



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

**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**  
**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

**SOMMAIRE**  
**EDITORIAL**  
**ARTICLES ORIGINAUX NUMEROS DE PAGES**

**CONTENTS**  
**EDITORIAL**  
**ORIGINALS ARTICLES NUMBERS PAGES**

- 1) Prise en charge de la péritonite urinaire 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 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**

## CANCER DU SEIN BILATERAL DECOUVERT DEVANT DES LOCALISATIONS SECONDAIRES CEREBRALES : A PROPOS D'UN CAS

### BILATERAL BREAST CANCER DISCOVERED IN THE PRESENCE OF SECONDARY CEREBRAL LOCALIZATIONS: A CASE REPORT

Toure AI<sup>2,3</sup>, Diouf YC<sup>1</sup>, Mihimit A, BAH<sup>3</sup>, M, Abbo<sup>4</sup> MD A, Niang RD, Ciss D, Sy M, Gaye A.

1. Service de cancérologie, hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal
2. Service de chirurgie hôpital régional de Fatick, Sénégal
3. Service de cancérologie, hôpital national Donka, Guinée
4. Université Adam Barka d'Abéche, Tchad

---

#### Résumé

**Introduction :** Le cancer du sein bilatéral synchrone est relativement rare. Il représente 1,5 à 3,5 % des cancers du sein. La survenue de métastase cérébrale assombrit le pronostic de ce cancer avec une médiane de survie inférieure à un an.

**Observation :** A.N 45 ans, G3P3, est reçue aux urgences médicales pour des crises convulsives évoluant depuis 6 mois. L'examen a objectivé une impotence fonctionnelle des membres inférieur et supérieur gauches, un bilan a été demandé et un traitement symptomatique fût instauré. Trente-quatre jours plus tard, elle est reçue dans un tableau de vomissements et de crises convulsives, motivant la réalisation d'une TDM cérébrale qui a mis en évidence des localisations secondaires cérébrales multiples. Devant la constatation d'un gros bras droit, notre avis a été demandé. L'examen a objectivé des seins tuméfiés inflammatoires avec un aspect de peau d'orange et une masse mammaire droite de 10x8 cm associées à des adénopathies axillaires bilatérales mobiles. Une biopsie et une TDM thoraco-abdomino-pelvienne ont permis de poser le diagnostic de CINOS triple négatif bilatéral classé T4dN1M1 (cérébrale, osseux et pulmonaire). Une corticothérapie à forte dose a été instaurée. Elle a reçu 6 cures (Adriamycine Cyclophosphamide (AC)

avec une réponse partielle puis 6 cures de carboplatine-taxol associé à de l'acide zoledronique. Devant la stabilisation des lésions secondaires et la persistance des lésions mammaires, une MCA bilatérale a été réalisée 16 mois après sa consultation. Les suites opératoires sont simples. **Conclusion :** Ce cas de cancer du sein bilatéral souligne l'indication d'une consultation oncogénétique pour un diagnostic précoce.

**Mots clés :** Cancer du sein ; Bilatéral ; Métastatique

#### Abstract

**Introduction:** Bilateral synchronous breast carcinoma is relatively rare. It accounts for 1.5 to 3.5% of all breast cancers. The occurrence of brain metastases worsens the prognosis of this cancer, with a median survival of less than one year. **Observation:** A.N., 45 years old, 3 Gravidy, 3 Parity, was admitted to the emergency because of a 6-month history of seizures. Examination revealed significant limb function, a workup was ordered, and symptomatic treatment was initiated. 34 days later, she was admitted with vomiting and seizures, prompting a cerebral CT scan, which revealed multiple secondary cerebral lesions. Our opinion was sought due to the finding of a large right arm.

*Examination revealed swollen, inflamed breasts with an orange peel appearance and a 10x8 cm right breast mass associated with bilateral mobile axillary adenopathies. A biopsy and CAT scan led to the diagnosis of bilateral triple-negative CINOS classified as T4dN1M1 (cerebral, bony, and pulmonary). High-dose corticosteroid therapy was started. She received 6 courses of AC with a partial response, followed by 6 courses of carboplatin-taxol in combination with zoledronic acid. Given*

*the stabilization of secondary lesions and the persistence of breast lesions, bilateral MCA was performed, 16 months after her presentation. Postoperative management was uncomplicated. **Conclusion:** This case of bilateral breast cancer highlights the need for oncogenetic consultation for early diagnosis.*

**Key Words:** Breast Cancer; Bilateral; Metastatic

## **INTRODUCTION**

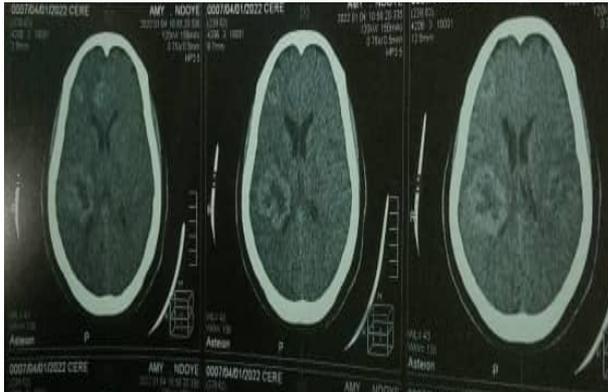
Les cancers du sein bilatéraux synchrones sont relativement rares. Leur fréquence dans la littérature est entre 1,5 à 3% [1,2]. Ces cancers se caractérisent par une importante hétérogénéité clinique et morphologique [3] et font des métastases très fréquentes, parfois révélatrices [1, 4]. Nous décrivons un cas de cancer du sein bilatéral découvert par une localisation secondaire cérébrale

## **OBSERVATION**

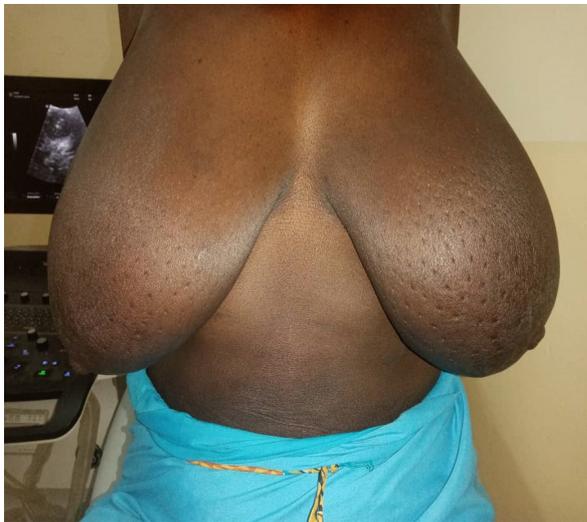
Il s'agit d'une patiente A. N. âgée de 45 ans, 3<sup>ème</sup> Geste, 3<sup>ème</sup> Pare admise aux urgences médicales pour des crises convulsives avec une résolution spontanée. L'histoire de sa maladie remonterait à 6 mois marquée par des crises convulsives à résolution spontanée. La persistance de la crise avec une fréquence de plus en plus rapprochée a motivé une consultation aux urgences médicales de l'hôpital général Idrissa Pouye de Dakar. Les antécédents de la patiente ne révélaient pas de notion de cancer dans la famille. L'examen clinique à l'admission aux urgences notait un bon état général avec conscience conservée. La tension artérielle était normale et l'examen des seins n'avait pas été réalisé. Devant cet examen clinique normal, la patiente a bénéficié d'un bilan sanguin standard qui est revenu normal, et une mise en observation pendant 24h puis mise en exeat avec un bulletin de consultation externe. Trente-quatre jours

après sa consultation aux urgences, la patiente était admise à nouveau pour des crises convulsives et des vomissements. À l'examen clinique, on notait une hémiparésie gauche. Une TDM cérébrale a permis d'objectiver une image compatible avec une localisation cérébrale secondaire (figure 1). La recherche de foyer primitif a conduit à la réalisation d'un examen du sein qui a permis de noter des seins tuméfiés inflammatoires, aspect de peau d'orange, avec une masse mammaire droite de 10 x 8 cm, et des adénopathies axillaires bilatérales mobiles et gros bras. La biopsie bilatérale des seins a été réalisée pour l'examen anatomopathologique et Immunohisto-chimie (IHC) dont le résultat a conclu à un carcinome infiltrant non spécifique (CINOS) triple négatif bilatéral classé T4dN1M. Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne (TAP) scanner a été réalisée pour compléter le bilan d'extension et notait des localisations hépatiques et osseuses. Un traitement à base de corticothérapie à forte dose associée à une chimiothérapie avec 6cycles AC (adriamycine + cyclophosphamide), puis 6 cycles de Carboplatine-Taxol + acide zoledronique après RCP. Ce traitement a donné une réponse partielle. Seize mois après la chimiothérapie, on notait la persistance de la lésion primitive ce qui a conduit à la réalisation d'une mastectomie avec curage axillaire (Figure 2). Les suites opératoires

ont été simples. La patiente est vivante et actuellement en suivi trimestriel.



**Figure 1 : scanner cérébral montrant les lésions secondaires a l'hémisphère droit.**



**Figure 2 : Aspect des seins en préopératoire**



**Figure 3 : Aspect à J15 post opératoire**

## DISCUSSION

Le cancer du sein bilatéral synchrone est rare par rapport à la forme métachrone qui est une récurrence d'un cancer du sein sur le sein homolatéral après plus de 6 mois de traitement [5]. La bilatéralité ainsi que la multicentrique d'un cancer reflète en réalité la capacité de la transformation maligne, d'apparaître à des endroits différents du tissu mammaire de façon indépendante, simultanée ou non, cette haute capacité métastatique est responsable d'une découverte tardive révélant lors de localisation secondaire ainsi dans la littérature, les localisations oculaires [6], vésicales [4] d'un cancer primitif du sein. Dans notre cas la localisation cérébrale a été révélatrice bien que d'autres localisations aient été retrouvées lors de bilan d'extension à savoir la localisation hépatique et osseuse, mais ces autres localisations sont restées asymptomatiques. L'absence d'examen du sein systématique et la mammographie de dépistage lors de ses différentes consultations aux urgences ont contribué d'avantage au retard du diagnostic. Le type histologique est identique dans les cancers du sein triples négatifs à l'IHC. Les études menées sur le cancer du sein bilatéral synchrone indique que ces tumeurs bilatérales sont pour la plupart des tumeurs indépendantes [7], cette ressemblance histologique est relative.

Les facteurs environnementaux et notamment hormonaux sont donc probablement responsables de cette ressemblance histologique [7, 8].

Les facteurs génétiques ont été incriminés dans certains études notamment le gène BRCA1 et BRCA2 [9, 10]. Dans notre cas, on n'a pas retrouvé une notion d'antécédent de cancer du sein dans la famille. La recherche du gène BRCA1 et BCRA2 n'a pas été réalisée par défaut de disponibilité dans le service, la recherche de ce gène et une consultation oncogénétique pourrait être nécessaire pour la surveillance et le dépistage précoce de cancer du sein dans la famille.

## CONCLUSION

Le cancer du sein bilatéral synchrone est rare mais avec certaines particularités cliniques, qui peut être révéler par des localisations secondaires, l'examen

systematique des seins, la mammographie de dépistage à partir de 40 ans, pourraient contribuer au diagnostic précoce et améliorer la survie.

## REFERENCES

1. **Vuoto HD, García AM, Candás GB, et al.** Bilateral breast carcinoma: clinical characteristics and its impact on survival. *The breast journal* 2010; 16: 625–632.
2. **Takahashi H, Watanabe K, Takahashi M, et al.** The impact of bilateral breast cancer on the prognosis of breast cancer: a comparative study with unilateral breast cancer. *Breast cancer* 2005; 12: 196–202.
3. **Khalil AI, Bendahhou K, Mestaghanmi H, et al.** Cancer du sein bilatéral synchrone: expériences du centre Mohammed VI pour le traitement des cancers CHU Ibn Rochd Casablanca. *Pan Afr Med J*; 25. Epub ahead of print 2016. DOI: 10.11604/pamj.2016.25.121.9967.
4. **Sarda V.** *Metastase vesicale revelatrice d'un cancer mammaire bilatéral infraclinique: a propos d'un cas.* Toulouse 3, 1993.
5. **Beinart GA, Gonzalez-Angulo AM, Broglio K, et al.** Clinical course of 771 patients with bilateral breast cancer (BBC): Characteristics associated with overall and recurrence-free survival. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25: 546–546.
6. **Pujo Rossi F, Hubert I, Minoyan G, et al.** Découverte d'un carcinome mammaire infiltrant de 8 mm révélé par une rétinopathie bilatérale. *Journal Français d'Ophtalmologie* 2009; 32: 1S166-1S167.
7. **Boufettal H, Samouh N.** Cancer du sein bilatéral synchrone au Maroc: caractéristiques épidémiologiques et cliniques. *Pan Afr Med J*; 20. Epub ahead of print 2015. DOI: 10.11604/pamj.2015.20.118.6136.
8. **Achaaban M, Maakoul R, Fathi K, et al.** Cancer du sein bilatéral synchrone à propos de deux cas. *Journal Marocain des Sciences Médicales* 2013, Tome XVIII ; N°2.
9. **Rahantsoa Finaritra CFP, Razafindrasamy André W, Razafindrahita JBA, et al.** limite de la prise en charge des cancers du sein bilatéraux synchrones dans un pays à revenu faible comme Madagascar.
10. **Marpeau O, Ancel P-Y, Antoine M, et al.** Cancers du sein bilatéraux synchrones : facteurs de risque, diagnostic, histologie, traitement. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2008; 36: 35–44.