



**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	

**LYMPHOME DIFFUS A GRANDES CELLULES B REVELE PAR UNE
INVAGINATION INTESTINALE CHEZ LE GRAND ENFANT : A PROPOS D'UN
CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE**

**DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA REVEALED BY INTESTINAL
INVAGINATION IN OLDER CHILD: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE
LITERATURE**

* FOADEY MKS¹, DOSSOUVI T², KANASSOUA K³, KASSEGNE I⁴, DOSSEH ED⁵

1. *Service de Chirurgie Générale et Digestive, Centre Hospitalier Régional de Sokodé/Togo*
2. *Service de Chirurgie Générale et Digestive, Centre Hospitalier Régional de Dapaong/Togo*
3. *Service de Chirurgie Générale et Digestive, Centre Hospitalier Universitaire de Kara/Togo*
4. *Service de Chirurgie Générale et Digestive, Centre Hospitalier Régional de Kara/Togo*
5. *Université de Lomé/TOGO*

* **Auteur correspondant** : FOADEY Madjé koffivi Sassou, service de Chirurgie générale et Digestive du Centre Hospitalier Régional de Sokodé. Mail : foadeyfrederic@ gmail.com

RESUME

L'invagination se produit lorsqu'un segment intestinal et son mésentère pénètrent dans le segment intestinal d'aval et s'y incarcerated, formant une masse appelée « boudin d'invagination ». Elle est connue comme pouvant survenir sur une tumeur chez le grand enfant. **Observation** : Nous rapportons le cas d'un enfant de 10 ans qui a été admis aux urgences du Centre Hospitalier Régional de Sokodé/Togo pour des douleurs abdominales chroniques, récurrentes et une constipation depuis 2 mois. Le diagnostic d'une invagination intestinale évoqué à l'examen clinique a été confirmé à l'échographie abdominale : invagination cæco-colo-colique. La cause tumorale de l'invagination a été faite en per opératoire lors de la laparotomie. Nous avons pratiqué une résection tumorale et anastomose intestinale. L'examen histologique de la pièce tumorale a mis en évidence un lymphome diffus à grandes cellules B. L'évolution après cure de chimiothérapie a été satisfaisante et le recul de deux ans n'a pas montré de récurrence. **Conclusion** : Les invaginations intestinales

peuvent être un mode de révélation de tumeurs lorsqu'elles surviennent au-delà de la petite enfance. La précision de la nature bénigne ou maligne de ces tumeurs est capitale et déterminante pour le traitement et le pronostic.

Mots clés : Invagination intestinale, enfant, tumeur, traitement, pronostic

ABSTRACT

*Intussusception occurs when an intestinal segment and its mesentery penetrate and become embedded in the downstream intestinal segment, forming a mass called an "intussusception sausage". It is known that it can occur on a tumor in older children. **Observation:** We report the case of a 10-year-old child who was admitted to the emergency room of the Regional Hospital Center of Sokodé/Togo for chronic, recurrent abdominal pain and constipation for 2 months. The diagnosis of intestinal intussusception suggested during the clinical examination was confirmed on abdominal ultrasound: ceco-colo-colic*

intussusception. The tumor cause of the intussusception was determined intraoperatively during laparotomy. We performed tumor resection and intestinal anastomosis. The histological examination of the tumor specimen revealed a diffuse large B-cell lymphoma. The evolution after a course of chemotherapy was satisfactory and the two-year follow-up showed no

*recurrence. **Conclusion:** Intestinal intussusceptions can be a way of revealing tumors when they occur beyond early childhood. The precision of the benign or malignant nature of these tumors is crucial and determining for the treatment and the prognosis.*

Keywords: Intestinal intussusception, child, tumor, treatment, prognosis

INTRODUCTION

L'invagination se produit lorsqu'un segment intestinal et son mésentère pénètrent dans le segment intestinal d'aval et s'y incarcerated, formant une masse appelée « boudin d'invagination » réalisant une occlusion mécanique par strangulation [1]. L'incidence est de 50 cas pour 100.000 individus [1, 2]. C'est l'urgence médico-chirurgicale du nourrisson avec un pic de fréquence entre l'âge de 3 et 9 mois [3]. Cette fréquence décroît avec l'âge et l'invagination intestinale devient selon la littérature exceptionnelle chez le grand enfant, le plus souvent rattachée à une cause organique [4]. A partir d'un cas opéré au Centre Hospitalier Régional de Sokodé /Togo, nous avons dégagé les particularités de l'invagination intestinale chez le grand enfant.

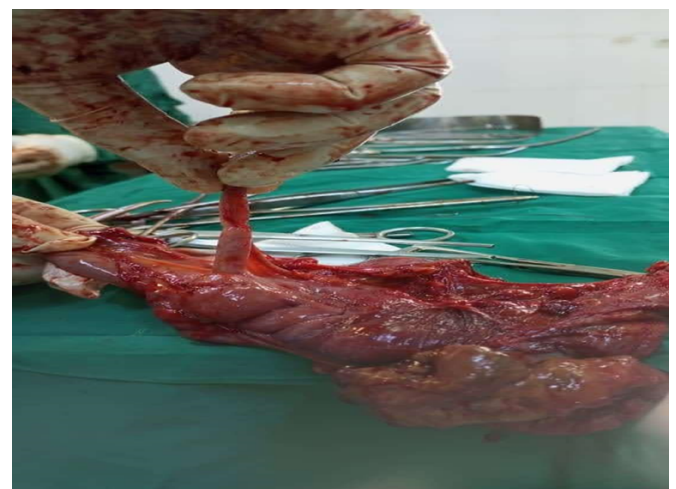
OBSERVATION

Il s'agissait d'un enfant de 10 ans, de sexe masculin, sans antécédent particulier, admis pour douleurs abdominales chroniques, récurrentes et une constipation depuis 2 mois. La douleur interrompait parfois son sommeil et réduisait son appétit ; aucun épisode de rectorragie n'avait été signalé. Il n'y avait pas de notion de perte de poids. L'examen physique avait objectivé une masse épigastrique mobile et douloureuse, pas d'adénopathies périphériques ; le bilan biologique était sans particularité. Le diagnostic d'une invagination intestinale évoqué à l'examen clinique, a été confirmé par l'échographie abdominale. A la laparotomie, il s'agissait d'une invagination caeco-colo-colique (figure 1).



Figure 1: Invagination caeco-colo-colique

Nous avons réalisé une désinvagination manuelle qui avait permis de visualiser une tumeur colique bourgeonnante à environ 3 cm du caecum (figure 2).



Figures 2: Tumeur colique bourgeonnante à environ 3 cm du caecum

Une héli-colectomie droite a été effectuée ; un ganglion juxta-tumoral avait été objectivé et emporté avec la pièce d'exérèse (figure 3).



Figure 3: Ganglion juxta tumoral

Nous avons ensuite procédé à une anastomose iléo-colique termino-latérale. Les pièces opératoires avaient été envoyées pour examen anatomo-pathologique. Les suites opératoires ont été sans complication. Les résultats de l'examen histologique étaient en faveur d'un lymphome diffus à grandes cellules B du colon. Les limites proximale et distale étaient libres de tout processus néoplasique. La muqueuse caecale avoisinant le processus tumoral était sans particularité. Le ganglion juxta-tumoral extrait, était libre de tout processus néoplasique. En accord avec l'équipe d'oncologie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé, une chimiothérapie a été entreprise avec succès et l'évolution clinique a été satisfaisante. Le recul à deux ans post-opératoires n'a pas montré de récurrence.

DISCUSSION

Nos constatations rejoignent celles de nombreux auteurs dans la littérature, avec qui nous soutenons l'idée que l'invagination intestinale aiguë qui survient au-delà de la petite enfance est secondaire à une cause organique qu'il faut rechercher [4-6]. Le tableau clinique est moins bruyant marqué parfois par une longue durée d'évolution comme chez notre patient. Ce dernier avait des antécédents de douleurs abdominales récurrentes et de constipation

accompagnée de vomissements transitoires depuis 2 mois. Chez l'enfant, les douleurs abdominales récurrentes sont parfois considérées comme un trouble fonctionnel en l'absence de symptômes alarmants tels que des vomissements importants, la fièvre, la diarrhée et une perte de poids ou un retard de croissance, sans examen d'imagerie ou de laboratoire [7,8]. L'invagination chez ce patient avait progressé lentement, sans signes ni symptômes précis d'obstruction intestinale. Par conséquent, un examen attentif et une suspicion élevée de cette maladie en cas de douleur abdominale chronique au-delà de la petite enfance permettront de faire un diagnostic précoce. Il peut s'agir de diverticule de Meckel ou de processus tumoraux bénins (polype, lipome) ou malin (lymphomes) tel qu'observé dans notre travail. Les lymphomes malins et polypes adénomateux révélés par une invagination intestinale irréductible sont aussi rapportés dans la littérature : 6,5% des cas de lymphome malin non hodgkinien [9]. Le lymphome diffus à grandes cellules B est le lymphome non hodgkinien le plus fréquent chez les adolescents et se manifeste par un lymphome abdominal ou médiastinal primitif [8]. Peu de cas d'invagination chronique avec lymphome accompagnés d'une masse palpable ont été rapportés dans la littérature. L'examen physique chez notre patient avait révélé une masse palpable épigastrique. Ake et al, en Côte d'Ivoire, dans leur étude avaient également trouvé une masse palpable révélateur de l'invagination sur lymphome chez le grand enfant [10].

La découverte de l'étiologie tumorale de l'invagination a été faite en per opératoire chez notre patient. L'échographie n'avait pas pu confirmer la cause tumorale. Le même constat a également été fait par Ake et al en Côte d'Ivoire [10]. L'étiologie tumorale de l'invagination est de plus en plus accessible à l'échographie et surtout à la tomographie qui font non seulement le diagnostic de l'invagination et de sa forme mais aussi de sa cause tumorale

avec une sensibilité de 60% selon les données de la littérature [9]. Cependant il peut arriver que l'échographie seule ne soit pas trop contributive pour la confirmation de la cause tumorale, il faut donc avoir recours à la tomodensitométrie ce qui avait été le cas chez notre patient, malheureusement nous n'en disposons pas dans notre centre. Ces deux examens d'imagerie surtout la tomodensitométrie sont donc nécessaires dans l'approche diagnostique de ces invaginations intestinales secondaires qui évoluent sous un mode chronique chez l'enfant. Le traitement de ces formes d'invaginations sur tumeur est chirurgical. La désinvagination à l'air est infructueuse comme l'ont constaté certains auteurs [3, 5]. C'est une chirurgie d'exérèse tumorale après réduction manuelle du boudin d'invagination. Un examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse tumorale s'impose pour déterminer le caractère bénin

ou malin de la tumeur. Dans notre observation il s'agissait d'un lymphome malin diffus à grande cellule B du colon chez notre patient. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne, la prise en charge devient multidisciplinaire impliquant chirurgien, radiologue, pathologiste et oncologue-pédiatre. Au niveau pronostique, l'évolution a été favorable, vers la guérison chez notre patient, cependant, nous poursuivons le suivi de cet enfant pour l'identification d'éventuels autres foyers de lymphome.

CONCLUSION

Les invaginations intestinales peuvent être un mode de révélation de tumeurs lorsqu'elles surviennent au-delà de la petite enfance. La précision de la nature bénigne ou maligne de ces tumeurs est capitale et déterminante pour le traitement et le pronostic.

REFERENCES

1. **Chang HG, Smith PF, Ackelsberg J, Morse DL, Glass RI.** Intussusception, rotavirus diarrhea, and rotavirus vaccine use among children in New York State. *Pediatrics* 2001; 108:54-60.
2. **Fischer TK, Bihrmann K, Perch M, et al.** Intussusception in early childhood: a cohort study of 1.7 million children. *Pediatrics* 2004;114:782-85.
3. **Moh EN, Nimpa P, Ake Y L, Kotaix L, Keita A, Gnadje M, Aguehounde C.** Plaidoyer pour le diagnostic précoce de l'invagination intestinale aiguë en milieu africain. *Rev CAMES* 2010;10:101-4.
4. **Daneman A, Navarro O.** Intussusception Part 1: a review of diagnostic approaches. *Pediatr Radiol* 2003; 33:79-85.
5. **Yoshihide A, Tamon M, Yasuhiro I, Masakazu H, Yasuo H.** Pediatric ileo-ileal intussusception with a lipoma lead point: a case report. *Gastroenterology Rep (oxf)* 2014; 2(1):70-72.
6. **Guana R., Bucci V., Carbonaro G., Cerrina A., Ferrero L., Teruzzi E., Mussa A., Morra I., Schleaf J.** Heterotopic pancreas in Meckel's diverticulum in a 7-year-old child with intussusception and recurrent gastrointestinal bleeding: Case report and literature review focusing on diagnostic controversies. *Afr J Paediatr Surg* 2014;11:354-8.
7. **Singal R, Gupta S, Goel M, Jain P.** A rare case of chronic intussusception due to non-Hodgkin lymphoma. *Acta Gastroenterol Belg* 2012; 5:42-4.
8. **Sun-Hee Choi, Sang-Ah Han, and Kyu Yeoun Won.** Chronic Intussusception Caused by Diffuse Large B-Cell Lymphoma in a 6-Year-Old Girl Presenting with Abdominal Pain and Constipation for 2 Months. *J Korean Med Sci* 2016;31:321-325.
9. **Brichon P, Bertrand Y, Plantaz D.** Lymphome de Burkitt révélé par une invagination intestinale aiguë chez l'enfant. *Ann Chir* 2001; 126:649-53.
10. **Ake Y.L., Midekor K., Kouassi S, Bonny R, Kouao J.P., Moh E.N.** Etiologies tumorales des invaginations intestinales aiguës secondaires chez l'enfant Cas de deux observations. *Méd Afr Noire* 2017; 64(3):189-192.