



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

**Décembre 2025, Volume 8
N°4, Page 291 - 500**

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 Zinzindouhoue (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain **de Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Décembre, Volume 8,
N°4, Pages 291 - 500

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

**PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES PATHOLOGIE PERINEALES A
L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CONAKRY
SURGICAL TREATMENT OF PERINAL DISEASES AT THE IGNACE DEEN
NATIONAL HOSPITAL, CONAKRY**

CAMARA M¹, BARRY MS¹, BANGOURA S², FOFANA H¹, TOURE A¹

*Faculté des Sciences et Techniques de la Santé/Université Gamal Abdel Nasser de
Conakry (Guinée)*

1- Service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen/CHU de Conakry

2- Service de gynéco-obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen/CHU de Conakry

Auteur correspondant : Dr Mariama CAMARA, Université Gamal Abdel Nasser de
Conakry. Guinée. Tel : (224)622701872. E-mail : lachouchette1957@gmail.com /
marcamara1957@gmail.com

RESUME

Le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge des pathologies ano-périnéales à l'Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.

Matériel et Méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective, de type descriptif d'une année, de Janvier à Décembre 2024. Nous avons inclus dans l'étude tous les dossiers de malades admis et opérés pour des pathologies ano-périnéales. Les paramètres étudiés étaient socio-démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. **Résultats :** sur 1013 dossiers de malades opérés, nous avons recensé 153 dossiers de malades présentant des pathologies chirurgicales ano-prérinéales soit 15,1%. L'âge moyen était de 45,5ans (extrêmes : 19 et 78 ans). Il s'agissait de 69 femmes (45,1%) et 84 hommes (54,9%) avec un sex-ratio de 1,2. La maladie

hémorroïdaire était le diagnostic le plus fréquent dans 35 cas (22,9%) accompagnés d'abcès anal 14,4% (22 cas), de prolapsus génital 13 cas (8,5%) et de tumeur de la vulve 8 cas (5,2%). Le délai moyen de consultation était de 12 jours avec des extrêmes de 3 à 90 jours. L'hémorroïdectomie selon Milligan Morgan était réalisée dans 43 cas (28,1%). La durée moyenne de séjour était de 6,1 jours avec des extrêmes de 3 et 31 jours. Les suites opératoires ont été favorables chez 140 patients (91,5%). La mortalité était de 3,3% (5 cas). **Conclusion :** La chirurgie des pathologies ano-périnéales repose sur un équilibre délicat entre l'efficacité du traitement et la préservation de la fonction anale (continence). Elles nécessitent une évaluation diagnostique précise et une collaboration multidisciplinaire.

Mots clés : Pathologies ano-périnéales, Chirurgie, CHU de Conakry.

SUMMARY

The aim of this study was to report our experience in the management of anoperineal pathologies at the Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.

Material and Methods: *This was a retrospective descriptive study covering the period January to December 2024. All patients admitted and operated on for anoperineal pathologies were included in the study. The parameters studied were sociodemographic, clinical, paraclinical, therapeutic and evolutionary.*

Results: *Out of 1013 cases of patients operated on, we identified 153 cases of patients with anoperineal surgical pathologies, i.e. 15.1%. The mean age was 45.5 years (extremes: 19 and 78 years). There were 69 women (45.1%) and 84 men*

*(54.9%) with a sex ratio of 1.2. Hemorrhoidal disease was the reason for consultation in 35 cases (22.9%), followed by anal abscesses in 14.4% (22 cases), genital prolapse in 13 cases (8.5%) and vulvar tumors in 8 cases (5.2%). The average consultation time was 12 days, ranging from 3 to 90 days. Milligan Morgan hemorrhoidectomy was performed in 43 cases (28.1%). The average length of stay was 6.1 days, ranging from 3 to 31 days. Post-operative follow-up was favorable in 140 patients (91.5%). Mortality was 3.3% (5 cases). **Conclusion:** Surgery for anorectal disorders relies on a delicate balance between effective treatment and preservation of anal function (continence). These disorders require accurate diagnostic assessment and multidisciplinary collaboration.*

Key words: *Anoperineal pathologies, Surgery, Conakry University Hospital.*

INTRODUCTION

Le périnée (ou plancher pelvien) est un ensemble de muscles qui ferme le bas du bassin et comporte trois orifices : le méat urinaire, le vagin et l'anus. Par extension, le terme « périnée » désigne la zone du corps comprise entre le pubis et le coccyx. Il peut être le siège de nombreuses lésions dont le traitement de certaines d'entre elles requiert un acte chirurgical souvent

multidisciplinaire qui, parfois peut être complexe selon la topographie, la nature et les associations des lésions [1,2].

Le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge des pathologies ano-périnéales de l'Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, menée sur une période d'une année (1 an) allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2024 dans le service de chirurgie générale et de gynéco-obstétrique. L'étude a concerné tous les dossiers de malades admis et opérés pour des pathologies périnéales avec des explorations paracliniques y compris des examens histopathologiques de la pièce opératoire.

Les paramètres étudiés étaient socio-démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Les données avaient été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21.0

RESULTATS

Nous avons colligé 153 cas de pathologies chirurgicales périnéales sur 1013 dossiers patients enregistrés soit 15,1%. L'âge moyen des patients était de 45,5 ans avec des extrêmes de 19 et 78 ans. Il s'agissait de 69 femmes (45,1%) et 84 hommes (54,9%)

avec un sex-ratio de 1,2. Les ouvriers (39 soit 25,5%) et les ménagères étaient les professions les plus retrouvées (22 soit 14,37%). La majorité de nos patients a consulté en dehors des urgences soit 73,2% (112 cas). Le délai moyen de consultation était de 12 jours avec des extrêmes de 3 à 90 jours.

La maladie hémorroïdaire était le diagnostic le plus fréquent (35 cas 22,9%) dans les pathologies vasculaires suivie de 14,4% d'abcès et 7,8% de fistule anale (**figure 1**) dans les pathologies inflammatoires et infectieuses ; 8,5% de prolapsus génital et de prolapsus rectal 3,9% (**figure 2**) dans le groupe des pathologies liées au trouble de la statique pelvienne ; 3,9% de fissure anale dans les pathologies traumatiques ; 1,3% lipome vulvaire (**figure 3**) dans les pathologies tumorales bénignes et 1,2% de cancer de la vulve (**figure 4 et figure 5**) dans les pathologies tumorales malignes ; comme reporté dans le tableau I.

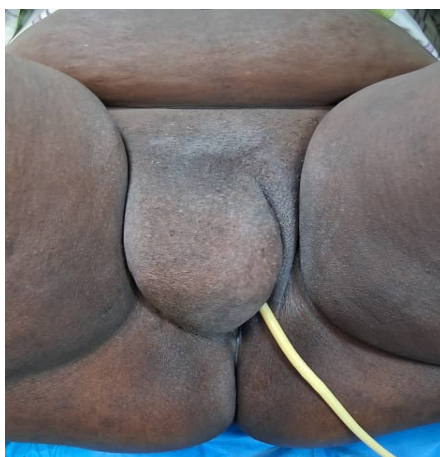


Figure 3 : Lipome vulvaire chez une patiente 66 ans

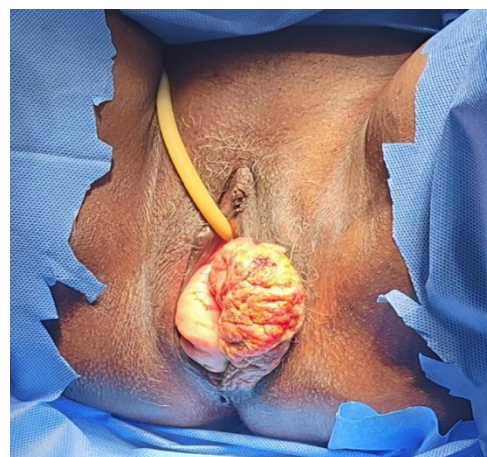


Figure 5 : Cancer de la vulve associé à un prolapsus génital chez une patiente de 62 ans

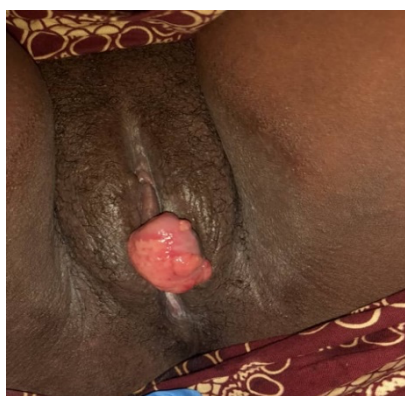
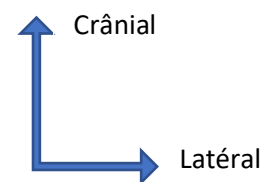


Figure 4 : Tumeur vulvaire chez une patiente de 28 ans sur terrain de grossesse 8 mois.



Figure 2 : Prolapsus rectal étranglé chez un patient de 58 ans

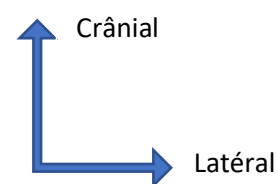


Figure 1 : fistule anale chez un patient de 64 ans

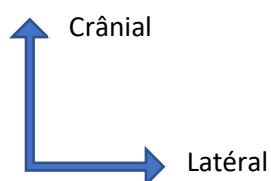


Tableau I : Répartition des cas selon les diagnostics rencontrés

Pathologies	Nombre	Pourcentage (%)
Pathologies infectieuses et inflammatoires		
Abcès anal	22	14,4
Fistule anale	12	7,8
Gangrène de fournier	7	4,6
Bartholinite	3	1,9
Pathologies vasculaires		
Maladie hémorroïdaire	35	22,9
Thrombose hémorroïdaire	9	5,9
Pathologies liées au trouble de la statique		
Prolapsus génital	13	8,5
Prolapsus rectal	6	3,9
Double prolapsus rectal/génital	3	1,9
Pathologies traumatiques		
Fissure anale	6	3,9
Déchirure recto vaginale post traumatique	3	1,9
Plaie ano-périnéale par empalement	4	2,6
Encornage anal	2	1,3
Plaie balistique périnéale	3	1,9
Pathologies tumorales/ Bénignes		
Lipome vulvaire	2	1,3
Condylome acuminé géant	2	1,3
Pathologies tumorales/malignes		
Cancer de la vulve	8	5,2
Tumeur anale	5	3,3
Tumeur rectal	8	5,2
Total	153	100

L'hypertension artérielle était retrouvée chez 24 patients soit 15,7% ; comme reporté dans le tableau II. Dix-sept patients avaient réalisé une rectoscopie soit 11,1% ; comme reporté dans le tableau III. La biologie avait été réalisée chez tous nos patients. L'hémorroïdectomie selon Milligan Morgan était le geste chirurgical le plus fréquent dans 43 cas (28,1%). Le Tableau IV illustre les gestes opératoires réalisés chez les patients. La durée moyenne de

séjour était de 6,1 jours avec des extrêmes de 3 et 31 jours. Cent quarante (140) patients avaient une suite favorable (91,5%). Huit patients avaient des suites opératoires compliquées à type d'infection 2 cas (1,3%), de récurrence de fistule 2 cas (1,3%), de retard de cicatrisation des plaies de gangrène de fourrier 2 cas (1,3%), d'hémorragie dans 1 cas (0,6%) et de fibrose du canal anal dans 1 cas (0,6%). La mortalité était de 3,3% (5 cas).

Tableau II : Répartition selon les comorbidités

Comorbidités	Nombre	Pourcentage (%)
Diabète	16	10,4
HTA	18	11,8
HIV	1	0,6

Tableau III : Répartition selon les examens complémentaires

Examens	Nombre	Pourcentage (%)
Rectoscopie	11	7,2
Fistulographie	12	7,8
Rectosigmoidoscopie	8	5,2
Scanner abdomino-pelvien	6	3,9
IRM abdomino-pelvienne	1	0,6

Tableau IV : Répartition selon les gestes chirurgicaux

Gestes chirurgicaux	Nombre	Pourcentage (%)
Hémorroïdectomie Milligan	31	20,3
Hémorroïdectomie selon Ferguson	4	2,6
Fistulectomie	12	7,8
Résection antérieure du rectum	8	5,2
Amputation abdomino-pelvienne	1	0,6
Rectopexie	6	3,9
Colostomies	4	2,6
Vulvectomie	3	1,9
Hystérectomie avec myorraphie des releveurs	13	8,5
Réparation périnéale	3	1,9
Enucléation de lipome	2	1,3
Parage stomie	7	4,6
Mise à plat	7	4,6
Fissurectomie	6	3,9

DISCUSSION

En ce qui concerne les pathologies inflammatoires et infectieuses, l'incidence exacte des abcès de la région ano-périnéale n'est pas connue car elle est difficile à évaluer, les patients n'étant pas systématiquement pris en charge à l'hôpital et pouvant consulter en cabinet privé ou ne pas consulter du tout si l'abcès s'évacue spontanément [3]. Les abcès de l'anus sont dus à une infection des glandes de Hermann et Desfosses et peuvent évoluer vers la constitution d'une fistule. Une endoscopie est nécessaire pour rechercher une pathologie sous-jacente telle que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin qui peuvent en être la cause dans

certain cas [4]. Une IRM pelvienne est également indiquée dans les fistules complexes ou récidivantes afin de mieux aborder le traitement. Cet examen n'existe pas dans beaucoup de nos structures en Afrique [5].

Sur terrain d'immunodépression (diabète), ces abcès peuvent présenter une évolution fulgurante et extensive avec nécrose des tissus donnant ainsi une gangrène de Fournier. C'est surtout le risque de septicémie avec possibilité d'état de choc septique qui engage le pronostic vital dans cette pathologie [6]. C'est souvent à ce stade que les patients sont reçus dans nos structures du fait d'un certain retard à la

consultation et, donc, d'une prise en charge tardive.

La maladie hémorroïdaire reste la pathologie périnéale la plus fréquemment rencontrée. Elle a des manifestations cliniques diverses et, parfois évoquée à tort, toute manifestation proctologique est considérée comme hémorroïdes par nos populations, d'où l'intérêt d'un examen clinique systématique ano-rectal. De nombreuses techniques ont été rapportées dans le traitement chirurgical de la pathologie hémorroïdaire. Les avis des auteurs sont partagés concernant ces différentes techniques [7]. Le choix entre l'ensemble des techniques disponibles, instrumentales, mini-invasives ou chirurgicales classiques, repose sur la connaissance de leur efficacité, leurs limites et leurs éventuelles complications après une évaluation préalable nécessaire de la maladie hémorroïdaire avant d'envisager une prise en charge [8]. Nous avons effectué plus d'intervention de Milligan et Morgan, ce qui dépendait non seulement de la compétence du chirurgien mais aussi des moyens mis à sa disposition.

La prise en charge chirurgicale des troubles de la statique pelviennes a connu beaucoup de progrès, de la chirurgie classique à celle mini invasive [9]. Le traitement chirurgical du prolapsus génital n'est indiqué qu'en cas de prolapsus symptomatique. La technique de référence, par voie vaginale, est la sacro-

spino-fixation de Richter ; mais d'autres techniques sont possibles. Si la promonto-fixation est la technique de référence et doit être proposée aux femmes jeunes, chez les femmes plus âgées les interventions par voie basse sont plus rapides, avec une convalescence plus courte [9]. Dans notre pratique nous réalisons l'intervention de Rouhier's. Les techniques cœlioscopiques dans le traitement de prolapsus rectal ont modifié, mais aussi fortement harmonisé, les stratégies de rectopexie au profit d'une approche mini invasive de dissection et d'interposition prothétique antérieure basse appelée également ventropexie [10].

Les pathologies tumorales bénignes ou malignes n'ont pas été fréquentes dans notre série ; les cas de tumeurs rectales étaient surtout au niveau de la jonction ano-rectale. Le traitement de ces tumeurs était avant tout chirurgical comme dans l'étude Konan KIP [11].

Le condylome acuminé géant ou tumeur de Buschke- Löwenstein est une tumeur verruqueuse, saillante et de grande taille, développée en regard de la marge anale. C'est une pathologie rare qui se transmet par voie sexuelle le plus souvent 70 à 80 % de la population sexuellement active [12]. C'est une lésion bénigne qui peut se transformer en carcinome épidermoïde. Son traitement est en général chirurgical.

L'incidence du cancer de la vulve représente 1 à 2 par 100.000 femmes. Il

touche surtout la femme âgée, peut toutefois s'observer chez les femmes jeunes. La chirurgie repose sur la réalisation d'une vulvectomy qui dépend de la taille de la tumeur, de son histologie et de son association éventuelle à d'autres lésions vulvaires. La lymphadénectomie inguinale fait partie intégrante de cette prise en charge. Quant à la radio-chimiothérapie adjuvante, elle est discutée en fonction de l'étendue, l'évolutivité des lésions, l'état général et les résultats de la chirurgie

Initiale [10]. Nous avons réalisé une vulvectomy avec curage et chimiothérapie adjuvante vu que la radiothérapie n'existe pas chez nous.

Les adénocarcinomes mucineux du canal anal, associés à une fistule péri-anales chroniques sont rares et constituent 2 à 6 % de toutes les tumeurs colo-rectales. L'intervention de référence est l'amputation abdomino-périnéale [13].

Les pathologies traumatiques sont parfois difficiles à prendre en charge et cette prise en charge est souvent complexe surtout les lésions balistiques et par encornage. Le contexte de survenue et l'état des lésions

souvent souillées et infectées dans notre pratique nous ont conduit à faire d'abord une colostomie temporaire et plus tard faire une réparation périnéale. Dans l'étude de De Franco V, la prise en charge de ces lésions a consisté en premier lieu en une stabilisation du bassin et en deuxième lieu en une reconstruction ano-périnéale et rectale avec drainage qui est protégée par une colostomie [14].

Plusieurs auteurs pensent que la mortalité de ces pathologies périnéales se rencontre chez les patients avec comorbidités, le stade de la pathologie et les urgences [6].

CONCLUSION

Les pathologies périnéales méritent une attention particulière parce qu'elles constituent un élément de pronostic défavorable pour certaines pathologies. Elles se compliquent le plus souvent, altèrent la qualité de vie et peuvent être sources de séquelles fonctionnelles. Une vigilance particulière des cliniciens est attendue au stade du diagnostic des complications.

REFERENCES

- 1- Unité de périnéologie.** Prendre soin de votre périnée. Hôpitaux Universitaires Genève 2025 ; 1-12.
- 2-Yiou R, Costa P, Haab F, Delmas V.** Anatomie fonctionnelle du plancher pelvien. Progrès en urologie 2009; 19 : 916-925 .
- 3- Fathallah N, Ravaux A, de Parades V, Pommaret E, Crochet E, Ganansia O.** Conduite à tenir face à un abcès anopérinéal. Ann. Fr. Med. Urgence 2017 ; 7 : 174-182.
- 4- G. Staumont.** Prise en charge d'une localisation ano-périnéale (LAP) de Crohn à sa phase aiguë. POST'U 2010 ; 9-20.
- 5- Moreau J.** Fistules anales : épidémiologie, étiologie, diagnostic et présentation clinique, imagerie. Colon Rectum 2019 ; 13 : 72-5.
- 6- Sarkis P, Farran F, Khoury R.** Gangrène de Fournier : revue de la littérature récente. Progrès en urologie 2009; 19: 75-84.
- 7- Pessaux P, Tuech J-J, Laurent B, Regenet N, Lermite E, Simone M et al.** Complications après anopexie circulaire pour cure d'hémorroïdes : résultats à long terme d'une série de 140 malades et analyse de la littérature. Annales de chirurgie 2004 ; 129 : 571-77.
- 8- Didelot J-M.** Traitement instrumental ou mini-invasif de la maladie hémorroïdaire. POST'U 2023 ; 273-288.
- 9- de Tayrac R, Letouzey V, Costa P, Haab F, Delmas V.** Traitement du prolapsus utérin et du dôme vaginal par voie vaginale. Progrès en urologie 2009; 19: 1074-9.
- 10- Siproudhis L, Desfourneaux V.** Prolapsus rectal. POST'U 2016 ; 34 : 119-26.
- 11- Konan KIP, Anoh NA, Ehui AY, Oddo BA, Touré L, Kouadio NL et al.** Tumeurs primitives de la fosse ischiorectale : Diagnostic et traitement à propos de 07 observations à Abidjan. European Scientific Journal, ESJ 2024; 20 (24) : 174.
- 12- Hasbi S.** Tumeur de Buschke-Löwenstein à localisation anopérinéale. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2017; 11:128-129.
- 13- Rebai W, Ksantini R, Makni A, Ben Hariz F, Fteriche F, Chebbi F. et al.** Fistule périanale révélatrice d'un adénocarcinome du canal anal. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2010 ; 4 : 251-3.
- 14- De Franco V.** Traumatismes anorectaux et périnéaux : présentation clinique. Colon Rectum 2012 ; 6 : 9-14.