



**Juin 2024, Volume 8
N°1, Pages 1 - 103**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2024, Volume 8,
N°1, Pages 1 - 103

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

SOMMAIRE

Articles Originaux	Numéros de Pages
1) Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques du volvulus du colon pelvien à l'Établissement Public de Santé (EPS1) de Mbour : étude rétrospective à propos de 72 cas. Diouf A et al. 1	
2) Aspects épidémiologiques et diagnostiques des malformations congénitales observées dans deux services de chirurgie à Dakar. Koumaré IB et al. 10	
3) Étude préliminaire des traumatismes du système musculo-squelettique par accidents du trafic routier terrestre au CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Diop B et al.19	
4) Évaluation de la colectomie idéale au cours du volvulus du côlon pelvien sans nécrose au service de chirurgie de l'Hôpital Ignace Deen. Camara NLY et al. 26	
5) Épidémiologie et prise en charge des traumatismes abdominaux au Centre Hospitalier Régional de Maradi au Niger. Maman Boukari H et al.32	
6) Occlusion intestinale aiguë par strangulation : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry. Camara NLY et al.40	
7) Evaluation d'un programme de simulation sur pelvi-trainer pour la réalisation des gestes de base en chirurgie mini invasive. Salihou AS et al. 47	
8) Anastomoses iléo-anales et colo-anales : indications et résultats au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry. Camara M et al.58	
9) Prolapsus génitaux : aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques à propos de 58 cas. Thiam O et al..... 63	
10) Brûlure cutanée chez les enfants : aspects cliniques et thérapeutiques au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Ignace Deen, CHU de Conakry. Bangoura MS et al.73	
CAS CLINIQUES	
11) La polypose recto-colique dégénérée à propos de 4 cas au Service de Chirurgie de l'Hôpital Dalal Jamm. Faye PM et al.78	
12) Fécalome géant à propos d'une observation et revue de la littérature à l'Hôpital Donka. Camara FL et al..... 83	
13) Lymphome diffus à grandes cellules B révélé par une invagination intestinale chez le grand enfant : à propos d'un cas et revue de la littérature. Foadey MKS et al.....88	
14) Abord antéro-latéral de la charnière thoracolumbaire : expérience d'un cas de chylothorax par plaie iatrogène du canal thoracique. SY CN et al.93	
15) Lésion de l'artère poplitée et nécrose musculo-cutanée de la jambe en milieu rural : reconstruction par lambeaux pédiculés. Assere A et al.99	

CONTENTS

Original Articles	Pages Number
1) <i>Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of the pelvic colon volvulus at the Public Health Center of Mbour : a retrospective study of 72 cases.</i> Diouf A et al.....1	
2) <i>Epidemiological and diagnostic aspects of congenital malformations observed in two surgical department in Dakar.</i> Koumare IB et al.....10	
3) <i>Preleminary study of the Musculo-skeletal system injuries due to road traffic accidents at the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar.</i> Diop B et al.....19	
4) <i>Evauation of ideal colectomy during pelvic colon volvulus without necrosis in the General Surgery Department of Ignace Deen Natinal Hospital.</i> Canara NLY et al.....26	
5) <i>Epidemiology and management of abdominal trauma at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger.</i> Maman Boukari H et al.....32	
6) <i>Acute intestinal occlusion by strangulation: epidemiological, clinical and therapeutic aspects in teh General Surgery Department of the Ignace Deen National Hospital in Conakry.</i> Camara NLY et al.....40	
7) <i>Evaluation of a simulation program on pelvi-trainer for performing basic gestures in minimally invasive surgery.</i> Salihou AS et al.....47	
8) <i>Ileo-anal and colo-anal anastomosis : indications et results in the General Surgery department of Ignace Deen Teaching hospital in Conakry.</i> Camara M et al.....58	
9) <i>Genital prolapse : diagnostic and therapeutic epidemiological aspects of 58 cases.</i> Thiam O et al.....63	
10) <i>Skin burn in children : clinical and therapeutic aspects in the general surgery department of the national teaching hospital Ignace Deen in Conakry.</i> Bangoura MS et al.....73	
CASES REPORTS	
11) <i>Four cases of degenerated recto-colic polyposis at the surgical department of Dalal Jamm Hospital.</i> Faye PM et al.....78	
12) <i>Giant fecaloma : a case report and review of literature at Donka Hospital.</i> Camara FL et al.....83	
13) <i>Diffuse large B-Cell Lymphoma revealed by intestinal invagination in older child: a case report and review of the literature.</i> Foadey MKS et al.....88	
14) <i>Anterolateral approach to the thoraco-lumbar hinge: experience of a case with chylothorax by iatrogenic wound of the thoracic duct.</i> Sy CN et al.....93	
15) <i>Popliteal artery injury and musculo-cutaneous necrosis of the leg in a rural setting: reconstruction with pedicled flaps.</i> Assere A et al.....99	

ÉVALUATION DE LA COLECTOMIE IDEALE AU COURS DU VOLVULUS DU COLON PELVIEN SANS NECROSE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL IGNACE DEEN

EVALUATION OF IDEAL COLECTOMY DURING PELVIC COLON VOLVULUS WITHOUT NECROSIS IN THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF IGNACE DEEN HOSPITAL

CAMARA NLY¹, KONATÉ L¹, DIALLO A¹, BARRY A², KONATÉ L¹, KAMANO FA¹, CAMARA M¹, CONDÉ A¹, DIAKITÉ S¹, TRAORÉ M², KONDANO SY¹, SOUMAORO LT¹, TOURÉ A¹.

1- *Hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry/Faculté des Sciences et Techniques de la Santé/Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (Guinée)*

2- *Hôpital national Donka, CHU de Conakry/Faculté des Sciences et Techniques de la Santé/Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (Guinée)*

Auteur correspondant : Dr Camara Naby Laye Youssouf, Faisant Fonction d'assistant
Téléphone : 224 621 23 8299 E-mail : camaranlyc@gmail.com.

Résumé

Le but de notre étude était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du volvulus du côlon pelvien à l'hôpital national Ignace DEEN. **Matériel et Méthode** : il s'agissait d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021 portant les patients hospitalisés et opérés pour un volvulus du côlon pelvien et ayant bénéficié d'une colectomie idéale. Les variables ont été socio-démographiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs. **Résultats** : nous avons colligé un total de 87 cas de volvulus du côlon pelvien sans nécrose, représentant 2,65% des urgences chirurgicales abdominales. La moyenne d'âge était de 40,5 ans. Il s'agissait de 63 hommes et de 24 femmes. Les antécédents de constipation chronique avec une notion de sub occlusion étaient retrouvés chez 91,95% des cas. L'arrêt des matières et des gaz et le météorisme abdominal ont été retrouvés dans 100% des cas. La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez tous les patients. Les techniques opératoires ont été l'hémi-colectomie gauche chez 78 patients (89, 65%) et la sigmoïdectomie chez 9 patients (10,35%). Nous avons enregistré une mortalité de 5,26% **Conclusion** : Le

volvulus du côlon sigmoïde est une urgence médico-chirurgicale relativement fréquente dans notre contexte. Il a fait l'objet de multiples travaux dans notre service où depuis de longues années la pratique est à la colectomie idéale.

Mots clés : Colectomie, volvulus du côlon pelvien, Conakry.

Summary

*The aim of our study was to contribute to improving the management of colon volvulus pelvic at the national hospital Ignace DEEN. **Material and methods**: it was a study retrospective going from January 1st of 2020 to December 31, 2021 including patients hospitalized and operated on for a volvulus of the pelvic colon and having by an ideal colectomy. The variables were sociodemographic, clinical, therapeutic and evolutionary. **Results**: We collected a total of 87 cases of pelvic colon volvulus without necrosis, representing 2.65% of abdominal surgical emergencies. The average age was 40.5 years. There were 63 men and 24 women. History of chronic constipation with a notion of sub occlusion was found at 91.95% of cases. The cessation of materials and gases and abdominal meteorism were*

*found in all cases. Plain abdominal radiography was performed in all patients. The operative gestures were left hemicolectomy in 78 patients (89.65%) and sigmoidectomy in 9 patients (10.35%) all followed by immediate anastomosis. We recorded a mortality rate of 5.26%.
Conclusion: Sigmoid colon volvulus is a*

relatively common medical-surgical emergency in our context. It has been the subject of multiple studies in our department where for many years the practice has been ideal colectomy.

Keywords : Colectomy, pelvic colon volvulus, Conakry.

INTRODUCTION

Le volvulus du côlon pelvien est la torsion de l'anse sigmoïde autour de son axe mésocolique réalisant une occlusion intestinale aiguë mécanique basse par strangulation [1]. Il siège le plus souvent au niveau du côlon sigmoïde ; exceptionnellement au niveau du côlon transverse et rarement au niveau du caecum [2]. Il se manifeste cliniquement et radiologiquement par une occlusion basse, son aspect à l'ASP est relativement caractéristique permettant son diagnostic dans 70% des cas [3]. Le pronostic du volvulus du côlon pelvien est grave et sa mortalité globale est habituellement élevée, la précocité du diagnostic et la qualité de la prise en charge sont autant de facteurs qui améliorent notablement le pronostic [4]. Plusieurs techniques chirurgicales sont utilisées pour cette prise en charge du volvulus du côlon pelvien.

Celles-ci vont de la détorsion simple de l'anse à la pexie du sigmoïde après détorsion, à la colectomie en deux temps et à la colectomie idéale [5]. Ce traitement chirurgical est toujours un sujet de controverse entre les défenseurs de la colectomie en deux temps et les opposants à cette pratique [6].

Le but de notre étude était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du volvulus du côlon pelvien à l'hôpital national Ignace DEEN.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une période de 2 ans, allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2021 réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry. Tous les patients hospitalisés et opérés dans le service de chirurgie générale pour un volvulus du côlon pelvien et ayant bénéficié d'une colectomie ont été inclus dans notre étude. Les patients ayant bénéficié d'une colectomie en 2 temps n'étaient pas inclus dans notre étude. Les variables étudiées étaient épidémiologiques (la fréquence, l'âge, le sexe), cliniques (les signes fonctionnels, les antécédents, les signes radiologiques), thérapeutiques (les gestes chirurgicaux réalisés) et évolutives (les complications post-opératoires, la durée du séjour hospitalier et le mode de sortie des patients).

RESULTATS

Durant la période d'étude, 1430 patients ont été opérés et hospitalisés dans le service de chirurgie générale pour une urgences chirurgicale abdominale. Parmi ces urgences chirurgicales abdominales, 250 patients ont été hospitalisé et opérés pour une occlusion intestinale aiguë. Quarante-vingt-quatorze patients ont été opérés pour un volvulus du côlon pelvien et nous avons inclus dans notre étude 87 cas de volvulus du côlon pelvien sans nécrose traités par colectomie idéale représentant 2,65% de

toutes les urgences chirurgicales abdominales.

La moyenne d'âge était de 40,5 ans avec des extrêmes de 16 et 81ans. Il s'agissait de 63 hommes et de 24 femmes avec un sex-ratio de 2,62.

Le délai moyen de consultation était de 2 jours (extrêmes de 4h et 5 Jours). Les antécédents de constipation chronique avec une notion de sub-occlusion étaient présents

chez 80 malades, soit 91,95% des cas. Les antécédents de chirurgie abdominale étaient présents chez 3 patients (3,44%). Trois patients (3,44%) avaient une hypertension artérielle.

Le délai moyen d'évolution des symptômes était 76 heures avec des extrêmes de 5 heures et 3 jours. Le tableau I résume la répartition des signes cliniques à l'admission.

Tableau I : Répartition selon les signes cliniques

	Effectif	Pourcentage (%)
Signes fonctionnels		
Arrêt des matières et des gaz	87	100
Douleur abdominale	84	96,5
Vomissements	3	3,4
Signes physiques		
Météorisme abdominal	87	100
Signes Généraux		
Pâleur conjonctivale	28	27,2
Anorexie	23	22,3
Asthénie physique	21	20,4
Hypotension	17	16,5

L'image en arceau était majoritairement (n=45 ; 51,7%) présente à la radiographie

de l'abdomen sans préparation (ASP) comme le montre le tableau II.

Tableau II : Répartition selon les aspects radiologiques

	Effectif	Pourcentage (%)
Image en arceau	45	51,7
Niveaux hydro-aériques colique + dilatations coliques importants	25	28,5
Niveaux grêliques associés	7	8,4

Tous nos patients ont reçu un traitement médical (aspiration digestive, apport hydrique, électrolytes, antibiotique et antalgique) et un traitement chirurgical.

L'abord chirurgical a été une incision médiane chez tous nos malades soit 100%. Le nombre de tours de spires a été d'un tour (360° de rotation) chez 20 patients (22,98%) et deux tours (720°) de rotation chez 67 patients (77,02%). Le rectum était en avant

chez 25 patients (28,73%) et en arrière chez 62 patients (71,27%).

Les techniques ont été une hémicolectomie gauche suivie d'une anastomose colo-rectale termino-terminale chez 78 patients (89,65%) et la sigmoïdectomie chez 9 patients (10,35%) plus le drainage chez tous les malades.

Le délai de reprise du transit était de 3 jours. Les suites opératoires ont été simples chez

84 patients (94,7%). La morbidité concernait 11 patients (12,5%). Nous avons enregistré 8 cas de suppuration pariétale, 3 cas de fistule digestive (3,4%) qui ont tari spontanément au cours du séjour hospitalier à l'aide du traitement médical. La mortalité a été de 5,26% soit 3 décès. Ces décès sont survenus chez trois patients dans un tableau de choc septique dont 2 sur terrain de VIH. Le délai moyen de séjour était de 12 jours (extrêmes de 10 et 46 jours).

DISCUSSION

Le volvulus du côlon sigmoïde est une urgence médico-chirurgicale relativement fréquente dans les pays en développement [7]. Cette plus grande fréquence dans ces pays s'expliquerait par la richesse en fibres végétales du régime alimentaire [8].

Le volvulus du côlon pelvien survient à tout âge. Cette pathologie est observée chez les adultes, mais l'âge de survenue varie selon la localisation géographique. Dans les pays occidentaux, cette affection atteint fréquemment les sujets âgés de plus de 60 ans, souvent hospitalisés, parfois dans des maisons de retraite et souffrant de troubles neurologiques [9]. Dans les pays en développement, c'est une pathologie de l'adulte jeune. L'âge moyen de survenue se situerait entre 40 et 60 ans, comme en témoignent les résultats des études menées par Touré et al au Sénégal et Diallo et al au Mali avec respectivement 42 ans et 49,6 ans [2,3].

La prédominance masculine du volvulus du côlon sigmoïde, classique dans de nombreuses études africaines [1,2,3,10]. Cette prédominance masculine du volvulus du côlon sigmoïde s'expliquerait par le fait que les femmes ont un bassin plus large et une musculature abdominale moins tonique que celle des hommes permettant une détorsion spontanée. Les hommes ont un mésocôlon très haut appelé dolicho-mésocôlon, en revanche les femmes présentent un brady-mésocôlon. [11].

La recherche des antécédents du patient en cas d'occlusion par volvulus du côlon sigmoïde, classiquement on recherche une

notion de constipation chronique obligeant à recourir aux laxatifs et parfois même à des purgations, d'un volvulus raté sous la forme d'une sub-occlusion [12]. Dans notre étude, une constipation chronique et une notion de sub-occlusion ont été retrouvées chez 80 malades, soit 91,95% des cas. Dans la série de Ghariani et al, en Tunisie, une constipation chronique et une notion de sub-occlusion ont été notées chez 32 malades, soit 80% des cas [5].

L'arrêt des matières et des gaz, signe pathognomonique du syndrome occlusif, a été retrouvé dans 100% des cas dans la majorité des séries. En témoignent, les résultats de notre étude et de celle de Diallo et al où tous les malades ont présenté un arrêt des matières et des gaz [3]. La douleur abdominale a été rapportée dans 96,55% des cas de notre étude, alors que dans l'étude de Ghariani et al, de même que dans celle de Sidi et al, les chiffres étaient respectivement de 80% et 90,32% [5,12]. Les vomissements ont été retrouvés dans 75,86% des cas de notre étude. Dans les résultats rapportés par Toure et al et Diallo et al, les chiffres étaient respectivement 82% et 82,9% [2,3]. Ce taux élevé des vomissements pourrait s'expliquer par le retard à l'admission dans une structure de soins. Le météorisme abdominal asymétrique, signe pathognomonique du volvulus du côlon pelvien, a été noté chez tous les malades de notre étude de même que chez ceux de la série de Ghariani et al alors que ce signe était noté chez 96% des cas rapportés par Toure et al [2,5].

La radiographie de l'abdomen sans préparation, examen d'un grand intérêt a été réalisée chez tous les patients de notre étude en position debout. Elle a permis dans la majorité des cas de décrire des images en arceau évocatrices d'un volvulus du côlon pelvien [13]. Elle reste un examen indispensable pour poser le diagnostic du VCP ; il reste l'examen le moins coûteux et pose le diagnostic d'un syndrome occlusif dans 100% des cas [14]. Aucun de nos patients n'a bénéficié d'un scanner abdominal. Ceci s'explique par le coût

élevé de cet examen dans notre pays et le faible revenu de nos populations [15].

La détorsion endoscopique n'est plus à démontrer dans la prise en charge du volvulus du sigmoïde sans nécrose. Elle permet de préparer le patient à la colectomie élective dans de bonnes conditions de préparation colique [1,2,4]. Cependant ses limites sont : le taux de réussite 77%, le risque de perforation intestinale 2,4% et comment savoir l'absence de nécrose en pré-opératoire [13]. Selon Toure et al, la détorsion endoscopique doit être proposée dans tous les cas de volvulus du sigmoïde en absence de signes cliniques, biologiques, ou radiologiques (scanner) de nécrose intestinale [2]. Nous ne pratiquons pas cette méthode en Guinée pour des raisons de manque d'unités endoscopiques équipées et fonctionnelles. Comme dans plusieurs études la laparotomie d'urgence est de règle devant toute occlusion intestinale mécanique comme le volvulus du côlon pelvien [16].

Le choix entre la colectomie idéale, la colostomie et la détorsion simple a été toujours sujet de controverse. Plusieurs études prospectives concluaient que la colectomie idéale pratiquée en réalisant une hémicolectomie gauche n'augmenterait pas la morbi-mortalité post opératoire et qu'elle restait la technique de choix dans le volvulus du sigmoïde sans nécrose [17]. Nous avons effectué chez 87 patients une colectomie idéale sans préparation colique sans augmentation statistique des complications post-opératoires. Devant les

raisons suivantes : le taux de récurrence élevé après détorsion simple, le comportement de nos malades qui refusent la deuxième intervention après la détorsion, le coût élevé de la colectomie en 2 temps et les complications propres à la colostomie, notre méthode de choix a été la colectomie idéale (colectomie anastomose en 1 temps) [7]. Nous n'avons pas trouvé d'association entre cette technique et une augmentation de la morbi-mortalité post-opératoire. La survenue de ces complications post-opératoires dépend surtout de certains facteurs : le délai d'admission, la précocité du diagnostic, de l'expérience du chirurgien et de la qualité de la prise en charge.

CONCLUSION

Le volvulus du côlon sigmoïde est une urgence médico-chirurgicale relativement fréquente dans notre contexte. Il a fait l'objet de multiples travaux dans notre service où depuis de longues années la pratique est à la colectomie idéale. Les résultats de la colectomie idéale ont été améliorés depuis l'instauration de l'hémi-colectomie à la place de la sigmoïdectomie, c'est-à-dire la résection au pied de l'anse. Une réanimation pré, per et post opératoire bien conduite, et surtout une antibiothérapie efficace, ont permis de réduire non seulement la morbidité post opératoire, mais aussi la mortalité liée à cette pratique chirurgicale.

REFERENCES

- 1- **Traoré D, Sanogo ZZ, Bengaly B, Sissoko F, Coulibaly B, Togola B et coll**
Volvulus du sigmoïde : résultats des approches chirurgicales dans les CHU de Bamako. Journal de chirurgie viscérale 2014 ; **154** :104-108.
- 2- **Touré CT, Dieng M, Mbaye M, Sanou A, Ngom G, Ndiaye A et coll**
Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du côlon au centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar. Annales de chirurgie 2003 ; **128** : 98 – 101.
- 3- **Diallo G, Diakité I, Kanté L, Togo A, Traoré A, Keita M et coll**
Volvulus du Colon Sigmoïde (VS) au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré de Bamako. Médecine d’Afrique Noire 2009 ; **56** :377-381.
- 4- **Sani R, Ganda OR, Harouna YD, Illo A, Nomao Djika M et coll.**
Traitement du volvulus du colon sigmoïde à l’hôpital national de Niamey: À propos de 68 cas.
Journal Africain de Chirurgie Digestive 2003 ; **3**(2) : 277-280.
- 5- **Ghariani B, Houissa H, Sebai F**
Prise en charge du volvulus du sigmoïde. La Tunisie Médicale - 2010 ; **88** (3) : 163 – 167.
- 6- **Traoré D, Coulibaly B, Togola B, Bengaly B, Mariko Y, Traoré I et coll**
Volvulus du colon sigmoïde: traitement chirurgical et pronostic dans les services de chirurgie générale du CHU POING. Mali Médicale 2013 ; **28** (3) : 82 – 102
- 7- **Togo A, Kanté L, Diakité I, Dembélé BT, Traoré A, Samaké B et coll**
Volvulus du sigmoïde (VS) sans nécrose : colectomie idéale ou résection anastomie en 2 temps. J. Afr. Hepatol-Gastroentérol 2014; **8**: 61-65
- 8- **Beyrouti M, Ramez, Mohamed A, Salah KB, Faoued F, Najmeddine A et coll** Le volvulus du côlon pelvien (A propos de 47 cas). La Tunisie chirurgicale 2007 ; **2** : 24-28
- 9- **Gupta SS, Singh O , Paramhans D, Mathur RK**
La sigmoïdectomie sur sonde : une bonne alternative à la sigmoïdopexie pour volvulus non compliqué du colon sigmoïde. Journal de chirurgie viscérale 2011 ; **148** :143-147
- 10- **Choua O, Kaboro M, Mahamat M, Malignan O, Moussa KM, Ndjianone KN**
Résultats du traitement du volvulus du sigmoïde à N’Djamena, Tchad. European Scientific Journal July 2015 ;11(21) :246-253.
- 11- **Madiba TE, Haffajee MR.**
Sigmoid colon morphology in the population groups of Durban, South Africa, with special reference to sigmoid Volvulus. Clin Anat 2011;24(4):441-53
- 12- **Nuhu A, Jah A**
Acute sigmoid volvulus in a West African population. Annals of African Medicine 2010 ; **9** (2) : 86-90.
- 13- **Diémé E, Sall I, Leye MMM, Bénadji E, Ndiaye R, Diouf M et coll**
Apport du tube rectal dans la prise en charge du volvulus du côlon sigmoïde : Expérience de l’hôpital principal de Dakar. Journal africain de Chirurgie 2016 : **4**(1) : 9-13
- 14- **Hama Y, Kadi I, Elh Lamine H.Z, Sani R, Harouna Y.D.** Volvulus du colon sigmoïdien. Journal Africain d’Hépatogastroentérologie 2017;11(2) :68-71
- 15- **Fofana H, Mamy GF, Dabo M, Soumaoro L T, Diakité S, Keita K et al** Occlusions intestinales aiguës par strangulation au service de chirurgie générale de l’hôpital national Ignace Deen. J Afr Chirurgie de Digestive ; 2018 ; **18**(2) : 2434 – 2439.
- 16- **Schwartz A, Peycru T, Tardat E, Cascella T, Durand-Dastes F.**
Prise en charge actuelle du volvulus du sigmoïde en milieu tropical. Med Trop 2009; **69** :51-55.
- 17- **Adakal O, Adamou H, James Didier L, Amadou ML, Habou O, Hama Y et coll**
Prise en charge du volvulus du côlon sigmoïde : A propos de 30 cas au Centre Hospitalier Régional (CHR) Maradi. Annales de l’université Abdou Moumouni 2016 ; **2**(Tome XXI-A) : 129-134.