



**Juin 2025, Volume 8
N°3, Pages 184 - 290**

**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 : 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-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune Badara Thiam- **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 Cissé (**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 Dosséh (**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**)
Mouhammadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegné Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhoue (**France**)



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2025, Volume 8,
N°3, Pages 184 - 290

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

PAGES

1. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des péritonites spontanées primitives au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi au Niger. **Maman Boukari H et al** 184
2. L'opération de Heller par voie laparoscopique pour achalasie à propos de 8 cas au CHU de Treichville. **Goho KM et al** 193
3. Les péritonites post-opératoires : aspects diagnostiques et prise en charge à l'hôpital régional de Kankan. **Koundouno AM et al** 199
4. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. Péritonites aiguës généralisées biliaires d'origine typhique. **Boka Tounga Y et al** 215
6. Prise en charge des formes compliquées de l'appendicite aiguë de l'adulte **Niasse A. et al**.... 223
7. Évaluation du temps d'attente des patients en salle de préparation du bloc opératoire dans deux hôpitaux de Yaoundé (Cameroun). **Bang GA et al** 231
8. Gestion de la gangrène de Fournier en chirurgie générale : quels résultats ? **Hama Y et al** 238
9. Arthrodèse de la cheville : alternative radicale salvatrice dans les pays à ressources limitées. **Dabire MN et al** 246
10. Cancers de l'ovaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 170 cas à l'Institut Joliot Curie de Dakar. **Thiam J et al** 253

CAS CLINIQUES

11. Prise en charge d'une tumeur desmoïde géante abdominale à l'unité de chirurgie oncologique de l'Hôpital National Donka. **Touré AI et al**..... 261
12. Tumeur gastrique perforée compliquée d'abcès hépatiques et spléniques : à propos d'un cas. **Dieng M et al** 269
13. A propos d'un gossyipome pariétal : une curieuse découverte. **Kambiré JL et al** 277
14. La maladie de Bowen péri-anale : à propos d'un cas au CHU de Bouaké. **Leh Bi KI et al** 282
15. Corps étranger incarcéré dans le haut rectum : à propos d'un cas. **Leh Bi KI et al** 287

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES

PAGES

1. *Epidemiological and therapeutic aspects of primary spontaneous peritonitis at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger. Maman Boukari M et al*.....184
2. *Heller's laparoscopic operation for achalasia about 8 cases at teaching hospital of Treichville. Goho KM et al*.....193
3. *Post-operative peritonitis: diagnostic aspects and management at the Kankan regional hospital. Koundouno AM et al*199
4. *Diagnostic and therapeutic aspects of hemorrhoid disease at the University Hospital center of Libreville (Gabon). Dyatta Mayombo K et al*.....208
5. *Acute generalized biliary peritonitis of typhoid origin. Boka Tounga Y et al*215
6. *Management of complications of acute appendicitis in adult. Niasse A et al*.....223
7. *Evaluation of patient waiting time in the theatre's preparation room in two hospitals of Yaounde (Cameroon). Bang GA et al*.....231
8. *Management of Fournier's gangrene in general surgery: what are the outcomes? Hama Y et al*238
9. *Ankle arthrodesis: a radical solution in low-income countries. Dabire MN et al*246
10. *Ovarian cancer: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects, about 170 cases at the Joliot Curie Institute in Dakar.Thiam J et al*253

CASES REPORTS

11. *Management of a giant abdominal desmoid tumor at the oncological surgery unitof the Donka National Hospital. Toure A et al*.....261
12. *Perforated gastric tumour complicated by hepatic and splenic abscesses: a case report. Dieng M et al*....269
13. *About a parietal gossyipoma: a curious discovery Kambiré JL et al*277
14. *Peri-anal Bowen disease: a case report from Bouake Hospital. Leh Bi KI et al*282
15. *Foreign body incarcerated in the Upper rectum:a case report. Leh Bi KI et al*287

LA MALADIE DE BOWEN PERI-ANALE : A PROPOS D'UN CAS AU CHU DE BOUAKE

PERIANAL BOWEN'S DISEASE: A CASE REPORT FROM BOUAKE HOSPITAL

**LEH BI KI (1), N'DRI AB (1), KOUAKOU BA (1), BAMBA I (1), DAGER N (2),
GRUSS E (2).**

(1) Service de chirurgie générale et digestive du CHU de Bouaké (Côte D'Ivoire)

(2) Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint-Georges, Paris, France

Correspondance : Dr Leh Bi Kalou Ismaël. Service de chirurgie générale et digestive du CHU de Bouaké. 01 BP 2644 Bouaké 01, Tél : 00 (225) 0707155538.

E-mail : klehbi@yahoo.fr

RESUME

Introduction : la maladie de Bowen est un carcinome épidermoïde *in situ*, de localisation diverse . Son étiologie exacte est inconnue . Le traitement de choix repose sur l'exérèse chirurgicale. Nous rapportons un cas, à localisation anale prise en charge.

Observation : Il s'agissait d'un patient de 67 ans, immunocompétent, avec un antécédent de polypectomie trans-anale en 2022. Il a consulté pour masse anale d'aspect kératosique associée à un prurit, une rectorragie et une proctalgie évoluant depuis 1 an. L'examen général était normal, celui de la marge anale a mis en évidence la présence d'une lésion péri-anale superficielle souple avec un aspect de plaques kératosiques ulcéré de consistance ferme et rugueux strictement marginale et isolée de 5 cm × 4 cm. On notait aussi des paquets hémorroïdaires externes. Une anorrectoscopie et une coloscopie totale ont été réalisée et ont mis en évidence des paquets hémorroïdaires internes et une muqueuse intra-canalaire normale. L'hémogramme et le scanner thoraco-abdomino-pelvien étaient normaux. Une biopsie cutanée péri-

anale a été réalisée. L'examen histopathologique était en faveur d'une maladie de Bowen cutanée. Le traitement a consisté d'emblée à l'excision chirurgicale de la lésion. Les suites opératoires furent simples. Après un recul de 1 an on ne notait pas de récidive.

Conclusion : la maladie de Bowen péri-anale est une pathologie rare. Le traitement repose sur la chirurgie. Le pronostic est bon.

Mots clés : chirurgie, maladie de Bowen , région péri-anale, CHU de Bouaké.

Abstract

Introduction: Bowen's disease is a squamous cell carcinoma *in situ* of various locations. Its exact aetiology is unknown. The treatment of choice is surgical excision. We report a case in which anal excision was performed.

Case report: It was a 67-year-old patient, immunocompetent, with a history of transanal polypectomy in 2022. He presented with a keratotic anal mass

associated with pruritus, rectal discharge and proctalgia that had been present for 1 year. The general examination was normal, but the anal margin revealed a superficial soft perianal lesion with the appearance of ulcerated keratotic plaques with a firm, rough consistency, strictly marginal and isolated, measuring 5 cm × 4 cm. External haemorrhoidal packets were also noted. Anorectalscopy and total colonoscopy were performed and revealed internal haemorrhoidal packets and normal intracanal mucosa. Blood count and thoracic-abdominal-pelvic CT scan were

normal. A perianal skin biopsy was performed. Histopathology was consistent with cutaneous Bowen's disease. Treatment consisted of surgical excision of the lesion. The post-operative course was straightforward. After 1 year, there was no recurrence.

Conclusion: Perianal Bowen's disease is a rare disease. The prognosis is good.

Key words: surgery, Bowen's disease, perianal region, Bouaké University Hospital.

INTRODUCTION

La maladie de Bowen est un carcinome épidermoïde in situ . C'est une tumeur à malignité intra épidermique non mélanocytaire [1,2]. Elle peut apparaître à différents endroits sur le corps. Elle se caractérise par une lésion plane rosée, parfois pigmentée, érythémateuse ou érythémato-squameuse [3,4]. Son étiologie exacte est inconnue, mais l'exposition chronique au soleil, ainsi que l'infection par le papillomavirus humain sont des facteurs prédisposants connus [4, 5]. Le diagnostic se fait par l'histologie. Il existe une diversité de traitement. Mais le traitement de choix repose sur l'exérèse chirurgicale précoce et complète [2, 6]. Le pronostic de la maladie de Bowen est bon car le risque de progression en carcinome invasif est de l'ordre de 3 à 20% des cas.

Nous rapportons une prise en charge réussie de la maladie de Bowen à localisation péri-anale.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 67 ans, immunocompétent avec un antécédent de polypectomie trans-anal en 2022 pour polype hyperplasique pédiculé intra-rectal. Il a consulté pour une masse anale d'aspect kératosique associée à un prurit, une rectorragie et une proctalgie évoluant depuis 1 an. L'examen général était normal, celui de la marge anale a mis en évidence la présence d'une lésion péri-anale superficielle souple avec un aspect de plaques kératosiques ulcérées de consistance ferme et rugueuse strictement marginale isolée de 5 × 4 cm (**Figures 1 et 2**). On notait aussi des paquets hémorroïdaires internes. Une anorrectoscopie et une coloscopie totale ont été réalisée et ont mis en évidence des paquets hémorroïdaires interne et une muqueuse intra-canalaire normale. L'hémogramme et le scanner thoraco-abdomino-pelvien étaient normaux. Une biopsie cutanée périnéale a été réalisée. L'examen histopathologique des lésions cutanées a

révélé une hyperkératose épidermique avec parakératose focale, un épaississement de l'épiderme, de la kératine et de la peau en rapport avec la maladie de Bowen cutanée. Le traitement a consisté d'emblée à l'excision chirurgicale de la lésion (**Figure 3**). L'anatomopathologie définitive de la pièce opératoire était en faveur la maladie de Bowen ; les marges de résection étaient saines. Les suites opératoires furent simples. Après un recul de 2 ans on ne note pas de récidive.

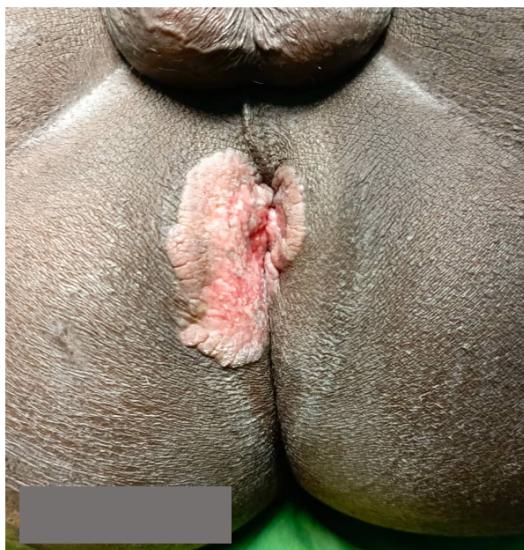


Figure 1 : images de la maladie de Bowen péri-anale



Figure 2 : image après champage



Figure 3 : image après exérèse chirurgicale

DISCUSSION

Plusieurs sites de localisation de la maladie de Bowen ont été décrites dans la littérature ; mais l'étiologie exacte est inconnue [2,3]. Cependant il existe plusieurs facteurs de risque connus et son incidence est élevée en général chez les Caucasiens [7]. Le principal facteur de risque est l'exposition au soleil, car la maladie de Bowen se manifeste principalement sur les zones exposées au soleil. Les sites les plus fréquemment atteint sont la tête et le cou, suivis des membres inférieurs, ces zones dites photo-exposées (exposée aux rayons du soleil). Mais Il affecte également les zones photo-protégées (non exposée aux rayons du soleil) telles que les régions ano-génitales. L'apparition sur des zones comme la vulve, et le pénis ont même été décrites [3,7]. La localisation péri-anale (zone photo-protégée) est rare [1,6,7]. Et comme toutes les lésions néoplasiques intra-épithéliales de l'anus, on note une prédominance féminine et est favorisée par à une infection chronique par des papillomavirus humains oncogènes. Son incidence et sa prévalence

augmentent, tout particulièrement chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les personnes immunodéprimées ont un risque élevé de développer la maladie de Bowen à un plus jeune âge [5,8,9]. Dans notre cas c'est plutôt un sujet âgé (67 ans) de sexe masculin immunocompétent avec une localisation péri-anale de la maladie de Bowen. Selon la littérature elle touche tous les âges mais est rare chez les personnes âgées de moins de 30 ans [1,9,10]. Mais la maladie de Bowen survient généralement chez les personnes âgées de plus de 60 ans comme c'est le cas chez notre patient. Les lésions sont généralement solitaires. Mais des cas où des patients, présentant plus de deux localisations à la fois, ont été décrits dans la littérature [3,4,10]. La morphologie de la maladie de Bowen diffère selon l'âge de la lésion, le site d'origine et le degré de kératinisation. La maladie de Bowen étant un carcinome *in situ*, elle précède un carcinome épidermoïde invasif. Ce qui emmène certains auteurs à la considérer comme « l'accalmie avant la tempête » même si on estime que dans la population générale, environ 3 à 5 % des cas de la maladie de Bowen se transforment en cancer épidermoïde invasif [3,7,10].

La maladie de Bowen cutanée à localisation péri-anale présentent des symptômes mineurs tels que des démangeaisons ou une sensation de brûlure. Environ un tiers des patients se plaignent d'une lésion ou d'une masse hémorragique [5,7]. Chez notre patient on notait un prurit associé à une masse hémorragique. Sur le plan diagnostique, l'examen clinique associée à l'immunohistochimie, la dermoscopie, et la microscopie confocale par réflectance permettent d'évoquer le diagnostic [7,11]. Mais l'examen histologique est l'élément de confirmation du diagnostic après la

biopsie cutanée. A l'histologie elle est caractérisée par une dysplasie de l'épithélium squameux, siège d'une dyskératose et d'une activité mitotique au sein des couches épithéliales [2,5,8]. Le traitement comprend entre autres la chimiothérapie topique, la radiothérapie et la chirurgie [1,10]. Ce traitement dépend de divers facteurs tels que le site, la taille, le statut immunitaire, l'âge du patient, le résultat esthétique. Il nécessite au mieux l'effort combiné d'un dermatologue, d'un chirurgien cancérologue et d'un chirurgien plasticien. Le traitement de choix repose sur l'exérèse chirurgicale précoce et complète. [1, 7,8]. Cette exérèse peut être réalisée de manière classique avec des marges latérales de 5 mm ou selon la chirurgie micrographique de Moh. La chirurgie micrographique de Moh a pour avantage de résoudre les problèmes de la cicatrisation prolongée dans certaines régions, les résultats fonctionnels et esthétiques. Et aussi le traitement des zones difficiles comme les régions péri-orificielles, et les lésions génitales où l'épargne de tissu est l'objectif principal. Elle est également utile dans les cas d'excision incomplète et de récidive récurrentes, étant donné le taux élevé de récidive après traitement de la maladie de Bowen [1,3,7]. Pour traiter les lésions de petite taille, les lésions uniques, péri-anales, la chirurgie classique avec l'excision simple et large de la lésion et la fermeture primaire est préférable [3,7,8]. La chirurgie classique dans notre cas a été la modalité thérapeutique vu le siège périnéal de la lésion. En général, les personnes atteintes de la maladie de Bowen ont un excellent pronostic parce que la maladie évolue généralement lentement et répond favorablement au traitement.

CONCLUSION

La maladie de Bowen péri-anale est une pathologie rare. Elle touche également le

sujet immunocompétent. Le traitement repose sur la chirurgie. Le pronostic est bon

REFERENCES

- 1-Takahiro I, Toshiyuki I, Shun O, Ryo A, Takamasa M, Yukimasa T et al.** Perianal Bowen's disease treated with radiotherapy preserving anal function with a unique skin reaction considered as 'tumoritis'. International Cancer Conference Journal .2023;12:41-5.
- 2-Katsambas AD, Lotti TM, Dessinioti C, D'Erme AM.** European Handbook of Dermatological Treatments. Berlin. Springer-Verlag. 2015. p.111-8.
- 3- Liang DG, Soliman B, Cha J.** A rare case of Bowen's disease of the nipple: Literature review and management pathway. Breast Journal. 2020;00 :1-5.
- 4-Musaddique ASM, Gupta A, Nayak CS.** Bowen's disease on two different unrelated anatomical sites (genitals and nail) in succession in an immunocompromised patient. Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS. 2022; 43:189-91.
- 5- Kéita BS, Doucouré D, Sangaré S, Cissé A, Traoré M, Keïta MS et al .** Carcinome du tractus ano-génital in situ de type Bowen chez une immunodéprimée au VIH : à propos d'un cas au Mali. Health Sciences and Disease 2020; 21(6):104-106.
- 6- Omry A, El Ayoun RZ, Behi H, Changuel A, Tlili K, Khalifa BM.** Surgical perspective on perianal Bowen's disease: A rare case report. International Journal of Surgery Case Reports .2024;117:1-9.
- 7-Palaniappan V, Karthikeyan K.** Bowen's disease. Indian Dermatology Online Journal 2022; 13:177-89.
- 8-Pathave H, Warang O, Nayak C.** An unusual presentation of perianal Bowen's disease in an immunocompromised patient – Excised and grafted. Indian Journal Sexually Transmited Disease 2023; 44:69-70.
- 9-Melita V P, Nataša C, Ksenija M, Martina M.** Unrecognized Bowen's disease in previously treated condylomata acuminata: indication of a common etiology? Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica. 2022; 31:33-7.
- 10- Zhang D, Liu X, Wang S, Lang X, Ma W, Pang Y.** Multiple Bowen's disease due to long-term narrow-band ultraviolet B phototherapy: A case report and literature review. Journal of Cosmet Dermatology 2024; 23:1583-7.
- 11- Wozniak-Rito AM, Rudnicka L.** La maladie de Bowen en dermoscopie. Acta Dermatovenerology Croate. 2018; 26(2):157-61.