



**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**

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

**CONTENTS**

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

**FECALOME GEANT A PROPOS D'UNE OBSERVATION ET REVUE DE LA LITTERATURE A L'HOPITAL DONKA**

**GIANT FECALOMA: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE AT THE DONKA HOSPITAL**

**CAMARA FL(1), BARRY AM(1), BALDE H(1), BALDE AK(1), CAMARA NS(3), DIAKITE SY(1), DIALLO AD(1), SOROMOU G(1), SYLLA H(1), BALDE TM(1), TOUTE I(1), TOURE A(2), DIALLO AT(1), DIALLO B(1).**

**Affiliations des auteurs**

(1) = Service de chirurgie viscérale, hôpital national Donka CHU de Conakry – Guinée

(2) = Service chirurgie générale, hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry – Guinée

(3) = Service de chirurgie viscérale, hôpital de l'amitié Sino-guinéen Conakry – Guinée.

**Correspondances des auteurs :** Dr Alpha Madiou BARRY, service de chirurgie viscérale, Hôpital National Donka CHU de Conakry, Guinée. Email : bamkamsar@gmail.com Tel. : (00224) 620561483

Dr Fodé Lansana CAMARA, service de chirurgie viscérale, Hôpital National Donka CHU de Conakry, Guinée. Email : flcamara37@gmail.com Tel. : (00224) 628951178

---

**Résumé**

Le fécalome est une masse de matières fécales durcies impactées principalement dans le rectum et le sigmoïde. Les sites les plus courants du fécalome sont le côlon sigmoïde et le rectum. Nous rapportons un cas de fécalome géant iléo-colique responsable d'une occlusion intestinale aiguë qui a été traitée chirurgicalement.

**Observation :** patient de 25 ans, élève, admis dans le service pour des douleurs abdominales d'installation progressive accompagnée d'arrêt des matières et des gaz, et de ballonnement abdominal évoluant depuis deux (2) semaines. Comme antécédents, nous avons noté une constipation opiniâtre et des épisodes de subocclusion. L'examen clinique notait une altération de l'état général stade I de l'OMS, une hypo coloration conjonctivale, une polypnée à 35 cycle /mm et une tachycardie à 100/mn. L'abdomen était très distendu et tympanique, le péristaltisme intestinal était inaudible. Le toucher rectal révélait une vacuité de l'ampoule rectale. Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë par volvulus du colon pelvien a été retenu, la radiographie de l'abdomen sans préparation

montrait une aérocolie ; l'examen biologique, une anémie normo chrome et normocytaire à 10g/l. En per-opératoire, nous avons trouvé un fécalome géant iléo colique s'étendant de la charnière recto sigmoïdienne jusqu'aux dernières anses iléales (50 cm de l'angle iléo-caecal) sur dolichomegacolon sigmoïde. Nous avons procédé à une sigmoïdectomie permettant l'extraction du fécalome qui pesait 15 Kg avec colostomie selon Hartmann, les fécalomes iléaux ont été quant à eux extraits manuellement. La pièce opératoire adressée à l'examen anatomopathologique n'a montré aucune particularité. Trois (3) mois plus tard nous avons rétabli la continuité. Les suites opératoires ont été simples. **Conclusion :** le fécalome iléocolique est une affection rare caractérisée par la présence de matières fécales durcies ne pouvant pas être évacuées spontanément. Le diagnostic dans notre contexte est souvent per opératoire vue l'inaccessibilité du scanner en urgence. sa prise en charge doit être précoce pour éviter d'éventuelles complications évolutives pouvant mettre en jeu le pronostic vital

**Mots clés :** fécalome géant, occlusion intestinale, chirurgie.

### Summary

*Fecal impaction is a mass of hardened fecal matter impacted primarily in the rectum and sigmoid. The most common sites of fecal impaction are the sigmoid colon and the rectum. We report a case of giant ileocecal fecal impaction causing OIA which was treated surgically. **Case report:** 25-year-old patient, student, admitted to the department for progressive abdominal pain accompanied by cessation of materials and gases, and abdominal bloating lasting for two (2) weeks. As a history, we noted stubborn constipation and episodes of subocclusion. The clinical examination noted a deterioration in general condition WHO stage I, conjunctival hypochromia, polypnea at 35 cycles/mm and tachycardia at 100/min. The abdomen was very distended and tympanic, intestinal peristalsis was inaudible. Rectal examination revealed vacuity of the rectal bulb. The diagnosis of OIA/VCP was made;*

*the unprepared abdominal X-ray showed aerocolia; biological examination, normochromic and normocytic anemia at 10g/l. Intraoperatively, we found a giant ileocecal fecal impaction extending from the rectosigmoid hinge to the last ileal loops (50 cm from the ileocecal angle) on dolichomegacolon. (Figure 2) We carried out a sigmoidectomy to extract the fecal impaction which weighed 15 KG (figure 3), using the colostomy according to Hartmann. The operating part addressed to the anapath did not show any particularity. Three (3) months later we restored continuity. The ileal fecal masses were extracted manually. The postoperative course was simple; 16 weeks after the first intervention we restored continuity. **Conclusion:** Fecal impaction occurs when a large amount of fecal matter is compacted and cannot be evacuated spontaneously. It is significantly common in severe chronic constipation and in other at-risk patients with anatomical or functional anorectal abnormalities.*

**Key words:** giant fecal impaction, intestinal obstruction, Donka Hospital.

## INTRODUCTION

Le fécalome est une masse stratifiée de matières fécales accumulées dont la consistance est beaucoup plus dure qu'une impaction fécale. Il est généralement situé dans le côlon sigmoïde ou le rectum, mais rarement dans le caecum [1]. Il existe plusieurs causes de fécalome et ont été décrites en association avec la maladie de Hirschsprung, les patients psychiatriques, la maladie de Chagas, à la fois inflammatoire et néoplasique, et chez les patients souffrant de constipation chronique [2]. La plupart des fécalomes sont traités avec succès par des méthodes conservatrices telles que les laxatifs, les lavements et l'évacuation rectale. Lorsque les traitements

conservateurs ont échoué, une intervention chirurgicale peut être nécessaire [3].

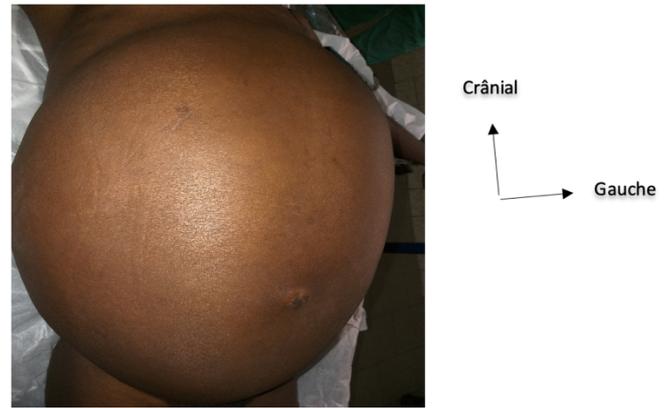
Nous rapportons un cas de fécalome géant iléo-colique responsable d'une occlusion intestinale aiguë qui a été traité chirurgicalement.

## OBSERVATION

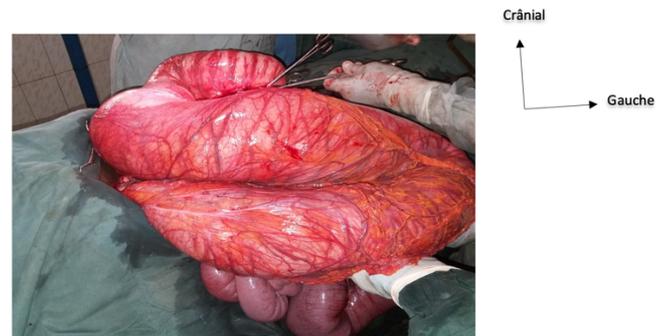
Il s'agissait d'un patient de 25 ans, élève, admis dans le service pour des douleurs abdominales d'installation progressive accompagnée d'arrêt des matières et des gaz, et de ballonnement abdominal évoluant depuis deux (2) semaines (Figure 1).

Comme antécédents, nous avons noté une constipation opiniâtre et des épisodes de sub-occlusion. L'examen clinique notait une altération de l'état général stade I de l'OMS, une hypo coloration conjonctivale, une polypnée à 35 cycles /mm et une tachycardie à 100/mn. L'abdomen était très distendu et tympanique, le péristaltisme intestinal était inaudible. Le toucher rectal révélait une vacuité de l'ampoule rectale.

Compte tenu de l'antécédent et des caractéristiques cliniques, le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë par volvulus du colon pelvien a été suspecté, la radiographie de l'abdomen sans préparation montrait une aérocolie ; l'examen biologique montrait, une anémie normochrome et normocytaire à 10g/l. Après une réanimation appropriée, le patient a été admis au bloc et en per-opératoire, nous avons trouvé un fécalome géant iléo colique s'étendant de la charnière recto sigmoïdienne jusqu'aux dernières anses iléales (50 cm de l'angle iléo-caecal) sur dolichomegacolon sigmoïde. (Figure 2). Nous avons procédé à une sigmoïdectomie permettant l'extraction du fécalome qui pesait 15 KG (Figure 3), avec colostomie selon Hartmann, les fécalomes iléaux ont été quant à eux extraits manuellement. La pièce opératoire adressée à l'examen anatomopathologique n'a montré aucune particularité. Les suites opératoires ont été simples. Trois (3) mois plus tard nous avons rétabli la continuité digestive.



**Figure 1 : patient vu de face avec une distension diffuse de l'abdomen (Photothèque du Service de Chirurgie, Hôpital Donka)**



**Figure 2 : vue opératoire montrant un mégacôlon sigmoïde et distension iléale (Photothèque du Service de Chirurgie, Hôpital Donka)**



**Figure 3 : extraction du fécalome colique après sigmoïdectomie (Photothèque du Service de Chirurgie, Hôpital Donka)**

## DISCUSSION

Bien que l'impaction fécale soit un problème courant et inquiétant, un fécalome est une forme particulièrement rare d'impaction dans laquelle une masse séparable du reste du contenu intestinal est formée. Les fécalomes sont le plus souvent observés dans la zone recto sigmoïde car les selles deviennent plus fermes et le diamètre du côlon est plus petit dans cette zone [3, 4, 5]. Dans notre cas, tout le colon et les dernières anses iléales étaient le siège de fécalomes, on n'a pas retrouvé de cas similaire dans notre revue de la littérature et leur présence à cet endroit peut provoquer une occlusion intestinale comme chez notre patient. Tous les très rares cas de fécalome de l'intestin grêle rapportés présentaient une occlusion intestinale [5]

Il existe plusieurs causes de fécalome. Elles ont été décrites chez des patients souffrant de constipation chronique, de maladie de Hirschsprung, de maladie de Chagas et de maladies psychiatriques [2,3]. Seule la constipation chronique pourrait expliquer la formation de fécalome dans notre cas.

Le fécalome se présente de manière variable, de la rétention urinaire au mégacôlon toxique ou à la masse abdominale [4-6].

Le diagnostic de fécalome géant est généralement fait à la tomodensitométrie abdominale qui met en évidence une dilatation colique associée à une masse ayant des bords lisses, une certaine mobilité dans la lumière intestinale sans aucune attache à la surface muqueuse. [2,7]. Nous n'avons pas pu réaliser cet examen en urgence par ce que non accessible.

La prise en charge des fécalomes est également controversée. La plupart des impactions fécales est gérées avec succès de

manière conservatrice avec repos intestinal, laxatif, lavement et évacuation digitale [3,4]. Lorsque ces mesures conservatrices ont échoué, comme dans notre cas, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour extraire le fécalome et prévenir les complications ultérieures [4,5]. L'extraction endoscopique du fécalome a également été rapportée dans la littérature [3, 8,9]. Le résultat est le plus souvent favorable après traitement chirurgical. Les interventions chirurgicales sont également diverses en fonction de la localisation et des symptômes des patients. En ce qui concerne le traitement des fécalomes dans la région recto sigmoïde, des procédures conservatrices telles que le repos intestinal, les laxatifs, les lavements, l'évacuation manuelle et le lavage colique sont couramment adoptées. Cependant, en particulier dans le cas d'un fécalome du côlon proximal ou de l'intestin grêle, une désimpaction endoscopique ou une intervention chirurgicale peuvent être nécessaires. Une intervention chirurgicale devient parfois nécessaire en raison de la difficulté à atteindre ces emplacements par endoscopie [3, 4,5]. Dans notre cas nous avons procédé à une sigmoïdectomie d'extraction du fécalome avec colostomie et rétablissement secondaire de la continuité. La sigmoïdectomie était motivée par le méga-dolichocôlon sigmoïde associé. Nous avons analysé l'échantillon pour exclure tous nids de bézoard sur lequel ce fécalome s'était formé, mais il n'y avait aucune preuve.

## CONCLUSION

Le fécalome géant iléo-colique est une pathologie rare. C'est le premier apporté dans la littérature scientifique médicale dans notre pays. Il faudrait y penser en cas d'occlusion intestinale aiguë.

## REFERENCES

1. **Garisto JD, Campillo L, Edwards E, Harbour M, Ermocilla R.** Giant fecaloma in a 12-year-old-boy: a case report. *Cases J.* 2009; 2(1):127
2. **Cid AA, Pietruk T, Bidari CZ, Ehrinpreis MN.** Cecal fecaloma mimicking colonic neoplasm. *Dig Dis Sci.* 1981;26(12):1134-7.
3. **Kim SM, Ryu KH, Kim YS et al.** Cecal fecaloma due to intestinal tuberculosis: endoscopic treatment. *Clinical Endoscopy* 2012;45(2):174-176
4. **Mushtaq M, Shah MA, Malik AA, Wani KA, Thakur N, Q Parray F.** Giant Fecaloma Causing Small Bowel Obstruction: Case Report and Review of the Literature. *Bull Emerg Trauma* 2015;3(2):70-2.
5. **Tiruneh AG, Merine SK, Solomon M.** Ileal fecalomas causing small bowel obstruction: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports.* 2021;85:106256.
6. **Park JS, Park TJ, Hwa JS, Seo JH, Park CH, Youn HS.** Acute Urinary Retention in a 47-month-old Girl Caused by the Giant Fecaloma. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2013;16(3):200-5.
7. **Kantarci M, Fil F.** Education and imaging. Gastrointestinal: fecaloma in a dilated sigmoid colon. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22(6):955.
8. **Kanai R, Nakaya K, Fukumoto K, Yamoto M, Miyake H, Nomura A, Yamada S, Makino A, Iwafuchi H, Urushihara N.** Obstructive Fecalomas in an Infant Treated with Successful Endoscopic Disimpaction. *Case Rep Pediatr.* 2021 ;2021:8815907.
9. **Matsuo Y, Yasuda H, Nakano H, Hattori M, Ozawa M, Sato Y, Ikeda Y, Ozawa SI, Yamashita M, Yamamoto H, Itoh F.** Successful endoscopic fragmentation of large hardened fecaloma using jumbo forceps. *World J Gastrointest Endosc.* 2017, 16;9(2):91-94.