



**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**

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

**CONTENTS**

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

**OCCLUSION INTESTINALE AIGUE PAR STRANGULATION : ASPECTS  
EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DANS LE SERVICE  
DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN CHU DE  
CONAKRY**

**ACUTE INTESTINAL OCCLUSION BY STRANGULATION: EPIDEMIOLOGICAL,  
CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS IN THE GENERAL SURGERY  
DEPARTMENT OF THE IGNACE DEEN NATIONAL HOSPITAL OF CONAKRY**

**CAMARA NLY<sup>1</sup>, DIALLO A<sup>1</sup>, BARRY TI<sup>1</sup>, BARRY A<sup>2</sup>, KONATÉ L<sup>1</sup>, KAMANO FA<sup>1</sup>,  
CAMARA M<sup>1</sup>, CONDÉ A<sup>1</sup>, DIAKITÉ S<sup>1</sup>, TRAORÉ M<sup>2</sup>, KONDANO SY<sup>1</sup>,  
SOUMAORO LT<sup>1</sup>, TOURÉ A<sup>1</sup>.**

*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 cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës (OIA) mécaniques par strangulation dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry. **Matériel et Méthode** : Il s'agissait d'une étude rétrospective de type analytique d'une durée de 3 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2022, réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry. **Résultats** : Nous avons colligé au total 76 cas d'OIA par strangulation dont de 39 hommes et de 37 femmes, un sex-ratio de 1,05. La moyenne d'âge était de 41,26 ans avec des extrêmes de 8 et 84 ans. La Clinique était dominée par la douleur abdominale, les vomissements, l'arrêt du transit intestinal des matières et des gaz et le météorisme abdominal. L'occlusion était haute 57 cas (75%), basse 16 cas (21,05%) et mixte dans 3 cas (3,95%). La radiographie de l'ASP a été faite chez tous nos patients (100%) et l'échographie chez 2 patients. Les étiologies étaient : les Brides et adhérences 70,67% (n=53), le volvulus du côlon pelvien 21,33% (n=16) et du grêle

72% (n=54), les étranglements herniaires 6,67 % (n=5), les invaginations intestinales aiguës 1,33 (n=2). Les gestes chirurgicaux ont été la section des brides et adhésiolyses dans 53 cas, 13 cas d'hémicolectomie gauche, 5 herniorraphies avec 3 colostomies. La durée moyenne de séjour était de 14 jours. Les complications post opératoires étaient 14 infections du site opératoire, 2 fistules stercorales et 4 décès. **Conclusion** : Les brides et les adhérences étaient les étiologies les plus fréquentes des occlusions par strangulation, une réanimation pré, per et post opératoire pourrait réduire la morbi-mortalité post opératoire de cette affection.

**Mots clés** : occlusion intestinale, mécanique, strangulation, Conakry

## Summary

The aim of this study was to describe the epidemiological, clinical and therapeutic characteristics of acute mechanical intestinal obstruction by strangulation in the general surgery department of the Ignace Deen CHU national hospital in Conakry. **Material and methods:** This was a retrospective analytical study lasting 3 years from January 1st of 2020 to December 31, 2022, carried out in the general surgery department of the Ignace Deen national hospital of the Conakry University Hospital. **Results:** We collected a total of 76 cases of OIA by strangulation, including 39 men and 37 women, a sex ratio of 1.05. The average age was 41.26 years with extremes of 8 and 84 years. The Clinic was dominated by abdominal pain, vomiting, cessation of intestinal transit of materials and gases and abdominal meteorism. The occlusion was high in 57 cases (75%), low in 16 cases (21.05%) and

mixed in 3 cases (3.95%). X-ray of the ASP was done in all our patients (100%) and ultrasound in 2 patients. The etiologies were: Bridles and adhesions 70.67% (n=53), volvulus of the pelvic colon 21.33% (n=16), and small intestine 72% (n=54), hernial strangulations 6.67% (n=5), acute intestinal intussusceptions 1.33 (n=2). The surgical procedures were the section flanges and adhesiolysis 53 cases, 13 cases of left hemicolectomy, 5 hernia repairs and 3 colostomies. The average length of stay was 14 days. Postoperative complications were: 14 surgical site infections, 2 stercoral fistulas and 4 deaths. **Conclusion:** Straps and adhesions were the most common etiologies of strangulation occlusions; pre-, intra- and post-operative resuscitation could reduce the post-operative morbidity and mortality of this condition.

**Keywords:** intestinal obstruction, mechanical, strangulation, Conakry

## INTRODUCTION

Les occlusions intestinales aiguës mécaniques par strangulation désignent un arrêt complet, permanent et persistant du transit intestinal des matières et des gaz caractérisés par une possibilité d'interruption de la vascularisation de l'anse avec risque de nécrose [1]. Elle représente 10% des douleurs abdominales de l'adulte et constitue la deuxième cause d'hospitalisation en urgence chirurgicale après l'appendicite aiguë [2]. En effet, les brides prédominent dans les pays développés alors que l'étranglement herniaire et le volvulus du côlon pelvien sont plus fréquents dans les pays en développement [3]. Le diagnostic est parfois difficile à poser, néanmoins, la démarche diagnostique repose sur un interrogatoire bien mené, un examen clinique minutieux et une bonne analyse des images radiologiques. La gravité de cette affection impose souvent une attitude

thérapeutique précoce [4]. Le taux élevé de morbi-mortalité font de cette affection est une préoccupation et un réel problème de santé dans les zones défavorisées [5]. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de la qualité de la prise en charge [6].

Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des occlusions intestinales aiguës mécaniques par strangulation dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type analytique d'une durée de 3 ans allant du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2022, réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen

du CHU de Conakry. Tous les patients quel que soit l'âge, le sexe et la provenance, hospitalisés et opérés dans le service pour une occlusion mécanique par strangulation ont été inclus. Les variables étaient socio-démographiques (la fréquence, l'âge, le sexe), cliniques (le délai de consultation, les aspects cliniques, les étiologies), thérapeutiques (les gestes réalisés) et évolutives (les complications post-opératoires et les causes de décès).

## RESULTATS

Nous avons colligé au total 76 cas d'occlusion intestinale aiguë (OIA) par strangulation et ce qui représentait 73,78% des OIA mécaniques (n=103). La moyenne d'âge était de 41,26 ans avec des extrêmes de 8 et 84 ans. Il s'agissait de 39 hommes et de 37 femmes, un sex-ratio de 1,05.

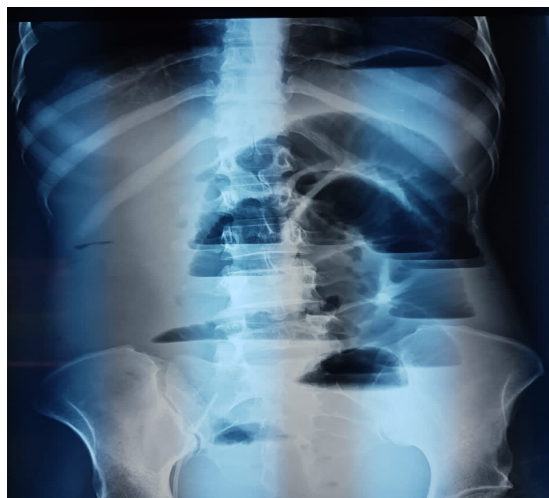
Le délai moyen de consultation était de 3 jours (extrêmes de 6h et 7 Jours). Trente patients (40,25%) ont été reçus en urgence au-delà de 72 heures d'évolution de la strangulation. Les antécédents de chirurgie abdominale étaient présents chez 31 patients (40,78%). Vingt patients (20,3%) ont présenté une constipation chronique et 6 patients n'avaient aucun antécédent chirurgical, 10 cas d'infections génitales, 10 patients diabétiques et la sérologie au VIH était positive chez 4 patients. Le tableau I résume la répartition selon les signes cliniques.

**Tableau I : Répartition selon les signes cliniques**

Signes fonctionnels	Effectif	%
Arrêt des matières et des gaz	76	100
Douleur abdominale	31	40,78
Vomissements	23	30,26
Météorisme abdominal		

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été faite chez tous nos malades montrant une OIA haute (figure 1)

ou basse et l'échographie chez 2 patients. Aucun patient n'a bénéficié d'un scanner.



**Figure 1 : ASP debout de face montrant des niveaux hydro-aériques centraux en rapport avec une occlusion haute.**

Une numération globulaire et formule sanguine avait été réalisée chez tous nos malades et avait révélé une hyperleucocytose supérieure à 10000 chez 18 patients. L'ionogramme n'a pu être réalisé que chez 27 patients (22,92%), les troubles ioniques ont été retrouvés chez 8 patients avec hyponatrémie et hypokaliémie chez 8.

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 93,33% (n= 71) et inguinales dans 6,67%. Le siège de l'obstacle était sur le grêle dans 72% (n=54) et colique dans 21,33% (n=17) et mixte dans 6,67% (n=5). Les étiologies étaient les brides (Figure 2) et les adhérences 70,67% (n=53), le volvulus du côlon pelvien 21,33% (n=17), les étranglements herniaires 6,67 (n=5), les invaginations intestinales 1,33% (n=1). L'anse était nécrosée dans 10 cas (13,15%), perforée dans 2 cas (1,33%), ecchymotique dans 21 cas (27,63%). Le tableau II résume la répartition selon les indications.

Tableau II : Répartition selon les indications opératoires

Indications	Gestes réalisés	N	Pourcentage
<b>Brides et adhérences (Avec nécrose 6 cas)</b>	Section de brides et adhésiolyses	53	64,5%
<b>Volvulus colon pelvien (avec nécrose 3 cas)</b>	Hémi-colectomie gauche (3 cas de colostomie)	16	25,5%
<b>Étranglement herniaire (avec nécroses 1 cas)</b>	Cure de hernie (1 cas de résection-anastomose du grêle)	5	7%
<b>Invagination Iléo-caeco-colique (avec nécrose 1 cas)</b>	Hémi-colectomie droite	2	3%

L'évolution a été favorable chez 59 patients. Une morbidité à type de suppuration pariétale a été retrouvée chez 14 patients (18, 42%), et deux cas de fistules de bas débit par lâchage de suture d'anastomose ayant tous bien évolué sous traitement médical, mesures hygiéno-diététiques et soins locaux. Nous avons enregistré quatre décès soit (5,26%) dont 2 sur terrain de VIH avec fistule stercorale par lâchage qui ont développé des péritonites post opératoires. Ces deux patients qui ont développé une péritonite post opératoires n'ont pas été repris au bloc. Les deux patients sont décédés dans un tableau de choc septique.

Le délai moyen de séjour était de 14 jours (extrêmes de 2 et 46 jours).

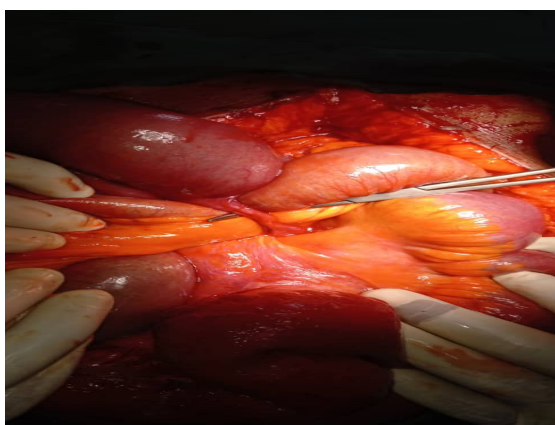


Figure 2 : vue opératoire d'une bride post opératoire

## DISCUSSION

Les occlusions intestinales aiguës mécaniques par strangulation représentent une cause majeure des urgences chirurgicales. Cette fréquence élevée des OIA a déjà été rapportée par plusieurs auteurs [7, 8]. Dans notre étude 73,78% des occlusions intestinales aiguës mécaniques étaient des strangulations. L'âge moyen était de 41,2 ans. Ce résultat est comparable à d'autres séries d'occlusions intestinales en Afrique subsaharienne comme celle de Harissou et coll [9]. En effet la population de ces pays est relativement jeune comparés aux pays occidentaux où les occlusions sont décrites chez les sujets âgés [10]. Il existe une prédominance masculine dans notre étude comme celle rapportée dans la plupart des études africaines [2,3,5]. Ceci est expliqué par la diversité des interventions chirurgicales initiales subies antérieurement chez la plupart des patients d'une part et d'autre par le fait que les principales causes d'occlusion par strangulation (hernies étranglées et volvulus du côlon pelvien) sont plus fréquentes chez les hommes [11]. Le délai de consultation tardif dans notre étude s'explique par la méconnaissance des abdomens aigus qui sont longtemps traités médicalement dans les structures sanitaires de la périphérie avant d'être référés dans les structures sanitaires spécialisées d'une part



et d'autre part le recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle font que les malades ne consultent qu'à un stade avancé de leurs maladies [12].

Dans notre étude, le tableau clinique était représenté par la tétrade de Mondor avec pour maître symptôme la douleur abdominale et l'arrêt du transit intestinal des matières et des gaz complet et persistant qui sont des signes cliniques majeurs révélateurs d'une strangulation. Dans notre contexte l'examen clinique a toujours été un point essentiel dans notre pratique quotidienne même s'il est insuffisant et ne peut être considéré comme fiable pour un diagnostic d'occlusion grave avec ischémie même s'il est réalisé par un chirurgien spécialiste [8].

L'imagerie a permis le diagnostic dans la majorité des cas. La radiographie de l'ASP examen d'imagerie moins coûteux et accessible a été utilisée pour le diagnostic devant la suspicion d'une occlusion mécanique par strangulation [13]. Cependant, le scanner n'est pas disponible dans notre structure alors qu'il est important pour le diagnostic d'une OIA.

Tout patient en occlusion doit être évalué et réévalué régulièrement par une équipe pluri disciplinaire (clinique, biologique et radiologique) et toute persistance ou progression de symptômes ou signes alarmants doit mener à une exploration chirurgicale [14]. Devant cette urgence thérapeutique abdominale, la reconnaissance rapide des signes de gravité est primordiale pour une prise en charge chirurgicale urgente. La laparotomie a été la seule voie d'abord pratiquée chez tous nos patients car la coeliochirurgie n'est pas encore d'usage dans notre pratique hospitalière. A l'exploration le siège de l'obstacle était au niveau du grêle comme en témoigne plusieurs auteurs [5,8,12]. Cela s'expliquerait par le fait que l'intestin grêle est le plus concerné par les brides et adhérences aussi le diamètre et la grande mobilité du grêle font que le grêle est plus

fréquemment retrouvé dans le sac herniaire lors des étranglements [13].

Dans notre série les brides et adhérences ont été la première cause des occlusions intestinales aiguës par strangulation suivie des occlusions par volvulus et les étranglements herniaires. En Occident, les brides et les adhérences post opératoires constituent aussi la première cause des Occlusions mécaniques par strangulation [5]. La survenue de l'occlusion sur bride est imprévisible et leur physiopathologie n'est pas clairement connue et leur prévention fait encore l'objet de controverses [6]. Le volvulus du colon pelvien était la 2<sup>ème</sup> cause de strangulation dans notre service contrairement à Ndong et coll, qui ont rapporté le volvulus du sigmoïde comme première cause des occlusions par strangulation. [3]. Les étranglements herniaires étaient la troisième cause de strangulation. Nos résultats sont différents de ceux de Harouna et coll qui ont trouvé les hernies étranglées comme première cause de strangulation [11]. Dans les structures organisées avec une bonne couverture sanitaire, la cure des hernies simples avant leur complication expliquerait le faible taux d'occlusion par étranglement herniaire [5]. L'invagination intestinale aiguë était la quatrième cause des occlusions par strangulation.

Les gestes chirurgicaux ont été : la résection des brides et adhésiolyses dans les cas de bride et adhérence ; la résection intestinale dans les cas de nécrose intestinale et des volvulus suivie d'anastomose terminale et 3 colostomies (dans les cas de nécroses). Nous avons réalisé 3 colostomies dans les cas de nécrose intestinale, dans les étranglements herniaires nous avons fait la cure simple de la hernie dans les cas où l'anse intestinale était viable et la résection intestinale idéale en tissu sain dans les cas moins septique après toilette soigneuse et évaluation de la zone d'anastomose. Des cas de résection anastomose du colon en un temps dans les volvulus ont été rapportés [15].

La mortalité globale liée aux occlusions intestinales aiguës mécaniques reste élevée comme en témoigne les études de Harouna et coll et de Kambire et coll [11,16]. Cette forte mortalité fréquente dans les séries africaines est liée à la nécrose intestinale, l'âge avancé et le délai tardif de prise en charge. Nombre de nos patients ont eu un séjour hospitalier prolongé à cause des complications (suppurations et fistules) dues au retard diagnostique et thérapeutique, mais aussi au terrain et à l'état des viscères (nécroses, perforations) à la réception.

## CONCLUSION

De nombreux travaux ont été consacrés aux occlusions intestinales mécaniques par strangulation. De tous ces travaux, il est apparu que les brides et les adhérences étaient les étiologies les plus fréquentes. Une réanimation pré, per et post opératoire bien conduite pourrait réduire non seulement la morbidité post opératoire, mais aussi la mortalité liée à cette affection.

## REFERENCES

- 1- Horugavye E, Mbonicura JC , Bizoza Y , Nduwimana F, Nimubona G**  
Facteurs prédictifs de mortalité des occlusions intestinales aiguës mécaniques au centre hospitalo-universitaire de Kamenge. JACCR Africa 2021; 5(3): 312-316.
- 2- Taourel P , Alili C , Pages E , Curros Doyon F, Millet I**  
Occlusions mécaniques : pièges diagnostiques et éléments clés du compte-rendu. J Radiol Diag Interv 2013 ; 94(8-7): 814-827.
- 3- NDong A, Diallo A C , Tendeng J N , Diao M L , Niang F G , Diop S et al**  
Occlusions intestinales mécaniques de l'adulte : étude rétrospective de 239 cas à l'hôpital régional d Saint-Louis, Sénégal. J Afr Chir digest 2020; 20(2) : 3143 – 3147.
- 4- Badji N , Akpo G, Deme H, Aidara C , Ba1 T, Toure MH et al**  
Place de la tomodensitométrie dans la prise en charge des occlusions intestinales aiguës à Dakar. Mali Med 2022 37(3) : 10 -14.
- 5- Harouna Y, Yaya H, Abarchi H, Rakoto Malada J, Gazi M, Seibou A et al.**  
Les occlusions intestinales : principales causes de morbi mortalité à l'hôpital national de Niamey Niger : étude prospective à propos de 124 cas. Med Afr Noire. 2000;47(4):204-7.
- 6- Fofana H, Mamy GF, Dabo M, Soumaoro L T, Diakité S, Keita K et al**  
Occlusions intestinales aiguës par strangulation au service de chirurgie generale de l'hospital national IGNACE DEEN. J Afr Chir digest ; 2018 ; 18(2) : 2434 – 2439.
- 7-Toure A, N'dja Ange P, Gnaoule Debato T, Zouzou Ange E, Le Dion A, Fatto E et al**  
Le Scanner dans la Prise en Charge de l'Occlusion Intestinale Aigüe Mécanique de l'Adulte : Analyse de 64 cas au Centre Hospitalier Sud Essonne. Health Sci. Dis 2021 ;22 (5) : 18-22.
- 8-James Didier L, Chaibou MS, Adama S, Idé K, Abdoulaye MB, Daddy H et al**  
Les Occlusions Intestinales Par Nœud Ileo-Sigmoïdien : Aspects Diagnostiques, Thérapeutiques Et Pronostiques. European Sci J 2017 ;13(33) : 254 –264.

**9-Adamou H, Maggi IA, Habou O, Maggi A, Halidou M, Adamou M et al**

Etiologies et pronostic des occlusions intestinales aiguës mécaniques à l'Hôpital National de Zinder: étude transversale sur 171 patients. Pan Afr Med J 2016 ;**24** : 248.

**10- Zida M, Kambire JL, Zida L, Ouédraogo S, Ouédraogo S, Béré B**

Les Occlusions Intestinales Aiguës (OIA) Par Brides Et Adhérences Post Opératoires : A Propos De 46 Cas Opérés Au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso. European Sci J 2020 ; **16** (27) : 368-377

**11- Dieng M, Baillet A, Ka O, Konaté I, Cisse M, Abarchi H, et al.**

Etiologies et présentations des brides et adhérences post-opératoires responsables d'occlusions intestinales aiguës. J Afr Chir Digest. 2007;**7**(1) : 618-624.

**12- Camara NLY, Kondano SY, Barry B, Barry A, Diallo A, Konaté L et all**

Les stomies digestives : indications et complications dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen. Rev Afr Chir Spe 2023 ;**17**(2) : 27-31

**13- Kondano SY, Camara M, Diallo MC, Leno F, Guirassy M, Camara NLY et coll**

Facteurs pronostiques des occlusions intestinales aiguës au service de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire (CHU) Ignace Deen, Conakry (Guinée). J Afr Chir digest 2022; **22**(2) : 3832 – 3836.

**14- Diassana M, Traoré B, Diallo A, Maiga A, Coulibaly BM, Konaté M et coll**

Occlusion du Grêle sur Brides et Adhérences à l'Hôpital de Sikasso. Health Sci. Dis 2022 ;**23** (1) : 31-34

**15- Hama Y, Kadi I, Elh Lamine H.Z, Sani R, Harouna Y.D.**

Volvulus du colon sigmoïdien. J Afr Hepato-Gastroentérol 2017;**11**(2) :68-71

**16- Kambire JL, Souleymane O, Salam O, Maurice Z, Simon TS**

Etiologies and results of management of mechanical acute intestinal obstructions at the regional teaching hospital of Ouahigouya, Burkina Faso. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. 2017;**19**(4):619-22