



**Juin 2024, Volume 8
N°1, Pages 1 - 103**

**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- **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 Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2024, Volume 8,
N°1, Pages 1 - 103

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

SOMMAIRE

Articles Originaux	Numéros de Pages
1) Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques du volvulus du colon pelvien à l'Établissement Public de Santé (EPS1) de Mbour : étude rétrospective à propos de 72 cas. Diouf A et al. 1	
2) Aspects épidémiologiques et diagnostiques des malformations congénitales observées dans deux services de chirurgie à Dakar. Koumaré IB et al. 10	
3) Étude préliminaire des traumatismes du système musculo-squelettique par accidents du trafic routier terrestre au CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Diop B et al.19	
4) Évaluation de la colectomie idéale au cours du volvulus du côlon pelvien sans nécrose au service de chirurgie de l'Hôpital Ignace Deen. Camara NLY et al. 26	
5) Épidémiologie et prise en charge des traumatismes abdominaux au Centre Hospitalier Régional de Maradi au Niger. Maman Boukari H et al.32	
6) Occlusion intestinale aiguë par strangulation : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques dans le Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry. Camara NLY et al.40	
7) Evaluation d'un programme de simulation sur pelvi-trainer pour la réalisation des gestes de base en chirurgie mini invasive. Salihou AS et al. 47	
8) Anastomoses iléo-anales et colo-anales : indications et résultats au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Ignace Deen CHU de Conakry. Camara M et al.58	
9) Prolapsus génitaux : aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques à propos de 58 cas. Thiam O et al..... 63	
10) Brûlure cutanée chez les enfants : aspects cliniques et thérapeutiques au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Ignace Deen, CHU de Conakry. Bangoura MS et al.73	
CAS CLINIQUES	
11) La polypose recto-colique dégénérée à propos de 4 cas au Service de Chirurgie de l'Hôpital Dalal Jamm. Faye PM et al.78	
12) Fécalome géant à propos d'une observation et revue de la littérature à l'Hôpital Donka. Camara FL et al..... 83	
13) Lymphome diffus à grandes cellules B révélé par une invagination intestinale chez le grand enfant : à propos d'un cas et revue de la littérature. Foadey MKS et al.....88	
14) Abord antéro-latéral de la charnière thoracolumbaire : expérience d'un cas de chylothorax par plaie iatrogène du canal thoracique. SY CN et al.93	
15) Lésion de l'artère poplitée et nécrose musculo-cutanée de la jambe en milieu rural : reconstruction par lambeaux pédiculés. Assere A et al.99	

CONTENTS

Original Articles	Pages Number
1) <i>Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of the pelvic colon volvulus at the Public Health Center of Mbour : a retrospective study of 72 cases.</i> Diouf A et al.....1	
2) <i>Epidemiological and diagnostic aspects of congenital malformations observed in two surgical department in Dakar.</i> Koumare IB et al.....10	
3) <i>Preleminary study of the Musculo-skeletal system injuries due to road traffic accidents at the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar.</i> Diop B et al.....19	
4) <i>Evauation of ideal colectomy during pelvic colon volvulus without necrosis in the General Surgery Department of Ignace Deen Natinal Hospital.</i> Canara NLY et al.....26	
5) <i>Epidemiology and management of abdominal trauma at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger.</i> Maman Boukari H et al.....32	
6) <i>Acute intestinal occlusion by strangulation: epidemiological, clinical and therapeutic aspects in teh General Surgery Department of the Ignace Deen National Hospital in Conakry.</i> Camara NLY et al.....40	
7) <i>Evaluation of a simulation program on pelvi-trainer for performing basic gestures in minimally invasive surgery.</i> Salihou AS et al.....47	
8) <i>Ileo-anal and colo-anal anastomosis : indications et results in the General Surgery department of Ignace Deen Teaching hospital in Conakry.</i> Camara M et al.....58	
9) <i>Genital prolapse : diagnostic and therapeutic epidemiological aspects of 58 cases.</i> Thiam O et al.....63	
10) <i>Skin burn in children : clinical and therapeutic aspects in the general surgery department of the national teaching hospital Ignace Deen in Conakry.</i> Bangoura MS et al.....73	
CASES REPORTS	
11) <i>Four cases of degenerated recto-colic polyposis at the surgical department of Dalal Jamm Hospital.</i> Faye PM et al.....78	
12) <i>Giant fecaloma : a case report and review of literature at Donka Hospital.</i> Camara FL et al.....83	
13) <i>Diffuse large B-Cell Lymphoma revealed by intestinal invagination in older child: a case report and review of the literature.</i> Foadey MKS et al.....88	
14) <i>Anterolateral approach to the thoraco-lumbar hinge: experience of a case with chylothorax by iatrogenic wound of the thoracic duct.</i> Sy CN et al.....93	
15) <i>Popliteal artery injury and musculo-cutaneous necrosis of the leg in a rural setting: reconstruction with pedicled flaps.</i> Assere A et al.....99	

ANASTOMOSES ILEO-ANALES (AIA) ET COLO-ANALES (ACA) : INDICATIONS ET RESULTATS AU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DE L'HOPITAL IGNACE DEEN CHU DE CO NAKRY

ILEO-ANAL (AIA) AND COLO-ANAL (ACA) ANASTOMOSES: INDICATIONS AND RESULTS IN THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF IGNACE DEEN TEACHING HOSPITAL IN CONAKRY

CAMARA M ; DIALLO M.C ; CONDE A ; KONDANO S.Y, FOFANA N, FOFANA H, TOURE A.

Service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen

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

Résumé

Le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans les indications et résultats fonctionnels des anastomoses iléo-anales et colo-anales au service de chirurgie générale de l'hôpital Ignace Deen, CHU de Conakry.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif, menée sur une période de quatre (04) ans allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2022, réalisée au service de Chirurgie Générale Ignace Deen CHU de Conakry. Nous avons inclus dans notre étude tous les dossiers des malades ayant été admis et opérés chez qui une anastomose iléo-anales ou colo-anales a été réalisée dans le service.

Résultats : Nous avons colligé 18 anastomoses iléo-anales et colo-anales soit 2,06% sur 872 anastomoses digestives basses réalisées. Treize (13) hommes et cinq (5) femmes; d'un âge moyen de 37,11 ans. Le diagnostic le plus représenté était le cancer du rectum (27,78%). L'anastomose sans stomie de protection a été le type d'anastomose le plus réalisé (66,67%). Les suites évolutives étaient favorables dans la plus part des cas (11 cas soit 61,11%) mais émaillées de complications dans 7 cas (38,89%).

Conclusion : Les anastomoses iléo-anales et colo-anales, sont rares dans notre pratique, les résultats fonctionnels requièrent une habileté dans leur exécution

Mots clés : Anastomose, Iléo-anal, Colo-anale, Indications, Résultats, CHU de Conakry

Summary

*The aim of this study was to report our experience in the indications and functional results of ileo-anal and colo-anal anastomoses in the general surgery department of Ignace Deen Hospital, CHU of Conakry. **Materials and methods:** This was a descriptive retrospective study, conducted over a period of four (04) years from January 1, 2019 to December 31, 2022, carried out at the General Surgery Department Ignace Deen CHU of Conakry. We included in our study all the records of patients who had been admitted and operated on for whom an ileo-anal or colo-anal anastomosis was performed in the department. **Results:** We collected 18 ilio-anal and colo-anal anastomoses, i.e. 2.06% out of 872. Thirteen (13) men, and five (5) women; with an average age of 37.11 years. The most represented therapeutic diagnosis was rectal cancer (27.78%). The postoperative courses were simple in most cases (11 cases or 61.11%) and complicated in 7 cases (38.89%).*

Conclusion: Ileo-anal and colo-anal anastomoses are rare in our practice, functional results require skill in their execution

Keywords: Anastomosis, Ileo-anal, Colo-anal, Indications, Results, CHU Conakry

INTRODUCTION

Ravitch dès 1947, a décrit des anastomoses iléo-anales (AIA) sans réservoir après coloproctectomie, abandonnées à cause des complications fonctionnelles. En 1978, Parks a développé l'AIA avec réservoir en S. Actuellement, c'est le réservoir en J qui est le plus souvent utilisé, décrit par Utsunomiya, de réalisation facile avec des résultats fonctionnels meilleurs, utilisé dans la chirurgie de la rectocolite hémorragique (RCH) et de la polyadénomatoase familiale (PAF) [1,2]. La proctectomie suivie d'anastomose colo-anales s'adresse le plus souvent aux tumeurs du bas rectum [3]. Le progrès réalisé dans la maîtrise de ces techniques chirurgicales a abouti à un taux de mortalité et de morbidité faible et des résultats fonctionnels de plus en plus satisfaisants [4].

Le but de cette étude était d'évaluer les résultats opératoires de l'anastomose iléo-anales et colo-anales, à court et à long terme.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif, menée sur une période de quatre (04) ans allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2022, réalisée au service de Chirurgie Générale Ignace Deen, CHU de Conakry. Etaient inclus dans notre étude tous les dossiers des malades ayant été admis et opérés chez qui une anastomose iléo-anales ou colo-anales a été réalisée. Les paramètres étudiés étaient socio-démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Nous avons appelé diagnostic ou indications toutes les pathologies dont le traitement chirurgical a nécessité une anastomose iléo-anales ou colo-anales.

Technique opératoire

Installation : Quel que soit le type d'anastomose l'installation reste la même :

- premier temps (abdominal) : Malade en décubitus dorsal sous anesthésie générale, opérateur placé

à gauche et les deux aides à droite du malade.

- deuxième temps (périnéal) : malade en position proctologique, jambes dans les cuissards un coussin sous les fesses, table opératoire en Trendelenbourg le chirurgien assis sur un tabouret en face du périnée, les aides sont placés de part et d'autre de lui.

Abord :

- temps abdominal : incision médiane sus et sous ombilicale, mobilisation du côlon dans sa totalité (polypose ou rectocolite ulcéro-hémorragique) ou le côlon gauche avec libération de l'angle colique gauche (mégacôlon congénital et cancer du rectum) ; dissection du rectum et du mésorectum, jusqu'au plancher pelvien, section ligature des vaisseaux, section du haut rectum et sa fermeture ; fermeture temporaire du côlon ou de l'iléon avec confection ou non du réservoir en J selon les cas.

Après le temps périnéal, ce temps abdominal est terminé par la mise en place d'un drain tubulaire extra-péritonisé dans la concavité sacrée et une colostomie de proche amont, que nous refermons un mois après.

- temps périnéal : à défaut de l'écarteur de lone star, nous fixons le pecten de façon circulaire à l'aide de fils serties 2/0 nylon à 5 cm environ de la marge anale, selon les cas, nous faisons une éversion du rectum et exérèse de celui-ci, ou nous faisons une résection inter-sphinctérienne, puis anastomose colo-anales ou iléo-anales .

Nous avons apprécié les résultats fonctionnels sur le nombre de selles par jour, la présence ou non de pouchite.

RESULTATS

Nous avons colligé 18 cas d'anastomoses iléo-anales et colo-anales soit 2,06% sur 872 anastomoses digestives basses réalisées sur les anses et le côlon dans le service de chirurgie générale Ignace Deen, qui sont réparties comme suit : 6 anastomoses iléo-anales et 12 anastomoses colo-anales. Il s'agissait de 13 hommes et 5 femmes (sex-ratio de 2,6), d'un âge moyen de 37,1 ans avec des extrêmes de 13 ans et 70 ans. Le cancer du rectum a été le diagnostic le plus représenté avec 5 cas. Le tableau I illustre le diagnostic ou indication.

Tableau I : Répartition selon le diagnostic ou indication

Diagnostic	Nombre	(%)
Cancer du rectum	5	27,8
Polypose adénomateuse	4	22,2
Prolapsus rectal	3	16,7
Rectocolique ulcéro-hémorragique	2	11,1
Hirschsprung	3	16,7
Diverticulose	1	5,6
Total	18	100

Seuls 3 patients avaient eu une biopsie de confirmation tumorale avant l'intervention chirurgicale. Tous nos malades avaient bénéficié d'une laparotomie et toutes les pièces opératoires ont été adressées à l'anatomie pathologie. L'anastomose sans stomie de protection a été le type d'anastomose le plus réalisé (66,67%), le tableau II illustre les types d'anastomose réalisés.

Tableau II : Types d'anastomose réalisé

Gestes	Nombre	(%)
Anastomose sans stomie de protection	12	66,7
Anastomose avec stomie de protection	6	33,3
Total	18	100

Les suites évolutives étaient favorables dans la plupart des cas (11 cas) mais émaillées de complications dans 7 cas (38,89%) à type de fistule anastomotique 2 cas, de péritonite aigue généralisé (2 cas soit 11,1%), d'infection du site opératoire (1 cas soit 5,6%). La mortalité concernait 2 cas (11,1%). Le délai moyen de séjour était de 14 jours (8 - 27 jours). Plus de la moitié de nos malades était satisfaite du résultat fonctionnel, 2 patients (11,1%) avaient eu des selles fréquentes pendant cinq mois après, ayant nécessité un traitement médical à base de loperamide et du questran*. Le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé au 90^{ème} jour post-opératoire pour les malades qui ont subi de colostomie (5 cas soit 27,78%)

DISCUSSION

La coloproctectomie totale ou subtotala avec anastomose iléo-ale ou colo-ale permet de guérir une RCH et de mettre un patient à l'abri du cancer colorectal [5].

L'anastomose iléo-ale ou colo-ale est habituellement protégée par une iléostomie latérale de proche amont qui est supprimée 2 à 3 mois plus tard. Dans des cas sélectionnés, il est possible de se passer de cette protection [6].

Le taux d'échec de cette intervention, défini par l'ablation du réservoir ou la remise en stomie, se situe autour de 10% à 10 ans. Les causes en sont principalement les complications septiques, la reprise évolutive d'une maladie de Crohn, initialement prise à tort pour une RCH, un mauvais résultat fonctionnel et l'inflammation non spécifique du réservoir. Il a été montré que la dissection pelvienne faite lors de ces interventions était responsable d'une baisse de la fertilité par un facteur V. Cette donnée a modifié les indications chez les femmes en âge de procréer chez qui, la conservation rectale est toujours discutée quand elle est possible [6].

La morbidité digestive est dominée par les fistules anastomotiques de 3 à 22 % dans la littérature. De diagnostic le plus souvent précoce, elles peuvent se démasquer secondairement lors de la fermeture de la stomie de diversion. Leur survenue semble liée à l'expérience de l'opérateur [7]. Nous avons observé 2 cas (11,11%) de décès dans notre série. Plusieurs auteurs ont rapporté des cas de nécrose colique post-opératoire précoce. Cet accident, dont la conséquence est une colostomie définitive, souligne l'importance du respect d'une bonne vascularisation du côlon abaissé [8]. À cet égard, il est peut-être préférable de lier l'artère mésentérique inférieure après la naissance de la colique supérieure gauche, ce qui ne modifie pas le pronostic carcinologique [9]. Nous n'avons pas enregistré ce cas d'incident, nous avons par contre lié et sectionné tous les vaisseaux avant la bifurcation, à leur base, ceci permet d'assurer la vascularisation du côlon gauche à partir de l'artère mésentérique supérieure. La principale complication tardive est la sténose anastomotique. Sa fréquence est très variable selon les auteurs : de 10 à 44 % [7]. Dans notre expérience, nous n'avons pas connu des cas de sténoses, nos malades n'ont été suivis que pendant une année.

La qualité des résultats fonctionnels à long terme est suggérée par un taux de satisfaction très élevé. Ce taux ne reflète sans doute qu'imparfaitement la réalité des résultats : en effet, la plupart des malades ont eu une expérience temporaire de la stomie et sont, de ce fait, peut-être moins sensibles à quelques désagréments ; d'autre part, dû au soulagement ou à la guérison de leur maladie, et le soulagement de la guérison influe peut-être sur l'appréciation subjective des résultats fonctionnels [10]. Dans notre étude cette stomie n'a duré que 3 semaines chez la plus part de nos malades.

CONCLUSION

Les anastomoses iléo-anales et colo-anales, sont aujourd'hui des interventions très lourdes et bien codifiées. Dans beaucoup de pays africain elles se réalisent de façon manuelle comme dans notre contexte. Aujourd'hui dans beaucoup de pays africains à l'aide des interventions elles ont été en partie simplifiées par la possibilité de faire des anastomoses mécaniques sans majorer les complications ni les conséquences fonctionnelles.

REFERENCES

- 1- **Couchard C, Panis Y, Alves A, Mariani P, Valleur P.** Techniques d'anastomoses iléoanales avec réservoir. EMC-Chirurgie 2005 ; 2 : 123–139.
- 2- **Berdah SV, Barthet M, Emungania O, Orsoni P, Alliot P, Grimaud JC, Brunet C.** Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale en deux temps vidéoassistée. Expérience initiale de 12 cas. Annales de chirurgie 2004 ; 129 :332–336.
- 3- **Laurent C, Rullier E.** Résection intersphinctérienne du rectum. Journal de Chirurgie 2007;144:225-230.
- 4- **Trigui A, Frikha F, Rejab H, Ben Ameer H, Triki H, Ben Amar M, et al.** Anastomose iléo-anale : points de controverses. Journal de Chirurgie Viscérale 2014 ; 151, 286-294.
- 5- **Parks G, Nicholls RJ, Belliveau P.** Coloproctectomie avec réservoir et anastomose iléo-anale. Colon Rectum 2009 ; 3:107-110.
- 6- **Tiret E.** 30 ans d'anastomose iléoanale. Colon Rectum 2010 ; 4: 297.
- 7- **Cavaliere F, Pemberton JH, Cosimelli M, Fazio VW, Beart RW Jr.** Coloanal anastomosis for rectal cancer. Long-term results at the Mayo and Cleveland Clinics. Dis Colon Rectum 1995 ; 38 : 807-12.
- 8- **Parks AG, Percy JP.** Resection and sutured colo-anal anastomosis for rectal carcinoma. Br J Surg 1982 ; 69 : 301-4.
- 9- **Barrier A, Martel P, Dugue L, Gallot D, Malafosse M.** Anastomoses coloanales directes et avec réservoir. Résultats à court et à long terme. Ann Chir 2001 ; 126 : 18-25.
- 10- **Lazorthes F, Chiotasso P, Gamagami RA, Istvan G, Chevreau P.** Late clinical outcome in a randomized prospective comparison of colonic J pouch and straight coloanal anastomosis. Br J Surg 1997 ; 84 : 1449-51.