



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2026, Volume 9
N°1, Pages 1 - 136

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 Ndoeye- **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
Juin 2026, Volume 9,
N°1, Pages 1 - 136

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.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

ÉTIOLOGIES DES ICTERES CHOLESTATIQUES EN MILIEU CHIRURGICAL : UNE ANALYSE RETROSPECTIVE DE 42 CAS A L'HOPITAL GENERAL IDRISSE POUYE DE DAKAR

ETIOLOGIES OF CHOLESTATIC JAUNDICE IN A SURGICAL SETTING: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 42 CASES AT THE IDRISSE POUYE GENERAL HOSPITAL IN DAKAR

DIOP A.¹, MUTUALE-ONAKASONGO B., FAYE A. C.², BA M., KA I.³, DIOP P. S.

Affiliations :

¹ IPFORMED, Service de Chirurgie Générale, Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP),
Dakar

² Saint Christopher, Service de Chirurgie Générale, Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP),
Dakar

³ UCAD, Service de Chirurgie Générale, Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP), Dakar

Auteur correspondant : Dr Abib DIOP, IPFORMED, Service de Chirurgie Générale,
Hôpital Général Idrissa Pouye (HOGIP), Dakar / Email : abibdiop4@gmail.com

Résumé

L'ictère cholestatique est un signe clinique fréquent révélant des pathologies variées de l'arbre bilio-pancréatique. Cette étude visait à déterminer les étiologies des ictères cholestatiques pris en charge dans un service de chirurgie générale ouest-africain.

Méthodes : Une étude rétrospective et descriptive a été menée sur une période de 2 ans (du 1er octobre 2022 au 30 septembre 2024) au service de chirurgie générale de l'Hôpital Général Idrissa Pouye de Dakar. Tous les patients admis pour un ictère cholestatique et ayant bénéficié d'une exploration chirurgicale (per-opératoire ou préalable) ont été inclus. Les données démographiques, cliniques, biologiques, radiologiques et per-opératoires ont été analysées. **Résultats :** Quarante-deux patients ont été inclus, avec un sex-ratio (H/F) de 0,82, comprenant 23 femmes (55%) et 19 hommes (45%). L'âge moyen était de 54 ans (extrêmes : 25-91 ans). La durée médiane d'évolution des symptômes

était de 2 mois. Un ictère rétionnel était présent chez tous les patients (100%), et un syndrome de cholestase biologique complet était observé dans 100% des cas. L'imagerie par tomodensitométrie (TDM) abdominale a été réalisée chez tous les patients et une bili-IRM chez 12 patients (28,6%). Le diagnostic étiologique, confirmé en per-opératoire, a identifié une tumeur de la tête du pancréas comme cause principale dans 36% des cas (n=15), suivie d'une lithiase de la voie biliaire principale dans 17% des cas (n=7). **Conclusion :** Dans notre contexte, l'ictère cholestatique est une pathologie de l'adulte d'âge mûr, avec une légère prédominance féminine. Plus de la moitié des cas sont liés à des tumeurs hépato-bilio-pancréatiques, principalement le cancer de la tête du pancréas, dont le diagnostic est souvent tardif. Ce tableau limite les options thérapeutiques curatives, qui se résument souvent à une dérivation bilio-digestive palliative.

Mots-clés : Ictère cholestatique, Étiologie, Chirurgie bilio-pancréatique, Tumeur du pancréas, Lithiase biliaire.

Summary

Cholestatic jaundice is a common clinical sign revealing various pathologies of the biliary and pancreatic tree. This study aimed to determine the etiologies of cholestatic jaundice treated in a West African general surgery department.

Methods: *A retrospective and descriptive study was conducted over a two-year period (October 1, 2022, to September 30, 2024) in the general surgery department of the Idrissa Pouye General Hospital in Dakar. All patients admitted for cholestatic jaundice who underwent surgical exploration (intraoperative or prior) were included. Demographic, clinical, biological, radiological, and intraoperative data were analyzed. Results:* *Forty-two patients were included, with a male-to-female ratio of 0.82, comprising 23 women (55%) and 19 men (45%). The mean age was 54 years (range: 25–91 years). The*

median duration of symptoms was 2 months. Respiratory jaundice was present in all patients (100%), and complete cholestasis was observed in 100% of cases. Abdominal computed tomography (CT) was performed in all patients, and magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) in 12 patients (28.6%). The etiological diagnosis, confirmed intraoperatively, identified a tumor of the head of the pancreas as the primary cause in 36% of cases (n=15), followed by choledocholithiasis in 17% of cases (n=7).

Conclusion: *In our setting, cholestatic jaundice is a condition affecting middle-aged adults, with a slight female predominance. More than half of the cases are linked to hepatobiliary-pancreatic tumors, primarily pancreatic head cancer, which is often diagnosed late. This limited clinical picture restricts curative treatment options, which are often reduced to palliative biliary-enteric diversion.*

Keywords: *Cholestatic jaundice, Etiology, Biliary-pancreatic surgery, Pancreatic tumor, Gallstones.*

INTRODUCTION

L'ictère cholestatique, défini par une accumulation de bilirubine conjuguée due à une obstruction de l'écoulement biliaire, constitue un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation en chirurgie digestive [1]. Il représente le mode de révélation d'un large spectre de pathologies bénignes et malignes, allant de la lithiase de la voie biliaire principale aux tumeurs pancréatiques ou des voies biliaires [2, 3]. Le profil étiologique de l'ictère cholestatique varie considérablement selon les régions géographiques et les contextes socio-économiques. Dans les pays développés, les néoplasies pancréatiques et

les sténoses bénignes sont fréquemment rapportées [4, 5], tandis qu'en Afrique subsaharienne, la prévalence des parasitoses biliaires et des sténoses inflammatoires peut être plus élevée, bien que les données spécifiques restent limitées [6, 7]. Le retard diagnostique est une problématique majeure dans les régions à ressources limitées, où l'accès à l'imagerie de pointe comme la cholangiopancréatographie par résonance magnétique (CPRM) est restreint, conduisant souvent à une prise en charge à un stade avancé de la maladie [8, 9].

À l'hôpital général Idrissa Pouye (HOGIP) de Dakar, l'ictère cholestatique représente un défi diagnostique et thérapeutique important pour les chirurgiens. Une meilleure connaissance des étiologies locales est essentielle pour optimiser les stratégies de prise en charge. Cette étude avait pour objectif de déterminer les étiologies, les caractéristiques clinico-paracliniques et les aspects thérapeutiques des ictères cholestatiques pris en charge dans notre service de Chirurgie Générale.

METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, menée sur une période de 24 mois, du 1er octobre 2022 au 30 septembre 2024, au service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa Pouye de Dakar, Sénégal.

Tous les patients âgés de 18 ans et plus, admis dans le service pour un ictère cholestatique et ayant bénéficié d'une exploration chirurgicale (laparotomie, coelioscopie) ou d'un bilan étiologique complet aboutissant à une indication chirurgicale, ont été inclus de manière consécutive. Les critères de non-inclusion étaient les ictères hémolytiques ou cytolytiques purs, ainsi que les dossiers médicaux incomplets.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients à l'aide d'une fiche de collecte standardisée.

Les variables étudiées comprenaient :

- Données démographiques : âge, sexe.
- Données cliniques : durée d'évolution des symptômes, présence d'un syndrome de cholestase et d'une hépatomégalie.
- Données biologiques : bilan hépatique (bilirubine totale et conjuguée, phosphatases alcalines,

gamma-glutamyl transférase, transaminases).

- Données d'imagerie : résultats de l'échographie abdominale, de la tomodensitométrie (TDM) abdominale et/ou de la Bili-IRM.
- Données per-opératoires et anatomo-pathologiques : le diagnostic étiologique final retenu était celui posé lors de l'intervention chirurgicale et/ou confirmé par l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires.

Analyses statistiques

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info version 7.2. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne ($\pm$ écart-type) ou en médiane (écart interquartile) selon la distribution, et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages.

RESULTATS

Caractéristiques démographiques et cliniques

Au total, 42 patients répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de 54 ans (extrêmes : 25 et 91 ans). Il y avait une prédominance féminine avec 23 femmes (55%) et 19 hommes (45%), soit un sex-ratio (H/F) de 0,82.

La durée médiane d'évolution des symptômes avant la consultation était de 2 mois (écart interquartile : 1-4 mois). Sur le plan clinique, un ictère était constant (100%). Un tableau complet de cholestase (ictère, prurit, urines foncées) était retrouvé chez 29 patients (69%). L'amaigrissement était un signe d'accompagnement fréquent, noté chez 31 patients (74%).

Données biologiques et d'imagerie

Un syndrome de cholestase biologique était présent chez tous les patients (100%). La bilirubine totale moyenne était de 163,6

μmol/L avec des extrêmes de 10 et 658 μmol/L et une médiane de 117 μmol/L. Une bilirubinémie totale supérieure à 210 μmol/L était notée dans 25 % des cas (n=10).

La TDM abdominale a été réalisée chez l'ensemble des patients (100%).

Une Bili-IRM, indiquée en cas de doute diagnostique après TDM, n'a été réalisée que chez 12 patients (28,6%).

Diagnostics étiologiques

Le diagnostic étiologique final, posé en per-opératoire, était une tumeur de la tête du pancréas chez 15 patients (35%), comme résumé dans le Tableau I.

Tableau I : Etiologies des Ictères cholestatiques

Étiologies	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Tumeur de la tête du pancréas	15	35%
Lithiase de la voie biliaire principale	7	16%
Sténose inflammatoire de la VBP	5	12%
Tumeur des voies biliaires (Cholangiocarcinome)	4	10%
Pancréatite chronique	4	10%
Sténose post-chirurgicale	3	7%
Parasitose biliaire (Ascaris)	2	5%
Lymphome péri-hilaire	2	5%
TOTAL	42	100

Les tumeurs malignes (tête du pancréas, cholangiocarcinome, lymphome) représentaient à elles seules 50% des étiologies (n=21). Les pathologies bénignes (lithiase, pancréatite, sténoses inflammatoires, parasitose) représentaient les 50% restants.

Prise en charge chirurgicale

La prise en charge chirurgicale était principalement palliative pour les pathologies malignes. Une dérivation bilio-digestive (anastomose cholécysto-jéjunale ou hépato-jéjunale) a été réalisée chez 16 patients (dont 5 cas de sténose inflammatoire de la VBP, 3 cas de sténose post-chirurgicale et 7 cas de tumeur de la tête du pancréas). Une cholécystotomie + extraction de calcul + mise en place d'un drain de Kehr a été pratiqué chez 7 patients pour lithiase de la VBP.

DISCUSSION

Notre étude, portant sur 42 cas d'ictères cholestatiques pris en charge en chirurgie, révèle un profil étiologique dominé par les pathologies tumorales, notamment le cancer de la tête du pancréas (36%). Ce résultat est conforme aux données de la littérature qui identifient les néoplasies pancréato-biliaires comme les causes les plus fréquentes d'ictère cholestatique chez l'adulte [4, 10]. La prédominance des pathologies malignes (50%) dans notre série souligne la gravité du pronostic associé à ce symptôme.

L'âge moyen de nos patients (54 ans) et la légère prédominance féminine sont des caractéristiques qui diffèrent de certaines séries occidentales où une prédominance masculine est souvent rapportée pour le cancer du pancréas [5, 11]. Cela pourrait s'expliquer par des facteurs génétiques,

environnementaux ou par la spécificité de notre échantillon.

Le parcours diagnostique de nos patients illustre les contraintes matérielles. Si la TDM abdominale a été réalisée chez tous les patients, la Bili-IRM, considérée comme l'examen de référence pour l'exploration non invasive des voies biliaires et la caractérisation des lésions [12, 13], n'a été possible que chez 28,6% des patients. Cette faible réalisation, principalement due à des barrières financières et à la disponibilité limitée de l'appareillage, a un impact direct sur la prise en charge. Sans Bili-IRM, le bilan pré-opératoire est incomplet, rendant difficile une évaluation précise de la résécabilité tumorale et de la relation des lésions avec les vaisseaux mésentériques. Cela se traduit inévitablement par un nombre plus élevé de laparotomies exploratrices et de gestes palliatifs, comme en témoigne le taux important de dérivations bilio-digestives (38%) dans notre série. Le retard diagnostique reflète les défis d'accès aux moyens diagnostiques sophistiqués dans notre contexte. Cela rejoint les constats d'autres études menées en Afrique subsaharienne [7, 9].

La lithiase de la VBP arrive en deuxième position (17%), une étiologie classique et potentiellement curable. Son incidence est similaire à celle rapportée dans d'autres séries [14]. La présence de parasitoses biliaires (5%) rappelle que des étiologies plus rares dans les pays industrialisés persistent dans nos régions [6, 15].

La principale limite de cette étude est son caractère monocentrique, avec un risque de biais de sélection et d'information inhérent à ce type de design. De plus, la petite taille de l'effectif limite la puissance des analyses statistiques. Enfin, l'absence de suivi à long terme ne nous permet pas de rapporter la survie des patients.

En dépit de ces limites, nos résultats sont instructifs. Ils plaident pour un renforcement des capacités diagnostiques, notamment l'accès à la Bili-IRM et aux marqueurs tumoraux (CA 19-9), afin de permettre un diagnostic plus précoce et une meilleure sélection des patients pour une chirurgie curative [16, 17]. La mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) virtuelles avec des centres experts pourrait également améliorer la prise en charge [18].

CONCLUSION

L'ictère cholestatique en milieu chirurgical sénégalais est une pathologie grave, révélant dans plus de la moitié des cas une tumeur maligne de la sphère hépato-bilio-pancréatique, dominée par le cancer de la tête du pancréas. Le diagnostic est souvent posé à un stade tardif de cholestase chronique, limitant les options thérapeutiques aux interventions palliatives. L'amélioration du pronostic de ces patients passe nécessairement par un diagnostic plus précoce, facilité par un accès élargi aux techniques d'imagerie modernes et une sensibilisation des praticiens de première ligne.

REFERENCES

1. **Rahman S, Uddin MJ, Rahman MZ.** Aetiological spectrum of obstructive jaundice in a tertiary care hospital. *Mymensingh Med J.* 2019;28(2):439-444.
2. **Sherlock S, Dooley J.** *Diseases of the Liver and Biliary System.* 12th ed. Wiley-Blackwell; 2011.
3. **Bassari R, Koea JB.** Jaundice associated pruritis: a review of pathophysiology and treatment. *World J Gastroenterol.* 2015;21(5):1404-1413.
4. **Heimbach JK, Sanchez W, Rosen CB, Gores GJ.** Neoplastic biliary obstruction. *Semin Liver Dis.* 2013;33(2):147-159.
5. **Ryan DP, Hong TS, Bardeesy N.** Pancreatic adenocarcinoma. *N Engl J Med.* 2014;371(11):1039-1049.
6. **Madiba TE, Haffejee AA, Mokoena TR, Mthembu DJ.** Pattern of obstructive jaundice in blacks at King Edward VIII Hospital, Durban. *East Afr Med J.* 1995;72(11):724-727.
7. **Téguété I, Dembélé BT, Sissoko F.** [Prise en charge chirurgicale de l'ictère obstructif dans un pays en développement : environ 120 cas à l'hôpital universitaire Gabriel Touré de Bamako, Mali]. *Med Sante Trop.* 2016;26(2):202-206.
8. **Bickenbach K, Galka E, Rogiers X.** The challenge of pancreatic cancer in Africa. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(6):382.
9. **Njiengwe E, Ndam E, Tchounzou R, Njoya O, Nana O, Angwafo F.** [Obstructive jaundice in a surgical unit in Yaoundé, Cameroon: clinical, paraclinical and therapeutic aspects]. *Pan Afr Med J.* 2020;36:378.
10. **Van der Gaag NA, Rauws EA, van Eijck CH, et al.** Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas. *N Engl J Med.* 2010;362(2):129-137.
11. **Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V.** Epidemiology of Pancreatic Cancer: Global Trends, Etiology and Risk Factors. *World J Oncol.* 2019;10(1):10-27.
12. **Lee MG, Jeong WK, Kim JY.** Magnetic resonance cholangiopancreatography for the diagnosis of choledocholithiasis. *Gut Liver.* 2022;16(1):4-5.
13. **Zidi SH, Prat F, Le Guen O, et al.** Performance characteristics of magnetic resonance cholangiography in the staging of malignant hilar strictures. *Gut.* 2000;46(1):103-106.
14. **Williams EJ, Green J, Beckingham I, et al.** Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut.* 2008;57(7):1004-1021.
15. **Khuroo MS.** Ascariasis. *Gastroenterol Clin North Am.* 1996;25(3):553-577.
16. **Tempero MA, Malafa MP, Al-Hawary M, et al.** Pancreatic Adenocarcinoma, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2021;19(4):439-457.
17. **Ballehaninna UK, Chamberlain RS.** The clinical utility of serum CA 19-9 in the diagnosis, prognosis and management of pancreatic adenocarcinoma: An evidence based appraisal. *J Gastrointest Oncol.* 2012;3(2):105-119.
18. **Prades J, Remue E, van Hoof E, Borrás JM.** Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy.* 2015;119(4):464-474.
19. **Strasberg SM, Gao F, Sanford D, et al.** Jaundice: an important, poorly recognized risk factor for poor outcome in pancreaticoduodenectomy. *J Am Coll Surg.* 2014;218(4):704-714.
20. **Gurusamy KS, Kumar S, Davidson BR.** Prophylactic gastrojejunostomy for unresectable perampullary carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD008533.