



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

CORPS ETRANGER INCARCERE DANS LE HAUT RECTUM : À PROPOS D'UN CAS

FOREIGN BODY INCARCERATED IN THE UPPER RECTUM: A CASE REPORT

**LEH BI KI (1), N'DRI AB (1), BAMBA I (1), AKOWENDO E (1),
DAGER N (2), DIANÉ B (1).**

(1) Service de Chirurgie Générale et Digestive CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

*(2) Service de chirurgie viscérale et urologie Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve
Saint-Georges, Paris (France).*

Correspondance : Dr Leh Bi Kalou Ismaël. Service de chirurgie générale et digestive du
CHU de Bouaké. 01 BP 2644 Bouaké 01, Tél : 00 (225) 0707155538.
E-mail: klehbi@yahoo.fr / Orcid 0000-0003-4197-9086

Résumé

Introduction : L'incarcération de corps étrangers dans le rectum après son introduction est un phénomène bien connu par les proctologues en occident. Le traitement chirurgical est indiqué d'emblée en cas de corps étranger situé dans le tiers supérieur du rectum. Nous rapportons un cas d'incarcération d'un volumineux corps étranger dans le haut rectum.

Observation : Il s'agissait d'un patient âgé de 30 ans, sans antécédent particulier, admis aux urgences chirurgicales pour douleur abdominale. Cette douleur serait survenue après qu'il a eu introduit un objet dans son rectum. A l'admission on notait une sensibilité de l'hypogastre, le reste de l'abdomen était souple. Le corps étranger n'était pas palpable au toucher. Le bilan biologique était normal. L'imagerie notamment l'ASP réalisée a mis en évidence une opacité dans l'aire de projection du rectum. Nous avons conclu à un corps étranger intra-rectal. Après l'échec de plusieurs tentatives d'extraction manuelle par voie trans-anale. Nous avons donc réalisé une laparotomie. En per-

opératoire, le corps étranger était dans le tiers supérieur du rectum. Nous avons réalisé une colotomie pour l'extraction du corps étranger suivit de la fermeture. Il s'agissait d'une boule de neige. Les suites opératoires étaient simples. Le patient est sorti au septième jour post-opératoire.

Conclusion : Le corps étranger rectal reste une pathologie fréquente en proctologie. Le diagnostic peut se faire par la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP). En cas de d'objet situé au niveau du tiers supérieur du rectum le traitement chirurgical est indiqué d'emblée.

Mots -clés : Corps étranger, rectum, chirurgie.

Abstract

Introduction: The incarceration of foreign bodies in the rectum after its introduction is a phenomenon well known by proctologists in the West. Surgical treatment is indicated from the outset in the case of a foreign body located in the upper third of the rectum. We

report a case of incarceration of a large foreign body in the upper rectum.

Case report: It was a 30-year-old patient, with no medical history, admitted to the surgical emergency room for abdominal pain. This pain would have occurred after he inserted an object into his rectum. On admission there was a sensitivity of the hypogastrium, the rest of the abdomen was flexible. The foreign body was not palpable to the touch. The laboratory assessment was normal. Imaging, in particular the ASP carried out, revealed an opacity in the projection area of the rectum. We concluded that it was an intra-rectal foreign body. After several attempts at manual trans-anal extraction failed. We therefore

performed an intraoperative laparotomy; the foreign body was in the rectum's upper third. We performed a colotomy for the removal of the foreign body followed by closure. It was a snowball. The post-operative effects were simple. The patient was discharged on day 7.

Conclusion: The rectal foreign body remains a common pathology in proctology. Diagnosis can be made by X-ray of the abdomen without preparation (ASP). In the case of an object located in the upper third of the rectum, surgical treatment is indicated immediately.

Keywords: Foreign body, rectum, surgery.

INTRODUCTION

L'incarcération de corps étrangers dans le rectum après son introduction est un phénomène bien décrit, et n'est plus considéré comme rare, en occident [1,2,3]. Il est même un motif fréquent de consultation en proctologie. Contrairement en Afrique où il est décrit comme un tabou [3,4]. L'introduction se fait le plus souvent dans un contexte d'érotisme anal. Mais il peut se faire également soit en cas de trouble du comportement, soit pour dissimuler un objet (drogue, arme) ou dans un but thérapeutique, plus rarement, de façon accidentelle (agressions sexuelles) [1,2]. Ces objets sont de natures très diverses et insolites. Le diagnostic est facilité grâce à l'imagerie notamment l'ASP en cas d'objet radio-opaque. Dans le meilleur des cas, l'extraction du corps étranger se fait par la voie anale avec ou sans anesthésie ou par voie endoscopique. En cas d'échec ou de complications la

chirurgie est réalisée [1]. Nous rapportons le cas d'une incarceration d'un volumineux objet intra-rectal. Le patient a bénéficié d'une laparotomie devant l'échec de la tentative d'extraction trans-anale.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 30 ans, sans antécédent particulier, admis aux urgences chirurgicales pour douleur abdominale. Il aurait utilisé un objet qu'il a introduit dans son rectum. Devant l'incapacité de retirer l'objet introduit dans le rectum associé à l'installation d'une douleur abdominale. Il consulte plusieurs heures après pour prise en charge. A l'admission, le patient avait un bon état général, de bonnes constantes hémodynamiques avec un abdomen souple, mais sensible à l'hypogastre. Le corps étranger n'était pas palpable au toucher rectal. Le bilan biologique était normal. L'ASP réalisée a mis en évidence une

opacité dans l'aire de projection du rectum de 8cm/8cm de diamètre (Figure 1). Ce qui traduit la présence d'un corps étranger intra-rectal. Nous avons conclu à un corps étranger intra-rectal. Le patient a été admis en urgence au bloc opératoire. L'abord était une laparotomie médiane sous-ombilicale, en per-opératoire nous avons observé une volumineuse masse arrondie mobile au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne. Nous avons réalisé une colotomie pour l'extraction du corps étranger ensuite nous avons fermé de la paroi abdominale. Il s'agissait d'une énorme boule de neige (Figure 2). Les suites opératoires étaient simples. Le patient est mis en exéat au septième jour post-opératoire.



Figure 1 : radiographie de l'abdomen sans préparation, corps étranger dans l'air de projection du rectum

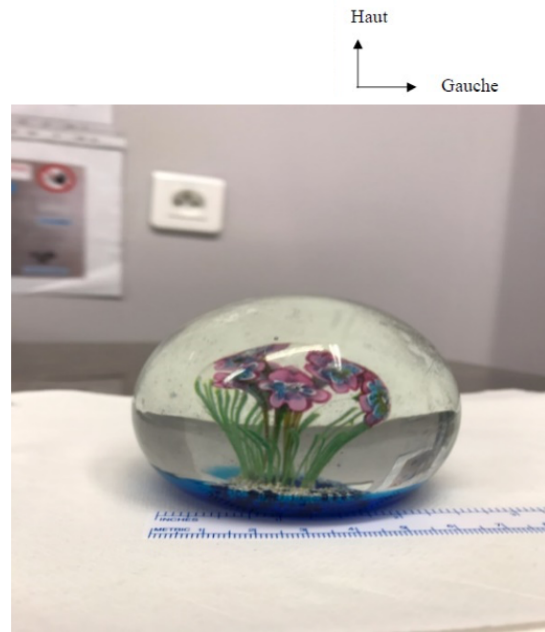


Figure 2 : image de corps étranger après extraction par voie abdominale

DISCUSSION

L'introduction du corps étranger est un phénomène fréquent en Occident alors qu'en Afrique, cette sexualité anale est considérée comme un tabou [3]. En Afrique, les causes sont soit un trouble du comportement, soit la dissimulation d'objet illicite (drogue, arme) ou dans un but thérapeutique [3-5]. Ainsi, on constate que les causes d'introduction de corps étrangers sont dominées par les pratiques sexuelles, notamment les rapports anaux entre partenaires ou individuels. Au cours de ce rapport l'introduction est faite de façon consciente et volontaire. Ces patients consultent le plus souvent après l'échec de plusieurs tentatives d'extraction avec un risque de perforation qui est la principale complication [1,3]. Notre patient, comme dans la littérature, a été admis après plusieurs heures de tentative infructueuse d'extraction. Le diagnostic peut se faire par la radiographie de l'abdomen sans

préparation en cas d'objet radio-opaque. Il visualise sa forme, sa taille et sa position et permet également d'objectiver la présence d'un pneumopéritoine, signe de complication [4,5]. Dans notre cas, l'objet n'était pas palpable au toucher rectal et le diagnostic a été confirmé par l'ASP sans signe de complications (pas de pneumopéritoine). Le traitement se fait en urgence et, dans 75 % des cas, le corps étranger peut être retiré sans intervention chirurgicale. Elle consiste en l'extraction du corps étranger par la voie trans-anale avec ou sans anesthésie [1,5]. Dans notre cas, la laparotomie avec incision cutanée médiane sous-ombilicale a été réalisée. Nous avons fait une incision de la charnière recto-sigmoïdienne pour extraire le corps étranger qui était volumineux et de forme sphérique. Ka et al [4] au Sénégal avaient également dû recourir à la chirurgie d'extraction.

Khalid et al [6] en Tunisie et Asumanu et al [7] au Ghana avaient quant à eux fait une extraction manuelle par voie trans-anale. Dans l'étude réalisée par Frendt et al [8] aux Etats Unis d'Amérique portant sur une série de 78 cas, l'extraction manuelle par voie trans-anale avait été la technique la plus utilisée. Aujourd'hui l'extraction du corps étranger rectal peut se faire également par voie endoscopique [9]. Quel que soit la technique utilisée l'évolution est le plus souvent favorable.

CONCLUSION

Le corps étranger rectal reste une pathologie fréquente en proctologie. L'ASP peut aider au diagnostic en montrant un corps étranger radio opaque. En cas d'objet situé au niveau du tiers supérieur du rectum le traitement chirurgical est indiqué d'emblée.

REFERENCES

- 1- **Senéjoux A.** Extraire un corps étranger intrarectal. *Colon Rectum*. 2010; 4:239–40.
- 2- **Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA et al.** Colorectal foreign bodies. *Colorectal Disease*. 2005; 7(1): 98-103.
- 3- **Slaiki S, EL Bouhaddouti H, Mouaqit O et al.** Volumineux corps étranger colorectal introduit volontairement : à propos d'un cas. *PanAfrican Medical Journal* 2019 ;34:142. Doi : 10.11604/pamj.2019.34.142.20793.
- 4- **Ka I, Diop A, Faye AC et al.** Corps étranger du sigmoïde : à propos d'une Observation. *European Scientific Journal* 2019 ; 15 (27) : 305-10.
- 5- **Ossibi PE, Mazaz K.** Corps étranger intra-rectal : médecine traditionnelle ou trouble de comportement ? *PanAfrican Medical Journal*. 2014; 17:254; doi: 10.11604/pamj.2014.17.254.4199.
- 6- **Khalid M, Abdesslam B, Hicham E et al.** Volumineux corps étranger intra-rectal: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2014; 18:273 doi:10.11604/pamj.2014.18.273.4226.
- 7- **Asumanu E, Nii Akwei Akwei C, et al.** Management of retained trans-anal foreign body: a case report. *Pan African Medical Journal*. 2022;42(105). 10.11604/pamj.2022.42.105.29651.
- 8- **Frendt E, Masroor M, Saied A, et al.** Characteristics and outcomes associated with Emergent rectal foreign body management: a retrospective cohort analysis. *Cureus* 2023 ; 15(11): e49413. DOI 10.7759/cureus.49413.
- 9- **Zhou PF, Lu JG, Zhang JD et al.** Colonoscopy-assisted removal of an impaction foreign body at the rectosigmoid junction: a case report. *World J Clin Cases* 2024;12(11):19