



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- MEDIASTINAL: 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

PERFORATION ISOLEE DE LA VESICULE BILIAIRE PAR CONTUSION ABDOMINALE CHEZ L'ENFANT

ISOLATED GALLBLADDER PERFORATION AFTER BLUNT ABDOMINAL TRAUMA IN CHILDREN: A CASE REPORT

MOUSTAPHA H, NDOUR O, NKOLE AM, NDOYE NA, FAYE FALL A, NGOM G, NDOYE M.

*Auteur Correspondant : Hélé Moustapha, medecin
Service de Chirurgie Pédiatrique
Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, Sénégal.
Email : helle_moustapha@yahoo.fr Tel. : 00221.77110.85.06*

Résumé

L'atteinte de la vésicule biliaire après un traumatisme abdominal fermé est rare. Une contusion isolée est exceptionnelle, en raison de la localisation anatomique de la vésicule biliaire qui est protégée par le foie, les intestins, l'épiploon et les côtes. Son tableau clinique est souvent insidieux, raison pour laquelle le diagnostic est souvent fait lors d'une laparotomie exploratrice. Le retard diagnostique est souvent responsable d'une morbidité et d'une mortalité élevée. Le diagnostic précoce est donc essentiel mais reste encore un défi. Nous rapportons un cas de perforation isolée de la vésicule biliaire après une contusion abdominale chez un garçon de 15 ans découvert au stade de péritonite généralisée. La laparotomie exploratrice a permis de poser le diagnostic et de traiter la lésion par cholécystectomie.

Mots clés : contusion abdominale – vésicule biliaire – laparotomie – cholécystectomie – enfant

Abstract

The achievement of the gallbladder after blunt abdominal trauma is rare. Contusion alone is exceptional because of the anatomical localization of the gallbladder which is protected by the liver, intestines, the omentum and ribs. Its clinical presentation is often insidious, reason for which the diagnosis is often made during an exploring laparotomy. The delay diagnosis is often responsible for high morbidity and mortality. The early diagnosis is thus essential but remains still a challenge. We report a case of isolated perforation of the gallbladder after blunt abdominal trauma in a 15 year old boy found at the stage of generalized peritonitis. The exploring laparotomy allowed diagnosing and treating the lesion by cholecystectomy.

Keywords: Blunt abdominal trauma - gallbladder - laparotomy - cholecystectomy – child

INTRODUCTION

La perforation isolée de la vésicule biliaire par contusion abdominale chez l'enfant est exceptionnelle. Elle ne représente que 1,9 à 2,1% de l'ensemble des traumatismes abdominaux [1]. Elle se traduit par une symptomatologie frustrante ce qui entraîne souvent un retard diagnostique et thérapeutique. La laparotomie exploratrice précoce est recommandée pour réduire le taux élevé de morbidité associée à ce contexte [2, 3]. Nous rapportons un cas de perforation isolée de la vésicule biliaire par contusion abdominale chez un enfant de 15 ans en insistant sur les aspects diagnostiques et thérapeutiques.

OBSERVATION

Un garçon de 15 ans sans antécédent pathologique particulier nous a été adressé par un hôpital périphérique pour la prise en charge des douleurs abdominales associées à un ballonnement. Le début de la symptomatologie remonterait à 3 semaines avant son admission, suite à un accident ludique au cours duquel il aurait reçu un coup de genou au niveau de l'épigastre. Son abdomen a augmenté progressivement de volume avec apparition des douleurs abdominales intermittentes.

Une semaine avant son admission la symptomatologie s'est accentuée avec des douleurs abdominales intenses, insomniantes, aggravées par toute tentative d'alimentation. Ce tableau évoluait dans un contexte apyrétique avec des vomissements alimentaires et un transit conservé. A l'admission il avait un bon état général avec des constantes hémodynamiques bonnes : TA : 120/60mmhg, FR : 28, sans fièvre. On notait un important météorisme abdominal. La palpation retrouvait un abdomen tendu et non dépressible sans masse palpable et sensible dans son ensemble, avec un cri de l'ombilic. Les orifices herniaires étaient libres. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait une grisaille diffuse. L'échographie retrouvait un hémopéritoine de grande abondance sans signe évident de lésion organique. La ponction écho-guidée avait ramené du liquide marron. Une numération formule sanguine montrait : 8700 globules blancs, 10,4 g/dl d'hémoglobine, plaquettes : 350000, TP : 90,6%, TCA : 37"2, INR : 1,09. Devant le syndrome péritonéal, l'indication d'une laparotomie en urgence a été posée. L'exploration chirurgicale retrouvait une péritonite biliaire avec aspiration d'environ 3 litres de liquide bilieux, de multiples adhérences grêlo-grê-

liques et grêlo-pariétales. On découvrait une perforation de la vésicule biliaire d'environ 1 cm de grand axe avec des berges remaniées (**figures 1**). Les voies biliaires extra hépatiques étaient intactes de même que le duodénum, la rate, les reins, l'estomac, la vessie, le côlon et le grêle. Nous avons réalisé une adhésiolyse, une toilette de la cavité abdominale, une cholécystectomie antérograde et drainé la cavité péritonéale. Une antibiothérapie à base de céfotaxime, gentamycine et métronidazole a été instaurée. Les suites opératoires ont été simples. Le retour à domicile a été effectif à J8 post opératoire. L'examen histologique de la pièce de cholécystectomie notait une nécrose hémorragique de la paroi vésiculaire. Après un recul de 4 mois, l'enfant était libre de tout symptôme.

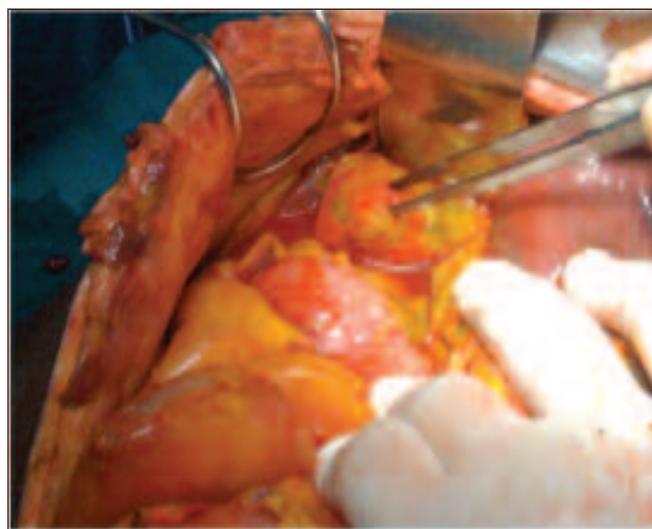


Figure 1 : Perforation du fond de la vésicule biliaire objectivée par la pince à disséquer avec des nombreuses fausses membranes.

COMMENTAIRES

La lésion de la vésicule biliaire due à un traumatisme fermé de l'abdomen est rare [1]. Elle représente 1,9 à 2,1% de toutes les lésions intra abdominales par contusion [1,2]. Son atteinte est souvent associée à d'autres lésions (foie, rate, l'estomac, duodénum, pancréas, rein). La perforation isolée de la vésicule biliaire est rare voire exceptionnelle [2]. Cette faible incidence est due à sa localisation anatomique en retrait, ce qui lui confère une protection par les viscères et la cage thoracique [3]. La plupart des cas surviennent au décours d'un accident de la voie publique ou après un coup direct au niveau de l'abdomen comme c'est le cas chez notre patient. Le diagnostic clinique est difficile car les signes ne sont

pas spécifiques. Le tableau clinique évolue souvent à bas bruit avec une symptomatologie frustrée [3, 4]. Ceci explique le retard diagnostique observé dans la plupart des cas [5]. Chez notre patient le délai de consultation est de trois semaines en raison d'un tableau clinique qui était bien toléré par le patient. C'est surtout la distension abdominale insupportable qui a motivé la consultation. Les examens complémentaires ne sont pas toujours contributifs. La ponction lavage péritonéale n'a de signification que si la bile est fluide et en plus beaucoup de faux négatifs ont été rapportés dans la littérature [5,6]. L'étude par IRM de la vésicule biliaire dépend de la capacité de cette dernière à prendre le contraste qui peut être perturbée en cas de traumatisme. L'échographie, le scanner, l'IRM peuvent permettre d'évoquer le diagnostic dans certains cas rares [7]. Ce sont la scintigraphie isotopique biliaire couplée à la tomographie, l'imagerie par résonance magnétique et la cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde qui permettent actuellement un diagnostic précoce [3,8, 9]. La laparoscopie peut être utile mais son indication est difficile à justifier devant un tableau clinique frustré [1,8]. Chez notre patient nous avons réalisé une échographie qui a mis en évidence un hémopéritoine et une radiographie de l'abdomen

sans préparation qui a montré une grisaille diffuse. Ces deux éléments para cliniques n'ont pas permis de poser le diagnostic. Nous avons néanmoins posé l'indication opératoire devant le contexte traumatique et le syndrome péritonéal. En effet l'épanchement continu de bile dans la cavité péritonéale ou dans l'espace retro péritonéal est souvent fatal. C'est pourquoi l'intervention chirurgicale s'impose en urgence. Nous avons réalisé une cholécystectomie qui est actuellement le traitement de choix. L'évolution est souvent favorable comme dans notre cas. Dans les ruptures isolées de la vésicule biliaire traitées chirurgicalement, il n'a pas été rapporté de cas de décès [2, 4, 5, 8].

CONCLUSION

Il faut avoir à l'esprit la possibilité d'une atteinte du système biliaire extra hépatique dans les contusions abdominales devant un tableau clinique frustré marqué surtout par une distension abdominale progressive. Il faut user des moyens modernes en particulier la scintigraphie pour un diagnostic précoce. En contexte africain, cette radio n'est pas souvent disponible et ne doit pas retarder l'exploration chirurgicale

RÉFÉRENCES

- 1 **Jaggard MK, Johal NS, Choudhry M.** Blunt Abdominal Trauma Resulting in Gallbladder Injury: A Review With Emphasis Pediatrics. *J Trauma-Injury Infect & Critic Care* 2011; 70 (4): 1005-1010.
- 2 **Kim SH, Lee KJ, Kim HR, Kim SJ, Lee SC, Kim JG, Lee DH, Ahn CJ, You YK.** Isolated Traumatic Gallbladder Rupture. *J. Korean Surg Soc* 2008 ; 75 (2):145-148.
- 3 Bainbridge J, Shaaban H, Kenefick N, Armstrong CP. Delayed presentation of an isolated gallbladder rupture following blunt abdominal trauma: a case report. *J Med Case Reports* 2007 ; 1 (52) :294 -295.
- 4 **Di Carlo I, Sparatore F, Primo S, Toro A.** Gallbladder Blunt Trauma: Unusual Presentation and difficult diagnosis. *Chirg Gastroenterol* 2006 ; 22 (4) : 272-274.
- 5 **Wittenberg A, Minotti AJ.** CT Diagnosis of Traumatic Gallbladder Injury. *AJR* 2005; (185):1573-1574.
- 6 **Mendrek MJ, Rodriguez JR, Hardjasudarma M.** Traumatic rupture of the gallbladder. *Appl Radiol Arch* 2006; 35 (9).
- 7 **Kao EY, Desser TS, Brooke Jeffrey R.** Sonographic Diagnosis of Traumatic Gallbladder Rupture. *J Ultrasound Med* 2002 ; (21):1295-1297.
- 8 **R. Kohler, R Millin, B Bonner, A Louw.** Laparoscopic treatment of an isolated gallbladder rupture following blunt abdominal trauma in a schoolboy rugby player. *Br J Sports Med* 2002; (36) :378-379.
- 9 **Kedra B, Sobocki J.** A case of isolated gallbladder rupture after blunt abdominal trauma. *Przegl Lek* 2000; 57 (12) : 766-767.

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.