



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

**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- 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

PRISE EN CHARGE D'UNE TUMEUR DESMOÏDE GEANTE ABDOMINALE A L'UNITE DE CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DE L'HOPITAL NATIONAL DONKA

MANAGEMENT OF A GIANT ABDOMINAL DESMOID TUMOR AT THE ONCOLOGICAL SURGERY UNIT OF THE DONKA NATIONAL HOSPITAL

TOURE A^{1*}; BAH M¹; MIHIMIT A², SOW K; CAMARA AM¹; CONDE IK¹;
SOUARE MB¹; CAMARA A¹

Service de Cancérologie de l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry, Guinée

Departement de Gynécologie-Obstétrique : Université Adam Barka d'Abeche, Tchad

***Correspondant :** Dr Alhassane Touré, Service de Cancérologie de Donka, Faculté des sciences et technologies de la santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (Guinée)

Courriel : tourealhassane@yahoo.fr

Résumé

Les tumeurs desmoïdes, également appelées fibromatoses desmoïdes, sont des tumeurs rares, nous rapportons dans cette observation le cas d'une patiente de 38 ans qui nous a été référée pour la prise en charge d'une masse géante abdomino-pelvienne ulcéro-bourgeonnante. La biopsie de cette masse avait mis en évidence un histiocytome fibreux de la paroi. Une exploration chirurgicale a été réalisée, retrouvant une masse polylobée aux dépends des différentes tuniques adjacentes de la paroi abdomino-pelvienne sans localisations secondaires intra-péritonéales. Une exérèse large de cette masse a été faite emportant les plans cutanés, sous cutané, la partie musculaire envahie ainsi que ses aponévroses et le plan péritonéal. La fermeture pariétale a nécessité un geste de reconstruction par une prothèse synthétique biface avec des suites opératoires simples. L'analyse de la pièce opératoire a confirmé une fibromatose de la paroi abdomino-pelvienne. **Conclusion :** La tumeur desmoïde abdominale, bien que rare, nécessite une prise en charge chirurgicale agressive en raison de son potentiel invasif et de son risque de récurrence. Le cas que nous rapportons illustre l'importance d'une

prise en charge précoce et bien coordonnée, incluant une approche multidisciplinaire. La chirurgie d'exérèse reste le traitement de choix, la surveillance post-opératoire et la vigilance sont essentielles en raison du risque de récurrence élevé.

Mots clés : tumeurs desmoïdes ; fibromatose de la paroi abdominopelvienne ; Conakry,

Abstract

Desmoid tumors, also known as desmoid fibromatoses, are rare tumors. In this case report, we report the case of a 38-year-old female patient who was referred to us for the management of a giant ulcerating abdomino-pelvic mass. Surgical exploration revealed a polylobed mass that depended on the various adjacent tunics of the abdominopelvic wall, with no secondary intraperitoneal localization. The mass was extensively resected, including the cutaneous and subcutaneous layers, the invaded muscular tissue and its fascia, and the peritoneal layer. Parietal closure necessitated reconstruction with a two-sided synthetic prosthesis, with simple post-operative management. Surgical specimen analysis confirmed fibromatosis of the

*abdomino-pelvic wall. **Conclusion :** The abdominal desmoid tumor, although rare, requires aggressive surgical management due to its invasive potential and risk of recurrence. The case we report highlights the importance of early and well-coordinated care, including a*

multidisciplinary approach. Surgical excision remains the treatment of choice, and post-operative surveillance and vigilance are essential due to the high risk of recurrence.

***Key words:** Desmoid tumors; fibromatosis of the abdomino-pelvic wall; Conakry*

INTRODUCTION

Les tumeurs desmodies sont extrêmement rares, représentent 3% des tumeurs des tissus mous et son incidence est estimée de 2 à 4 cas/millions de population [1]. La localisation est variable dans la paroi abdominale, ou au niveau extra-abdominal. Bien que la plupart d'entre elles soient sporadiques, les facteurs traumatiques, hormonaux et génétiques agissent comme principaux agents étiologiques[2]

La taille géante de cette tumeur est rarement rapportée dans la littérature. Le diagnostic positif est difficile et la prise en charge thérapeutique est très complexe nécessitant une approche multidisciplinaire impliquant le chirurgien radiologue et carcinologue, en raison de l'évolution imprévisible et des conséquences fonctionnelles de la maladie [3], car le traitement n'est pas strictement codifié. Nous rapportons la prise en charge d'un cas chez une patiente de 38 ans par une chirurgie d'exérèse large.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 38 ans, marchande, aux antécédents de césarienne, qui nous avait été adressée le 02/11/2022 pour une volumineuse masse de la paroi abdomino-pelvienne augmentant progressivement de taille. Elle ne fumait pas, ne consommait pas de drogues et n'avait pas d'antécédents d'allergies. Les antécédents familiaux sont sans particularité, aucun cas similaire n'ayant été rapporté dans la famille et aucune anomalie génétique n'ayant été prouvée. L'examen physique objectivait un abdomen mou et sensible avec la présence d'une cicatrice de Pfannenstiel. On notait une masse occupant le flanc droit et la fosse iliaque droite ulcéro-bourgeonnante, saignant au contact (Figures 1 et 2), dure, polylobée, mobile par rapport au plan profond, infiltrant la vulve, mesurant 37 cm de grand axe.

L'exploration de cette masse nous a conduit à réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien montrant une volumineuse masse

tissulaire pariéto-intra abdominales, ilio-inguinales bilatérales, pubo-ischiatique droite et crurales bilatérales. Une biopsie a été réalisée et l'histologie concluait à un histiocytome fibreux de la paroi.

Nous avons réalisé une laparotomie médiane (figure 3) et l'exploration peropératoire a révélé une masse pariétale, polylobée infiltrant les muscles droits de l'abdomen sans localisations secondaires intra-péritonéales. Une résection de cette masse a été faite emportant les plans cutanés, sous cutané, la partie musculaire envahie ainsi que ses aponévroses et le plan péritonéal (Figure 4). La fermeture pariétale a nécessité un geste de reconstruction par une prothèse synthétique biface (Fig 5 et 6) avec des suites opératoires simples. L'analyse de la pièce opératoire a confirmé une fibromatose de la paroi abdomino-pelvienne avec une marge saine.

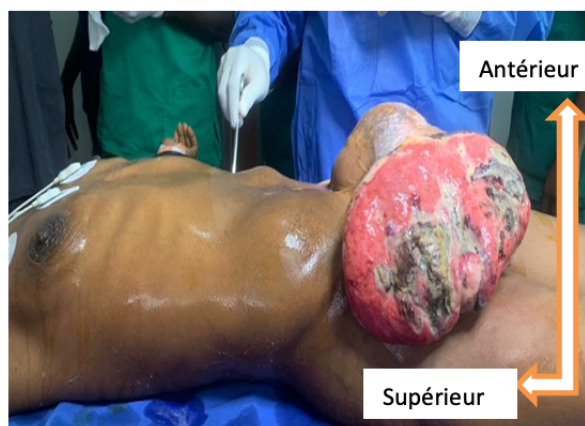


Figure 1 : Aspect de la masse en pré-opératoire vue latérale droite

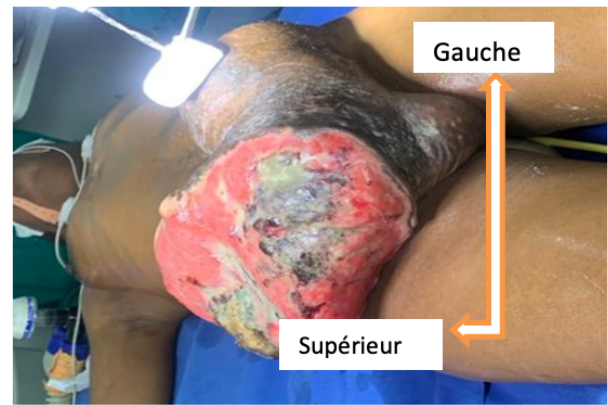


Figure 2 : Aspect de la masse en pré-opératoire vue latérale droite et inférieure

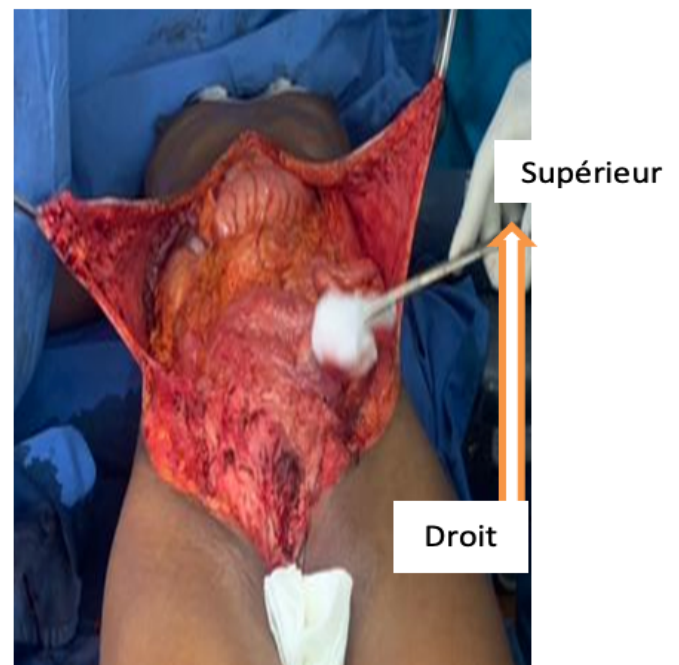


Figure 3 : Aspect per opératoire après exeres de la masse

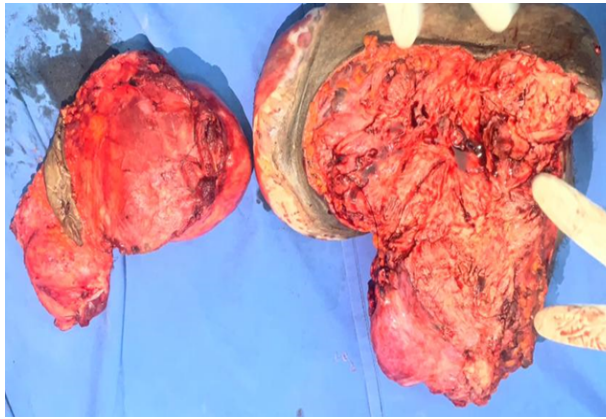


Figure 4 : Aspect macroscopique de la pièce opératoire

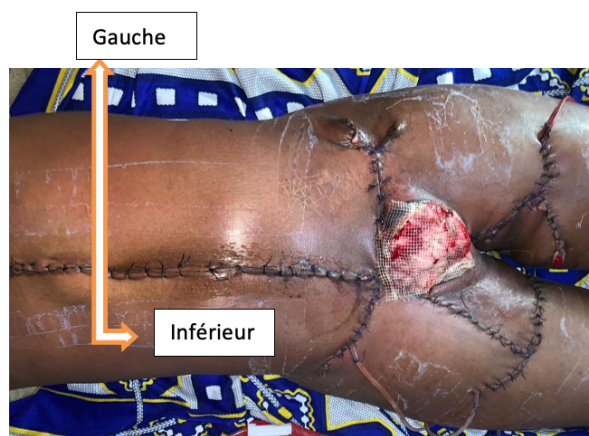


Figure 5 : Aspect à J1 post-opératoire

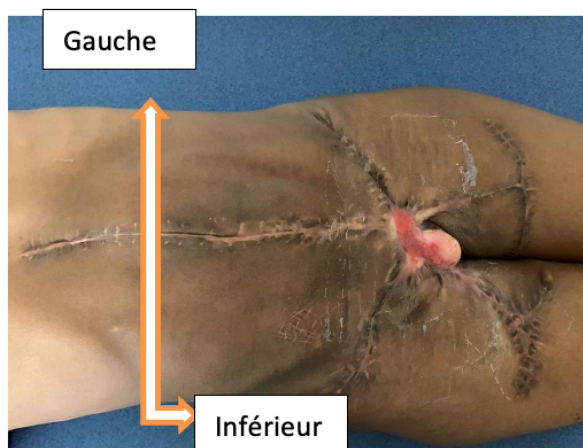


Figure 6 : Aspect à J10 post-opératoire

DISCUSSION

Les tumeurs desmoïdes sont des tumeurs rares, représentant seulement 0,03% de l'ensemble des tumeurs, et 3% des tumeurs des parties molles [4]. Leur incidence est estimée entre 2 et 6 cas par million de personnes par an [5]. Les tumeurs desmoïdes, également connues sous le nom de fibromatoses agressives, font partie des fibromatoses profondes, elles-mêmes incluses dans le groupe des tumeurs des tissus mous, développées à partir du tissu conjonctif, du fascia ou des parois intramusculaires [6]. Il s'agit d'une prolifération infiltrante du tissu fibrotique, qui ne métastase pas mais qui a un fort potentiel agressif local et une forte tendance à la récurrence [2]. Leur diagnostic est souvent difficile, l'expression clinique, parfois tardive, est dominée par l'apparition d'une tumeur palpable parfois associée à une douleur, ou par des signes de compression. Certains éléments radiologiques, tels que la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), peuvent apporter des éléments diagnostiques supplémentaires. En effet, chez notre patiente, l'aspect tomodensitométrique était fortement en faveur mais l'IRM n'a pas pu être réalisée par manque des moyens de la patiente. La confirmation du diagnostic est histologique. En effet,

plusieurs autres tumeurs pariétales peuvent simuler les tumeurs desmoïdes sur le plan radiologique et clinique. Cette diversité clinico-radiologique amène à réaliser systématiquement une biopsie devant les tumeurs pariétales.

Elles touchent préférentiellement l'adulte jeune, de sexe féminin, entre 20 et 40 ans (sex-ratio de 2 pour 1) comme pour notre patiente qui a 38 ans. La prédominance féminine est retrouvée par notre auteurs notamment Mabrouk et al au Maroc et Bishop et al [7,8]. Cette atteinte féminine pourrait s'expliquer par la présence des récepteurs hormonaux (œstrogène et progestérone) lors de l'immunohistochimie [9]. Dans notre cas l'immunohistochimie n'a pas pu être réalisée par l'absence de cet examen dans notre structure.

D'autres facteurs de risque ont été identifiés tels que le facteur traumatique. La chirurgie semble être le facteur principal d'apparition d'une tumeur desmoïde. Le facteur traumatique retrouvé chez notre patiente est la césarienne. Le même constat a été retrouvé également par Boujoual et al où la tumeur desmoïde est apparue après une césarienne [10]. le mécanisme exact de ce traumatisme sur l'apparition de ces tumeurs est mal connue mais un autre facteur associé

pourrait expliquer notamment le facteur génétique dans la polypose adénomateuse familiale [11].

D'autres facteurs de risques sont retrouvés notamment les facteurs environnementaux tels que l'exposition au tabac, l'exercice physique et le régime alimentaire jouent un rôle important dans la pathogénie de la polypose adénomateuse familiale et probablement, dans le syndrome de Gardner, les facteurs endocriniens. Et aussi la radiothérapie[12]. Aucun de ses facteurs n'a été retrouvé chez notre patiente

La fibromatose desmoïde reste une maladie rare, pour laquelle plusieurs modalités de traitement sont disponibles : La surveillance active est proposé pour des tumeurs de petites tailles sans complications compressives car des études plus récentes à long terme ont montré que certaines tumeurs desmoïdes restent stables ou même régressent avec l'observation, ou avec un traitement hormonal ou anti-inflammatoire [13]. Le traitement médical comme les anti inflammatoires, les antiœstrogènes (tamoxifène) compte tenu de la présence de récepteurs d'œstrogène ont fait régresser quelques rares cas des tumeurs desmoïdes de petites tailles [2]. Pour notre patiente, le traitement médical n'a pas été proposé

compte tenu de taille et aussi du caractère invasif de la tumeur.

L'intervention chirurgicale, avec un objectif de résection en marges saines, seule ou en association avec la radiothérapie est le traitement de choix pour les tumeurs géantes. Elle est, néanmoins, associée à une morbidité et à un retentissement esthétique ou fonctionnel importants, avec un risque de récurrence non négligeable, même avec des marges de résection larges [14–16].

Notre patiente a bénéficié d'une chirurgie d'exérèse seule. Compte tenu de la marge qui est saine totale la radiothérapie n'a pas été réalisée, même si la récurrence est

fréquente aucun traitement adjuvant ne devrait être envisagé [14].

CONCLUSION

La localisation de la paroi abdomino-pelvienne des tumeurs desmoïdes est une entité très rare. Son diagnostic doit être évoqué devant toute masse de la paroi abdomino-pelvienne avec antécédent de traumatisme ou de chirurgie abdominale chez une femme jeune. Le diagnostic de certitude est histologique. L'imagerie est peu spécifique. Le pronostic est imprévisible, il dépend de la localisation et du caractère infiltrant de la tumeur. la chirurgie d'exérèse reste le traitement de choix avec une marge saine.

REFERENCES

- 1 **Netto SC, Teixeira Jr F, Menegozzo CAM, Albertini A, Akaishi EH, Utiyama EM.** Abdominal wall reconstruction after desmoid type fibromatosis radical resection: Case series from a single institution and review of the literature. *Int J Surg Case Rep* 2017;33:167–72.
- 2 **Montagliani L, Duverger V.** Les tumeurs desmoïdes. *J Chir* 2008;145:20–6.
[https://doi.org/10.1016/S0021-7697\(08\)70288-6](https://doi.org/10.1016/S0021-7697(08)70288-6).
- 3 **Penel N, Coindre J-M, Bonvalot S, Italiano A, Neuville A, Le Cesne A, et al.** Management of desmoid tumours: a nationwide survey of labelled reference centre networks in France. *Eur J Cancer* 2016;58:90–6.
- 4 **Gronchi A, Colombo C, Le Péchoux C, Dei Tos AP, Le Cesne A, Marrari A, et al.** Sporadic desmoid-type fibromatosis: a stepwise approach to a non-metastasising neoplasm—a position paper from the Italian and the French Sarcoma Group. *Ann Onc* 2014;25:578–83.
- 5 **Braschi-Amirfarzan M, Keraliya AR, Krajewski KM, Tirumani SH, Shinagare AB, Hornick JL, et al.** Role of imaging in management of desmoid-type fibromatosis: a primer for radiologists. *Radiographics* 2016;36:767–82.
- 6 **Aïssa A, Alouini-Mekki R, Ben Abdallah A, Enaifar R, Kobbi I, Stita W, et al.** Mise à jour sur la prise en charge des tumeurs desmoïdes. *Gynecol Obst Fertil* 2012;40:104–8.
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.07.055>.
- 7 **Mabrouk MY, Bouzayan L, Malki S, Jabi R, Bennani A, Bouziane M.** Desmoid tumor of the anterolateral abdominal wall: A rare case report. *Ann Med Surg* 2021;70:102804.
<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102804>.
- 8 **Bishop AJ, Zarzour MA, Ratan R, Torres KE, Feig BW, Wang W-L, et al.** Long-term outcomes for patients with desmoid fibromatosis treated with radiation therapy: a 10-year update and re-evaluation of the role of radiation therapy for younger patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2019;103:1167–74.

- 9 **Zreik RT, Fritchie KJ.** Morphologic Spectrum of Desmoid-Type Fibromatosis. *Am J Clin Pathol* 2016;145:332–40.
<https://doi.org/10.1093/ajcp/aqv094>.
- 10 **Boujoual M, Amrani M, Bougtab A.** La tumeur desmoïde du mésentère: cause rare de masse abdominale chez la femme. *Pan Afr Med J* 2014;17:257.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.257.3292>.
- 11 **Lips DJ, Barker N, Clevers H, Hennipman A.** The role of APC and beta-catenin in the aetiology of aggressive fibromatosis (desmoid tumors). *EJSO* 2009;35:3–10.
- 12 **Fotiadis C, Tsekouras D-K, Antonakis P, Sfiniadakis J, Genetzakis M, Zografos G-C.** Gardner's syndrome: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2005;11:5408–11.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v11.i34.5408>.
- 13 **Turner B, Alghamdi M, Henning J-W, Kurien E, Morris D, Bouchard-Fortier A, et al.** Surgical excision versus observation as initial management of desmoid tumors: A population based study. *Eur J Surg Oncol* 2019;45:699–703.
<https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.09.015>.
- 14 **Spear MA, Jennings LC, Mankin HJ, Spiro IJ, Springfield DS, Gebhardt MC, et al.** Individualizing management of aggressive fibromatoses. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;40:637–45.
- 15 **Merchant NB, Lewis JJ, Woodruff JM, Leung DH, Brennan MF.** Extremity and trunk desmoid tumors: a multifactorial analysis of outcome. *Cancer* 1999;86:2045–52.
- 16 **Reitamo JJ, Schelnin TM, Häyry P.** The desmoid syndrome: new aspects in the cause, pathogenesis and treatment of the desmoid tumor. *Am J Surg* 1986;151:230–7.