



Juin 2012 ; volume 2
N°1, pages 1- 56

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

SOMMAIRE	PAGES	CONTENTS	PAGES
EDITORIAL	1	EDITORIA	1
ARTICLE ORIGINAUX		ORIGINAL PAPERS	
1) MALADIE DE BASEDOW : UNE EXPERIENCE DE 39 CAS OPERES A L'HOPITAL MILITAIRE DE OUAKAM.....	2	1) GRAVES' DISEASE : AN EXPERIENCE OF 39 CASES OPERATED AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	2
Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2		Sy A1, Pegbessou EP2, Ndiaye M2, Balde D2, Nao EEM.2	
2) LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE THYROIDIENNE. A PROPOS DE 259 THYROIDECTOMIES RÉALISÉES À L'HÔPITAL MILITAIRE DE OUAKAM (HMO).....	8	2) COMPLICATIONS OF THYROID SURGERY. A REPORT OF 259 THYROIDECTOMIES AT THE MILITARY HOSPITAL OF OUAKAM.....	8
Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3		Sy A1, Ndiaye M2, Baldé D2, Pegbessou EP2, Ka S3, Sarre SM.3	
3) PRISE EN CHARGE DES ISCHEMIES CRITIQUES DES MEMBRES INFERIEURS. A PROPOS DE 39 CAS.....	13	3) MANAGEMENT OF CIRITICAL LEG ISCHEMIA : A SERIE OF 39 CASES.....	13
Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.		Ba PS1, Ciss AG1, Dieng PA1, Ndiaye A1, Diatta S1, Gaye M1, Fall ML2, Diarra O1, Ndiaye M1.	
4) UTILISATION DE LA VALVE DE HEIMLICH DANS LE DRAINAGE DES PLEURESIES PURULENTES DE L'ENFANT A DAKAR: ETUDE PRELIMINAIRE A PROPOS DE 20 CAS.....	19	4) USE OF THE VALVE OF HEIMLICH IN THE DRAINAGE OF THE PURULENT PLEURISIES OF THE CHILD IN DAKAR: PRELIMINARY STUDY IN CONNECTION WITH 20 CASES.....	19
Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2		Diatta S1, Ba PS1, Ndiaye A1, Dieng PA1, Gaye M1, Ciss AG1, Diarra O1, Ndiaye M1, Fall ML3, Kane O3, Ba M2, Basse I2	
5) LA MORTALITE PERIOPERATOIRE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN, CHU DE CONAKRY	23	5) PERIOPERATIVE MORTALITY IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AT THE IGNACE DEEN HOSPITAL OF THE CONAKRY UNIVERSITY HOSPITAL.....	23
Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.		Touré A, Touré FB, Soumahoro LT, Nabé D, DIAKITE S, Oularé I, Kéita A, Camara ND.	
6) ABCES TUBO-OVARIENS : EXPERIENCE D'UN SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE. A PROPOS DE 25 CAS.....	28	6) TUBO-OVARIAN ABSCESS : EXPERIENCE IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT. A REVIEW OF 25 CASES.....	28
Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.		Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.	
7) INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 4 CASOPERES AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.....	33	7) ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: ANALYSIS OF 4 CASES IN NATIONAL HOSPITAL MATLABOUL FAWZAINI OF TOUBA.....	33
Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc		Guèye O a, Diouf C a, Bogol Ja, Sow Y a, Diop A b, Diouf AGa , Dieng Mc	
CAS CLINIQUES		CASES REPORT	
8) HÉMATOME SOUS-CAPSULAIRE DU FOIE COMPLIQUANT UNE TOXEMIE GRAVIDIQUE. À PROPOS D'UNE OBSERVATION.....	38	8) SUBCAPSULAR HEMATOMA LIVER COMPLICATING A TOXAEMIA ABOUT AN OBSERVATION.....	38
Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.		Niang MM, Aidibé, I Cissé CT.	
9) APPORT DE L'IRM DANS LE DIAGNOSTIC POST NATAL DES TUMEURSSACRO COCCYGIENNES (TSC). A PROPOS D'UN CAS.....	44	9) USEFULNESS OF MRI IN THE DIAGNOSIS OF POST NATAL SACRO COCCYGEAL TUMORS. A CASE REPORT..	44
Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.		Fall M, Touré FB, Ngom G, Ndoye M.	
10) CORPS ETRANGERS INTRA-RECTAUX : DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE AU SENEGAL.....	48	10) INTRA-RECTAL FOREIGN BODIES : DIFFICULTIES OF MANAGEMENT IN SENEGAL.....	48
Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.		Diao ML1, Tendeng JN1, Takam AD1, Ndaw AL1, Seck SS2, Sy 03, Dieng M4.	
REFLEXIONS DE PRATICIENS		PHYSICIAN THINKINGS	
11) REFLEXION SUR L'ETHIQUE ET LA PRATIQUE CHIRURGICALE AU SENEGAL: L'EXPERIENCE D'UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN.....	52	11) THINKING ABOUT ETHICS AND SURGICAL PRACTICE IN SENEGAL: A GYNECOLOGIST EXPERIENCE.....	52
Cissé CT.		Cissé CT.	
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS		RECOMMENDATIONS FOR CONTRIBUTORS OF SCIENTIFIC PAPERS	

ARTICLE ORIGINAL

Abcès tubo-ovariens : expérience d'un service de chirurgie générale. A propos de 25 cas

Tubo-ovarian abscess : experience in a general surgery department. A review of 25 cases

Kâ O, Touré AO, Kâ I, Cissé M, Konaté I, Dieng M, Dia A, Touré CT.

Service de Chirurgie Générale CHU A. Le Dantec, Dakar, Sénégal

Auteur Correspondant : Docteur Ousmane KA

Service de Chirurgie Générale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar.

*B.P. 6958 Dakar-Etoile. Dakar (Sénégal). Tél : (221) 77 635 51 51 Fax : (221) 33 822 37 21
courriel : ousmaneka@yahoo.fr*

Résumé

But. Le but de cette étude est d'analyser les difficultés diagnostiques et les implications thérapeutiques des abcès tubo-ovariens dans un Service de Chirurgie Générale. **Patientes et méthodes.** Nous avons procédé à une étude rétrospective portant sur 25 cas d'abcès tubo-ovariens chez des patientes âgées de 15 à 73 ans et nous avons analysé les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques. **Résultats.** Les manifestations cliniques retrouvées étaient des douleurs pelviennes (25 cas), des leucorrhées fétides (22 cas), une constipation (4 cas), des vomissements (3 cas), un syndrome dysentérique (1 cas), une anémie (25 cas), une altération de l'état général (14 cas), une fièvre (8 cas), une masse pelvienne douloureuse (16 cas), une défense pelvienne (16 cas) et un bombement du cul-de-sac de Douglas (16 cas). Seules 6 patientes avaient bénéficié du diagnostic d'abcès tubo-ovarien en pré opératoire. L'annexectomie était effectuée chez toutes les patientes. Deux patientes ont présenté une suppuration pariétale dans les suites opératoires. Les examens bactériologiques avaient identifié un germe chez 17 patientes dont *Escherichia coli* chez 9 patientes. **Conclusion.** Dans notre contexte, le diagnostic des abcès tubo-ovariens est rarement fait en pré opératoire du fait de leurs manifestations cliniques non spécifiques. Le traitement chirurgical, toujours effectué dans notre pratique au regard du retard de la prise en charge compromet, le pronostic obstétrical des patientes.

Mots clés : abcès tubo-ovarien ; infection génitale ; annexectomie

Summary

Aim: The aim of this study is to analyze diagnostic difficulties and therapeutic aspects of tubo-ovarian abscess in General Surgery Department. **Patients and methods:** We did a retrospective study relating 25 cases of tubo-ovarian abscess in patients 15 to 73 years old. We analyzed clinical, paraclinic and therapeutic data. **Results:** Clinical manifestations founded were pelvic pains (25 cases), leucorrhoea (22 cases), constipation (4 cases), vomiting (3 cases), dysenteric syndrom (1 case), anemia (25 cases), deterioration of general status (14 cases), fever (8 cases), painful pelvic mass (16 cases), pelvic defense (16 cases) and convexity of the cul-de-sac of Douglas (16 cases). Only 6 patients were diagnosed to have tubo-ovarian abscess before their operation. Annexectomy were performed in all patients. Two patients presented parietal suppuration after surgery. Bacteriological exams identified infectious agent in 17 patients which *E. coli* in 9 patients. **Conclusion:** In our experience, the diagnostic of tubo-ovarian abscesses is rarely done at pre operative time because of their non specific symptoms. The treatment is always surgical in our practice because of late diagnostic and compromise women fertility. **Key words:** Tubo-ovarian abscess, genital infection, annexectomy

INTRODUCTION

Malgré la recrudescence des infections sexuellement transmissibles et de l'immunodépression, les abcès tubo-ovariens sont rares en milieu africain [1,2]. Outre le pronostic obstétrical qu'ils compromettent, Ils sont responsables de complications vitales, notamment, de la péritonite génitale dans 10% des cas [2].

Le but de notre étude est de rapporter, devant leur symptomatologie polymorphe et non spécifique, notre expérience concernant les aspects diagnostiques et thérapeutiques des abcès tubo-ovariens prises en charge dans un Service de Chirurgie Générale.

PATIENTES ET METHODES

De novembre 2002 à décembre 2010, nous avons effectué dans notre Service de Chirurgie Générale, une étude rétrospective descriptive portant sur 25 dossiers de patientes suivies pour un abcès tubo-ovarien. Le diagnostic d'abcès tubo-ovarien était porté à l'échographie, ou à la tomodensitométrie ou en per opératoire.

Les patientes étaient âgées de 15 à 73 ans avec une moyenne d'âge de 34 ans. Vingt-trois patientes étaient âgées de moins de 37 ans (92%). Vingt-quatre patientes (96%) provenaient de couches sociales défavorisées. Six patientes étaient nulligestes et 4 étaient des primipares avec une infertilité de plus de 5 ans.

Douze patientes étaient paucipares, et 3 étaient multipares. Des antécédents d'infections génitales et d'avortement à répétition étaient retrouvés respectivement chez 22 et 7 patientes. Une patiente était ménopausée. Nous avons analysé les dossiers des patientes en insistant sur les manifestations cliniques, paracliniques et sur les aspects thérapeutiques.

RESULTATS

Le tableau I rapporte les manifestations cliniques observées. Toutes les patientes (100%) présentaient une anémie et une hyperleucocytose. L'échographie abdominale effectuée chez 23 patientes (92%) n'avait évoqué le diagnostic d'abcès tubo-ovarien que dans trois cas (13%). Le scanner abdomino-pelvien pratiqué chez 3 patientes (12%), avait évoqué le diagnostic dans tous les cas (figure 1).

Tableau I : Répartition des manifestations cliniques

Manifestations cliniques	Effectifs (N=25)	Pourcentage %
Douleurs pelviennes	25	100
Leucorrhées fétides	22	88
Constipation	4	16
Vomissements	3	12
Syndrome dysentérique	1	4
Altération de l'état général	14	56
Fièvre	8	32
Bombement du cul-de-sac de Douglas	16	64
Défense pelvienne	16	64
Masse pelvienne douloureuse	16	64

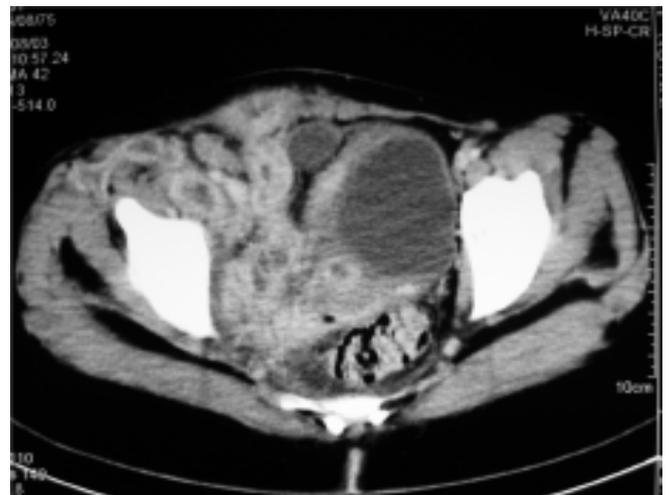


Figure 1: Scanner abdomino-pelvien. Abcès tubo-ovarien gauche

Les diagnostics pré-opératoires étaient variés : il s'agissait de la masse pelvienne douloureuse chez 16 patientes (64%) et de la pelvipéritonite résistant au traitement médical chez 9 patientes (36%). Le diagnostic d'abcès tubo-ovarien était retenu en pré-opératoire chez 6 patientes (24%).

La voie d'abord était toujours une laparotomie médiane. L'exploration chirurgicale avait permis de retrouver dans tous les cas un abcès tubo-ovarien. Chez 4 patientes (16%) la lésion était bilatérale. Chez l'une d'elles, l'abcès était fistulisé dans le rectum et était annexé à un utérus fibromateux en nécro-

biose. Le traitement chirurgical a comporté chez toutes nos patientes un prélèvement de pus, une annexectomie qui était unilatérale chez 21 patientes et bilatérale chez 4 patientes, une toilette de la cavité péritonéale et un drainage par une lame ondulée. La patiente qui présentait une fistulisation de l'abcès dans le rectum, avait bénéficié d'une résection rectale suivie d'une anastomose colo-rectale et d'une hystérectomie totale emportant les deux annexes (figure 2). Le traitement chirurgical était complété par une triple antibiothérapie qui associait l'ampicilline, la gentamycine et le métronidazole.

Les suites opératoires étaient simples chez 23 patientes. Chez 2 patientes (8%), une suppuration pariétale était notée. La durée moyenne de séjour était de 8 jours. La bactériologie était revenue positive chez 17 patientes. Les germes identifiés étaient *Escherichia coli* chez 9 patientes, *Streptococcus spp*, chez 5 patientes et *Acinetobacter calcoaceticus* chez 3 patientes. La sérologie à chlamydiae était positive chez 13 patientes. Aucune patiente ne présentait un diabète ou une infection à VIH. Les résultats de l'examen anatomopathologique concluaient à un abcès tubo-ovarien qui associait un pyosalpinx et un abcès de l'ovaire chez 24 patientes (96%). Chez la patiente qui avait bénéficié d'une hystérectomie avec annexectomie bilatérale et d'une résection rectale, il s'agissait d'un complexe tubo-ovarien fistulisé dans le rectum. Dans 5 cas (20%), l'abcès compliquait un cystadénome ovarien. Il n'y avait pas de signe de malignité.

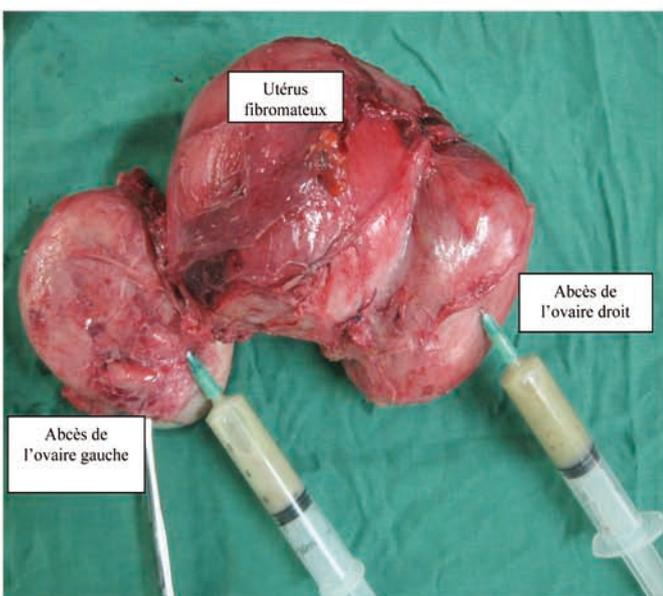


Figure 2 : abcès tubo-ovarien bilatéral (ponction à l'aiguille) sur pièce d'hystérectomie

DISCUSSION

L'abcès tubo-ovarien est une affection gynécologique rare. Il peut être primaire, c'est-à-dire n'intéressant que l'ovaire ou faire partie du groupe « des abcès tubo-ovarien » qui distingue anatomiquement 3 entités : les abcès tubaires, les pyosalpinx, et les complexes tubo-ovariens qui sont des collections de pus dans un espace anatomique créé par l'adhésion des organes adjacents [3]. L'infection est majoritairement due au Staphylocoque doré, au Streptocoque et à *Escherichia coli*. Elle se fait par contiguïté à partir d'une infection de voisinage ou par voie hémato-gène, lymphatique, par inoculation directe ou par voie ascendante à partir de manœuvres endo utérines [1,4]. L'abcès peut aussi survenir après une hystérectomie vaginale ou après une ponction d'ovocytes par voie vaginale [5]. La rareté de l'affection est unanimement rapportée, aussi bien en Afrique sub-saharienne [1] qu'au Maghreb [2,4].

Notre étude menée dans un Service de Chirurgie Générale au Sénégal, n'échappe pas à cette incidence faible, qui est ici, de l'ordre de 3,2 cas par an, sur une période de 8 ans. Les patientes de cette étude étaient relativement jeunes avec une moyenne d'âge de 34 ans. La même tendance est retrouvée en Occident et à ce titre Raiga [6] rapporte une moyenne d'âge de 27 ans.

Notre étude révèle que le diagnostic de l'abcès tubo-ovarien n'est pas toujours aisée, en témoigne le faible taux de diagnostic pré opératoire (24%). Au maximum, il peut être asymptomatique à l'image de la découverte fortuite lors d'une césarienne rapportée par Erdem [7]. La douleur pelvienne, les leucorrhées et l'hyperleucocytose sont les signes que nous retrouvons le plus souvent. Le tableau clinique le plus significatif est celui d'un syndrome douloureux pelvien fébrile associé à une masse pelvienne [4]. La masse pelvienne douloureuse n'est retrouvée que chez 64% de nos patientes ; elle est retrouvée par Raiga [6] chez 56% des patientes. L'inconstance de la fièvre dans notre étude pourrait s'expliquer par la fréquente tendance de nos patientes à l'automédication aux antibiotiques. Dans notre expérience, l'abcès tubo-ovarien est souvent masqué par un diagnostic de pelvipéritonite de traitement médical, alors que l'état des annexes n'est pas toujours précisé par l'échographie abdomino-pelvienne. En effet, dans notre étude l'échographie qui est l'examen morphologique le plus accessible ne pose le diagnostic que

dans 13% des cas, lequel taux est largement inférieur à celui des 92% décrits dans la littérature [6]. Les auteurs s'accordent sur les performances de la tomodensitométrie abdomino-pelvienne qui est le meilleur examen pour le diagnostic de l'abcès tubo-ovarien, surtout dans les formes cliniquement atypiques [8]. Varras [9] insiste sur l'importance de l'écho doppler couleur qui met en évidence une hyper vascularisation dans les parois et les septa de l'abcès dans 90% des cas. Ces examens ne sont pas toujours à la portée de nos patientes issues de milieux socio-économiques défavorisés et qui doivent prendre en charge la totalité du coût de leur traitement. La symptomatologie polymorphe et le retard diagnostique expliquent la fréquence des complications telles que la rupture ou la fistulisation au rectum que nous avons observées respectivement dans 36% et 4% des cas dans cette étude.

Chez toutes nos patientes, le traitement était chirurgical avec une morbidité de 8%. La voie d'abord était une laparotomie médiane. La laparotomie permet d'établir le bilan lésionnel, de procéder à un prélèvement bactériologique, à une annexectomie, à une résection des lésions associées, à une toilette péritonéale et à un drainage péritonéal. Le traitement chirurgical est associé à une antibiothérapie à large spectre. Du fait de la destruction totale de l'ovaire par l'abcès, le traitement conservateur n'est pas effectué. Le traitement non opératoire qui associe une antibiothérapie à large spectre à un drainage percutané ou à une colpotomie est efficace sur les pelvi-péritonites compliquant les abcès pelviens [10]. De nombreux auteurs conseillent un traitement de 1^{ère} intention par drainage et antibiothérapie (clindamycine + aminoside) avec 90% de bons résultats [11-13]. Néanmoins, il ne devrait se concevoir que pour

les abcès de l'ovaire survenant en dehors de toute lésion kystique de l'ovaire. En effet, la complication infectieuse d'un kyste de l'ovaire justifierait, à notre avis, l'exérèse de l'annexe et son étude anatomopathologique. La limite du traitement non opératoire vient de la difficulté d'évaluer exhaustivement les lésions. Nous n'avons pas l'expérience de la cœlioscopie dans le traitement des abcès tubo-ovariens dans cette série. Néanmoins, nous estimons comme Decroisette [14] que même si la cœlioscopie est souvent réalisée en première intention, la laparotomie demeure le traitement de référence. Dans notre contexte de travail où les patientes consultent tardivement au stade de complications, la laparotomie permet d'asseoir le meilleur bilan lésionnel et de proposer un geste thérapeutique adapté, même si en milieu africain, le traitement par ponction écho-guidée pourrait être d'un accès plus facile et à moindre coût.

CONCLUSION

Notre étude est caractérisée par la survenue des abcès tubo-ovariens chez des patientes jeunes en période de fécondité vivant dans des conditions socio-économiques défavorables. Dans notre expérience, la nature polymorphe des symptômes et l'absence de spécificité des signes retarde le diagnostic. Quoique grevé d'une mortalité nulle et d'une morbidité faible, le traitement chirurgical présente l'inconvénient de compromettre l'avenir obstétrical des patientes. D'où l'intérêt du traitement non opératoire et surtout de la prévention de ces abcès tubo-ovariens par des politiques d'éducation sanitaire en milieu socio-économique défavorisé.

REFERENCES

- 1 **N'guessan K, Boni S, Gondo D, Bokossa M, Doumbia Y, Koné N, et al.** Les abcès pelviens chez la femme. Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques. *Médecine d'Afrique Noire* 2004 ; 51 : 73-77.
- 2 **Takongmo S, Binam F, Simeu Ch, Ngassa P, Kouam L, Malonga E.** Aspects thérapeutiques des péritonites génitales au CHU de Yaoundé (Cameroun). *Médecine d'Afrique Noire* 2000 ; 47 : 19-21.
- 3 **Katz Z.** *Comprehensive Gynecology*, 5th Edition, 2007 Mosby-Elsevier.
- 4 **Ben Hamouda S, Fekih C, Najjar H, Bouguerra B, Ben Zineb N, Sfar R.** Les abcès de l'ovaire. *Tunisie Chirurgicale* 2001; 1: 50-55.
- 5 **Halperin R, Levinson O, Yaron M, Bukovsky I, Schneider D.** Tubo-ovarian abscess in older women: is the woman's age a risk factor for failed response to conservative treatment? *Gynecol Obstet Invest* 2003; 55: 211-215.
- 6 **Raiga J, Denoix S, Canis M, Lebouedec G, Glowaczower E, Wattiez A, et al.** Traitement coelioscopique des abcès annexiels : à propos d'une série de 39 patientes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 1995 ; 24 : 381-385.
- 7 **Erdem M, Arslan M, Yazici G, Erdem A, Gursoy R.** Incidental tubo-ovarian abscess at abdominal delivery: a case report. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 12: 279-280.
- 8 **Hiller N, Sella T, Lev-Sagi A, Fields S, Lieberman S.** Computed tomographic features of tuboovarian abscess. *J Reprod Med.* 2005; 50: 203-208.
- 9 **Varras M, Polyzos D, Perouli E, Noti P, Pantazis I, Akrivis Ch.** Tubo-ovarian abscess: spectrum of sonographic findings with surgical and pathological correlations. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003;30:117-21.
- 10 **Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E, et al.** The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2009 ; 23 : 667-78.
- 11 **Reed SD, Landers DV, Sweet RL.** Antibiotic treatment of tubo-ovarian abscess: comparaison of broadspectrum B-lactam agents versus clindamycin containing regimens. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1556-62.
- 12 **Varghese JC, O'Neill MJ, Gervais DA.** Transvaginal catheter drainage of tubo-ovarian abscess using the trocar method. *Roentgenol* 2001;177: 139-44.
- 13 **Corsi PJ, Johnson SC, Gonik B, et al.** Transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic abscess. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999; 7:216-21.
- 14 **Decroisette E, Raynal P, Le Meaux J-P, Lepercq J, Aubard Y.** Abcès primaire de l'ovaire. Diagnostic et approche thérapeutique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2006 ; 34 : 337-340.