



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

**Juin 2025, Volume 8
N°3, Pages 184 - 290**

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- Ophtalmologie
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 Zinzindouhoue (France)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2025, Volume 8,
N°3, Pages 184 - 290

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adeh-dem@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 : dioufziz@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

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX

PAGES

1. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des péritonites spontanées primitives au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi au Niger. **Maman Boukari H et al** 184
2. L'opération de Heller par voie laparoscopique pour achalasie à propos de 8 cas au CHU de Treichville. **Goho KM et al** 193
3. Les péritonites post-opératoires : aspects diagnostiques et prise en charge à l'hôpital régional de Kankan. **Koundouno AM et al** 199
4. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. Péritonites aiguës généralisées biliaires d'origine typhique. **Boka Tounga Y et al** 215
6. Prise en charge des formes compliquées de l'appendicite aiguë de l'adulte **Niasse A. et al**... 223
7. Évaluation du temps d'attente des patients en salle de préparation du bloc opératoire dans deux hôpitaux de Yaoundé (Cameroun). **Bang GA et al** 231
8. Gestion de la gangrène de Fournier en chirurgie générale : quels résultats ? **Hama Y et al** 238
9. Arthrodèse de la cheville : alternative radicale salvatrice dans les pays à ressources limitées. **Dabire MN et al** 246
10. Cancers de l'ovaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 170 cas à l'Institut Joliot Curie de Dakar. **Thiam J et al** 253

CAS CLINIQUES

11. Prise en charge d'une tumeur desmoïde géante abdominale à l'unité de chirurgie oncologique de l'Hôpital National Donka. **Touré AI et al** 261
12. Tumeur gastrique perforée compliquée d'abcès hépatiques et spléniques : à propos d'un cas. **Dieng M et al** 269
13. A propos d'un gossybipome pariétal : une curieuse découverte. **Kambiré JL et al** 277
14. La maladie de Bowen péri-anale : à propos d'un cas au CHU de Bouaké. **Leh Bi KI et al** 282
15. Corps étranger incarcéré dans le haut rectum : à propos d'un cas. **Leh Bi KI et al** 287

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES

PAGES

1. *Epidemiological and therapeutic aspects of primary spontaneous peritonitis at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger.* **Maman Boukari M et al** 184
2. *Heller's laparoscopic operation for achalasia about 8 cases at teaching hospital of Treichville.* **Goho KM et al** 193
3. *Post-operative peritonitis: diagnostic aspects and management at the Kankan regional hospital.* **Koundouno AM et al** 199
4. *Diagnostic and therapeutic aspects of hemorrhoid disease at the University Hospital center of Libreville (Gabon).* **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. *Acute generalized biliary peritonitis of typhoid origin.* **Boka Tounga Y et al** 215
6. *Management of complications of acute appendicitis in adult.* **Niasse A et al** 223
7. *Evaluation of patient waiting time in the theatre's preparation room in two hospitals of Yaounde (Cameroon).* **Bang GA et al** 231
8. *Management of Fournier's gangrene in general surgery: what are the outcomes?* **Hama Y et al** 238
9. *Ankle arthrodesis: a radical solution in low-income countries.* **Dabire MN et al** 246
10. *Ovarian cancer: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects, about 170 cases at the Joliot Curie Institute in Dakar.* **Thiam J et al** 253

CASES REPORTS

11. *Management of a giant abdominal desmoid tumor at the oncological surgery unit of the Donka National Hospital.* **Toure A et al** 261
12. *Perforated gastric tumour complicated by hepatic and splenic abscesses: a case report.* **Dieng M et al** 269
13. *About a parietal gossybipoma: a curious discovery* **Kambire JL et al** 277
14. *Peri-anal Bowen disease: a case report from Bouake Hospital.* **Leh Bi KI et al** 282
15. *Foreign body incarcerated in the Upper rectum: a case report.* **Leh Bi KI et al** 287

**L'OPERATION DE HELLER PAR VOIE LAPAROSCOPIQUE POUR ACHALASIE,
A PROPOS DE 8 CAS AU CHU DE TREICHVILLE
HELLER'S LAPAROSCOPIC OPERATION FOR ACHALASIA, ABOUT 8 CASES
AT TEACHING HOSPITAL OF TREICHVILLE**

**Goho KM, Anoh N, Keita M, Ahue KHN, Adon AG, Moussa B, Blegolé OC,
Casanelli JM**

Service de chirurgie digestive et endocrinienne du CHU de Treichville (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Correspondant : Dr Goho K Marius, maître-assistant en chirurgie générale

Mail : gohokouidemarius@gmail.com / Contact : 225 0708067146

Résumé

Introduction : L'achalasie est une pathologie rare et peu connue dont le diagnostic est difficile en Afrique noire. Sa prise en charge par voie cœlioscopique est le gold standard. Le but de cette étude est de rapporter notre expérience dans le traitement de cette maladie par voie laparoscopique (Myotomie de Heller).

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée sur 5 ans dans le service de chirurgie digestive et endocrinienne du CHU de Treichville. Dans laquelle ont été inclus tous les patients de plus de 16 ans reçus et traités pour achalasie par voie cœlioscopique dans notre service.

Résultats : Nous avons recensé 8 cas. L'âge moyen de nos patients était de 44 ans avec autant d'hommes que de femmes. Il s'agissait de dysphagie paradoxale chez 5 patients avec un amaigrissement et des vomissements post-prandiaux précoces. Le score moyen d'Eckardt était de 4. Le diagnostic avait été confirmé les bases des résultats de la FOGD (Fibroscopie œso-gastro-duodénale) et du TOGD (Transit œso-gastro-duodénal). Nous avons réalisé une seromyotomie de Heller par voie laparoscopique. Aucune complication post-opératoire n'avait été signalée. Le suivi

post-opératoire clinique et radiologique sur une période de 24 mois était satisfaisant.

Conclusion : La myotomie de Heller par voie laparoscopique permet une meilleure prise en charge chirurgicale de l'achalasie.

Mots clés : Achalasie, Cardiomyotomie de Heller, Laparoscopie

Summary

Introduction: Achalasia is a rare pathology whose diagnosis is difficult in black Africa. Its laparoscopic treatment is the gold standard. The aim of this study is to report our experience in the treatment of this disease laparoscopically (Heller myotomy).

Methodology: It was a retrospective study which took place over 5 years in the digestive and endocrine surgery department of the teaching hospital of Treichville. In which all patients over 16 years of age received and treated for achalasia laparoscopically in our department were included. **Results:** We have identified 8 cases. The average age of our patients was 44 years with as many men as women. This involved paradoxical dysphagia in 5 patients with weight loss and early postprandial vomiting. The average Eckardt score was 4. The diagnosis was

confirmed based on the results of FOGD (oesogastroduodenal fibroscopy) and TOGD (oesogastroduodenal transit). We performed a Heller seromyotomy laparoscopically. No post-operative complications were reported. Postoperative

*clinical and radiological follow-up over a period of 24 months was good. **Conclusion:** Laparoscopic Heller myotomy allows better surgical management of achalasia.*

Keywords: Achalasia, Heller cardiomyotomy, Laparoscopy

INTRODUCTION

L'achalasie ou cardiospasme est un trouble moteur primitif de l'œsophage, caractérisée par une dysphagie basse [1]. Elle se définit par un apéristaltisme du corps œsophagien associée à un défaut de relaxation du cardia (sphincter inférieur de l'œsophage) [1]. C'est une pathologie peu fréquente surtout en Afrique noire [1]. Son motif de consultation principal est une dysphagie paradoxale dans la majorité des cas. La manométrie permet de poser son diagnostic néanmoins, en Afrique sub-saharienne où cet examen est parfois indisponible, la FOGD (fibroscopie œso-gastro-duodénale) et la TOGD (transit œso-gastro-duodénale) peuvent aider, surtout dans les formes tardives [2]. Un panel de traitement plus ou moins efficace est disponible notamment la myotomie de Heller. Cette technique est réalisable par laparotomie classique et de nos jours par cœlioscopie [2]. Nous rapportons les résultats de la prise en charge de l'achalasie par voie cœlioscopique, à propos de 8 cas dans le service de chirurgie digestive et endocrinienne du CHU de Treichville.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée sur 5 ans (janvier 2016 à décembre 2021). Nous y avons inclus tous les patients de plus de 16 ans reçus et opérés dans notre service pour

achalasie sous cœlioscopie selon la technique de Heller. Nous avons étudié les paramètres suivants : épidémiologie (âge, sexe et incidence annuelle), le diagnostic clinique (signes fonctionnels et physiques) et paraclinique (FOGD, TOGD et scanner thoraco-abdominal). Sur le plan thérapeutique, nos 8 patients étaient traités par la technique de Heller par voie laparoscopique. Elle consistait en une séromyotomie sur tuteur (sonde nasogastrique) avec une incision verticale de 8 cm de long en tout allant du bas œsophage jusqu'à 2 cm au-dessous du cardia. Nous n'avons pas confectionné de système anti-reflux. A la fin de l'intervention, un test au bleu de méthylène était réalisé à la recherche d'une éventuelle plaie de la muqueuse œsophagienne. Le suivi post-opératoire sur 24 mois était clinique et radiologique.

RESULTATS

A terme, nous avons recensé 8 cas dont 4 hommes et 4 femmes. Ils avaient un âge moyen de 44 ans avec des extrêmes de 16 et 65 ans. Ils étaient de situation socio-économique diverse. Nous notons parmi eux la présence d'une récurrence dans 1 cas. Le motif de consultation était majoritairement une dysphagie paradoxale (5 cas). Celle-ci était associée à une régurgitation et un amaigrissement non chiffré.

Un seul patient présentait en plus des signes sus-cités une douleur rétro-sternale et une hypersialorrhée. Aucun d'entre eux ne présentait une halitose, des vomissements post-prandiaux ni de pneumopathie. Le délai moyen de diagnostic était de 4 ans. Quatre d'entre eux avaient été traités comme un ulcère gastro-duodénal avec des IPP (Inhibiteurs de la pompe à protons) et un pansement gastrique.

A défaut de manométrie, notre stratégie diagnostique fut la suivante :

- 1 FOGD en première intention chez tous nos patients, suivie d'un TOGD qui montrait la classique image d'arrêt en bec d'oiseau (Figures 1 et 2) ;
- 3 patients avaient fait un scanner thoraco-abdominal afin de rechercher une éventuelle tumeur maligne. Celui-ci était normal



Figure 1 : TOGD d'une achalasie (image en bec d'oiseau)



Figure 2 : TOGD d'une achalasie (image en chaussette du bas œsophage)

Nous avons apprécié la qualité de vie pré-thérapeutique avec le score d'Eckardt (Tableau I).

Tableau I : Score d'Eckardt (1992)

Score	Perte de poids	Dysphagie	Douleurs thoraciques	Régurgitations
0	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
1	< 5kg	< 1/jour	< 1/jour	< 1/jour
2	5 à 10 kg	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne
3	> 10 kg	A chaque repas	A chaque repas	A chaque repas

Celui de nos patients était en moyenne de 4 avec des extrêmes entre 3 et 6. La morbidité et la mortalité étaient nulles. Nous avons suivi nos patients sur 24 mois et l'évaluation était clinique score d'Eckart (2 en moyenne) et radiologique (TOGD, Figure 3). Celle-ci était satisfaisante.



Figure 3 : TOGD de contrôle après l'intervention (myotomie laparoscopique)

DISCUSSION

L'achalasie est une pathologie rare. En effet, la littérature rapporte une incidence annuelle moyenne entre 0,03 et 1,63 pour 100000 habitants [4]. Dans nos pays en voie de développement, cette incidence est sous-estimée pour plusieurs raisons (défaut de statistique et une méconnaissance de cette pathologie). Elle touche aussi bien les hommes et les femmes de diverses catégories sociales et cette incidence augmente à partir de 40 ans [5]. Dans notre série, nous avons recensé 4 femmes et 4 hommes avec un âge moyen qui est de 44 ans.

Elle se caractérise par un retard de consultation qui s'explique par la méconnaissance de cette maladie et par le manque de moyen financier des patients. Dans notre étude, le délai moyen de consultation était de 4 ans. Bonkougou au Burkina Faso a retrouvé un délai de 30 mois [6]. En effet, ce délai est fonction l'intensité des signes présentés par le malade.

Le mégacœsophage idiopathique se traduit par une symptomatologie peu bruyante au stade précoce. Son principal motif de consultation est une dysphagie le plus souvent paradoxale. Néanmoins, le fait que cette dernière soit logique n'exclut pas le diagnostic de l'achalasie. Ce trouble de la déglutition peut être accompagné dans la majorité des cas de régurgitation, de vomissement et d'amaigrissement non chiffré. Sur les 8 patients recensés, 5 ont présenté une dysphagie logique et 3 paradoxales. Cependant elles étaient toutes associées à un amaigrissement et à des régurgitations. [7]. La manométrie permet de poser le diagnostic d'une achalasie. Mais elle est inaccessible chez nous, c'est pour cela que la TOGD et FOGD nous ont été d'une grande utilité. En effet la sensibilité des ces examens est importante dans les formes évoluées du cardiaspisme [8]. Dans notre série, ils ont permis de poser le diagnostic.

L'achalasie se définissant comme un trouble moteur primitif de l'œsophage, son traitement est donc palliatif. Plusieurs options thérapeutiques s'offraient à nous. Il s'agissait, entre autres, des dérivés nitrés, des inhibiteurs calciques, de la dilatation pneumatique, de l'injection de toxine botulique, de l'intervention de Heller ou enfin de la POEM (per oral endoscopic myotomy) qui est en expérimentation. Néanmoins. Le choix d'une de ces options

thérapeutiques est fonction de plusieurs facteurs qui sont[9, 10] :

- le désir du patient et ses comorbidités ;
- du type manométrique de la maladie et de son stade ;
- des moyens techniques disponibles et de l'expertise du centre.

C'est fort de cela que nous avons choisi la technique de Heller par voie laparoscopique. Nous n'avons pas confectionné de système anti-reflux afin d'éviter une éventuelle dysphagie iatrogène. En effet, la confection de système anti-reflux dans ce genre d'intervention est sujet à controverse jusqu'à aujourd'hui [11]. Pour notre part, étant donné que nous n'avons pas touché au système anti-reflux naturel qu'est l'angle de His, nous n'avons pas jugé nécessaire d'en confectionner.

CONCLUSION

L'achalasie est une pathologie effectivement rare mais dont l'incidence est sous-évaluée en Afrique sub saharienne. Son diagnostic repose sur la manométrie à haute résolution mais dans nos conditions d'exercice un bon examen clinique associé

La principale complication per opératoire des myotomies de Heller est la plaie de la muqueuse. Son incidence est de 7-10 % [12]. Dans notre série, cette complication était nulle contrairement à celle de Bounkougou et de Razafimahefa. [6, 12]

Les myotomies de Heller par voie laparoscopique ont une mortalité estimée à 0.1% [8]. Dans notre étude, elle était nulle. Le suivi de nos patients basé sur le score d'Eckardt et l'imagerie avait montré des résultats satisfaisants. Dans une revue systématique portant sur 3086 patients, une amélioration clinique a été observée dans 89% des cas [9]. Nous estimons que le gap rencontré entre notre série et cette étude s'explique par le nombre de patients recensé

à une FOGD et un TOGD permettent de pallier l'absence de celle-ci. La myotomie de Heller par voie laparoscopique semble être à tout égard une meilleure option thérapeutique

REFERENCES

- 1- **SILBER. W.** The prevalence course and management of some benign esophageal disease in black population. The Groote Schuur hospital experience. SA. Med. Jour 1983,63:957-959.
- 2- **CHTOUROU. L; REJAB. H; RACHEK. R ; KALLEL. R ; BOUDABOUS. M; ; GDOURA. H ;. AMOURI. A ; MZALI. R ; MNIF. L' TAHRI.. N** Actualités Diagnostiques et thérapeutiques de l'achalasie. JIM Sfax 2021 Mise au point,37:1-9.
- 3- **ECKARDT VF, AIGNHERRE C, BERNHARD G.** Predictors of outcomes in patients with achalasia treated by pneumatic dilatation. Gastroenterology 1992, 103: 1732-8.
- 4- **TRIADAFILOPOUS G, BOECKXTAENS GE, GULLO R, PATTI MG, PANDOLFINO JE, KAHRILAS PJ et al.** The Kagoshima consensus on esophageal achalasia. Dis oesophagus. 2012; 25(4), 237-348.
- 5- **VAEZI MF, PANDOLFINO JE, YADLAPAT RB, KEVITT RT,** ACG clinical guidelines: diagnosis and management of achalasia. Am J gastroenterol 2020. 115;1393-1911.
- 6- **BONKOUNGOU. PG, SOMBIE. R, ZIDA. M, TRAORE. SS, SANO. D.** Place de l'opération de Heller dans l'achalasie. à propos de 17 cas. Rev CAMES 2010, 11:53-7.
- 7- **ECKARDT VF, KOHNE U, JUNGMYER T, WESTERMEIER T.** Risk factors and complications of achalasia. Gastrointestinal endosc, Clin. N. Am 2001;11(2):281-92.
- 8- **BOECKXSTAENS GE, ZANINOTTO G, RICHTER JE.** Achalasia. The Lancet 2014 ; 383. 83-93.
- 9- **BECK M, RIESLER L, BREIL P.** Opération de Heller pour megaoesophage idiopathique. EMC. Techniques chirurgicales. Appareil digestif. 2017. 40-183.
- 10- **ABBES L, LECONTE M, CORIAT M, DOUSSET B, CHAUSSADE S, GAUDRIC M.** Achalasie : place du traitement endoscopique et du traitement chirurgical. Presse Med 2013,42(5) :814-8.
- 11- **LECONTE M, DOUARD R, GAUDRIC M, DOUSSET B.** Traitement chirurgical des troubles moteurs de l'œsophage. J Chir 2008,145(5):428-36.
- 12- **RAZAFIMAHEFA S, RAZAFITAHINJANAHARY L, NAHARY FR, RABENJANAHARY TH, RAKOTOVAO M, RAKOTONDRAINIBE A, SAMISON L,RATSIMBA HR, RAMANAMPAMONJY RM.** L'achalasie œsophagienne dans un pays à faibles ressources. Med Afr Noire 2012, 5911:517-22