Association Sénégalaise de Chirurgie

Décembre2024, 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 : jafrchir@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-Traumatogie**
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)**

ASSOCITION 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@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

Journal Africain de Chirurgie – Décembre 2024 ; volume 8, N°2, Pages 104 - 183

SOMMAIRE **CONTENTS**
EDITORIAL **EDITORIAL**
ARTICLES ORIGINAUX NUMEROS DE PAGES **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 al ……..…109

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 aigues 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***

PRISE EN CHARGE DE LA PERITONITE URINEUSE POST TRAUMATIQUE AU SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU CHU IGNACE DEEN DE CONAKRY

MANAGEMENT OF POST TRAUMATIC URINOUS PERITONITIS IN THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF IGNACE DEEN HOSPITAL IN CONAKRY

Camara M, Barry M S, Diakité M, Fofana H, Touré A.

Faculté des Sciences et Techniques de la Santé/Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (Guinée)

Service de chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen/CHU de Conakry

Correspondance : Dr Mariama CAMARA, BP : 1263 Tel : (+224)622701872

E-mail : lachouchette1957@gmail.com

Résumé

Introduction : La péritonite urineuse résulte de la présence d'urine dans la cavité péritonéale. Le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge de péritonites urineuses au service de Chirurgie Générale du CHU Ignace Deen de Conakry. **Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif, menée sur une période de cinq (05) ans, du 1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2022, réalisée dans le service de chirurgie générale. Nous avons inclus dans notre étude tous les dossiers de malades admis et opérés pour une péritonite urineuse post traumatique. **Résultats :** Nous avons colligé 52 cas de péritonite urineuse dont 9 femmes (17,3%) et 43 hommes (82,7%) avec un âge moyen de 26,3 ans. Le sex-ratio était de 9,1 Le tableau clinique était dominé par la douleur et la défense abdominales retrouvées chez tous les malades. La rupture vésicale était la lésion la plus retrouvée soit 88,5%. Tous les patients avaient bénéficié d'une toilette péritonéale (100%) ; les suites opératoires étaient favorables dans 76,9% et 3 cas de décès (5,8%). **Conclusion :** La péritonite urinaire post traumatique était une entité rare mais de pronostic sévère en l'absence de la prise en charge adéquate.

Mots clés : Péritonite urinaire, traumatisme, CHU de Conakry

Abstract

Introduction: *Urinary peritonitis results from the presence of urine in the peritoneal cavity. The aim of this study was to report our experience in the management of urinary peritonitis at the General Surgery Department of the Ignace Deen hospital, Conakry.* ***Materials and methods:*** *This was a retrospective descriptive study conducted over a period of five (05) years, from January 1, 2018 to December 31, 2022, in the general surgery department. We included in our study all records of patients admitted and operated on for post-traumatic urinary peritonitis.* ***Results:*** *We collected 52 cases of urinary peritonitis, including 9 women (17.3%) and 43 men (82.7%) with an average age of 26.3 years. The sex ratio was 9.1. The clinical signs were dominated by abdominal pain and tenderness in all patients. Bladder rupture was the most common lesion (88.5%). All patients underwent peritoneal cleansing (100%); post-operative outcome was favorable in 76.9%, with 3 cases of death (5.8%).* ***Conclusion:*** *Post-traumatic urinary peritonitis was a rare entity with a severe prognosis in the absence of appropriate management.*

Key words: *Urinary peritonitis, trauma, Conakry University Hospital*

INTRODUCTION

La péritonite urineuse post traumatique représente 5 % des urgences abdominales et 5 % des urgences urologiques [1]. Elle résulte d'une quantité importante d'uropéritoine ou d'ascite urinaire infecté [2]. Les étiologies sont dominées par les accidents de la voie publique (AVP) avec fracture du bassin pour les lésions vésicales en générale et la chirurgie qui peut entrainer un traumatisme de l'appareil urinaire dont le siège et le type dépendent de la pathologie traitée [3]. Les lésions vésicales et urétérales constituent les complications urologiques les plus fréquentes survenant au décours d'une chirurgie soit respectivement 1 à 4% et 0,5 à 3% [4]. Ces lésions sont rarement reconnues en per-opératoire et posent un problème important auquel sont confrontés les urologues, les gynécologues, les chirurgiens généralistes [4]. Le diagnostic doit être précoce et la prise en charge dépend du délai diagnostique, de la localisation et de la fonctionnalité du rein sus-jacent [3]. L'attitude thérapeutique consiste à traiter la péritonite et son étiologie [1].

L'objectif de cette étude était de rapporter notre expérience dans la prise en charge des péritonites urineuses au service de Chirurgie Générale du CHU Ignace Deen de Conakry.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif, menée sur une période de cinq (05) ans allant du 1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2022, réalisée dans le service de chirurgie générale Ignace Deen, CHU de Conakry. Etaient inclus dans notre étude tous les dossiers des malades ayant été admis et opérés de péritonite urineuse. Les paramètres étudiés étaient socio-démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Nous avons appelé bilan d'urgence, les examens biologiques et d'imagerie pré-opératoires (hémogramme, azotémie, créatininémie, TP/TCK, INR, Transaminases hépatiques, ionogramme sanguin, Groupage sanguin facteur rhésus, Ag HBS, Sérologie rétrovirale, Radiographie (Rx) de l'abdomen sans préparation (ASP), Rx Pulmonaire, échographie abdominale). Certaines explorations paracliniques n'ont pas pu être effectuées en urgence chez tous nos malades (la tomodensitométrie, imagerie par résonnance magnétique).

RESULTATS

Nous avions colligé 52 cas de péritonite urineuse sur 1857 dossiers enregistrés soit une fréquence de 2,8%. L'âge moyen était de 26,3 ans (extrêmes : 18 et 72 ans), nous avons noté 9 femmes (17,3%) et 43 hommes (82,7%) avec un sex-ratio 9,11. Les professions de nos patients étaient dominées par les conducteurs d'engins à deux roues et trois roues (58,4%), les élèves (12,8%). Les causes sont représentées dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des patients selon l'étiologie

Etiologie	Nombre	Pourcentage (%)
AVP	**32**	**61,5**
Arme à feu	12	23,1
Arme blanche	2	3,8
Iatrogène	6	11,5
Total	**52**	**100**

La douleur et défense abdominales constituaient les principaux motifs de consultation retrouvés chez tous nos patients. Les autres motifs étaient l'agitation (19,2%) et l'anurie (34,6%). Le délai moyen de consultation était de 2,61 jours. Tous nos patients avaient bénéficié d'un bilan biologique pré-thérapeutique d'urgence et de Radiographie de l'abdomen sans préparation (Rx ASP). La grisaille diffuse était objectivée chez 46 patients

(88,5%). Seulement 36 patients (69,2%) avaient bénéficié d'une échographie abdominale. Le tableau II illustre les résultats de l'imagerie.

Tableau II : Répartition selon les résultats de l'imagerie (ASP)

Résultats imagerie	Nombre	Pourcentage (%)
Grisaille diffuse	**46**	**88,5**
Grisaille diffuse + pneumopéritoine	**31**	**59,6**
Épanchement liquidien de grande abondance	22	42,3
Épanchement liquidien de moyenne abondance	14	26,9
Niveaux hydro-aériques	9	17,3

Le délai moyen de prise en charge était de 8,4 heures avec des extrêmes de 2 et 24 heures. Tous nos patients avaient subi une intervention chirurgicale. Les lésions objectivées au niveau de l'arbre urinaire sont représentées dans le tableau III.

Tableau III : Répartition selon les lésions

Lésions observées	Nombre	Pourcentage (%)
Brèche vésicale	**18**	**34,6**
Lésions du rein avec uro-hémopéritoine	10	19,2
Fistulisation d'un urinome	3	5,8
Section urétérale	8	15,4
Lâchage de cystorraphie	2	3,8
Lésions associées*	11	21,1
Total	**52**	**100**

* Dysjonction symphysaire, lésions intestinales, fracture du bassin.

Le traitement chirurgical a été indiqué chez tous nos malades, consistait à faire une toilette péritonéale (100%) associée à un traitement de la cause, le tableau IV illustre les gestes chirurgicaux.

Tableau IV : Répartition selon les gestes chirurgicaux

Gestes réalisés	Nombre	Pourcentage (%)
Cystorraphie sur sonde vésicale	**20**	**38,5**
Néphrectomie	10	19,2
Réimplantation de l'urètre avec sonde double « J »	7	13,5
Anastomose uretéro-urétérale	4	7,7
Réduction et contention avec fil métallique	2	3,8
Résection + anastomose intestinale	3	5,8
Excision + suture des berges intestinales	5	9,6

Le délai moyen de retrait de la sonde urinaire était de 21 jours avec des extrêmes de 14 et 28 jours.

Plus de la moitié de nos patients avaient une suite favorable (76,9%), par contre 23,1% (12 cas) avaient une évolution défavorable dont 8 cas de suppuration pariétale (15,4%), 1 cas de fistule stercorale (1,9%) et 3 cas (5,8%) de décès liés aux lésions associées.

DISCUSSION

La survenue d'une péritonite urineuse est une situation rare, de diagnostic étiologique précoce grâce au progrès technique apporté par l'imagerie innovante [2]. Ce diagnostic se fait le plus souvent à quelques heures voire quelques jours après l'intervention chirurgicale [5].

Les traumatismes de l'ensemble de l'appareil uro-génital représentent 1 à 5% de la traumatologie. Quatre-vingt (80) à 90% de ces traumatismes sont dus à des accidents de la voie publique, des chutes et des accidents de sport. L'homme est le plus fréquemment atteint, comme cela était le cas dans notre étude [6].

L'incidence du traumatisme iatrogène est de l'ordre 0,05-30% ; elle dépend de l'expérience du chirurgien et de la difficulté de la technique utilisée. Ces lésions sont habituellement consécutives soit à un traumatisme direct lors de la dissection soit le plus souvent à une nécrose ischémique secondaire à une électrocoagulation de proximité [3].

Les complications urinaires des fractures du bassin constituent une pathologie grave survenant souvent chez des patients jeunes et pouvant mettre en jeu la qualité de la miction et le pronostic vital [7]. Ils surviennent le plus souvent au cours des accidents de la voie publique, dans un contexte de choc violent [8].

La rupture vésicale traumatique est plus fréquente en raison de la situation abdominale de la vessie. Le plus souvent, elle est localisée au niveau du dôme, partie la moins résistante de la vessie, ce qui contribue à la rupture dans la cavité abdominale [2]. La survenue d'une rupture transversale et complète post traumatique de la vessie est exceptionnelle. Le mécanisme est surtout expliqué par un écrasement ou compression latérale du bassin provoquant une hyperpression endo-pelvienne transmise de manière homogène aux parois vésicales sous trigonales. Une pression abdominale importante pouvait occasionner une désinsertion complète de la vessie autour du trigone [1].

Le problème se pose quant au diagnostic étiologique. La radiographie de l'abdomen sans préparation permet de rechercher un pneumopéritoine qui oriente vers une perforation de tube digestif associée. L'échographie abdominale permet d'objectiver l'état de la vessie, l'inondation péritonéale et l'intégrité hépato-splénique [1]. Dans notre contexte, ces examens sont souvent les seuls réalisables en urgence mais l'uro-scanner, s'il est réalisé permet de confirmer avec précision l'origine de la péritonite urineuse per-opératoire.

La prise en charge de ces lésions urologiques a été chirurgicale [4]. Toute brèche des voies urinaires en intra-péritonéal, doit être traitée par laparotomie exploratrice et fermeture de la brèche, avec évacuation-lavage péritonéale et drainage systématique des voies urinaires [9].

Le pronostic de la péritonite urineuse est réservé. Généralement, l'évolution est favorable lorsque le diagnostic est précoce et que le traitement médico-chirurgical était adapté. En revanche, le pronostic est sévère en cas de retard diagnostique ou thérapeutique et lorsque le patient est immunodéprimé. Le pronostic est très mauvais en cas de sepsis ou de défaillance multiviscérale [2].

CONCLUSION

La péritonite urineuse est une entité rare mais de pronostic sévère. Elle a été évoquée devant une douleur abdominale fébrile avec distension et défense généralisée, en présence d'un épanchement intra-péritonéal abondant. L'attitude thérapeutique est urgente et médico-chirurgicale, reposant sur la reconstruction et réparartion des lésions, associée à un bon drainage vésico-péritonéal et une antibiothérapie systémique adaptée. Le pronostic dépendrait de la cause de la perforation et de la rapidité de la prise en charge.

REFERENCES

1- **Raherinantenaina F., Rambel A.H., Rakotosamimanana J., Randrianjaka H.F., Rakototiana F.A., Rantomalala H.Y.H.** Rupture traumatique du col vésical chez l'enfant. Elsevier Masson 2013 ; 23 : 150-152.

2- **Raherinantenaina F., Rambel A.H., Rakotosamimanana J., Randrianjaka HF, Rakototiana F.A, Rantomalala HYH.** Rupture traumatique du col vésical chez l'enfant. Progrès en Urologie. 2013 ; 23(2) : 150-152.

3- **Bentaleb H., Bensouda A., Kabbaj M., Karmouni T., Tazi K., El Kader K. et al.** Prise en charge des traumatismes iatrogènes de l'urètre : A propos de 24 cas. African Journal of Urology 2007 ; 13(3) : 219-225.

4- **Sangaré D., Berthé HJG., Diakité ML., Samassekou A., Diakité AS., Diallo MS., et al.** Les complications urologiques liées à la chirurgie pelvienne au CHU du POINT-G, à propos de 23 cas. Mali Médical 2018 ; 2 : 9-12.

5- **Kpatcha T.M., Tengué K., Anoukoum T., Botcho G., Sikpa K.H., Fall P.A. et al.** Complications urologiques de la chirurgie pelvienne au CHU Aristide Le Dantec de Dakar. African Journal of Urology 2014 : 206-210.

6- **Labyad A, Elkattani Y, Elssoussi A, Rabii R, Mezian F.** Les traumatismes fermés du rein : notre expérience dans la prise en charge thérapeutique. African Journal of Urology 2013 ; 19(4) : 211-214.

7- **Rebai N, Fourati M, Chaabouni A, Bouassida M, Rekik S, Smaoui W, Hadj Slimen M, Mhiri M.** Corrélation entre fractures du bassin et complications urinaires : une étude à propos de 62 cas. Prog Urol.2014 ;24(13) : 827-8.

8- **Odzébéa AWS, Bouyaa PA, Otiobanda GF, Malounguidi Fwenythc RV, Monka M, Atipo Ondongo AM et al.** Les complications urologiques des fractures de la ceinture pelvienne : à propos de 22 cas au CHU de Brazzaville. Prog Urol. 2013 ; 23(7) : 474-9.

9- **Ben Lasfar L, Sahtout W, Mallat F, Azzebi A, Guedri Y, Ben Abdallah A et al.** Rupture partielle postérieure iatrogène d'un pyélon d'un greffon en intrapéritonéal : intérêt de l'attitude conservatrice dans sa prise en charge, à propos d'un cas. Néphrologie & Thérapeutique 2015 ; 11(5) : 413.