



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

**Décembre 2024, Volume 8
N°2, Pages 104 - 183**

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
Décembre 2024, Volume 8,
N°2, Pages 104 - 183

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 NUMEROS DE PAGES

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES NUMBERS PAGES

- 1) Prise en charge de la péritonite urineuse au Service de Chirurgie Générale du CHU Ignace Deen de Conakry.
Camara M et al.....104
- 2) Diverticulose colique : circonstances de découverte et prise en charge dans notre contexte au service de Chirurgie Générale du CHU Ignace Deen de Conakry.
Camara M et al109
- 3) Pathologie du canal péritonéo-vaginal au Centre Hospitalier Régional de Ndioum : à propos de 44 observations.
Bangoura MS et al.....113
- 4) Prise en charge des péritonites aiguës généralisées à l'Hôpital Général de Référence de Niamey, place de la perforation iléale d'origine infectieuse.
Saïdou A et al.....118
- 5) Le nœud iléo-sigmoïdien : étude de 10 cas au CHU de Treichville.
Anoh A et al.....130
- 6) Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des urgences digestives à l'Hôpital Général Idrissa Pouye.
Faye AC et al..... 137
- 7) Tuberculose péritonéale pseudo-tumorale.
Camara MH et al.....148
- 8) La chirurgie de la glande thyroïde : indications et facteurs pronostiques au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry.
Diallo A et al.....154

CAS CLINIQUES

- 9) Cancer du sein bilatéral découvert devant des localisations secondaires cérébrales : à propos d'un cas.
Touré AI et al.....162
- 10) Tumeur de la Granulosa de l'ovaire avec localisation jéjunale : à propos d'un cas.
Tandian F et al.....166
- 11) Décollement épiphysaire septique de hanche chez l'enfant : à propos de 2 observations.
Sarr L et al.....171
- 12) Le syndrome de la pince aorto-mésentérique : à propos d'une observation et revue de la littérature.
Chetibi A et al.....178

- 1) *Management of urinous peritonitis in the general surgery department Ignace Deen Hospital in Conakry.*
Camara M et al.....104
- 2) *Colic diverticulosis: discovery circumstances and management in our context at the General Surgery Department of the Ignace Deen Hospital in Conakry.*
Camara M et al.....109
- 3) *Pathology of the peritoneo-vaginal canal at the Regional Hospital of Ndioum: about 44 cases.*
Bangoura MS et al.....113
- 4) *Treatment of acute peritonitis at the Niamey General Reference Hospital, place of ileal perforation of infectious origin.* **Saidou A et al.....118**
- 5) *Ileo-sigmoid knot. Study of 10 cases at Treichville University Hospital.*
Anoh A et al.....130
- 6) *Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of digestive surgical emergencies at The Idrissa Pouye General Hospital.*
Faye AC et al.....137
- 7) *Pseudo-tumoral peritoneal tuberculosis.*
Camara MH et al.....148
- 8) *Thyroid gland surgery: indications and prognostic factors at the department of general surgery of the Ignace Deen national hospital in Conakry.*
Diallo A et al.....154

CASES REPORTS

- 9) *Bilateral breast cancer discovered in the presence of secondary cerebral localizations: a case report.*
Toure A et al.....162
- 10) *Ovarian granulosa tumor with jejunal location: about a case.*
Tandian F et al.....166
- 11) *Septic epiphyseal detachment of the hip in children: a case report of 2 patients.*
Sarr L et al.....171
- 12) *The aorto-mesenteric compression syndrome: a case report and literature review.* **Chetibi A et al.....178**

TUMEUR DE LA GRANULOSA DE L'OVAIRE AVEC LOCALISATION JÉJUNALE : A PROPOS D'UN CAS

OVARIAN GRANULOSA TUMOR WITH JEJUNAL LOCATION: ABOUT A CASE

F TANDIAN, TAT DIALLO, A KEITA, N KONATE, ML DIALLO, AS DIALLO, CHS
DIALLO, A YATTARA, R SEYDI, S SAKHO, M SECK, AO TOURE,
M DIENG

*Service de chirurgie générale de l'hôpital régional Amath DANSOKHO de Kédougou
(Sénégal)*

Auteur correspondant : Dr Thierno Amadou Telly DIALLO

Mail : leotellydiallo@gmail.com / Tel : 772230258

Résumé

Introduction : Les tumeurs de la granulosa sont des tumeurs ovariennes très rares, appartenant à la famille des tumeurs du stroma et des cordons sexuels.

Observation : Nous rapportons un cas d'une tumeur des cellules de la granulosa infantile de l'ovaire droite envahissant le jéjunum et le péritoine chez une patiente de 18 ans prise en charge dans notre établissement. **Conclusion :** Les formes juvéniles, encore plus rares, sont plus agressives. Il faut y penser pour une prise en charge rapide et adéquate.

Mots clés : Tumeur ovarienne, cellules granulosa infantile, jéjunum, péritoine

Summary

Introduction: Granulosa cell tumors are very rare ovarian tumors, belonging to the family of stromal and sex cord tumors.

Observation: We report a case of an infantile granulosa cell tumor of the right ovary invading the jejunum and peritoneum in an 18-year-old female patient treated in our establishment. **Conclusion:** Juvenile forms, even rarer, are more aggressive. They should be considered for rapid and adequate management.

Keywords : Ovarian tumor, infantile granulosa cells, jejunum, peritoneum

INTRODUCTION

Les tumeurs de la granulosa sont des tumeurs ovariennes très rares, développées au dépend du mésenchyme et des cordons sexuels de l'ovaire. Elles représentent en moyenne 0,6 à 3 % de l'ensemble des tumeurs de l'ovaire et 5 % des tumeurs malignes de l'ovaire et constituent le type le plus fréquent de tumeur stromale maligne [1].

On distingue deux types : le type adulte (TGA) le plus fréquent et le type juvénile (TGJ). Ce dernier se distingue par un risque plus élevé de récurrence [2]. Le diagnostic est histologique reposant sur des données morphologiques. Le traitement nécessite une prise en charge multidisciplinaire

associant la chirurgie et la chimiothérapie [3]. Le pronostic est favorable lorsque le diagnostic est précoce, cependant les métastases loco-régionales sont précoces [4].

Nous rapportons un cas de tumeur de la granulosa dans sa forme juvénile de découverte tardive que nous avons observé au Centre Hospitalier Régional Amath Dansokho de Kédougou (Sud-Est du Sénégal).

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 18 ans, reçue pour douleurs abdominales de sièges épigastrique et pelvien, associées à des vomissements, ces derniers calmaient temporairement les douleurs.

A l'examen général, la patiente présentait une maigreur ($IMC=15\text{kg/m}^2$), une pâleur des muqueuses et des signes de déshydratation et de dénutrition.

L'examen physique a objectivé une volumineuse masse rénitente, solide, mobile, et indolore à la mobilisation occupant les deux cadrans inférieurs de l'abdomen. Il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie ni d'ascite. Les touchers pelviens étaient sans particularité de même que le reste de l'examen somatique.

La biologie a retrouvé une anémie à 7,1 g/dl, une thrombocytose à 611 000 mm^3 , une insuffisance rénale avec une créatinémie à 35,4 mg/l et le TP était à 80% ; ionogramme : Na^+ à 145 mmol/l, K^+ à 3,5 mmol/l, Cl^- à 99 mmol/l, l'albuminémie n'était pas réalisée.

L'échographie abdomino-pelvienne retrouvait une volumineuse masse annexielle hétérogène de 180 millimètres de diamètre avec un utérus de taille normale. La tomodensitométrie n'était pas réalisable à cause de l'insuffisance rénale selon le Radiologue.

Le diagnostic d'une tumeur ovarienne avec compression intestinale et insuffisance rénale obstructive a été évoquée.

L'indication d'une exploration chirurgicale par laparotomie a été posée. L'exploration retrouvait une volumineuse tumeur de l'ovaire droit tissulaire, friable avec des adhérences à la paroi, mesurant 20 cm de grand axe et une autre tumeur du jéjunum de 7 cm de diamètre à 40 cm de l'angle de Treitz, solide, obstructive avec syndrome jonctionnel (**Figure 1**). Nous avons retrouvé en plus de multiples adénopathies profondes coelio-mésentériques qui comprimaient le premier et deuxième duodénum, une distension intestinale en amont et une ascite de faible abondance. Le foie et les autres organes sont d'aspects normaux.

Nous avons réalisé une annexectomie droite, une résection grêlique avec anastomose jéjuno-jéjunale et une omentectomie. Les suites opératoires ont été marquées au deuxième jour par l'aggravation de l'altération de l'état général associée à une détérioration de la fonction rénale et un coma sans fièvre. Le bilan biologique à J2 a retrouvé une défaillance multiviscérale hépatique (transaminase sup. 3 fois la normale), rénale (créat. à 102) et respiratoire. La patiente a présenté un arrêt cardiaque non récupéré à la réanimation au troisième jour de l'intervention.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire est revenu en faveur d'une tumeur des cellules de la granulosa infantile de l'ovaire droite envahissant le jéjunum et le péritoine (**Figure 2**).

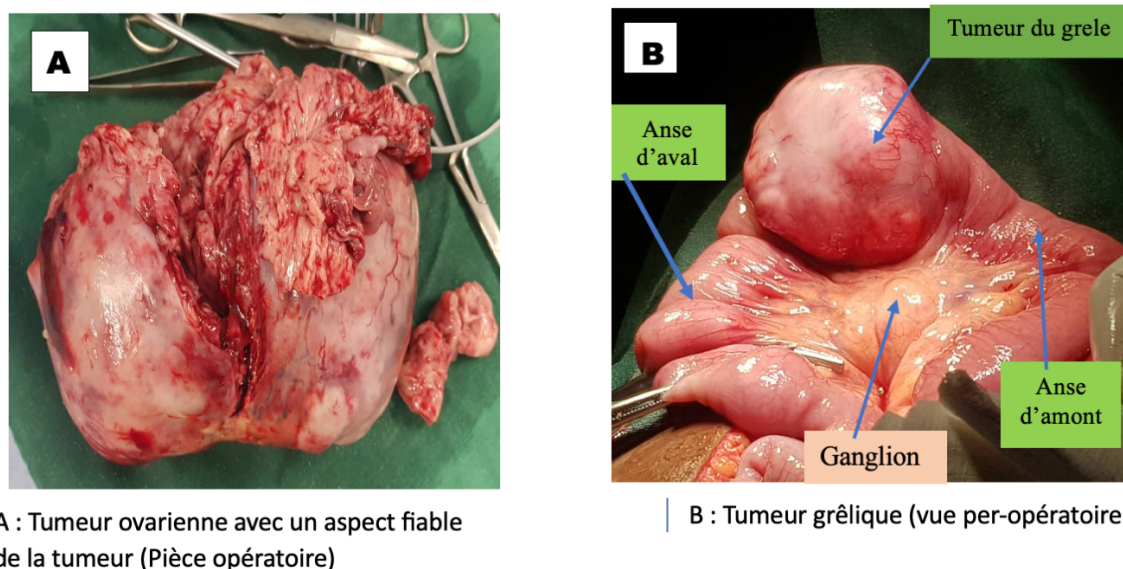


Figure 1 : Vue per opératoire de la tumeur et aspect de la pièce opératoire (A,B)

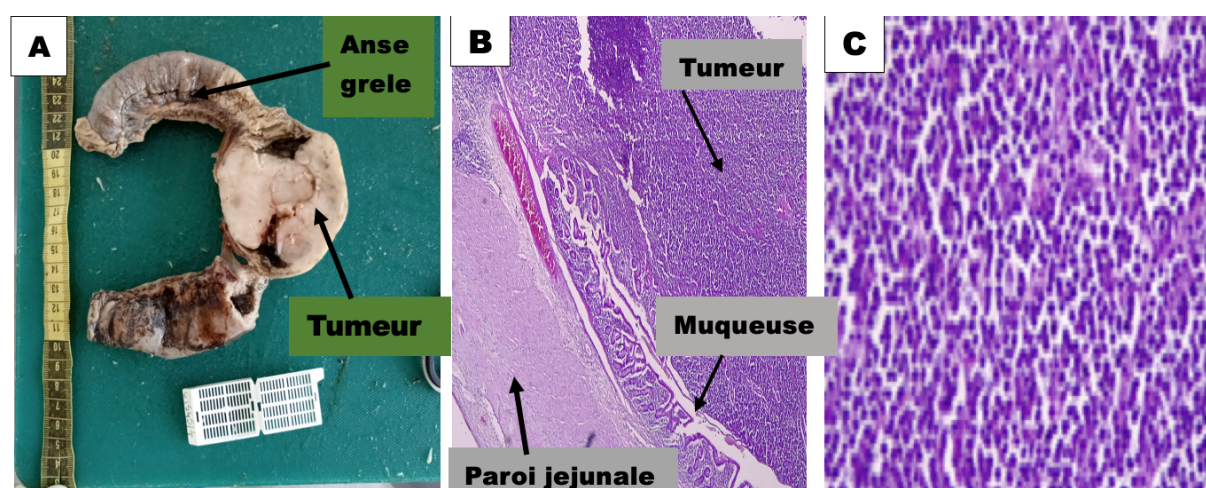


Figure 2 : Aspect anatomopathologique de la lésion (A, B, C)

DISCUSSION

Il existe plusieurs types histopathologiques de tumeurs de l'ovaire chez l'enfant. On distingue les tumeurs épithéliales qui sont les plus fréquentes, les tumeurs germinales qui dérivent de l'ovocyte et les tumeurs

dérivant du stroma ovarien et des cordons sexuels. Les tumeurs de la granulosa sont des tumeurs ovariennes rares, appartenant à la famille des tumeurs du stroma et des cordons sexuels. Elles représentent 5% des tumeurs ovariennes de l'enfant et de l'adolescente [5]. La forme juvénile a

tendance à toucher un seul ovaire et est diagnostiquée chez des patientes de moins de 20 ans dans 80 % des cas et de moins de dix ans dans 50 % des cas, ce qui justifie son appellation [6].

La tumeur de la granulosa juvénile est associée au syndrome de Maffucci ou la maladie d'Ollierou isolée comme ce fut dans notre cas [7]. Elle est alors caractérisée par une évolution lente et parfois indolore pouvant être une cause de retard de diagnostic dans notre contexte de zone rurale. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont une puberté précoce en rapport avec l'hypersécrétion d'œstrogène par les cellules tumorales et des signes de surdistention abdominale en rapport à une masse abdominale [8]. L'imagerie permet de caractériser la masse mais ne peut facilement distinguer les TJG des autres néoplasies de l'ovaire. Les aspects retrouvés à l'échographie et à la tomodensitométrie, se présentent souvent sous forme de grande tumeur solide ou kystique, unilatérale, encapsulée ou multilobulée avec des cloisons multiples, minces ou épaisses et irrégulières [7]. À l'IRM ces tumeurs présentent un hypersignal en T1, en rapport avec les remaniements hémorragiques. En T2, les TGO présentent un signal intermédiaire, elles ont un aspect spongieux, indiquant l'alternance des espaces solides et kystiques [9]. Toutes ces patientes chez qui une tumeur ovarienne est suspectée, le dosage des marqueurs tumoraux sériques tels que l'alfa-foetoprotéine (AFP), les Beta Human Chorionic

Gonadotropin (HCG), le Cancer Antigen 125 (CA125), les lactates déshydrogénases (LDH) et l'inhibine A et B, doit être effectué [6]. Ces marqueurs permettent d'orienter le diagnostic. Dans le cadre d'une tumeur juvénile de la granulosa de l'ovaire on note une augmentation de l'inhibine A et B car secrétées en grande quantité par ces dernières. Ces marqueurs n'étant pas disponibles dans notre structure et se trouvent à 500 km de notre Hôpital.

La chirurgie a un double rôle, d'une part elle permet de faire la stadification de la tumeur grâce à la classification internationale de FIGO [10] et d'autre part permet de faire une exérèse complète de la tumeur qui constitue la pierre angulaire du traitement [11]. Elle consiste à faire une exérèse complète de la tumeur associée à une omentectomie. Chez notre patiente la tumeur était rétrospectivement classée stade III c (Tumeur impliquant un ou les deux ovaires avec implants péritonéaux à l'extérieur du bassin et/ou ganglions rétro-péritonéaux ou inguinaux positifs. Tumeur macroscopiquement limitée au bassin, mais avec extension maligne aux grêles ou à l'épiploon, confirmée histologiquement).

CONCLUSION

Les tumeurs de la granulosa de l'ovaire sont rares. Il faut y penser pour une prise en charge rapide et adéquate. À défaut les métastases sont précoces et engagent le pronostic vital comme dans notre cas.

REFERENCES

1. **Bompas E, Freyer G, Vitrey D et al.** Tumeur à cellules de la granulosa : revue de la littérature. *Bull Cancer* 2009 ; 87 : 709-14
2. **Ellouze S, Krichen-Makni S, Trabelsi K et al.** Tumeur de la granulosa de l'ovaire À propos de 16 cas au laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologique (Tunisie), *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35 (1) : 767-772.
3. **Tavassoli FA, Mooney E, Gersell DJ, et al.** Sex cord-stromal tumours : World health organisation classification of tumours, Pathology & Génétiques. Tumours of the breast and female genital organs. Lyon : IARC Press 2011 : p. 146-61.
4. **Sando Z, Mayemi ER, Dina Bell E et al.** Tumeurs à Cellules de la Granulosa de l'Ovaire: À Propos de deux Cas. *Health Ici Dis* 2015, 16(2). <https://doi.org/10.5281/hsd.v16i2.482>
5. **Kalfa N, Philibert P, Patte C et al.** Tumeurs juvéniles de la granulosa : expression Clinique et moléculaire. *Gynécologie obstétrique et fertilité.* 2009 ;37(1) :33-44.
6. **Wu H, Pangas SA, Eldin KW, et al.** Juvenile Granulosa Cell Tumor of the Ovary : A Clinicopathologic Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017, 30 (1): 138-43.
7. **Scully RE.** Juvenile granulosa cell tumor. *Pediatr Pathol* 1988 ; 8 : 423–7.
8. **Kris Ann P, Schultz MD, Schneider D et al:** Management of Ovarian and Testicular Sex Cord-stromal Tumors in Children and Adolescents. *J Pediatr Hematol Oncol* 2012 ; 34 : 55–63.
9. **Lauszus FF, Petersen AC, Greisen J et al.** Granulosa cell tumor of the ovary: a population-based study of 37 women with stage I disease. *Gynecol Oncol* 2001; 81: 456-60.
10. **Benedet JL, Bender H, Jones 3rd H et al.** FIGO Committee on Gynecologic Oncology. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Obstet* 2000 ; 70 : 209 – 62.
11. **Sekkate S, Kairouani M, Serji B, M'Rabti H et al.** Les tumeurs de la granulosa de l'ovaire. *Bull Cancer* 2014 ; 101 : 93-101. Doi : 10.1684/bdc.2013.1879.