



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

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 Badara Thiam- 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 Cissé (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 Dosséh (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@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

DECORTICATION PERICARDIQUE POUR PERICARDITE CHRONIQUE CONSTRICTIVE : A PROPOS DE 11 CAS OPERES AU CENTRE CARDIO PEDIATRIQUE CUOMO DE L'HOPITAL FANN.

PERICARDIAL DECORTICATION: FOR CHRONIC CONSTRICTIVE PERICARDITIS: ABOUT 11 OPERATED AT THE CUOMO PEDIATRIC CARDIOLOGY CENTER OF FANN HOSPITAL.

KOKOYE M.M.C.O., DIAGNE P.A., DIOP M. S., BA P.O., DIOP M.S., BA P.S., CISS A.G.

Service de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire Centre Hospitalier Universitaire de Fann, Dakar (Sénégal).

Correspondance : KOKOYE Mariena Merveille Conceptia Olaïtan Tel : +221 78 191 98 13/ +221 77 650 25 51, CHU de Fann : BP :5035 Dakar Sénégal,
Email : marienamerveille@gmail.com / diagnepapaamath@gmail.com

Résumé

Objectif : étudier le profil épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique des patients ayant bénéficié d'une décortication péricardique. **Patients et méthodes :** Étude rétrospective portant sur 11 patients opérés au Centre Cuomo du service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire du CHU de Fann sur une période de six ans (2017-2022). **Résultats :** Une prédominance masculine a été notée (7 hommes ; sex-ratio = 1,75). L'âge moyen était de 30,5 ans [10 – 66]. La dyspnée d'effort était le symptôme fonctionnel le plus fréquent (9 cas), suivie d'une insuffisance cardiaque droite (7 cas). L'étiologie principale était idiopathique. Des calcifications péricardiques ont été retrouvées sur la radiographie thoracique chez 5 patients, constituant un facteur pronostique péjoratif. La péricardectomie subtotale par sternotomie médiane a été réalisée chez 7 patients ; la circulation extracorporelle n'a jamais été nécessaire. Les suites opératoires ont été simples chez 8 patients. Les troubles du rythme cardiaque et le bas débit cardiaque

constituaient les complications les plus fréquentes. Trois patients sont décédés en post-opératoire immédiat, et un autre à 6 mois. Après un suivi de 6 ans, 4 patients sur 7 sont asymptomatiques. **Conclusion :** Bien que la tuberculose demeure classiquement la principale cause de péricardite chronique constrictive dans les pays en voie de développement, notre série n'a pas confirmé cette prédominance, l'étiologie idiopathique étant la plus fréquente. La péricardectomie reste le traitement curatif de référence, permettant d'améliorer significativement la symptomatologie et le pronostic fonctionnel lorsque la résection est complète et réalisée précocement.

Mots Clés : Péricardite chronique constrictive – Calcifications – Décortication.

Abstract

Objective: To study the epidemiological, clinical, paraclinical and therapeutic profile of patients who underwent pericardial decortication. **Patients and methods:** Retrospective study of 11 patients operated on at the Cuomo Cardiothoracic Surgery Center of Fann University Hospital between 2017 and 2022. **Results:** Male predominance ($n = 7$). Mean age = 30.5 years. Exertional dyspnea (9 patients) and right heart failure (7 patients) were the most common presenting symptoms. The main etiology was idiopathic. Pericardial calcifications, observed in 5 patients, were associated with a poor prognosis. Subtotal pericardectomy via median sternotomy was performed in 7 cases, without extracorporeal circulation. Eight patients had uneventful postoperative courses.

Cardiac rhythm disorders and low cardiac output were the main complications. There were 3 in-hospital deaths and one late death at 6 months. After 6 years, 4 of the 7 followed-up patients were asymptomatic.

Conclusion: Although tuberculosis remains classically the leading cause of chronic constrictive pericarditis in developing countries, our series did not confirm this predominance, with idiopathic etiology being the most frequent. Pericardectomy remains the curative treatment of choice, allowing significant improvement in symptoms and functional outcomes when the resection is complete and performed early.

Keywords: Chronic constrictive pericarditis – Calcifications – Decortication.

INTRODUCTION

La péricardite chronique constrictive est une affection rare mais grave, caractérisée par un épaississement fibreux ou calcifié du péricarde limitant le remplissage diastolique des cavités cardiaques [1]. Son diagnostic repose principalement sur l'échocardiographie cardiaque et la tomodensitométrie thoracique. Dans les pays en voie de développement, la tuberculose en demeure l'étiologie principale. La péricardectomie constitue le seul traitement curatif, permettant la levée de la constriction, qu'elle soit totale ou partielle. Nous rapportons, dans ce travail, les cas de péricardectomie réalisés au service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire du Centre Hospitalier Universitaire de Fann à Dakar sur une période de six ans. L'objectif de cette étude

est d'analyser le profil épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique des patients ayant bénéficié d'une décortication péricardique.

MALADES ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de six ans, de janvier 2017 à décembre 2022, au Centre Cuomo du service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du Centre Hospitalier Universitaire de Fann, à Dakar. Ont été inclus tous les patients opérés pour péricardite chronique constrictive (PCC) confirmée. Nous avions colligé 11 cas chez qui nous avions recueilli les données épidémiologiques (âge et sexe), cliniques (motif de consultations, antécédents, signes fonctionnels, signes physiques),

paracliniques (radiographie thoracique, ECG, échographie cardiaque, scanner et bilan biologique), thérapeutiques (mesures hygiéno-diététiques, traitement médical et chirurgical) et l'évolution post-opératoire (morbi-mortalité). Les analyses statistiques ont été faites par Excel.

RESULTATS

L'âge moyen des patients était de 30,5 ans (extrêmes : 10 à 66 ans), comprenant un seul enfant. On notait une prédominance masculine avec 7 hommes (sex-ratio = 1,75). La fréquence annuelle de la péricardite chronique constrictive (PCC) était de 1,83 cas/an avec un retard diagnostique moyen de 4,1 ans. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient la dyspnée d'effort (9 cas), les précordialgies (5 cas) et la toux (4 cas). Les antécédents étaient dominés par la décompensation cardiaque (3 cas), la tuberculose (2 cas) et les pneumopathies (2 cas). On retrouvait dans un cas chacun une notion de contagé tuberculeux, d'infection à la COVID-19, de diabète et de tamponnade. Les signes fonctionnels étaient dominés par la dyspnée d'effort (9 cas dont 3 en classe III NYHA), les précordialgies (5 cas), la toux (4 cas) et l'altération de l'état général (3 cas). À l'examen physique, une insuffisance cardiaque droite était présente chez 7 patients et un assourdissement des bruits du cœur chez 4 patients. La radiographie thoracique de face et de profil montrait une cardiomégalie chez 7 patients, des calcifications péricardiques chez 5, une surcharge hilaire chez 4 et un épanchement pleural chez 4. À l'électrocardiogramme, les anomalies les plus fréquentes étaient les troubles de la repolarisation (6 cas) et la fibrillation atriale complète (3 cas). L'échocardiographie cardiaque objectivait un épaissement péricardique chez 8

patients, une dilatation de l'oreillette droite et de la veine cave inférieure non compliant chez 7, une dilatation de l'oreillette gauche dans 6 cas, une insuffisance mitrale et tricuspid modérées à moyennes, des calcifications péricardiques dans 5 cas et un épanchement péricardique dans 3 cas. Aucune exploration hémodynamique des cavités droites n'a été réalisée. Le scanner thoracique a montré des calcifications péricardiques chez 6 patients, un épanchement péricardique chez 5, un épanchement pleural et des infiltrats réticulo-nodulaires chez 4. La recherche du bacille de Koch (4 tests GeneXpert et 2 frottis BAAR) a été négative chez les 6 patients testés. Le bilan biologique retrouvait un taux moyen d'ASAT à 39,7 UI/L [16–93], un taux moyen d'ALAT à 22,3 UI/L [10–33] et une créatininémie moyenne de 18,6 mg/L, traduisant une altération de la fonction rénale chez 2 patients. Les autres bilans (NFS, TP, TCK, glycémie à jeun, sérologies virales B et VIH) étaient sans particularité. Tous les patients ont bénéficié d'un régime hyposodé (parfois désodé) associé à un traitement diurétique à base de furosémide (1 à 2 mg/kg/j) et de spironolactone (50 à 300 mg/j). La chirurgie a été réalisée par sternotomie médiane verticale sans recours à la circulation extracorporelle, permettant une péricardectomie partielle chez 7 patients, réséquant le péricarde entre les deux nerfs phréniques, et une péricardectomie totale chez 4 patients. Des gestes associés ont été réalisés : aspiration et évacuation de caillots péricardiques (4 cas), double remplacement valvulaire mécanique mitral et aortique associé à une plastie tricuspid par péricarde autologue (1 cas) et ligature du pédicule thoracique interne gauche suite à une plaie accidentelle

(1 cas). L'examen anatomopathologique des fragments péricardiques a montré une sclérose hyalinisée avec foyers calcifiés sans granulome chez un patient et des dépôts fibrinoïdes sur base fibro-inflammatoire avec foyers de calcification chez un autre. La durée moyenne du séjour en réanimation était de 5,2 jours [2–13] avec une amélioration hémodynamique significative chez tous les patients. Deux complications infectieuses ont été notées : une infection pleuro-pulmonaire compliquée de sepsis et une infection profonde du site opératoire compliquée de médiastinite antérieure, toutes deux évoluant favorablement sous traitement. Trois patients sont décédés en réanimation : un porteur d'un double remplacement valvulaire mitro-aortique et un patient avec antécédent de tuberculose pulmonaire ; les décès étaient dus à une défaillance multiviscérale secondaire à un choc hémodynamique. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,4 jours [2–4]. Chez les 8 patients survivants, l'évolution clinique était favorable avec disparition des signes d'insuffisance cardiaque droite. La morbidité et la mortalité hospitalières étaient nulles après la sortie de réanimation. Lors du suivi post-opératoire, un patient est décédé à 6 mois et 4 patients sont restés asymptomatiques sur les plans clinique et paraclinique.

DISCUSSION

Cette étude présente l'intérêt de fournir des données actualisées sur la péricardite chronique constrictive (PCC) dans un contexte subsaharien, avec une description complète du parcours diagnostique et thérapeutique dans un service de référence. Toutefois, plusieurs limites doivent être reconnues : la taille réduite de l'échantillon ($n = 11$), la nature rétrospective des

données, certaines informations manquantes et un suivi post-opératoire incomplet pour quelques patients. Ces éléments peuvent altérer la robustesse statistique des comparaisons. La fréquence annuelle de la PCC observée dans notre série (1,83 cas/an) est inférieure à celle rapportée antérieurement dans la même institution (2,9 cas/an sur 13 ans) par Ciss et al. [2]. Cette tendance à la baisse pourrait être multifactorielle, liée à une meilleure prévention, à une évolution des étiologies ou à un sous-diagnostic. Contrairement aux grandes séries occidentales rapportant un âge moyen de 55 à 56 ans [3, 4], notre population est significativement plus jeune (30,5 ans), ce qui traduit la prédominance persistante de l'étiologie tuberculeuse dans les pays en développement, comme le confirment également les séries maghrébines et africaines [5, 6]. Le retard diagnostique moyen (4,1 ans) met en évidence l'errance diagnostique dans notre contexte, liée à la non-spécificité des signes cliniques et aux difficultés d'accès à l'imagerie spécialisée. La dyspnée d'effort demeure le symptôme fonctionnel principal, en accord avec la littérature internationale, tandis que l'insuffisance cardiaque droite domine les signes physiques, traduisant une constriction à prédominance systémique. Les antécédents de tuberculose ou de contagé tuberculeux sont probablement sous-déclarés. Les examens d'imagerie ont fourni des éléments diagnostiques essentiels : la radiographie thoracique a montré des calcifications péricardiques chez cinq patients, associées à un pronostic défavorable selon plusieurs études [3, 4]. L'échocardiographie a permis d'objectiver une dilatation auriculaire, un épaissement péricardique et des anomalies Doppler évocatrices de

constriction, tandis que le scanner thoracique a confirmé ces altérations morphologiques. Le cathétérisme cardiaque, bien que non réalisé dans notre série, reste indiqué en cas de discordance entre les données échographiques et tomodensitométriques. L'examen histologique a confirmé la présence de lésions fibreuses chroniques, sans spécificité tuberculeuse. Dans notre pays, la tuberculose reste endémique, mais elle n'a été retrouvée que chez deux patients de notre série. L'étiologie prédominante observée était idiopathique, à l'instar de celle rapportée par Bertog SC et al. [4]. L'absence de formes post-chirurgicales ou post-radiques reflète le profil de notre population, encore peu exposée aux traitements cardiothoraciques lourds ou à la radiothérapie. La péricardectomie demeure le seul traitement curatif. La voie d'abord par sternotomie médiane a été privilégiée, comme dans la majorité des séries africaines [7]. Cependant, la décortication était partielle chez sept de nos patients, ce qui pourrait expliquer en partie la mortalité post-opératoire relativement élevée (3 cas), comparée aux taux rapportés de 5 à 10 % dans la littérature [6, 8, 9]. Ces résultats confirment l'impact pronostique du caractère complet de la résection et du stade fonctionnel pré-opératoire. Le suivi à six mois a montré une amélioration fonctionnelle satisfaisante chez la majorité des patients survivants, tandis que la

persistance des signes d'insuffisance cardiaque droite à un mois apparaissait comme un marqueur pronostique défavorable.

CONCLUSION

La péricardite chronique constrictive demeure une pathologie rare mais grave, dont l'évolution peut être fatale en l'absence de prise en charge appropriée. Notre étude met en évidence l'importance d'un diagnostic précoce, souvent retardé par la non-spécificité des signes cliniques et le manque d'accessibilité à l'imagerie spécialisée. La péricardectomie, est le seul traitement curatif et doit idéalement être complète pour améliorer les résultats fonctionnels et la survie. Cette exigence implique une évaluation pré-opératoire rigoureuse, une stratégie chirurgicale optimisée et une surveillance post-opératoire renforcée, en particulier dans les premiers mois suivant l'intervention. Enfin, ces résultats appellent à renforcer les capacités diagnostiques (échographie doppler, scanner, exploration invasive si besoin), à améliorer la formation des praticiens et à sensibiliser les populations à risque dans les contextes à forte prévalence de tuberculose. Une meilleure compréhension des facteurs pronostiques permettra d'individualiser la prise en charge et d'en améliorer le pronostic à long terme.

RÉFÉRENCES

1. Gournay G., Illouz E. Péricardite chronique constrictive. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Cardiologie, 11-016-A-10, 1999, 15 p.
2. Ciss AG, Dieng PA, Ba S, N'diaye A, Diatta S, Gaye M, Bèye SA, Lèye M, Diarra O, Kane O, Diop IB, Ndiaye M. Indications et résultats de la chirurgie de la péricardite chronique constrictive à Dakar. J Afr Chir Décembre 2011 ;1(3) :139-142.
3. Ling LH, Oh JK, Schaff HV, Danielson GK, Mahoney DW, Seward JB, Tajik AJ. Constrictive pericarditis in the modern era: evolving clinical spectrum and impact on outcome after pericardectomy. Circulation. 1999;100(13):1380–6.
4. Bertog SC, Thambidorai SK, Parakh K, Schoenhagen P, Ozdurhan V, Houghtaling PL, Lytle BW, Klein AL. Constrictive pericarditis: etiology and cause-specific survival after pericardectomy. J Am Coll Cardiol. 2004;43(8):1445–52.
5. Boulmakoul S, Chaib A, Atmani Y, Oukerraj L, Benjelloun H, Himbert D, Moutaouakil F. La péricardite chronique constrictive: étude de 16 cas. Arch Mal Coeur Vaiss. 2005;98(9):879–84.
6. Yangni-Angaté H, Kassi M, Anzouan-Kacou JB, N'guetta R, Boni S, Kramoh E, N'cho-Mottoh MP. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la péricardite constrictive chronique: à propos de 32 cas opérés à l'Institut de cardiologie d'Abidjan. Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2004;53(4):200–5.
7. Tettey M, Sereboe L, Aniteye E, Edwin F, Kotei D, Tamatey M, Entsua-Mensah K, Frimpong KB. Surgical management of constrictive pericarditis. Ghana Med J. 2007 Dec;41(4):190–3.
8. Chowdhury UK, Subramaniam GK, Kumar AS, Airan B, Singh R, Talwar S, Seth S, Mishra PK, Pradeep KK, Sathia S, Venugopal P. Pericardectomy for constrictive pericarditis: a clinical, echocardiographic, and hemodynamic evaluation of two surgical techniques. Ann Thorac Surg. 2006;81(2):522–9.
9. Culliford AT, Galloway AC, Colvin SB, Grossi EA, Baumann FG, Esposito R, Harris LJ, Spencer FC. Surgical treatment of chronic constrictive pericarditis: late results. J Thorac Cardiovasc Surg. 1986;92(2):296–300.