CAS,.....	222
FISTULES DE LA QUATRIEME POCHE BRANCHIALE :.....	227
CLES DANS LE RHINOPHARYNX : UN CAS D'OBSERVATION AU CHR* DE SAINT LOUIS (SENEGAL),.....	231
LYMPHANGIOME KYSTIQUE CERVICO- MEDIASINAL: A PROPOS D'UN CAS,.....	234
PERFORATION ISOLEE DE LA VESICULE BILIAIRE PAR CONTUSION ABDOMINALE CHEZ L'ENFANT,.....	238

CONTENTS

Editorial ,.....	Pages 180
-------------------------	----------------------------

ORIGIINAL PAPERS

<i>FOREIGN BODIES OF INFERIOR RESPIRATORY TRACTS ON CHILDREN</i> ,.....	181
<i>PRELIMINARY RESULTS FOR ENDOSCOPIC SURGERY OF LUMBAR DISC HERNIATION : ABOUT EIGHTEEN CASES</i> ,.....	186
<i>ABDOMINAL SURGICAL COMPLICATIONS OF INTESTINAL PARASITES: A REVIEW OF 13 CASES FROM CONAKRY IGNACE DEEN NATIONAL HOSPITAL, GUINEA</i> ,.....	192
<i>SPLEEN TRAUMA IN THE SURGERY DEPARTMENTS OF UNIVERSITY HOSPITAL OF BAMAKO</i> ,.....	197
<i>LIVEDTHTUBAL LIGATION AT UNIVERSITY HOSPITALINDAKAR</i> ,.....	201
<i>MANAGEMENT OF VERTEBRO-MEDULLARY FRACTURE BY THE PROCEDURE OF LUQUE, ABOUT 7 CLINICAL CASES</i> ,.....	208
<i>MORBIDITY AND MORTALITY RELATED TO SURGICAL TREATMENT OF UMBILICAL HERNIA IN CHILDREN</i> ,.....	212
<i>HIV INFECTION: A REALITY AMONG PATIENTS ADMITTED IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT</i> ,.....	216

CASES REPORT

<i>SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE BYE A PHYTOBEZOAR : A CASE REPORT</i> ,.....	222
<i>FOURTH BRANCHIAL POUCH FISTULA: CLINICAL CONSIDERATIONS. A CASE REPORT</i> ,.....	227
<i>KEYS IN THE NASOPHARYNX: A CASE OBSERVATION AT SAINT-LOUIS MEDICAL CENTER (SENEGAL)</i> ,.....	231
<i>CERVICAL AND MEDIASTINAL CYSTIC LYMPHANGIOMA: A CASE REPORT</i> ,.....	234
<i>ISOLATED GALLBLADDER PERFORATION AFTER BLUNT ABDOMINAL TRAUMA IN CHILDREN: A CASE REPORT</i> ,.....	238

CAS CLINIQUE**LYMPHANGIOME KYSTIQUE CERVICO-MEDIASTINAL:
A PROPOS D'UN CAS****CERVICAL AND MEDIASTINAL CYSTIC LYMPHANGIOMA: A CASE REPORT**

NDIAYE C¹, NDIAYE M¹, DIENG PA², GAYE M², NAO EEM¹, DIOM ES¹,
DEGUENONVO REA¹, THIAM A¹, DIOUF MS¹, BOUBE DA¹, TALL A¹, DIALLO BK¹, NDIAYE
IC¹, DIOUF R¹, KANE O², NDIAYE M², DIOP EM¹.

¹ Service d'ORL et CCF du CHU de FANN (Pr EM DIOP)

² Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire du CHU de FANN (Pr M NDIAYE)

Auteur Correspondant : Malick NDIAYE

BP 6483 Dakar-Etoile / Sénégal malickndiay@yahoo.fr

Résumé

Les auteurs rapportent une observation rare d'un enfant porteur d'un lymphangiome kystique cervico-médiastinal. Il n'avait pas de signe de compression. L'imagerie a permis d'objectiver la masse et de déterminer ses limites et extensions. La prise en charge chirurgicale a été possible grâce à une collaboration ORL et chirurgien thoracique.

Mots clés : Lymphangiome cervico-médiastinal, Chirugiens ORL et thoracique.

Summary

The authors report a rare observation of a child suffering from cystic cervical and mediastinal lymphangioma. He showed no sign of compression. The medical imaging enabled to objectify the mass and determine its limits and extensions. The surgical management was possible thanks to a collaboration between the ENT specialist and the thoracic surgeon.

Keywords: Cervical and mediastinal lymphangioma, ENT and thoracic surgeons.

INTRODUCTION

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne développée aux dépens du système lymphatique comportant de multiples formations kystiques non communicantes [1]. Cette tumeur peut se localiser dans n'importe quelle partie du corps à l'exception du cerveau. Mais, celle-ci est presque exclusivement cervico-faciale. Les formes développées à la fois au niveau cervical et médiastinal sont rares. Nous rapportons un cas de lymphangiome kystique cervico-médiastinal et discutons de sa rareté et de sa prise en charge pluridisciplinaire.

OBSERVATION

Un garçon de 18 mois a été reçu dans notre service pour une tuméfaction cervicale apparue deux semaines après la naissance. L'interrogatoire retrouvait une consanguinité de premier degré chez les parents. L'enfant présentait un bon état général. L'examen clinique retrouvait une masse latéro-cervicale droite, molle, kystique, indolore d'environ 12 cm de grand axe avec peau en regard saine (Figure 1) sans signes de compression.



Figure 1 : Masse latéro-cervicale droite kystique, indolore

Cette masse remontait à la région mandibulaire qu'elle couvrait entièrement. L'examen pleuro-pulmonaire était sans particularité. La radiographie cervico-thoracique de face réalisée dans le cadre d'un bilan pré-anesthésique objectivait une volumineuse masse latéro-cervicale droite opaque homogène aux contours externes bien limités associée à une opacité apicale droite (Figure 2). Devant cet aspect radiologique faisant douter entre une superposition

d'images ou une extension médiastinale, Une échographie a été demandée et montrait une masse kystique multicloisonnée latéro-cervicale droite plongeant au tiers supérieur du champ pulmonaire homolatéral.



Figure 2 : Radiographie du thorax de face prenant le cou montrant une opacité cervico-médiastinale

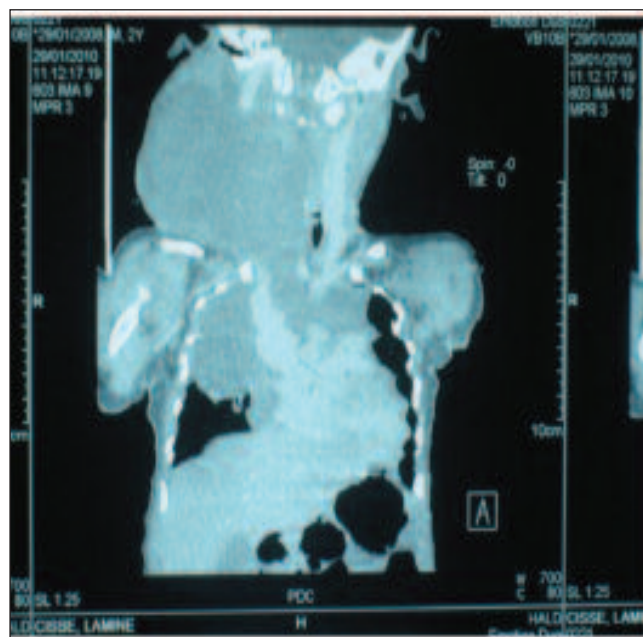


Figure 3 : TDM cervico-thoracique en coupe coronale objectivant une masse kystique cervico-médiastinale engainant les gros vaisseaux du cou et du thorax

L'examen tomodensitométrique cervico-thoracique en coupe coronale, objectivait une masse kystique cervico-médiastinale engainant les gros vaisseaux et le paquet jugulo-carotidien (Fig. 3). Notre patient a bénéficié d'une exérèse de la masse kys-

tique cervico-médiastinale par voie d'abord combinée cervicale et thoracique (Figures 4 et 5). La masse engainait la veine jugulaire interne et était reliée à cette dernière par des veinules. Elle était en contact étroit avec le bord inférieur de la branche horizontale de la mandibule, le nerf pneumogastrique et la branche descendante de l'hypoglosse. Malgré ces rapports intimes tous les éléments vasculo-nerveux cités ci dessus ont pu être respectés. Cela a été rendu possible grâce à une collaboration entre chirurgiens ORL et thoraciques. Les suites opératoires ont été marquées par une parésie du rameau mentonnier. L'histologie de la pièce opératoire est revenue sans surprise en faveur d'un lymphangiome kystique



Figure 4 : Voie d'abord combinée cervicale et thoracique



Figure 5 : Pièce opératoire

DISCUSSION

Le lymphangiome kystique est une dysembryoplasie rentrant dans le cadre des hamartomes. C'est une tumeur bénigne développée aux dépens du système lymphatique comportant de multiples formations kystiques non communicantes. Cette tumeur peut se localiser dans n'importe quelle partie du corps à l'exception du cerveau [2]. Elle se développe dans 75% au niveau cervical, moins de 1% au niveau médiastinal. Cependant la forme cervico-médiastinale est rare et représente dans la littérature 1 à 2% des cas [3].

Les lymphangiomes kystiques sont présents à la naissance dans 50 à 60% des cas et 90% d'entre eux s'expriment avant les 2 premières années de vie [4]. Il n'existe aucune influence en ce qui concerne le sexe [5]. Chez l'enfant de moins de 2 ans le lymphangiome kystique médiastinal peut se manifester par une détresse respiratoire aigüe, une toux ou par une douleur thoracique [3]. Cependant dans notre cas le patient était asymptomatique et l'extension médiastinale a été de découverte fortuite à la radiographie du thorax réalisée lors du bilan pré anesthésique.

Cette radiographie standard en montrant une opacité médiastinale est non spécifique [2]. L'échographie peut aider au diagnostic en objectivant une masse liquidienne contenant des cavités cloisonnées. Elle occupe une place importante dans le diagnostic prénatal du lymphangiome kystique selon L Rezgui et al [6]. Elle est performante pour les lymphangiomes macrokystiques alors que la tomodensitométrie évalue plus facilement les formes microkystiques [7]. L'IRM est l'examen de référence et permet de déterminer surtout les rapports vasculaires et nerveux [7].

Ces examens permettent une orientation diagnostique et thérapeutique. En effet l'imagerie occupe une place importante dans la prise en charge du lymphangiome kystique cervico-médiastinal, car elle facilite le diagnostic, apprécie l'extension mais aussi permet une bonne préparation de la chirurgie. Seule l'histologie permet le diagnostic du lymphangiome kystique caractérisé par : une formation kystique séparée par des cloisons à stroma conjonctif pourvu de tissu lymphoïde et de muscle lisse tapissé par un revêtement épithélial [2].

Le traitement de référence du lymphangiome kystique est chirurgical [3]. La forme cervico-

médiastinale nécessite une cervicotomie associée à une sternotomie ou une thoracotomie postéro-latérale [2] d'où la collaboration entre chirurgien ORL et thoracique. Le choix de la voie d'abord thoracique dépend de la localisation du lymphangiome dans le médiastin. Un lymphangiome kystique médiastinal antérieur implique une sternotomie médiane tandis que la thoracotomie postéro-latérale est réservée pour les lymphangiomes du médiastin postérieur. Notre patient a bénéficié d'une incision de Sébileau Carrega associée à une sternotomie médiane. L'exérèse complète du lymphangiome a été réalisée avec préservation des structures vasculaires et nerveuses malgré les adhérences à ces dernières, surtout à la veine jugulaire interne. Cette adhérence sélective à cette veine s'expliquerait par la persistance de connexion entre le sac jugulaire primitif et la veine jugulaire interne [4]. D'autres moyens thérapeu-

tiques ont été décrits, dans la littérature, tels que la sclérose chimique dans les formes inextirpables [2]. Ce moyen thérapeutique a cependant des limites car indiqué dans les lymphangiomes macrokystiques et superficiels, il est inefficace dans les formes profondes [8]. La radiothérapie a été abandonnée du fait de son risque cancérigène [4]. Le pronostic dépend de la qualité de l'exérèse qui conditionne complications et récurrences [1]. Dans notre cas une parésie du rameau mentonnier a été observée.

CONCLUSION

Devant un lymphangiome kystique cervical le médecin ORL doit avoir à l'esprit la possibilité d'une extension médiastinale, d'où l'importance de la radiographie standard thoracique qui constitue un bon examen d'orientation peu onéreux.

REFERENCES

- 1- **Bosdure E, Mates M.** Hémolympangiome kystique intrathoracique : un diagnostic différentiel rare de bronchiolite aiguë chez un nourrisson. Arch Pediatr 2005;12:168-172.
- 2- **Rakotosamimanana J, Raharisolo Vololonantenaina CR, Ratovoson H.** Lymphangiome kystique cervico-médiastinal : à propos d'un cas et revue de la littérature. Arch Inst Pasteur Madagascar 2000;66,1-2:61-64.
- 3- **Ghedira L, Haddad S, Lajmi K.** Isolated mediastinal cystic lymphangioma in children: About two cases. Respiratory Medicine CME 2008;1:270-273.
- 4- **Miloundja J, Mafoumbi Ngoma AB.** Lymphangiomes kystiques cervico-faciaux de l'enfant au Gabon. Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale 2007;124:277-284.
- 5- **Hartl D, Roger G, Garabédian EN.** Traitement des lymphangiomes cervico-faciaux. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 20-860-D-10.
- 6- **Rezgui-Marboul L, Hendaoui L.** Lymphangiome kystique cervical, diagnostic prénatal. Press Med 2005;34:967.
- 7- **Bhushan N. MR** Imaging in Cervico-Thoracic Lymphangioma. Indian Journal of Pediatrics 2000;67,12:941.
- 8- **Martinot V, Descamps S.** Evaluation du traitement des lymphangiomes kystiques par injection percutanée d'Ethibloc chez 20 patients. Arch Pediatr 1997;4:8-14.

Instructions aux auteurs

Le Journal Africain de Chirurgie (JAC) est un organe de diffusion des connaissances relatives à la Chirurgie Générale et aux Spécialités Chirurgicales, sous le mode d'éditorial ; d'articles originaux ; de mises au point ; de cas cliniques ; de notes techniques ; de lettres à la rédaction et d'analyses commentées d'articles et de livres. L'approbation préalable du Comité de Lecture conditionne la publication des manuscrits soumis au journal ; avec d'éventuels réaménagements. Les auteurs ont l'obligation de garantir le caractère inédit et l'absence de soumission à d'autres revues des articles proposés à publication. Les locuteurs non francophones sont autorisés à soumettre des articles en langue anglaise.

Le respect des recommandations éthiques de la déclaration d'Helsinki est exigé des auteurs.

Si le travail objet de l'article nécessite la vérification d'un comité d'éthique, il doit être fait mention de l'approbation de celui-ci dans le texte.

Les auteurs sont priés de respecter les règles de fond et de forme rappelés ci-après.

1-/- SOUMISSION DES MANUSCRITS

Les manuscrits doivent être envoyés en format normalisé (textes ; tableaux ; figures ; photographies) par courriel à l'adresse suivante : affaire741@yahoo.fr.

Les informations suivantes sont nécessaires :

- titre de l'article (indiquer la rubrique) ;
- coordonnées complètes (adresse ; téléphone ; fax ; e-mail) ;
- noms et affiliation ; adresse des co-auteurs ;
- mots-clés.

Les documents suivants sont requis :

- un fichier pour la page de titre ;
- un fichier pour le manuscrit complet (sans page de titre et sans figures) ;
- un fichier par figure ou tableau.

2-/- PRESENTATION DES MANUSCRITS

Le manuscrit, qui doit comporter 250 mots ou 1500 signes par page, doit se composer des éléments suivants.

2.1- PAGE DE TITRE

- un titre en français et en anglais ;
- les noms des auteurs (nom de famille et initiales du prénom) ; l'adresse postale des services ou des laboratoires concernés ; l'appartenance de chacun des auteurs étant indiquée ;
- le nom ; le numéro de téléphone ; de fax et l'adresse e-mail de l'auteur auquel seront adressées les demandes de modifications avant acceptation, les épreuves et les tirés à part.

2.2- RESUMES ET MOTS-CLES

Chaque article doit être accompagné d'un résumé de 250 mots au maximum, en français et en anglais, et de mots-clés (5 à 10) également en français et en anglais. La structuration habituelle des articles originaux doit être retrouvée au niveau des résumés : but de l'étude ; patients et méthode ; résultats ; conclusion.

2.3- TEXTE

Selon le type d'écrit, la longueur maximale du texte (références comprises) doit être la suivante :

- éditorial : 4 pages ;
- article original et mise au point : 12 pages ;
- cas clinique et note technique : 4 pages ;
- lettre à la rédaction : 2 pages.

Le plan suivant est de rigueur pour les articles originaux : introduction ; patients et méthode ; résultats ; discussion ; conclusion ; références.

L'expression doit être simple, correcte, claire, précise et concise.

Les abréviations doivent être expliquées dès leur première apparition et leur forme conservée tout au long du texte ; elles ne sont pas utilisées dans le titre et le résumé. Elles doivent respecter la nomenclature internationale.

2.4- REFERENCES

Le nombre de références est au maximum de 30 dans les articles originaux et de 50 dans les mises au point. Toute citation doit être suivie d'une référence. La liste des références est consécutive selon leur ordre (numéro) d'apparition dans le texte. Toutes les références doivent être appelées dans le texte. Les numéros d'appel sont mentionnés dans le texte entre crochets, séparés par des tirets quand il s'agit de références consécutives (par exemple [1-4]), et par des virgules quand

les références ne sont pas consécutives [1,4].

Lorsque des auteurs sont cités dans le texte :

- s'ils sont un ou deux, le ou les deux noms (sans l'initiale du prénom) sont cités ;
- s'ils sont au moins trois, seul le nom du premier auteur est cité, suivi de la mention « et al. »

Les abréviations acceptées de noms de revues correspondent à celles de l'Index Medicus de la National Library of Médecine.

La présentation des références obéit aux normes de la « Convention de Vancouver » (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Fifth edition. N Engl J Med 1997; 336 : 309-16).

Les six premiers auteurs doivent être normalement mentionnés ; au-delà de ce nombre, seuls les six premiers seront cités, suivis d'une virgule et de la mention « et al. »

Exemples de références :

Article de périodique classique

Diop CT. La pneumatose kystique intestinale. A propos de 10 cas. *Can J Surg* 2001;54 :444-54. (Il n'y a pas d'espaces avant et après les signes de ponctuation du groupe numérique de la référence).

Article d'un supplément à un volume

Fall DF. La lithiase vésiculaire. *Arch Surg* 1990;4 Suppl 1:302-7.

Livre (avec un, deux ou trois auteurs)

Seye AB. Fractures pathologiques. Dakar : Presses Universitaires;2002.p. 304 (nombre de pages).

Livre à auteurs multiples avec coordonnateur(s)

Fofana B, Sylla M, Guèye F, Diop L editors. Les occlusions intestinales. Dakar : Presses Universitaires;2005.p. 203.

Chapitre de livre

Sangaré D, Koné AB. Cancer de l'hypopharynx. In : Diop HM ; Diouf F, editor (ou eds). *Tumeurs ORL*, volume 2. Bamako : Editions Hospisalières;2007.p.102-15.

Touré CT, Beauchamp G, Taillefer R, Devito M. Effects of total fundoplication on gastric physiology. In : Siewert JR, Holscher AH, eds. *Diseases of the esophagus*. New-York : Springer-Verlag;1987.p.1188-92.

2.5- TABLEAUX

Chaque tableau est présenté en page séparée, numéroté en chiffre arabe par lequel il est appelé dans le texte, mis alors entre parenthèses. Le titre est placé au-dessus et les éventuelles notes explicatives, en-dessous. Le tableau doit être saisi en double interligne sur une page.

3-/- ILLUSTRATIONS

Les figures (graphiques ; dessins ; photographies) numérotées en chiffres arabes sont appelées dans le texte par ordre numérique (numéro entre parenthèses) et fournies sur un fichier distinct. Le titre est placé en-dessous.

Il est recommandé de soumettre des figures en formats TIFF (.tiff) ; EPS (.eps) ou PDF (.pdf) .

Pour l'identification faciles des figures transmises, il est nécessaire de nommer les fichiers en indiquant le numéro de la figure et le format utilisé ; par exemple : figure 1 : .tiff, pour le fichier.

La résolution minimale des figures doit être de 200 DPI pour les photographies en noir et blanc et de 300 DPI pour les graphiques ou schémas.

S'il est impossible à l'auteur de soumettre son manuscrit et ses illustrations par l'Internet, il est prié d'envoyer ses différents fichiers sur CD-rom.

4-/- MISE EN PRODUCTION, CORRECTION D'EPREUVES, DEMANDES DE REPRODUCTION

L'insertion partielle ou totale d'un document ou d'une illustration dans le manuscrit nécessite l'autorisation écrite de leurs éditeurs et de leurs auteurs.

Pour tout manuscrit accepté pour publication, lors de la mise en production, un formulaire de transfert de droits est adressé par courrier électronique par l'éditeur ou l'auteur responsable qui doit le compléter et le signer pour le compte de tous les auteurs et le retourner dans un délai d'une semaine.

Vingt tirés à part sont fournis à prix coûtants aux auteurs.

Les épreuves électroniques de l'article sont adressées à l'auteur correspondant. Les modifications de fond ne sont pas acceptées, les corrections se limitant à la typographie. Les épreuves corrigées doivent être retournées dans un délai d'une semaine, sinon, l'éditeur s'accorde le droit de procéder à l'impression sans les corrections de l'auteur.

Après parution, les demandes de reproduction et de tirés à part doivent être adressées à l'éditeur.