https://surgery.jaccrafrica.com

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

Jaccr Surgery

ISSN 2712-6412

https://surgery.jaccrafrica.com

Volume 1, Numéro 3 (Octobre, Novembre, Décembre 2025)

JaccrSURGERY

Jaccr Surgery ISSN 2712-6412 est une revue de Jaccr Africa portant sur les Maladies Chirurgicales en Afrique.

L'Afrique représente près de 17 % de la population mondiale, mais contribue à moins de 2 % des publications scientifiques mondiales, toutes disciplines confondues. Dans le domaine spécifique de la chirurgie, cette disparité est encore plus marquée : les données africaines sont rares, fragmentées, et trop souvent absentes des grandes revues internationales.

Pourtant, sur le terrain, les chirurgiens africains font preuve d'une expertise unique, adaptée à des contextes souvent complexes, avec des ressources limitées mais une ingéniosité remarquable. Chaque jour, dans les hôpitaux publics comme lors des campagnes de chirurgie foraine, des vies sont sauvées grâce à des pratiques innovantes, des gestes techniques ajustés au contexte local, et un sens profond de la mission médicale.

JACCR SURGERY est né de cette réalité.

Notre objectif est clair : offrir une plateforme scientifique dédiée à la publication des cas cliniques, revues de la littérature et expériences chirurgicales africaines. Nous voulons valoriser la richesse du terrain, faire entendre la voix des praticiens africains, et contribuer à une médecine fondée sur des données locales et des pratiques partagées.

Ce journal est aussi un appel à la solidarité et à la collaboration entre professionnels africains : en documentant, en partageant et en publiant, nous renforçons notre capacité collective à innover, à enseigner, et à soigner.

Rejoignez-nous dans cette aventure scientifique et humaine. Publiez, lisez, partagez. L'Afrique chirurgicale a des histoires à raconter. Il est temps de les écrire.

Vous pouvez soumettre vos manuscrits en Français et en Anglais.

Contact : infos@surgery.jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro

(Trouvez après cette liste l'intégralité de chaque article)

Profil sociodémographique et prise en charge de la grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry
F Bamba Diallo, MH Diallo, F Binta Diallo, A Diallo, IS Balde, T Sy

Emphysème lobaire congénital du nourrisson : à propos d'un cas
I Faye, OR Thiam, FG Niang, Y Kasse, AN Diop

Hémangiome costal : une tumeur rare de la paroi thoracique
J Saye, CAS Touré, I Coulibaly, S Coulibaly, MS Koita, CS Traoré, S Kanté, S Sanogo, D Ouattara, S Diallo, B Bengaly, B Togola, D Traoré

Hernie diaphragmatique congénitale droite à révélation tardive chez un nourrisson
R Bonny-Obro, YL Ake, KA Midekor-Gonebo, AKS Kouassi-Dria, JJS Ouattara, EN Moh

Myome prævia sur grossesse menée à terme à la maternité Ignace Deen du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée : à propos d'un cas
I Conté, AFM Soumah, O Sylla, M Magassouba, BA Diallo, A Diallo, T Sy

Occlusion intestinale grêlique au cours de la grossesse révélée par un tableau de menace d'accouchement prématuré
M Wade, F Tandian, AYG Moussas, AA Sarr, F Diouf, N Gueye

Insuffisance rénale et uropathies malformatives. Cas particuliers du reflux vésico-urétéral, du mégauretère primitif et des valves de l'urètre postérieur
F Binta Balde, TMO Diallo, AV Gamamou, Z Benmassaoud, O Alaoui, A Mahmoudi, K Khattala, Y Bouabdallah, AB Diallo

Un cas rare de fracture ouverte de jambe par morsure de crocodile à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti (Mali)
M Berthe, CO Sanogo, SI Tambassi, S Kone, MH Daffe, K Coulibaly, L Toure

Prise en charge des traumatismes abdominaux en Afrique subsaharienne à propos de 166 cas au CHU de Treichville
KM Goho, KHN Ahue, A Adon, K Kpan, NA Coulibali, AG Aboua, KJ N'dri,OC Blegole

Frontal mucocele with orbital extension: a series of 4 cases and review of the literature
DJM Okamon, WI Meuga, J Brou, L Konan, S Dongo, DO N'dri

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Article original

Profil sociodémographique et prise en charge de la grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry

Sociodemographic profile and management of ectopic pregnancy at the Conakry University Hospital Center

F Bamba Diallo*[1,2], MH Diallo[2,3], F Binta Diallo[1], A Diallo[1,2], IS Balde[1,2], T Sy[1,2]

Résumé

Introduction : L'objectif de cette étude était de décrire le profil sociodémographique, la prise en charge et le pronostic des patientes présentant une grossesse extra-utérine (GEU) au service de gynécologie obstétrique d'Ignace Deen.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif d'une durée de douze (12) mois (10 janvier 2022 au 09 janvier 2023) portant sur les patientes qui ont été prise en charge pour une grossesse extra-utérine. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel EPI-info version 7.4.

Résultats : La fréquence de la grossesse extra-utérine était de 1,2 %. L'incidence la plus élevée était retrouvée chez les patientes de la tranche d'âge 33-39 ans (36,2 %), nullipares (27,1%), mariées (69,5%), non scolarisées (41,0%) et ayant des antécédents d'infection sexuellement transmissible (98,1 %). La triade symptomatique aménorrhée secondaire, douleur pelvienne étaient présentes dans 98,1% et les métrorragies dans 97,1% des cas. Le taux de β HCG et l'échographie étaient réalisés chez toutes les patientes. La GEU était de siège ampullaire dans 60,9 % des cas. Nous avons enregistré 3,8% de grossesses ovariennes et 1,9% de grossesses abdominales. La prise en charge était chirurgicale dominée par la salpingectomie (93,3%). Les suites opératoires étaient compliquées dans 38,1% des cas avec une létalité maternelle de 1,9 %.

Conclusion : La Grossesse extra-utérine reste une préoccupation majeure au CHU de Conakry. La réduction de sa fréquence doit passer par la sensibilisation de la population contre les infections sexuellement transmissibles et les avortements clandestins. Sa prise en charge doit être précoce et adéquate.

Mots clés : Grossesse extra-utérine, Aspect sociodémographique, Prise en charge, Ignace Deen-Conakry.

Abstract

Introduction: The objective of this study was to describe the sociodemographic profile, management and prognosis of patients with an ectopic pregnancy in the obstetrics and gynecology department of Ignace Deen.

Methodolgy: This was a prospective descriptive study lasting twelve (12) months (January 10, 2022, to January 9, 2023) involving patients who were treated for ectopic pregnancy. Data analysis was performed using EPI-info software version 7.4.

Results: The incidence of ectopic pregnancy was 1.2%. The highest incidence was found in patients aged 33-39 (36.2%), nulliparous women (27.1%), married women (69.5%), women with no schooling (41.0%), and women with a history of sexually transmitted infection (98.1%). The symptomatic triad of secondary amenorrhea and pelvic pain was present in 98.1% of cases, and metrorrhagia in 97.1% of cases. β HCG levels were measured and ultrasound scans were performed in all patients. The ectopic pregnancy was ampullary in 60.9% of cases. We recorded 3.8% of ovarian pregnancies and 1.9% of abdominal pregnancies. Management was surgical, dominated by salpingectomy (93.3%). Postoperative complications occurred in 38.1% of cases, with a maternal mortality rate of 1.9%.

Conclusion: Ectopic pregnancy remains a major concern at Conakry University Hospital. Reducing its frequency must involve raising public awareness against sexually transmitted infections and clandestine abortions. Its treatment must be early and adequate.

Keywords: Ectopic pregnancy, Sociodemographic profile, Management, Ignace Deen-Conakry

Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) encore appelée grossesse ectopique est l'implantation et le développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine [1]. C'est une urgence gynécologique médico-chirurgicale par excellence [2]. Elle peut mettre en jeu le pronostic vital par le biais d'une rupture entrainant un hémopéritoine avec instabilité hémodynamique voire le décès par choc hypovolémique, constituant à ce titre une urgence thérapeutique [3]. L´incidence des grossesses extra-utérines n´a cessé d´augmenter à travers le monde au cours des dernières décennies [2]. Dans les pays développés son incidence est de l'ordre de 100 à 175 par an pour 100 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, soit environ 2 GEU pour 100 naissances [4]. En Afrique, sa fréquence varie selon les pays : 4,23% en 2022 au Cameroun [2] ; 1,56 % en 2016 en République démocratique du Congo [5]. En Guinée, Sy et al [6] ont rapporté une fréquence de 1,4%. La thérapeutique a été enrichi du traitement médical et de l'abstention thérapeutique, qui dans des indications spécifiques, sont des alternatives au traitement chirurgical et ce dernier reste souvent la seule option thérapeutique dans les pays en développement où les patientes sont souvent reçues en situation d'urgence avec une menace vitale [1]. La cœlioscopie étant la technique de référence pour la chirurgie de la grossesse tubaire [3], son indisponibilité en Afrique fait de la laparotomie, l'unique voie d'abord chirurgical [1]. Le pronostic de la grossesse extra-utérine (GEU) s'est beaucoup amélioré ces dix dernières années grâce aux méthodes de dépistage précoce basé sur le dosage immunologique quantitatif de ß-HCG, l'échographie et la Cœlioscopie et malgré cela, elle demeure un problème de santé publique en raison de sa mortalité et morbidité faisant suite au diagnostic tardif et au stade des complications [5]. Elle constitue la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse et représente 4 et 15% du total des décès liés à la grossesse [7]. La fréquence élevée de la grossesse extra-utérine dans le service et la gravité des complications qu'elle entraine ont motivé la réalisation de cette étude dont les objectifs étaient de décrire le profil sociodémographique, la prise en charge et évaluer le pronostic maternel.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif

d'une durée de douze (12) mois allant du 10 janvier 2022 au 09 janvier 2023, portant sur les patientes hospitalisées et traitées pour grossesse extra-utérine (GEU) au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Ignace Deen du CHU de Conakry. Etaient incluses dans l'étude, toutes les patientes admises dans le service pour une grossesse extra-utérine rompue ou non et qui ont accepté de participer à l'étude. N'étaient pas incluses dans l'étude, toutes les patientes admises dans le service pour autres motifs et celles qui n'ont pas accepté de participer à l'étude. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de toutes les patientes répondant à nos critères d'inclusion.

La collecte des données était réalisée à l'aide d'une fiche d'enquête préétabli à partir de l'interview individuelle des patientes, de l'examen clinique, un dépouillement des comptes rendus échographiques et opératoires lors de la cure chirurgicale. Les variables d'étude étaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques. L'analyse des données était faite par le logiciel EPI-info version 7.4.0. Sur le plan descriptif, nous avons calculé des proportions pour les variables qualitatives, des moyennes, des écarts-types et des extrêmes pour les variables quantitatives. Sur le plan éthique l'accord des autorités hospitalières a été obtenu ainsi que le consentement éclairé des patientes. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

Résultats

- *Fréquence*

Durant cette étude nous avons enregistré 105 cas de grossesse extra-utérine sur un total de 8549 accouchements soit une fréquence de 1,2%.

- *Caractéristiques sociodémographiques des patientes prise en charge pour une grossesse extra-utérine*

Le profil sociodémographique des patientes présentant une grossesse extra-utérine était celui d'une femme ayant un âge moyen de 29 ans avec des extrêmes de 18 et 39 ans, mariées (69,5%), non scolarisées (41,0%), exerçant une profession libérale (38,1%) et résidant à Conakry (93,3%) (Tableau I).

- *Mode d'admission et antécédents obstétricaux*

Concernant le mode d'admission plus de la moitié des patientes (62) étaient évacuées soit 59,0% et 43 patientes étaient venues d'elles-mêmes avec une fréquence de 41,0%. La majorité (98) avait utilisé le moyen de transport en commun (93,3%) et sept (7) avaient bénéficié d'un transport médicalisé par ambulance (6,7%). S'agissant des antécédents gynéco-obstétriques la fréquence la plus élevée (25,7%) était retrouvée chez les patientes paucigeste et multigeste suivi des nulligestes (19,1%). Les patientes nullipares avaient dominé avec une proportion de 27,1% suivi des paucipares et multipares avec des fréquences respectives de 25,2% et 22,3%. Nous avons enregistré 39 patientes qui avaient eu un antécédent d'avortement soit 37,1% et plus de la moitié 66 (62,9%) n'avaient aucun antécédent d'avortement dans notre série.

- *Caractéristiques cliniques et paracliniques des patientes prise en charge pour une grossesse extra-utérine*

Dans notre échantillon les signes généraux enregistré étaient l'asthénie physique (99,0%), les vertiges (98,1%), la pâleur des téguments et conjonctives (96,2%), la lipothymie (92,4%), une hypotension artérielle (95,1%), une tachycardie (98,1%), une polypnée (79,0%), une hypothermie (3,8%) et un cas d'hyperthermie. L'aménorrhée (98,1%), douleur pelvienne (98,1%) et métrorragie (97,1%) étaient les principaux signes révélateurs de la GEU (Tableau III). Le bombement du douglas était le signe physique le plus souvent associé (91%), elle était découverte au stade d'inondation péritonéale (91,4%) entrainant un état de choc hypovolémique. S'agissant des examens paracliniques, le taux de β HCG (hormone choriogonadotrophine) et l'échographie pelvienne était réalisé chez toutes les patientes. Dans notre série 76 (72,4%) patientes ont bénéficié d'une culdocentèse qui était positive chez 64 (61,0%) patientes et négative chez 12 patientes soit 11,4%. Par contre la culdocentèse n'a pas été réalisée chez 29 patientes (27,6%).

- *Prise en charge des patientes diagnostiquées d'une grossesse extra-utérine*

Pour la stabilisation de l'état hémodynamique, toutes les patientes avaient reçu des cristalloïdes et une transfusion de produits sanguins était faite chez 25 patientes (23,8%). Il s'agissait du concentré globulaire (23,8%), parmi lesquelles 6 patientes (5,7%) ont reçu du plasma frais congelé. Le traitement chirurgical était réalisé en urgence. Il avait consisté en une laparotomie par abord de Pfannestiel dans la majorité des cas. A l'exploration chirurgicale, la grossesse tubaire était la plus retrouvée (94,2%) avec une localisation ampullaire dans plus de la moitié des cas (61,9%). On avait enregistré 4 cas (3,8%) de grossesses ovariennes et 2 cas (1,9%) de grossesses abdominales. La salpingectomie était le geste le plus réalisé (93,3%). (Tableau IV). Dans notre série pour les cas de GEU non rompue, les patientes ne répondaient pas aux critères de traitement médical et par défaillance du plateau technique aucune patiente n'a bénéficié d'une prise en charge par coeliochirurgie.

- *Pronostic des patientes prise en charge pour une grossesse extra-utérine*

Dans notre série les suites opératoires étaient simples dans plus de la moitié des cas avec une proportion de 61,9% et compliquées chez 40 patientes soit 38,1%. Les complications enregistrées étaient l'anémie chez 31 patientes (29,5%) et la suppuration pariétale chez 9 patientes (8,6%). Nous avons enregistré deux (2) cas de décès maternels sur les 105 patientes admises dans le service pour une grossesse extra-utérine soit un taux de 1,9%.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (n=105)	Pourcentages
Age (ans)		
18-22	12	11,4
23-27	20	19,1
28-32	35	33,3
33-39	38	36,2
Moyenne : 29,0 ans ± 5,7	Extrêmes :18 et 39 ans	
Statut matrimonial		
Mariées	73	69,5
Célibataires	22	21,0
Divorcées	7	6,7
Veuves	3	2,9
Niveau d'instruction		
Non scolarisées	43	41,0
Primaire	20	19,0
Secondaire	32	30,5
Supérieure	10	9,5
Profession		
Ménagères	31	29,5
Libérales	40	38,1
Salariées	34	32,3
Provenance		
Conakry	98	93,3
Hors Conakry	7	6,7

Tableau II : Caractéristique des patientes selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentages
Tabagisme	11	10,5
ATCD de césarienne	22	21,0
Notion d'infection génitale	103	98,1
ATCD de GEU	5	4,8
ATCD de chirurgie abdomino-pelvienne	22	21,0
Contraception	63	60,0

Tableau III : Répartition des patientes selon les signes cliniques et le mode d'apparition

Variables	Effectifs	Pourcentages
Signes cliniques		
Douleur pelvienne	103	98,1
Aménorrhée	103	98,1
Métrorragie	102	97,1
Mode d'apparition		
Brutal	57	52,0
Progressif	51	48,0

Tableau IV : Répartition des patientes selon le traitement chirurgical et le siège anatomique de la GEU

Variables	Effectifs	Pourcentages
Traitement chirurgical		
Salpingectomie totale	98	93,3
Annexectomie	3	2,9
Ovariectomie	2	1,9
Laparotomie avec extirpation du fœtus	2	1,9
Siège anatomique		
Tubaire	99	94,2
-Ampullaire	64	60,9
-Interstitielle	28	26,6
-Infundibullaire	07	6,7
Ovarienne	04	3,8
Abdominale	02	1,9
Type de GEU		
Rompue	96	91,4
Non rompue	09	8,6

Discussion

Notre fréquence de GEU (1,2%) était proche à celles de Sy et al [6] en 2009 et Baldé et al [8] en 2014 qui ont rapporté dans le même service des fréquences respectives de 1,4% et 1,3%. Ces différentes fréquences sont supérieures à celles de Abdelkader F [9] en Mauritanie et Essiene Obono et al [10] au Congo Brazaville qui ont rapporté la même fréquence (0,9%). Toutes ces fréquences sont inférieures à celle (3,45%) de Kenfack et al [11] au Cameroun. Notre fréquence pourrait s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge des infections sexuellement transmissible (IST) et des infections génitales, qui est le résultat de la sensibilisation des femmes à suivre un traitement adéquat en cas d'IST ainsi que de la prévention.

- *Caractéristiques sociodémographiques des patientes*

Concernant l'âge moyenne de nos patientes (29,0 ans ± 5,7), notre résultat était identique à celui de Abdelkader F [9] en Mauritanie qui avait trouvé dans son étude un âge moyen de 29,84 ± 5,988 ans. Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que cet âge correspond à la période d'activité génitale intense de la femme pendant laquelle les facteurs de risque incriminés dans la pathogénèse de la GEU s'accumulent. Les Femmes mariées étaient les plus nombreuses (69,5%) dans notre série. Le même constat a été fait par Andriamifidison et al [12] à Madagascar. Par contre Assoumou Obiang et al [13] au Gabon ont rapporté un résultat différent avec une prédominance des patientes célibataires (50%). La prédominance de la GEU chez les femmes mariées pourrait s'expliquer par un désir de conception élevé chez ces femmes, mais une étude faite au Nigéria par Anorlu et al [14] avaient révélé que le statut matrimonial ne représente pas un facteur de risque de grossesse extra utérine. Les femmes non scolarisées (40,0%) étaient les plus fréquentes dans notre échantillon. Notre résultat était identique à ceux de Sy et al [6] qui ont rapporté une proportion de 60,8% de patientes non scolarisées. La fréquence élevée de patientes provenant de la zone de Conakry (93,3%) s'expliquerait par la présence de notre service dans cette zone qui est le seul centre de référence de niveau 3 recevant toute les urgences gynécologiques et obstétricales provenant des structures sanitaires de niveau 2 de la ville de Conakry et celles des préfectures limitrophes, depuis la fermeture de la maternité sœur de Donka pour des raisons de rénovation. Nayama et al [15] au Niger ont trouvé dans leur étude que la plupart des femmes provenaient d'une des communes de la capitale avec 88,3%.

- *Facteurs de risque des patientes prise en charge pour une grossesse extra-utérine*

S'agissant des facteurs de risque de la GEU (infections génitales, notion contraceptive, antécédent de chirurgie pelvienne et antécédent de GEU), nos fréquences étaient supérieures à celles de Bangambe et al [5] au Congo qui ont trouvé 34,9% d'infection sexuellement transmissible, 27,6% de chirurgie abdomino-pelvienne, 4,8% de contraception orale (œstro-progestatif) et 4,5% de patientes qui avaient utilisé un dispositif intra-utérin. Selon Anorlu et al [14] au Nigeria, les avortements clandestins et les IST augmentent respectivement 14 et 9 fois le risque de contracter une GEU et quant à Farquhar CM [16] en Nouvelle Zélande, les lésions provoquées au cours des infections utéro-annexielles sont responsables de cicatrices qui réduisent considérablement la lumière tubaire. Notre résultat s'expliquerait par la précocité des rapports sexuels et la rétention d'informations par les parents sur la sexualité représentant un tabou dans la société Africaine, mais aussi par la faible utilisation de la contraception. Le taux de 98,1 % d'antécédents d'IST observé dans notre étude, reflète à la fois une forte prévalence réelle des infections génitales dans la population étudiée, et des biais de déclaration ou de définition incluant des symptômes vaginaux ou pelviens (leucorrhées, douleurs pelviennes, etc.) non confirmés biologiquement, et des antécédents d'infections pelviennes inflammatoires (IPI) non spécifiques. Ce biais de classification contribuerait à la surestimation de ce taux. Cette situation souligne l'importance d'un diagnostic étiologique précis des

infections pelviennes pour mieux comprendre le lien causal entre IST et grossesse extra-utérine.

- *Caractéristiques cliniques et paracliniques des patientes*

S'agissant de la triade symptomatique, notre résultat était proche à ceux de Koutora et al [1], au Togo, qui ont trouvé que la triade clinique associant douleurs pelviennes ou abdomino-pelviennes, métrorragies, et aménorrhée était présente dans 75%, les métrorragies étaient absentes chez 7 patientes (25%) et 92,9% des patientes étaient en état de choc hypovolémique à l'admission. Dohbit et al [17], au Cameroun ont rapporté dans leur étude une aménorrhée à 100% suivie des douleurs pelviennes (98,3%) et les métrorragies (31,3%). Dans la série de Abdelkader F [9] en Mauritanie, l'association de la triade (algie pelvienne, retard des règles et métrorragies) a été trouvée chez 40,9% des patientes, fréquence inférieure (78%) à celle trouvée par Randriambololona et al [18] à Madagascar. Dans notre série 74,2% des GEU ont été découvertes entre 8 et 10 semaines d'aménorrhée. Ce résultat corrobore à celui de Bangambe et al [5] au Congo qui avait trouvé 78% de GEU découverte entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée. L'échographie a permis de conclure à une GEU dans 58,0% des cas contre 42,0 % de faux négatifs. Ce taux élevé d'erreur de diagnostic échographique est attribuable à la non-disponibilité d'une sonde vaginale et de la fonction doppler sur les échographes utilisées. La culdocentèse avait retrouvé une positivité de 61,0% dans notre série. Ce résultat est différent à celui de Koutora et al [1] au Togo qui avaient rapporté que l'échographie était réalisée chez 7 patientes (25%) et la culdocentèse chez toutes les patientes avec une positivité de 82,1%. Ce geste simple, même s'il est supplanté par l'échographie est d'intérêt capital pour le diagnostic de la GEU rompue, permettant de faire économie du coût de l'échographie surtout chez les patientes en difficultés financières [1].

- *Prise en charge des patientes diagnostiquées d'une grossesse extra-utérine*

Le taux élevé de traitement de salpingectomie (93,3%) dans notre échantillon était liée à la consultation tardive des patientes au stade d'hémopéritoine et dans un tableau clinique de rupture tubaire franche. Bangambe et al [5] au Congo, avaient rapporté que 78,9% des patientes avaient subi une chirurgie radicale (68,3% de salpingectomie). Le non-recours au traitement médical et à la cœliochirurgie, qui sont des méthodes de prise en charge de la grossesse extra-utérine, était une limite dans notre étude et en l'absence de coelioscopie, une action réalisable à court terme est la formation des échographistes sur l'utilisation systématique de la voie endovaginale pour un diagnostic précoce.

Dans les pays développés Duggal et al [19] avaient rapporté 80% de GEU traitées par laparoscopie. Concernant la localisation tubaire, des résultats similaires étaient rapportés dans la littérature africaine [1, 6, 8, 15]. Baldé et al [8] en Guinée avaient noté 3 cas de grossesse abdominal dans le même service en 2014 et Koutora et al [1] au Togo avaient trouvé un seul cas. Selon Sarr et al [20] au Sénégal, il s'agit en effet d'une situation très rare.

- *Pronostic des patientes prise en charge pour une grossesse extra-utérine*

S'agissant du pronostic maternel, Nos résultats sont proches à ceux de Baldé et al [8] qui ont trouvé dans leur série que les suites opératoires étaient compliquées dans 35,1 % des cas, complications dominées par l'anémie (27,9 % des cas), laquelle a nécessité une transfusion sanguine dans 11,7 % des cas avant, pendant ou après l'intervention et le taux de décès maternel était de 1,8 %. Kamga et al [21] avaient constaté que la GEU était responsable de près de 10% de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse. Bangambe et al [5] avaient rapporté un résultat différent avec un taux plus élevé de transfusion sanguine chez 82/123 patientes, soit 66,6% et un taux de décès maternel qui était nul. Selon Koukora et al [1] le taux de mortalité maternelle nulle chez les patientes diagnostiquées d'une GEU s'expliquerait par la rapidité de la prise en charge grâce aux facilités offertes par l'hôpital notamment le système de paiement différé et l'assistance sociale aux malades.

Conclusion

La grossesse extra utérine est une pathologie fréquente dans notre service. Les femmes jeunes, mariées, non scolarisées, nullipares, ayant un antécédent d'infection sexuellement transmissible étaient les plus touchées. Le diagnostic était tardif au stade de complication. La prise en charge était chirurgicale avec une mortalité maternelle élevée. La réduction de sa fréquence et l'amélioration de son pronostic passerait par une stratégie de prévention et de prise en charge en intensifiant les campagnes de sensibilisation communautaire sur la prévention des IST, par la promotion de l'usage du préservatif et la réduction des comportements à risque. Mettre en place des programmes d'éducation sexuelle ciblant les jeunes femmes en âge de procréer et améliorer le dépistage et de la prise en charge précoce en renforçant la formation du personnel de santé sur le diagnostic clinique et microbiologique des IST et infections pelviennes inflammatoires.

***Correspondance :**

DIALLO Fatoumata Bamba

fabambadiallo@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace Deen
2 : Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Donka
3 : Faculté des Sciences et Techniques de la Santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Koutora B, Sakiye KA, Guinhouya DY, Agbogawo M, Kanassoua KK. Prise en charge de la grossesse extra-utérine en situation d'urgence : expérience d'un hôpital confessionnel en zone rurale au Togo. European Scientific Journal. 2021;17(14):237-45.

[2] Foumane P, Ngo Um Meka EJ, Essiben F, Botsomogo EL, Sama JD, et al. Facteurs associés à l'échec du traitement médical de la grossesse extra-utérine : cas de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Pan African Medical Journal. 2022;41(200):1-12.

[3] Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. Fertility Research and Practice. 2015;1(15):1-20. doi:10.1186/s40738-015-0008.

[4] Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des grossesses extra-utérines. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2010;39(35):17-24.

[5] Bangambe BJ, Kangudia MJ, Mbanzulu PN, Yanga JJ, Monzango G, Kabango R, et al. Profil épidémiologique et prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise de N'djili. KisMed. 2016;7(1):255-8.

[6] Sy T, Diallo Y, Touré A, Diallo FB, Baldé AA, et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à Conakry (Guinée). Med Trop. 2009;69(6):565-8.

[7] Li C, Zhao W-H, Zhu Q, Cao S-J, Ping H, Xi X, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15(187):1-9.

[8] Baldé IS, Diallo FB, Conté I, Diallo MH, Sylla I, Diallo BS, et al. Grossesse extra-utérine dans la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace-Deen du CHU de Conakry : aspects épidémiologiques, sociodémographiques, thérapeutiques et pronostiques. Médecine et Santé Tropicales.

2014;24(3):297-300.

[9] Abdelkader F. Grossesse extra-utérine au centre hospitalier national de Nouakchott : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Int J Adv Res. 2019;7(12):773-6.

[10] Essiene Obono AM, Anki Y, Niama AC, Mbou Essie D, Voumbo Y, et al. Facteurs de risque de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital de Référence de Talangaï (Brazzaville) de 2018 à 2019. Health Sci Dis. 2022;23(5):15-24.

[11] Kenfack B, Noubom M, Bongoe A, Tsatedem FA, Ngono M, et al. La grossesse extra-utérine dans une région semi-rurale en Afrique : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun. Pan African Medical Journal. 2012;13(71):1-6.

[12] Andriamifidison NZR, Rafamatanantsoa JF, Randriatsarafara FM, Rakotomahenina H, Tovaniaina JD, et al. Profil et issue des femmes présentant une grossesse extra-utérine au Centre hospitalier Universitaire de Fianarantsoa. Rev Médicale Madag. 2016;6(2):745-9.

[13] Assoumou Obiang P, Bang Ntamack JA, Makoyo Komba O, Minkobame ZMUP, et al. La prise en charge de la grossesse extra-utérine au CHU Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville. Health Sci Dis. 2022;23(2):129-32.

[14] Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(2):184-8.

[15] Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M, et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement : exemple d'une maternité de référence au Niger. Gynecol Obstet Fertil. 2006;34(1):14-8.

[16] Farquhar CM. Ectopic pregnancy. Lancet. 2005;366(9485):583-91.

[17] Dohbit JS, Foumane P, Kapche MD, et al. Grossesse extra-utérine à l'Hôpital régional de Bafoussam. Clin Mother Child Health. 2010;7(1):1189-93.

[18] Randriambololona DMA, Randiambololona NT, Rekoronirina EB, Harioly MOJ, et al. Grossesse extra-utérine à Madagascar. Médecine et Santé Tropicales. 2012;22(4):394-7.

[19] Duggal BS, Tarneja P, Sharma RK, Rath SK, Wadhwa RD. Laparoscopic management of ectopic pregnancies. Med J Armed Forces India. 2004;60(3):220-3.

[20] Sarr ISS, Faye M, Faye PM, Seck M, Ka O, Dieng M. Occlusion intestinale aiguë révélant une grossesse abdominale : à propos d'un cas. Pan Afr Med J. 2018;31(155):1-6. doi:10.11604/pamj.2018.31.155.17187.

[21] Kamga DVT, Nana NP, Fouelifack FY, Fouedjio JH. Contribution des avortements et des grossesses extra-utérines dans la mortalité maternelle dans trois hôpitaux universitaires de Yaoundé. Pan Afr Med J. 2017;27(248):1-9. doi:10.11604/pamj.2017.27.248.12942.

Pour citer cet article

F Bamba Diallo, MH Diallo, F Binta Diallo, A Diallo, IS Balde, T Sy. Profil sociodémographique et prise en charge de la grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. Jaccr Surgery 2025; 1(3): 1-9

https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.001L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Cas clinique

Emphysème lobaire congénital du nourrisson : à propos d'un cas

Congenital Lobar Emphysema in an Infant: A Case Report

I Faye*[1], OR Thiam[2], FG Niang[1], Y Kasse[3], AN Diop[1]

Résumé

L'emphysème lobaire géant congénital est une pathologie malformative rare du nourrisson.

Il se révèle par une détresse respiratoire le plus souvent bien tolérée.

Son diagnostic peur être posé à la radiographie mais confirmé par le scanner.

Nous rapportons le cas d'un emphysème congénital lobaire inférieure gauche chez un nourrisson de 8 mois pris en charge chirurgicalement avec une suite thérapeutique favorable.

Mots clés : emphysème lobaire congénital, scanner, lobectomie.

Abstract

Congenital giant lobar emphysema is a rare malformative pathology in infants. It presents as respiratory distress, most often well-tolerated. Its diagnosis can be suggested by chest X-ray but is confirmed by CT scan. We report a case of left lower lobe congenital emphysema in an 8-month-old infant managed surgically with a favorable postoperative outcome.

Keywords: Congenital lobar emphysema, CT scan, lobectomy.

Introduction

Les malformations broncho-pulmonaires (MBP) résultent d'accidents de développement du système broncho-pulmonaire. Ce sont des affections rares et polymorphes parmi lesquels l'emphysème lobaire géant congénital (ELG) représente 3 à 15% [1,2].

Cette malformation se révèle habituellement dans les premiers jours ou mois de vie [1–3].

Nous rapportons le cas d'un nourrisson présentant un emphysème lobaire congénital du lobe inferieur du poumon gauche diagnostiqué et pris en charge avec une suite thérapeutique favorable.

Cas clinique

Nourrisson de 8 mois né par voie basse d'une grossesse à terme sans antécédent périnatal particulier avec un statut vaccinal à jour référé de la périphérie d'un pneumothorax.

A l'admission il présentait une conscience claire, une dénutrition avec des muqueuses peu colorées.

La température était à 36°C, la fréquence respiratoire à 53 battement /mn, la fréquence cardiaque à 162 battement /mn, le poids était à 5,4kg et la taille 68 cm.

L'examen physique avait révélé une asymétrie thoracique avec un tirage intercostal, sus et sous sternal. Un tympanisme gauche a été retrouvé à la percussion associée à une diminution homolatérale des murmures vésiculaires.

La radiographie thoracique de face réalisée montrait une hyperclarté homogène avec une distension l'hémithorax gauche, une diminution de la trame vasculaire pulmonaire et une déviation du médiastin vers le coté controlatéral (Figure 1).

La mise au point était complétée par un scanner thoracique, confirmant la présence d'un emphysème lobaire inférieur gauche, avec compression du lobe supérieur et une déviation médiastinale à droite (Figure 2)

L'enfant était transféré au centre hospitalier universitaire pour une prise en charge chirurgicale.

A l'exploration ,la plèvre était fine dans son ensemble avec la présence d'adhérences pleuro-parenchymateuses lâches en latéral, en postérieur et antérieur, et d'adhérences fortes en diaphragmatique.

On notait la présence d'une volumineuse bulle d'emphysème développée au dépend du lobe inférieur du poumon gauche refoulant son lobe supérieur vers le haut et les éléments du médiastin vers la droite et qui mesurait environ 6 cm de grand axe.(figure 3).Lobe supérieure du poumon gauche d'aspect macroscopiquement sain avec scissure incomplète

Une lobectomie inferieure gauche par thoracotomie était réalisée (Figure 4). L'évolution postopératoire était rapidement favorable avec une radiographie du thorax de contrôle qui mettait en évidence une bonne expansion pulmonaire gauche (figure 5).le patient était sorti de l'hôpital 5 jours après .



Figure 1 : Radiographie thoracique montrant un emphysème important du lobe inférieur gauche avec une atélectasie du lobe supérieur homolatéral et un déplacement vers la droite du cœur et du médiastin.

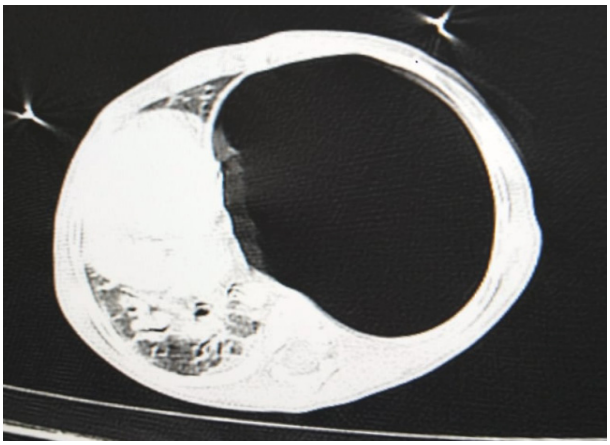


Figure 2. Scanner thoracique avec fenêtre mésenchymateuse mettant en évidence une bulle d'emphysème lobaire inférieur gauche avec compression du lobe supérieur et déviation médiastinale vers la droite.

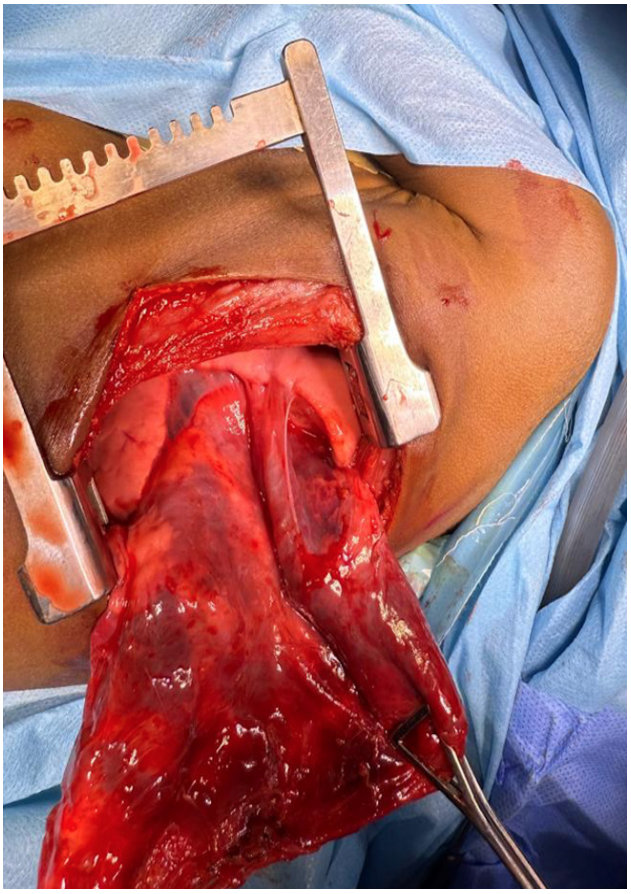


Figure 3 : Vue peropératoire de la bulle d'emphysème congénital du lobe inférieur gauche.

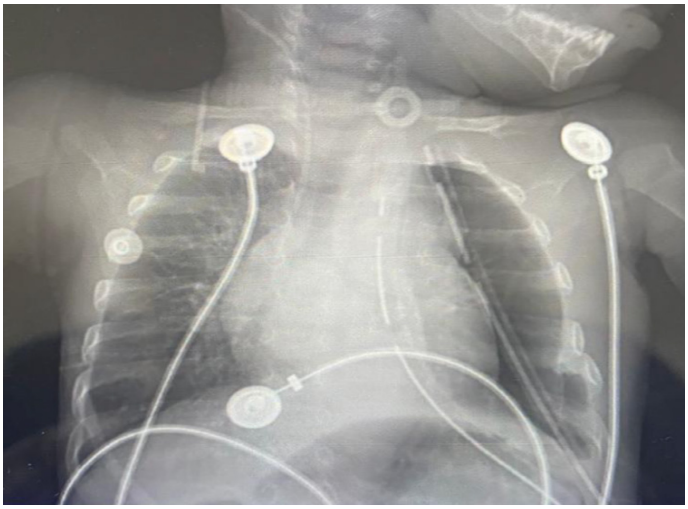


Figure 4 : Radiographie thoracique de contrôle montrant une bonne expansion du poumon gauche.

Discussion

L'emphysème lobaire congénital est une malformation pulmonaire rare, caractérisée par l'hyperinflation progressive d'un ou plusieurs lobes. Il conduit à la compression des lobes adjacents et à une déviation médiastinale du côté opposé de la cage thoracique [4]. Sa prévalence est de 1/20.000 à 1/30.000 naissances. Cette pathologie touche plus fréquemment les garçons avec un sex ratio de 3/1. Classiquement, elle atteint, par ordre de fréquence, le lobe supérieur gauche (42 % des cas), le lobe moyen (35 %), puis le lobe supérieur droit (20 %) (5). L'étiologie de l'emphysème pulmonaire congénital est difficile à déterminer. Dans 50 % des cas, aucune cause apparente n'est retrouvée. Pour les autres, différents mécanismes physiopathologiques conduisant à une obstruction bronchique partielle ou totale peuvent être impliqués. Les compressions intrinsèques sont les plus fréquentes : dysplasie ou déficience du cartilage bronchique, bouchon muqueux et atrésie bronchique. Parmi les compressions bronchiques extrinsèques, on retrouve un vaisseau aberrant ou une masse intrathoracique tels un kyste, un tératome ou une lymphadénopathie (6).

La symptomatologie de l'emphysème pulmonaire congénital est très variable et proportionnelle à la sévérité de l'atteinte pulmonaire au moment du diagnostic. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont la détresse respiratoire modérée, la cyanose, la toux et le «wheezing». Le tableau clinique peut alors mimer, comme dans le cas décrit, une pathologie respiratoire infectieuse telle qu'une bronchiolite ou une pneumonie. L'absence de fièvre est un élément-clé du diagnostic différentiel. Certains patients sont asymptomatiques et le diagnostic est posé fortuitement à l'occasion d'une radiographie du thorax réalisée pour un autre motif (7). La détresse respiratoire aiguë sévère est une forme de présentation clinique moins fréquente, mais qui requiert une intervention chirurgicale immédiate. L'emphysème lobaire pulmonaire congénital est associé, dans 20 % des cas, à une malformation cardiaque, principalement

la tétralogie de Fallot et le canal artériel persistant. Le diagnostic d'emphysème lobaire congénital est posé dans 25 % des cas durant la période néonatale, dans 50 % avant l'âge d'un mois et dans 90 % avant l'âge de 6 mois. Cependant, les symptômes peuvent apparaître jusqu'à l'âge de 5 ans (8). La radiographie thoracique est souvent suffisante pour diagnostiquer l'emphysème lobaire congénital dans la majorité des cas. Elle révèle une hyperclarté au sein du lobe affecté comprimant les lobes adjacents, un élargissement des espaces intercostaux, un aplatissement du diaphragme ipsilatéral et une déviation médiastinale controlatérale. Les diagnostics différentiels radiologiques comportent, principalement, le pneumothorax, l'hypoplasie pulmonaire entraînant une hyperinflation compensatrice du poumon controlatéral, la hernie diaphragmatique, le pneumatocèle ou, encore, la malformation adénomatoïde kystique pulmonaire. Le scanner thoracique permet de confirmer le diagnostic en cas de doute radiographique(9) .

Le traitement de l'emphysème lobaire congénital est principalement chirurgical. Il permet aux lobes sains de se développer et de prendre la place du lobe affecté, conduisant à une amélioration de leur fonction (10).

Conclusion

Devant toute détresse respiratoire inexpliquée du nourrisson, l'emphysème lobaire congénital doit faire partie du diagnostic différentiel. La radiographie thoracique permet généralement de poser le diagnostic, confirmé par la suite par un scanner thoracique. Grâce à une prise en charge précoce, le pronostic à long terme est excellent.

***Correspondance :**

Ibrahima FAYE

fayebarham1992@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Service de radiologie de l'hôpital régional de Saint Louis/Sénégal

2 : Service de pneumologie de l'hôpital régional de Saint Louis/Sénégal

3 : Service de radiologie du centre hospitalier national universitaire de Fann, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Stocker JT, Dail DH, Hammar SP, editors. Congenital and developmental diseases. In: Pulmonary pathology. Berlin: Springer-Verlag; 1994. p. 155–81.

[2] Monin P, Didier F, Vert P, et al. Giant lobar emphysema: neonatal diagnosis. Pediatr Radiol. 1979 Oct;8(4):259–60. doi:10.1007/BF00974047.

[3] Bouhaouala MH, Charfi MR, Tlili K, et al. Giant lobar emphysema: the cause of compressive hemithoracic opacity in a newborn infant. Rev Mal Respir. 1994;11(1):57–9.

[4] Durell J, Lakhoo K. Congenital cystic disease of the lung. Early Hum Dev. 2014;90:935–9.

[5] Basu S, Gupta AK, Kumar A. Congenital lobar emphysema mimicking persistent pneumonia in a newborn. Clin Pract. 2011;1:e101.

[6] Thakral CL, Maji DC, Sajwani MJ. Congenital lobar emphysema: experience with 21 cases. Pediatr Surg Int. 2001;17:88–91.

[7] Toyoshima M, Suda T, Chida K. Asymptomatic congenital lobar emphysema in a young adult. Intern Med. 2012;51:2839–40.

[8] Latif I, Shamim S, Ali S. Congenital lobar emphysema. J Pak Med Assoc. 2016;66:210–2.

[9] Liu YP, Chen CP, Shih SL, et al. Fetal cystic lung lesions: evaluation with magnetic resonance imaging. Pediatr Pulmonol. 2010;45:592–600.

[10] Taqvi L, Griksaitis M, Eastham K. Not all infantile respiratory distress in winter is bronchiolitis: congenital lobar emphysema. BMJ Case Rep. 2011. doi:10.1136/bcr.08.2011.4618.

Pour citer cet article

I Faye, OR Thiam, FG Niang, Y Kasse, AN Diop. Emphysème lobaire congénital du nourrisson : à propos d'un cas. Jaccr Surgery 2025; 1(3): 10-14
https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.002L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Cas clinique

Hémangiome costal : une tumeur rare de la paroi thoracique

Costal hemangioma: a rare tumor of the chest wall

J Saye[1], CAS Touré[1], I Coulibaly[1], S Coulibaly[2], MS Koita[2], CS Traoré[2], S Kanté[1], S Sanogo[1], D Ouattara[1], S Diallo[1], B Bengaly[1], B Togola[1], D Traoré[1]

Résumé

L'hémangiome osseux est une tumeur vasculaire primitive bénigne des os. La localisation costale est rare et souvent asymptomatique. Nous rapportons un cas d'hémangiome costal afin de décrire ses aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques. Il s'agissait d'un patient de 47 ans, cultivateur, sans antécédents médico-chirurgicaux connus, non tabagique ; adressé par son médecin traitant pour traumatisme fermé du thorax. La symptomatologie évoluait depuis 03 semaines, marquée par une douleur latéro-thoracique gauche et une dyspnée stade II de Sadoul. À l'examen clinique, on notait un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche et une voussure pariétale thoracique gauche. La tomodensitométrie thoracique réalisée dans un contexte de bilan lésionnel révélait une lésion ostéolytique suspecte, siégeant sur l'arc moyen de la 5ème côte gauche se rehaussant après injection de produit de contraste et un épanchement pleural gauche de grande abondance. Un drainage thoracique percutané ramenait du liquide séro-hématique, la cytologie n'était pas contributive. Une biopsie était réalisée sur la lésion suspecte et l'examen anatomopathologique évoquait un hémangiome. Nous avons réalisé une résection costale emportant la tumeur. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait un hémangiome costal calcifié. Pas de récidive après une année.

Mots-clés : Hémangiome osseux, tumeur costale, résection costale.

Abstract

Bone hemangioma is a benign primary vascular tumor of bone. Costal localization is rare and often asymptomatic. We report a case of costal hemangioma to describe its clinical, paraclinical and therapeutic aspects. The patient was 47 years old, a farmer with no known medical or surgical history, a non-smoker and referred by his GP for closed chest trauma. Symptoms had been evolving for 03 weeks,

marked by left laterothoracic pain and Sadoul stage II dyspnea. Clinical examination revealed a left pleural effusion syndrome and thoracic parietal curvature. A thoracic computed tomography (CT) scan performed in the context of an injury assessment revealed a suspicious osteolytic lesion located on the middle arch of the 5th left rib, enhancing after injection of contrast medium, and a copious left pleural effusion. Percutaneous thoracic drainage yielded serohaematous fluid, but cytology was inconclusive. A biopsy was performed on the suspicious lesion, and pathological examination suggested a hemangioma. We performed a rib resection, removing the tumour. Pathological examination of the surgical specimen confirmed a calcified costal hemangioma. No recurrence after one year.

Keywords: Bone hemangioma, costal tumor, costal resection.

Introduction

L'hémangiome osseux est une tumeur vasculaire bénigne rare, représentant moins de 1% de l'ensemble des tumeurs osseuses primitives [1,3]. Il s'agit d'une agglomération vasculaire caractérisé par la prolifération de vaisseaux sanguins anormaux au sein du tissu osseux [3,4]. Sa localisation préférentielle est le rachis et les os crânio-facial, tandis que l'atteinte costale est exceptionnelle, représentant environ 1% des cas d'hémangiomes osseux [2,4].

Les hémangiomes costaux sont généralement asymptomatiques et de découverte fortuite à l'occasion d'examens d'imagerie réalisés pour d'autres raisons [1,2]. Cependant, ils peuvent parfois se manifester par des douleurs thoraciques, une masse pariétale thoracique palpable ou plus rarement, par des complications comme un épanchement pleural ou des signes cliniques d'une compression des structures adjacentes [3].

Le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie, notamment la tomodensitométrie thoracique (TDM thoracique) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), et la confirmation définitive est histologique [1,3]. Le traitement de choix reste la résection chirurgicale complète, qui permet d'établir le diagnostic de certitude et d'éviter les récidives [2,6].

Nous rapportons le cas d'un patient présentant un hémangiome costal symptomatique associé à un épanchement pleural, afin d'illustrer les particularités cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette entité rare, et de discuter les aspects diagnostiques différentiels avec d'autres lésions osseuses costales [1-3].

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient de 47 ans, cultivateur, sans antécédents médico-chirurgicaux connus, non tabagique, qui nous a été adressé par son médecin traitant pour un traumatisme fermé du thorax par chute de la hauteur d'un hangar avec réception sur l'hémithorax gauche. La symptomatologie évoluait depuis 03(trois) semaines et était marquée par une douleur latéro-thoracique gauche d'intensité modérée, intermittente non calmée par les antalgiques de palier I, et une dyspnée d'effort stade II selon la classification de Sadoul. Pas de toux associée.

À l'examen clinique, le patient présentait un bon état général avec un indice de performance de l'OMS coté à 1. Les constantes vitales étaient normales avec une pression artérielle à 130/80 mm hg, une fréquence cardiaque à 85 battements/minute, une saturation en oxygène à 96% à l'air ambiant et une température à 37,6°C. L'examen thoracique trouvait une voussure pariétale thoracique gauche, douloureuse à la palpation, associée à un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche caractérisé par une matité à la percussion et une abolition du murmure vésiculaire à l'auscultation. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

La radiographie thoracique (fig 1) montrait un syndrome d'épanchement pleural liquidien gauche de grande abondance et une opacité costale de contour mal définie au niveau de la 5ème côte gauche. Une tomodensitométrie (TDM) thoracique (fig 2 et 3) a été

réalisée dans le cadre du bilan lésionnel, révélant ainsi une lésion ostéolytique suspecte de malignité siégeant sur l'arc moyen de la 5ème côte gauche, mesurant environs 8x5 cm, avec une rupture partielle de la corticale osseuse. Cette lésion présentait un aspect hétérogène avec des travées osseuses fines donnant un aspect en "nid d'abeilles" ou en "rayon de miel", et se rehaussait après injection de produit de contraste. Par ailleurs, on notait un épanchement pleural gauche de grande abondance sans lésion parenchymateuse pulmonaire.

Un drainage thoracique axillaire percutané a été réalisé, qui a permis de ramener 1200ml de liquide séro-hématique. L'examen cytologique du liquide pleural n'a pas permis de mettre en évidence des cellules malignes et était non contributif. Les examens biologiques étaient normaux, notamment l'hémogramme, la CRP et les fonctions rénale et hépatique.

Devant cette lésion costale suspecte, une biopsie chirurgicale a été réalisée. L'examen anatomopathologique a trouvé un tissu osseux comportant des espaces vasculaires dilatés, bordés par un endothélium régulier sans atypie cytonucléaire, évocateur d'un hémangiome osseux. Aucun signe de malignité n'a été observé.

Compte tenu de la douleur, de la dyspnée, de l'épanchement pleural associé et de la nécessité d'une confirmation diagnostique définitive, une résection chirurgicale a été décidée. L'intervention chirurgicale a été réalisée sous anesthésie générale, par thoracotomie latérale gauche en passant par le 5ème espace intercostal. L'exploration a permis de mettre en évidence une tumeur siégeant sur l'arc moyen de la 5ème côte gauche, faisant saillie dans la cavité pleurale, une plèvre pariétale inflammatoire et une infiltration partielle du muscle dentelé en regard de la tumeur. Une résection costale a été réalisée emportant la tumeur et une partie du muscle dentelé avec des marges saines de 2 cm de part et d'autre (fig 4). La paroi thoracique n'a pas été reconstruite après la résection.

L'examen macroscopique anatomopathologique de la pièce opératoire montrait une tumeur de 9x4,5cm, bien limitée, de couleur grisâtre, avec des zones de calcification. L'examen microscopique confirmait le diagnostic d'hémangiome costal calcifié de type caverneux, caractérisé par de larges espaces vasculaires tapissés par un endothélium régulier, sans signe de malignité (fig 5).

Les suites opératoires ont été simples, avec une ablation du drain thoracique 4ème jour postopératoire et une sortie du patient au 6ème jour. Un suivi régulier a été effectué, avec des contrôles cliniques et radiologiques à 1, 3, et 12 mois. Aucune récidive n'a été observée après un recul de 12 mois.

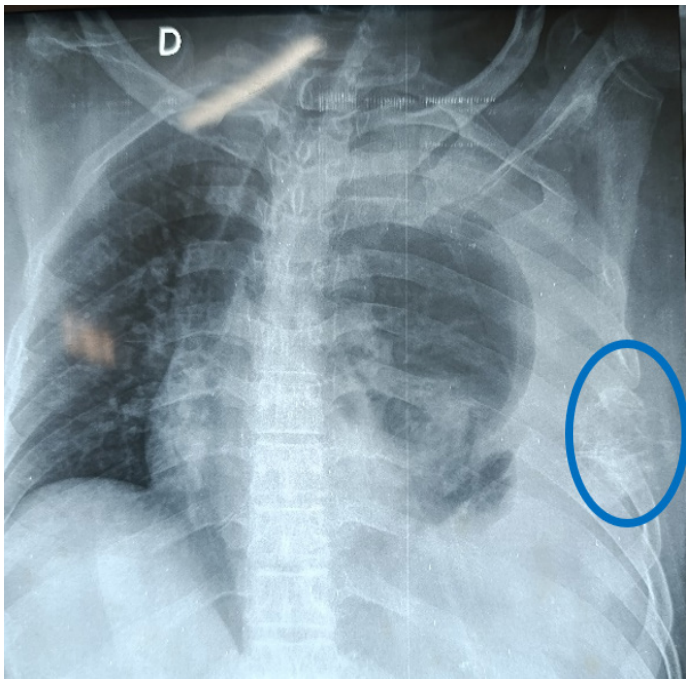


Figure 1 : Radiographie du thorax face prise en position couche. Montrant une opacité costale de contour mal définit.

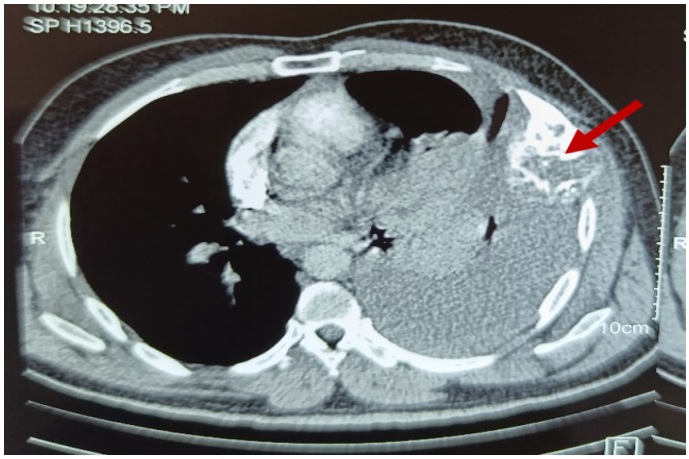


Fig 2

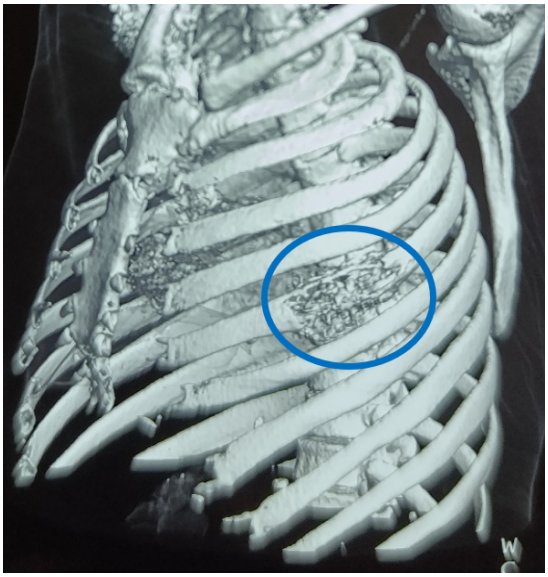


Fig 3

Figure 2 et 3 : TDM thoracique montrant une lésion ostéolytique sur la 5ième cote suspecte de malignité associée à un épanchement pleural liquidien de grande abondance.



Figure 4 : Pièce opératoire de la résection costale emportant la tumeur et une partie du muscle dentelé.

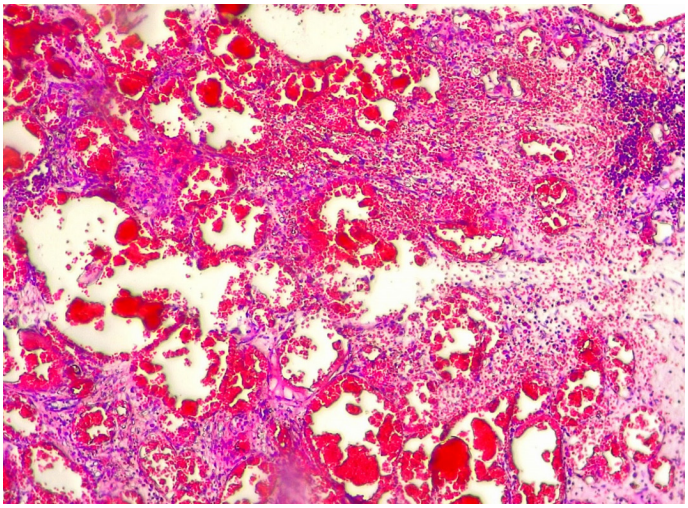


Figure 5 : l'examen microscopique anatomopathologique. Montrant une prolifération des vaisseaux bordés des cellules endothéliales régulières avec des calcifications au sein des travées osseuses réguliers (hémangiome costal calcifié).

Discussion

L'hémangiome osseux est une tumeur vasculaire primitive bénigne, représentant moins de 1% de l'ensemble des tumeurs osseuses [1,3]. Sa localisation costale est rare, avec seulement une cinquantaine de cas décrits dans la littérature [2,3]. Cette rareté explique les difficultés diagnostiques et le diagnostic differentiel avec d'autres lésions osseuses, notamment les tumeurs malignes [1,3].

Sur le plan étiopathogénique, l'hémangiome osseux est considéré comme un hamartome vasculaire plutôt qu'une néoplasie [3,4]. Il s'agit d'une malformation des vaisseaux sanguins avec prolifération anormale de structures vasculaires au sein du tissu osseux [3,7,8]. Deux types histologiques principaux sont décrits : le type caverneux, caractérisé par de larges espaces vasculaires, et le type capillaire, composé de petits vaisseaux [1,3]. Dans notre cas, il s'agissait d'un hémangiome de type caverneux calcifié, qui est la forme la plus fréquente au niveau costal [1,3,7,8].

Cliniquement, les hémangiomes costaux sont généralement asymptomatiques et de découverte fortuite [1,2]. Cependant, ils peuvent se manifester par des douleurs thoraciques, une masse pariétale thoracique ou, plus rarement, par des complications telles qu'un épanchement pleural, comme dans notre cas [1,3,5]. La présence d'un épanchement pleural séro-hématique associé à l'hémangiome costal est peu décrite dans la littérature et pourrait s'expliquer par une irritation pleurale par contiguïté ou par un saignement minime intra thoracique [3,5].

L'imagerie joue un rôle important dans le diagnostic des hémangiomes costaux [1,3]. La radiographie thoracique peut montrer une lésion ostéolytique [1,3]. La TDM thoracique est l'examen de référence, révélant une lésion expansive avec des travées osseuses fines donnant un aspect caractéristique en "nid d'abeilles" ou en "rayon de miel » [3]. Cet aspect, bien que très évocateur, n'est pas pathognomonique et peut être observé dans d'autres lésions osseuses [1,3]. L'IRM peut apporter des informations complémentaires, avec rehaussement après injection de produit de contraste

[3,7,8].

Le diagnostic différentiel des hémangiomes costaux se fait avec les lésions osseuses bénignes et malignes [1,3]. Parmi les lésions bénignes, on peut citer le kyste anévrysmal, la dysplasie fibreuse et les processus infectieux comme la tuberculose costale [3]. Les tumeurs malignes à évoquer sont principalement l'ostéosarcome, le sarcome d'Ewing, le chondrosarcome et les métastases osseuses [3]. Dans notre cas, l'aspect radiologique était peu spécifique, avec une ostéolyse et une rupture partielle de la corticale, pouvant faire évoquer une lésion maligne.

La confirmation diagnostique est anatomopathologique [1,3]. La biopsie peut être réalisée mais comporte un risque hémorragique en raison de la nature vasculaire de la lésion [3]. Dans notre cas, la biopsie a pu être effectuée sans complication et a orienté le diagnostic vers un hémangiome osseux [3,7,8].

Le traitement de choix des hémangiomes costaux symptomatiques reste la résection chirurgicale complète [1,3,6]. Cette approche permet à la fois de poser le diagnostic définitif et d'éviter les récidives [2,3]. La technique chirurgicale consiste en une résection costale emportant la tumeur avec des marges saines, suivie d'une reconstruction pariétale si nécessaire [3]. D'autres modalités thérapeutiques ont été décrites pour les localisations difficiles d'accès, notamment la radiothérapie, l'embolisation artérielle et l'injection d'alcool, mais leur efficacité reste limitée pour les hémangiomes costaux [1,3].

Le pronostic des hémangiomes costaux est excellent après résection chirurgicale complète [1,3]. Aucun cas de transformation maligne n'a été rapporté dans la littérature [3,4]. Les récidives sont rares, comme le confirme l'évolution favorable de notre patient après 12 mois de suivi.

Conclusion

L'hémangiome costal est une tumeur vasculaire bénigne rare qui pose souvent des problèmes de diagnostic différentiel avec des lésions malignes. Son diagnostic repose sur l'imagerie, notamment la TDM thoracique, et la confirmation est histologique. La résection chirurgicale complète reste le traitement de choix. Le pronostic est excellent après exérèse complète, sans risque d'évolution vers la maligne.

Notre observation illustre une présentation clinique atypique d'hémangiome costal, associé à un épanchement pleural de grande abondance, et souligne l'importance d'une approche diagnostique rigoureuse face à une lésion costale suspecte. La résection costale complète reste le traitement de choix.

***Correspondance :**

Jacques SAYE

j_saye05@yahoo.fr

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Service de chirurgie « A » du CHU du Point G, Bamako (Mali)

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Bouchikh M, Achir A, Setti K, Mbola TO, Lamboni D, Zouaidia F, et al. L'hémangiome caverneux costal : une tumeur rare de la paroi thoracique. Pan Afr Med J. 2012;11:76.

[2] Mlika M, Ayadi-Kaddour A, Racil H, Morgheli A, Chabbou A, Kilani T, et al. Un cas d'hémangiome costal. La Tunisie Médicale. 2011;89(1):794–8.

[3] Bouchikh M, Achir A, Setti K, Mbola TO, Lamboni D, Zouaidia F, et al. Cavernous hemangioma of the rib: a rare tumor of the chest wall. Pan Afr Med J. 2012;11:76. (NB : doublon de la réf. 1, mais conservé car

présent dans votre liste).

[4] Campanacci M, Ruggieri P. Tumeurs osseuses à histogenèse vasculaire. In: Encycl Méd Chir. Appareil locomoteur. Paris: Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS; 1993.

[5] Rahman NM. Épanchement pleural – Troubles pulmonaires et des voies aériennes [Internet]. 2023 [cité 19 sept 2025]. Disponible sur : https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-pulmonaires/troubles-médiastinaux-et-pleuraux/épanchement-pleural.

[6] Mlika M, Ayadi-Kaddour A, Racil H, Morgheli A, Chabbou A, Kilani T, et al. À propos d'une tumeur costale rare. La Tunisie Médicale. 2011.

[7] Bouchikh M, Achir A, Setti K, Mbola TO, Lamboni D, Zouaidia F, et al. Cavernous hemangioma of the rib: a rare tumor of the chest wall. PubMed. 2012. (NB : entrée bibliographique incomplète — identique aux réf. 1 et 3 mais mentionnée "PubMed").

[8] Mlika M, Ayadi-Kaddour A, Racil H, Morgheli A, Chabbou A, Kilani T, et al. Hémangiome de la fosse infra-temporale : à propos d'un cas. J Oral Med Oral Surg (JOMOS). 2011.

Pour citer cet article

J Saye, CAS Touré, I Coulibaly, S Coulibaly, MS Koita, CS Traoré et al. Hémangiome costal : une tumeur rare de la paroi thoracique. Jaccr Surgery 2025; 1(3): 15-20

https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.003L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Cas clinique

Hernie diaphragmatique congénitale droite à révélation tardive chez un nourrisson

Late-Discovering Right-Hand Congenital Diaphragmatic Hernia in an Infant

R Bonny-Obro*[1], YL Ake[1], KA Midekor-Gonebo[1], AKS Kouassi-Dria[1], JJS Ouattara[1], EN Moh[1]

Résumé

La hernie diaphragmatique congénitale (HDC) est une anomalie congénitale rare, plus fréquente du côté gauche. Nous rapportons le cas d'un nourrisson présentant une HDC droite de découverte tardive.

Il s'agissait d'une patiente de 5 mois admise pour des vomissements post prandiaux tardifs et une toux productive évoluant depuis 2 semaines en contexte fébrile. La mère est immunodéprimée au VIH sous antirétroviraux. Plusieurs épisodes de dyspnée ont été notés depuis la naissance.

A l'admission, elle avait une tachypnée, une tachycardie et une SaO2 à 100 %. Elle pesait 4125 g avec un Z score à -4. L'examen avait retrouvé des signes de lutte respiratoire et un syndrome d'épanchement pleural droit. Une radiographie thoraco-abdominale puis un scanner ont été faits, permettant de conclure à une HDC droite. Après un conditionnement pré opératoire, une laparotomie a été réalisée par voie d'abord transversale sous costale droite élargie. En per opératoire, il s'agissait : d'une HDC avec un défect droit de 9 cm de grand axe. Le lobe droit du foie, le colon transverse et le grêle constituaient la masse viscérale herniée dans le thorax. Il a été réalisé une réintégration viscérale intra abdominale et une fermeture du défect par des sutures. Les suites étaient simples. La sortie a été autorisée à J10. Le patient revu à 5mois post opératoire, présentait une courbe de poids ascendante.

La HDC droite devrait être évoquée chez un nourrisson présentant une pneumopathie droite persistante, en particulier lorsqu'elle est associée à des vomissements et à une mauvaise réponse à un traitement adéquat.

Mots-clés : Hernie diaphragmatique congénitale, Hernie diaphragmatique droite.

Abstract

Congenital diaphragmatic hernia (CDH) is a rare congenital anomaly, more common on the left side. We report the case of an infant with late-discovered right-sided CDH.

This was a 5-month-old patient admitted for late

postprandial vomiting and a productive cough that had been developing for 2 weeks associated with fever. The mother was immunocompromised due to HIV and receiving antiretroviral therapy. Several episodes of dyspnea had been noted since birth.
On admission, she had tachypnea, tachycardia, and a SaO2 of 100 %. She weighed 4125 g with a Z score of -4. Examination revealed signs of respiratory struggle and right-sided pleural effusion syndrome. A thoracoabdominal X-ray and CT scan were performed, concluding that she had a right-sided CDH. After preoperative conditioning, a laparotomy was performed via an extended right subcostal transverse approach. Intraoperatively, the diagnosis was CDH with a 9 cm long-axis right-sided defect. The right lobe of the liver, the transverse colon and the small intestine constituted the visceral mass herniated into the thorax. Intra-abdominal visceral reintegration and closure of the defect with sutures were performed. The follow-up was uneventful. Discharge was authorized on day 10. The patient, reviewed 4 months postoperatively, presented an ascending weight curve. Right-sided CDH should be suspected in a child with persistent right-sided pneumonia, particularly when associated with vomiting and poor response to adequate treatment.
Keywords: Congenital diaphragmatic hernia, Right diaphragmatic hernia.

Introduction

La hernie diaphragmatique congénitale (HDC) résulte d'un défaut de développement du diaphragme qui permet une hernie du contenu abdominal dans la cavité thoracique [1]. Son incidence est de 1 pour 5000 naissances vivantes [2]. La HDC droite est rare (10 à 15 %) comparativement à la HDC gauche (85 %) [3] et souvent méconnu [2].
Cette affection congénitale peut ne pas être cliniquement évidente avant longtemps [4].
Nous rapportons le cas d'un nourrisson présentant une HDC droite de découverte tardive.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente de 5 mois admise pour des vomissements post prandiaux tardifs et une toux productive évoluant depuis 2 semaines en contexte fébrile sans trouble du transit. Elle a été initialement admise en pédiatrie et devant les images radiographiques, le service de chirurgie pédiatrique a été sollicité.
La mère, âgée de 31 ans, G2P2, est un terrain immunodéprimé au VIH sous anti rétroviraux, sans relation de consanguinité avec le père. Le bilan prénatal était complet avec 3 échographies réalisées au cours de la grossesse, sans anomalie objectivée. L'accouchement s'est fait à terme, par voie basse avec un poids de naissance à 2800 g. La prophylaxie ARV à la Nevurapine a été faite pendant 6 semaines. Plusieurs épisodes de dyspnée ont été notés depuis la naissance, traités comme bronchiolite.
A l'admission, elle avait une température normale à 37°, une tachypnée (fréquence respiratoire =42 cycles/min), une tachycardie à 138 batt/mn et une saturation en oxygène à l'air ambiant à 100 %. Elle pesait 4125 g avec une taille de 63,5 cm et un Z score à -4 (malnutrition aigüe sévère). Il n'y avait pas de pâleur ni de cyanose.
A l'examen de l'appareil pulmonaire, on notait : la présence de signes de lutte respiratoire associant un tirage intercostal, un ballottement thoraco abdominal et un geignement audible à distance ; un syndrome d'épanchement pleural à droite.
L'examen cardio-vasculaire était normal hormis la tachycardie régulière et le choc de pointe dévié à gauche.
L'examen de l'appareil digestif était sans particularité.
La radiographie thoraco-abdominal (Figure 1) a confirmé une hernie diaphragmatique droite et le scanner thoraco-abdominal a permis d'identifier les organes herniés. L'échographie doppler cardiaque n'a pas retrouvé d'hypertension artérielle pulmonaire, ni d'anomalie cardiaque. Les gaz du sang n'avaient pas été réalisés, en l'absence de moyens financiers. On notait une anémie hypochrome microcytaire à 10,3

g/dl. Après un conditionnement pré opératoire, une laparotomie a été réalisée par voie d'abord transversale sous costale droite élargie. En per opératoire, il s'agissait d'une hernie diaphragmatique droite avec un large défect de 9 cm de grand axe, un fin rebord diaphragmatique antérieur et postérieur, sans sac herniaire (Figure 2). Le lobe droit du foie, le colon transverse et le grêle constituaient la masse viscérale herniée. Il n'y avait pas d'autres anomalies excepté la disposition des anses en mésentère incomplet. Il a été réalisé une réintégration viscérale intra abdominale, une fermeture du défect diaphragmatique droit par des points en U de prolène 2/0 (Figure 3), une appendicectomie de principe, la disposition en mésentère complet et un drainage thoracique.

Les suites opératoires étaient simples. Le nourrisson a été extubé le même jour et l'ablation du drain s'est fait à J4 post opératoire. La sortie a été autorisée à J10 post opératoire. Le patient, revu en consultation, à 5 mois post opératoire, présentait une courbe de poids ascendante (Figure 4).

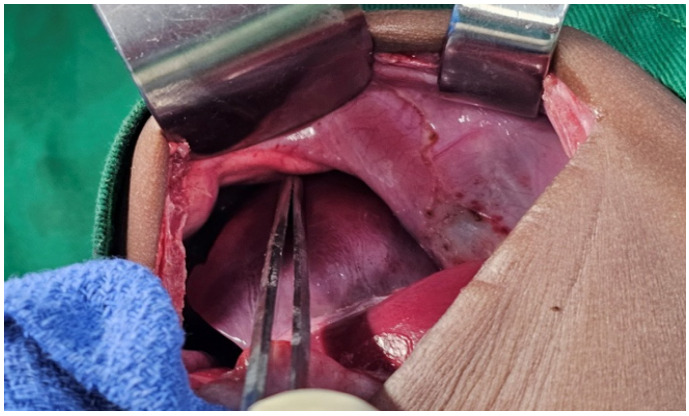


Figure 2: Image per opératoire du large défect droit.

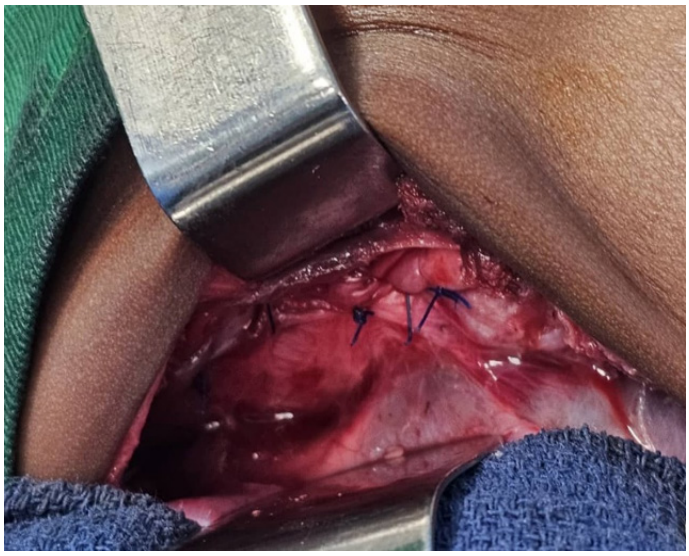


Figure 3: Image per opératoire des sutures au fil non résorbable.



Figure 1: La radiographie thoraco-abdominale montrant la hernie diaphragmatique droite.



Figure 4: Contrôle radiographique au suivi montrant la ré expansion pulmonaire.

Discussion

C'est une pathologie infantile rare, plus souvent parlante à gauche qu'à droite. En effet le foie peut couvrir un orifice diaphragmatique limité, à l'origine de sa découverte tardive [5].

Les examens prénataux du deuxième trimestre permettent de détecter environ 60 % des fœtus atteints d'une hernie droite et 80 % de ceux atteints d'une HDC gauche. L'échographie obstétricale, réalisée lors d'un dépistage systématique ou lors d'examens pour un hydramnios, constitue la principale méthode diagnostique. L'IRM est utile pour détecter des lésions thoraciques atypiques ou évaluer le volume pulmonaire. Le Doppler couleur identifie les hernies droites, difficiles à détecter à l'échographie en raison de la similarité de l'échogénicité pulmonaire et hépatique. Il peut également suggérer une hernie hépatique en mettant en évidence une position anormale de la veine ombilicale et de la veine porte [1,6].

Idéalement, le diagnostic anténatal devrait conduire à l'orientation vers un centre de soins tertiaires pour une prise en charge optimale avant la naissance [7,8]. Une évaluation spécialisée est également nécessaire pour écarter les anomalies associées, car pouvant être présentes dans jusqu'à 40 % des cas [9].

Dans notre cas, la hernie n'a pas été diagnostiquée avant la naissance, bien que la grossesse ait été surveillée en continu par des échographies répétées. Cela pourrait être en rapport avec les difficultés techniques relevées plus haut à savoir la distinctio à l'échographie entre poumon et foie. Mais aussi le manque d'expérience du radiologue du fait de la rareté de l'affection.

La HDC peut également se manifester pendant la période néonatale [9], dès la petite enfance, voire plus tard dans l'enfance, avec une présentation atypique [2]. Le diagnostic postnatal repose sur le tableau clinique : diminution des bruits respiratoires homolatéraux au côté de la hernie, déplacement des bruits cardiaques controlatéral à la hernie, ainsi que sur une radiographie thoracique, qui montre un déplacement médiastinal et des gaz intestinaux visibles au-dessus du diaphragme [11]. Notre patient avait présenté plusieurs épisodes de dyspnée en période néonatale, traité comme bronchiolite. Aucun bilan radiographique n'avait été réalisé ce qui aurait permis de poser le diagnostic de façon précoce.

La réparation chirurgicale différée est la prise en charge actuelle dans la plupart des centres chirurgicaux [1, 7,12]. La stabilisation préopératoire vise à optimiser la fonction respiratoire et à permettre une évaluation clinique et cardiaque complète [7].

La réparation de la HDC peut être réalisée par voie thoracique ou abdominale, à ciel ouvert ou mini-invasive [1]. Dans la plupart des cas, l'abord abdominal est privilégié par rapport à la thoracoscopie, surtout en cas d'anomalies associées à la HDC (par exemple, malrotation intestinale) [4]. On observe cependant, une tendance croissante à la réparation thoracoscopique, censée minimiser la douleur [13] et les cicatrices postopératoires et accélérer la guérison. Plusieurs séries ont démontré des taux de récidive plus élevés par voie thoracoscopique, bien que ces taux puissent être biaisés par des taux plus élevés d'anatomie défavorable et une courbe d'apprentissage inhérente [14]. Nous avons fait usage de la voie abdominale comme par habitude pour deux raisons bien connues [5,15], d'une part pour faciliter la réintégration de la hernie et d'autre part pour vérifier et traiter les anomalies des accolements mésentériques.

Le type de réparation dépend de la taille de la lésion [16]. Si elle est de petite taille, une fermeture chirurgicale primaire sans tension doit être réalisée avec des sutures non résorbables. Si la lésion est large, la fermeture primaire peut être tentée par une méthode de patch (prothèse, lambeau musculaire [17,18] matériau bioactif [19,20]. Nous avons opté pour une suture au fil non résorbable en l'absence de matériel prothétique dans notre contexte. La fermeture fut peu laborieuse, sans tension, malgré la taille de la lésion supérieure à quatre centimètres. La réduction hépatique n'a également pas posé de réel problème.

Des données récentes ont rapporté un taux de survie moyen de 63 % chez les enfants atteints de HDC. Une

HDC isolée a généralement un meilleur pronostic qu'une HDC compliquée de nombreuses anomalies [1, 6,11,]. Selon DARI et al [4], les trois facteurs prédictifs majeurs de l'issue sont : les anomalies associées, le degré d'hypoplasie pulmonaire et l'engagement hépatique [21,22]. D'autres auteurs [23,24], jugent la hernie hépatique non discriminante, car presque toujours présente dans la HDC droite. La taille de l'anomalie serait inversement corrélée à la survie et constituerait le meilleur prédicteur, tant en termes de survie que de morbidité [25,26].

Notre patient avait présenté un large defect, une hernie hépatique et une anomalie de rotation avec cependant, une évolution plutôt satisfaisante.

Conclusion

La HDC droite devrait être évoquée chez un nourrisson présentant une pneumopathie droite persistante, en particulier lorsqu'elle est associée à des vomissements et à une mauvaise réponse à un traitement adéquat.

***Correspondance :**

Bonny Rebecca épouse Obro

bonnyrebecca@hotmail.fr

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Service de Chirurgie Pédiatrique du CHU de Cocody, Abidjan, Cote D'Ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Chandrasekharan PK, Rawat M, Madappa R, Rothstein DH, Lakshminrusimha S. Congenital diaphragmatic hernia: a review. Matern Health Neonatol Perinatol. 2017;3:6.

[2] Rajvanshi N, Rathod KJ, Yadav T, Goyal JP, Kumar P. Right-sided congenital diaphragmatic hernia masquerading as complicated pneumonia in a young child. J Pediatr Pulmonol. 2022;1:100–3.

[3] Parate LH, Geetha CR, Vig S. Right-sided congenital diaphragmatic hernia: a rare neonatal emergency. Saudi J Anaesth. 2015;9:227–9.

[4] Darie R, Vlad RM. Right congenital diaphragmatic hernia: a diagnosis to consider. Ro J Pediatr. 2019;68(2):103–6.

[5] Gruner M, Balquet P, Chaouachi B, Lupold M. Hernies diaphragmatiques de l'enfant. In: Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales. Appareil digestif. Paris: Elsevier Masson; 1996. p. 1–13.

[6] Skarsgard ED, Harrison MR. Congenital diaphragmatic hernia: the surgeon's perspective. Pediatrics in Review. 1999;20(10):71–8.

[7] Alghamdi A, Raboe E. Right Bochdalek congenital diaphragmatic hernia: a tertiary center's experience over 13 years. Ann Pediatr Surg. 2021;17(24):2–6.

[8] Neff KW, Kilian AK, Schaible T, Schütz E-M, Busing KA. Prediction of mortality and need for neonatal ECMO in fetuses with congenital diaphragmatic hernia: logistic regression based on MRI fetal lung volume. AJR Am J Roentgenol. 2007;189:1307–11.

[9] Dolk H, Loane M, Garne E. The prevalence of congenital anomalies in Europe. Adv Exp Med Biol. 2010;686:349–64.

[10] Kotecha S, Barbato A, Bush A, Claus F, Davenport M, Delacourt C, et al. Congenital diaphragmatic hernia. Eur Respir J. 2012;39:820–9.

[11] Longoni M, Pober BR, High FA. Congenital diaphragmatic hernia overview. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA):

University of Washington; 1993–2019. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1359/.

[12] Al Shanafey S. Morgagni diaphragmatic hernia in children: one center's experience. World J Surg Surg Res. 2018;1:1021.

[13] Grover TR, Murthy K, Brozanski B, Gien J, Rintoul N, Keene S, et al. Short-term outcomes and interventions in infants with congenital diaphragmatic hernia. Am J Perinatol. 2015;32:1038–44.

[14] Putnam LR, Gupta V, Tsao K, et al. Factors associated with early recurrence after congenital diaphragmatic hernia repair. J Pediatr Surg. 2017;52:928–32.

[15] Becmeur F, Schmitt F, Fischbach M, Geisert J. Diaphragmatic hernia of delayed diagnosis in pediatric patients. Ann Pediatr (Paris). 1995;42:176–84.

[16] Chiboub N, Mimouni M, Alaoui O, Mahmoudi A, Khattala K, Bouabdallah Y. Right-sided congenital diaphragmatic hernia. World J Adv Res Rev. 2024;22(2):1405–9.

[17] Joshi SB, Sen S, Chacko J, et al. Abdominal muscle flap repair for large defects of the diaphragm. Pediatr Surg Int. 2005;21(8):677–80.

[18] Sydorak RM, Hoffman W, Lee H, et al. Reversed latissimus dorsi muscle flap for repair of recurrent congenital diaphragmatic hernia. J Pediatr Surg. 2003;38(3):296–300.

[19] Grethel EJ, Cortes RA, Wagner AJ, et al. Prosthetic patches for congenital diaphragmatic hernia repair: Surgisis vs Gore-Tex. J Pediatr Surg. 2006;41(1):29–33.

[20] Almaawi A, Prasad DRK, Waqasi Z, Alsharani A, Aref A, Safwat A. Right-sided congenital diaphragmatic hernia: an operative challenge. J Pediatr Neonatal Care. 2015;2(3):119–22.

[21] Kalli MM, Ngaringuem O, Adam AH, Ndjannone K, Sylvain S, Ouchemi C. Hernie diaphragmatique congénitale droite de diagnostic tardif: à propos d'une observation et revue de la littérature. ESI Preprints. 2022;11:485–92.

[22] Duan M, James TE-LH, Chandran S. Right-sided congenital diaphragmatic hernia masquerading as right lobar pneumonia in a term newborn infant. BMJ Case Rep. 2021;14:e244975.

[23] DeKoninck P, Gomez O, Sandaite I, et al. Right-sided congenital diaphragmatic hernia in a decade of fetal surgery. BJOG. 2015;122:940–6.

[24] Victoria T, Danzer E, Oliver ER, et al. Right congenital diaphragmatic hernias: correlation between prenatal lung volume and postnatal survival? Fetal Diagn Ther. 2018;43:12–8.

[25] Lally KP, Lasky RE, Lally PA, et al. Standardized reporting for congenital diaphragmatic hernia: an international consensus. J Pediatr Surg. 2013;48:2408–15.

[26] Jani J, Nicolaides KH, Benachi A, et al. Timing of lung size assessment in predicting survival in fetuses with diaphragmatic hernia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008;31(1):37–40.

Pour citer cet article

R Bonny-Obro, YL Ake, KA Midekor-Gonebo, AKS Kouassi-Dria, JJS Ouattara, EN Moh. Hernie diaphragmatique congénitale droite à révélation tardive chez un nourrisson. Jaccr Surgery 2025; 1(3): 21-26

https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.004L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Cas clinique

Myome prævia sur grossesse menée à terme à la maternité Ignace Deen du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée : à propos d'un cas

Previa myoma in a term pregnancy at the Ignace Deen maternity ward of the Conakry University Hospital Center, Guinea: a case report

I Conté*[1], AFM Soumah[1], O Sylla[1], M Magassouba[2], BA Diallo[2], A Diallo[1], T Sy[1]

Résumé

Les complications du fibrome utérin en cours de grossesse et de l'accouchement peuvent se traduire souvent par des compressions extrinsèques, la nécrobiose aseptique et l'obstacle prævia souvent préjudiciables au couple mère-enfant. Nous rapportons un cas chez une patiente de 39 ans, paucigeste suivie dans le service depuis la 21ème semaine, porteuse d'un volumineux myome prævia de 10 cm de siège segmento-corporéale. La grossesse a été menée à terme et une césarienne précédée d'une myomectomie per césarienne a été réalisée pour obstacle prævia. Et l'issue de grossesse associée au myome prævia a été favorable pour la mère et le fœtus

Mots-clés : grossesse à terme, myome prævia, obstacle, issue maternofoetale.

Abstract

The complications of uterine fibroids during pregnancy and childbirth can often manifest as extrinsic compression, aseptic necrobiosis, and previa obstruction, which are often detrimental to the mother-child couple. We report a case of a 39-year-old patient, with a low gestational history, who was monitored in the department since the 21st week, carrying a large 10 cm segmental-corporeal fibroid previa. The pregnancy was carried to term, and a cesarean section preceded by cesarean myomectomy was performed due to previa obstruction. The pregnancy outcome associated with the fibroid previa was favorable for both the mother and the fetus.

Keywords: full-term pregnancy, previa myoma, obstacle, maternal-fetal outcome.

Introduction

La prévalence du fibrome utérin associé à la grossesse est de 3 à 4 % [1]. Dix pour cent des fibromes se compliquent en cours de grossesse notamment les formes compressives qui sont l'apanage des gros fibromes. Elles concernent essentiellement l'appareil urinaire. Les complications digestives gravidiques et celles obstétricales par dystocie mécanique (obstacle prævia) liées aux fibromes utérins sont exceptionnelles [1]. Les complications digestives du fibromyome utérin pendant la grossesse, du travail et l'hémorragie du post partum restent exceptionnelles [2]. L'objectif de cette étude était de rapporter un cas de myome sur grossesse mené à terme.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 39 ans, de groupe sanguin O avec rhésus positif, pauci geste, qui a été reçue en urgence avec douleurs pelviennes et mictionnelles évoluant depuis 5 jours sans notion de saignement génital, sur une grossesse présumée à 21 semaines d'aménorrhées. Cette gestante était sans antécédent chirurgical, mais connue séropositive au HIV1 depuis 2 ans et sous traitement antirétroviral. A l'examen général, elle présentait un bon état général, sans fièvre, téguments et muqueuses normo-colorés, TA=110/80mmHg, pouls 82 p/min, poids :68kg. A l'examen obstétrical, elle présentait une voussure pelvienne déformant la paroi abdominale, avec palpation d'une masse ferme sus pelvienne séparée de l'utérus par un sillon. La pression imprimée sur la masse n'entrainait pas de douleur. Au spéculum, le col et la paroi vaginale étaient d'aspects macroscopiquement normaux. Le toucher vaginal retrouvait un col long, ramolli, fermé, postérieur, les culs de sac latéraux et celui de Douglas non douloureux et les mouvements imprimés sur la masse se transmettaient sur le col et inversement. L'échographie obstétricale réalisée le même jour avait mis en évidence une grossesse mono fœtale évolutive de 21semaines, le liquide amniotique en quantité normale ; la présence d'un myome antérieur type IV de la FIGO mesurant 8 cm de grand axe. Sur le plan sérologique, le typage avait révélé le VIH1 avec une charge virale de 102 copies/ml et le reste de l'analyse biomédicale était sans particularité. Devant ce tableau, la patiente a été soumise à un traitement d'urgence à base d'antalgique, de vessie de glace, d'antibiotique et d'antispasmodique. L'évolution avait été marquée par une nette amélioration des signes et il a été décidé de suivre l'évolution de la grossesse à titre ambulatoire.

Au terme du suivi, la dernière échographie avait noté une grossesse unique d'évolution normale de 38SA et 2 jours, poids fœtal estimé à 3300 g, placenta d'insertion antéro-fundique, liquide amniotique de quantité normale avec la présence d'un myome prævia faisant 11cm de grand axe. Une césarienne prophylactique pour myome prævia sur grossesse de 39 SA a été réalisée sous rachianesthésie. A la coeliotomie, il a été découvert un myome prævia segmento-corporéal antérieur de 12 cm (figure 2) ayant rendu difficile l'extraction fœtale nécessitant son ablation par une incision corporéale longitudinale, suivie de l'amniotomie et de l'extraction d'un enfant de sexe masculin, Apgar 10/10, pesant 3200 g, taille : 50 cm, périmètre crânien (34 cm). Délivrance dirigée, hystérorraphie, contrôle de l'hémostase et fermeture pariétale. Administration par voie orale de 800 µg de misoprostol pour la prévention de l'hémorragie de la délivrance. Le nouveau-né avait bénéficié des soins essentiels et l'administration de la névirapine en salle de naissance. Les suites opératoires ont été simples et la sortie autorisée à J4. Il a été recommandé à la mère de poursuivre le traitement ARV à vie avec Dolutegravir/Lamivudine/Tenofovir Disoproxil Fumarate. Et selon le protocole national en vigueur dans notre pays, le nouveau-né a été adressé à la pédiatrie pour la réalisation du test à la PCR à la 6ème semaine.

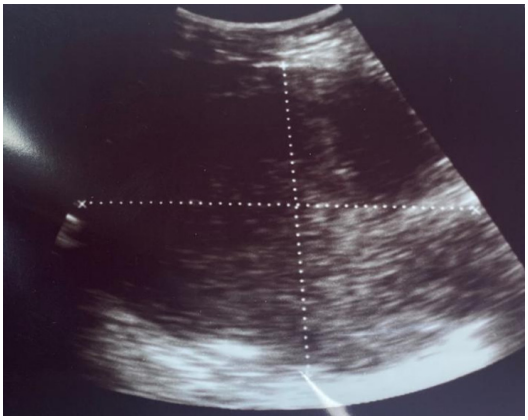


Figure 1 : image échographique du fibromyome utérin

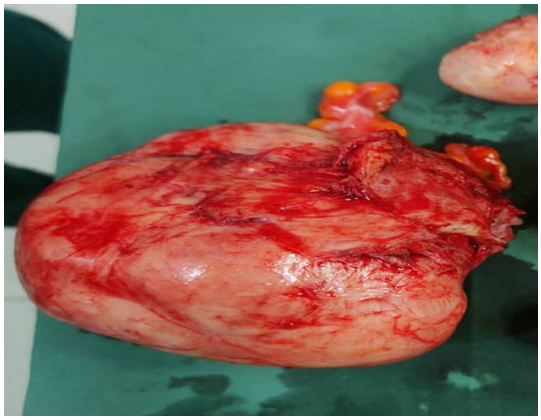


Figure 2 : fibromyome utérin en per opératoire

Discussion

La prévalence des fibromes pendant la grossesse est majorée lorsque l'âge maternel est supérieur à 35 ans. Sa fréquence actuelle varie de 10 à 20 %, et en de l'augmentation de l'âge maternel [2]. Les complications maternelles les plus souvent rapportées étaient la nécrobiose aseptique et la torsion d'un fibrome pédiculé [1]. La principale morbidité observée dans notre cas était liée à l'obstacle prævia, qui elle-même, pouvait être responsable d'une dystocie mécanique et l'hémorragie du post partum. La morbidité fœtale est dominée par la restriction de croissance et la prématurité. Lai et al [3] ont noté que le risque de mort fœtale in utero avant 32 SA était plus élevé en cas de fibromes utérins. Les potentielles complications maternelles posent la question de la place du traitement chirurgical des fibromes associés à la grossesse : avant la grossesse en cas de fibrome connu, en cours de grossesse et en cours de césarienne. La méta analyse de Klatsky rapporté dans l'étude de Pieh-Holder KL [4], a retrouvé un taux accru de complications obstétricales en rapport avec les fibromes sans toutefois, définir le nombre ou la taille limite des fibromes devant faire indiquer un traitement préalable à la grossesse. Ainsi, en comparant un groupe « utérus fibromateux » à un groupe « utérus sans fibrome », les auteurs ont montré un risque obstétrical majoré en cas de fibrome : plus de césariennes (OR = 3,7 [IC 95 % : 3,5–3,9] p < 0,001), plus de présentations dystociques (OR = 2,9 [IC 95 % : 2,6–3,2] p < 0,001), plus d'hémorragie du post-partum (OR = 1,8 [IC 95 % : 1,4–2,2] p < 0,001), plus d'hystérectomie per partum (OR = 13,4 [IC 95 % : 9,3–19,3] p < 0,001). La myomectomie est rarement réalisée en cours de grossesse (ante-partum). Les recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) de 2011 précisaient que quelle que soit la pathologie maternelle imputée à la présence de fibrome (obstacle de l'appareil urinaire, occlusion digestive, saignement, nécrobiose et menace d'accouchement prématuré), il n'y a pas d'argument pour recommander la pratique d'une myomectomie pendant la grossesse [5 ; 6]. La myomectomie en cours de césarienne (per partum) est rarement réalisée du fait d'un risque hémorragique potentiel et d'hystérectomie [7]. Une étude Turque récente a comparé un groupe de 70 patientes ayant bénéficié d'une césarienne avec myomectomie dans le même temps à un groupe de 70 patientes bénéficiant d'une césarienne sans myomectomie. Elle a conclu à la réalisation de la chirurgie sans complications graves (hémoglobine post opératoire plus basse sans augmentation du taux de transfusion, malgré un temps opératoire plus long et une hospitalisation plus longue) [8 ; 9]. En l'absence de sur-morbidité à court terme démontrée de la myomectomie en cours de césarienne versus abstention, les recommandations 2011 du CNGOF concluaient (grade C) à l'absence d'argument pour contre-indiquer une myomectomie lors de la césarienne si celle-ci était justifiée ou nécessaire (fibrome prævia) [5]. Les recommandations ont évolué car il existait en 1999, un consensus d'expert

pour contre-indiquer en général toute myomectomie pendant une grossesse ou au cours d'une césarienne. Dans notre observation, la myomectomie a été réalisée en cours de césarienne du fait du volume important du fibrome et de sa localisation segmentaire antérieure.

Conclusion

La morbidité des fibromes de taille importante (> 10 cm), même peu symptomatique en per césarienne pose la question de leur prise en charge chirurgicale. La myomectomie en cours de grossesse reste, cependant, une intervention à risque hémorragique potentiel qui doit rester une option à discuter au cas par cas selon la symptomatologie et la topographie du fibrome.

***Correspondance :**

Conté Ibrahima

conteib1976@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital National Ignace Deen du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée.

2 : Service de Gynécologie obstétrique de l'hôpital National Donka du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée.

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, Cahill AG. Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. Obstet Gynecol. 2010;116:1056–63.

[2] Levast F, Legendre G, Bouet PE, Sentilhes L. Management of uterine myomas during pregnancy. Gynecol Obstet Fertil. 2016;44(6):350–4.

[3] Lai J, Caughey AB, Qidwai GI, Jacoby AF. Neonatal outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25:710–3.

[4] Pieh-Holder KL, Bell H, Hall T, DeVente JE. Postpartum prolapsed leiomyoma with uterine case inversion managed by vaginal hysterectomy. Case Rep Obstet Gynecol. 2014;2014:435101.

[5] CNGOF. Actualisation de la prise en charge des myomes. Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2011;40:953–61.

[6] Leite GK, Korkes HA, Viana AdeT, Pitorri A, Kenj G, Sass N. Myomectomy in the second trimester of pregnancy: case report. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32:198–201.

[7] Lozza V, Pieralli A, Corioni S, Longinotti M, Penna C. Multiple laparotomic myomectomy during pregnancy: a case report. Arch Gynecol Obstet. 2011;284:613–6.

[8] Sagoo B, Ng KYB, Ghaleb G, Brown H. Spontaneous expulsion of intramural fibroid six weeks after emergency caesarean section. Case Rep Obstet Gynecol. 2015;2015:640570.

[9] Simsek Y, Celen S, Danisman N, Mollamahmutoglu L. Removal of uterine fibroids during cesarean section: a difficult therapeutic decision. Clin Exp Obstet Gynecol. 2012;39:76–8.

Pour citer cet article

I Conté, AFM Soumah, O Sylla, M Magassouba, BA Diallo, A Diallo et al. Myome prævia sur grossesse menée à terme à la maternité Ignace Deen du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée : à propos d'un cas. Jaccr Surgery 2025; 1(3): 27-30

https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.005L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Cas clinique

Occlusion intestinale grêlique au cours de la grossesse révélée par un tableau de menace d'accouchement prématuré

Small bowel obstruction during pregnancy revealed by threatened preterm labor

M Wade*[1], F Tandian[1], AYG Moussas[1], AA Sarr[1], F Diouf[1], N Gueye[1]

Résumé

L'occlusion intestinale au cours de la grossesse est rare, mais elle constitue une urgence obstétricale et chirurgicale pouvant compromettre le pronostic maternel et fœtal. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire afin de préserver la vie et la santé de la mère comme du fœtus.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 25 ans sans antécédents chirurgicaux particuliers, admise pour une menace d'accouchement prématuré de 33 semaines d'aménorrhée. Face à la persistance des douleurs abdominales, des investigations complémentaires ont permis d'orienter le diagnostic d'occlusion intestinale. La laparotomie exploratrice a mis en évidence une occlusion grêlique sur brides. Une césarienne suivie d'une libération des brides a été réalisée, avec des suites post-opératoires favorables.

Il convient de souligner que l'occlusion intestinale peut se manifester par une menace d'accouchement prématuré, nécessitant une vigilance particulière.

Mots-clés : Occlusion intestinale aiguée, grossesse.

Abstract

Intestinal obstruction during pregnancy is rare but represents an obstetrical and surgical emergency that can compromise both maternal and fetal outcomes. Management must be multidisciplinary in order to preserve the health and safety of both the mother and the fetus.

We report the case of a patient with no particular surgical history, admitted for a threatened preterm labor at 33 weeks of gestation. Due to the persistence of abdominal pain, further evaluation suggested an intestinal obstruction. Laparotomy revealed a small bowel obstruction due to adhesions. A cesarean section followed by adhesiolysis was performed, with favorable postoperative outcomes.

It should be emphasized that intestinal obstruction

may present as a threatened preterm labor, requiring a high level of clinical vigilance.

Keywords: Acute intestinal obstruction, pregnancy.

Introduction

Les urgences chirurgicales au cours de la grossesse posent des problèmes diagnostic surtout au cours du troisième trimestre du fait développement de l'utérus. Dans ce contexte, l'occlusion intestinale est une complication rare mais grave de la grossesse, avec une incidence estimée entre 1/1 500 et 1/16 000 grossesses [1]. Le grêle est le segment le plus souvent atteint, les causes incriminées sont généralement les adhérences post-opératoires et les volvulus. Le diagnostic est souvent retardé en raison de la similitude des symptômes avec ceux de la grossesse (nausées, constipation, douleurs abdominales), et peut exceptionnellement se révéler par un tableau obstétrical, tel qu'une menace d'accouchement prématuré. Nous rapportons un cas illustrant cette présentation atypique, avec revue de la littérature récente.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 25 ans, quatrième geste, troisième pare, ayant deux enfants vivants et un antécédent d'avortement. Ses antécédents médico-chirurgicaux étaient sans particularité. Elle a été admise le 22 mars 2025 pour des douleurs abdominales sur une grossesse de 32 semaines et 6 jours d'aménorrhée. L'examen obstétricale était en faveur d'une menace d'accouchement prématuré modérée. La patiente a été hospitalisée pour surveillance et traitement tocolytique.

Au cours de l'hospitalisation, l'évolution a été marquée par la persistance et l'intensification des douleurs abdominales, accompagnées de vomissements. L'interrogatoire complémentaire révélait un arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures, évoquant un syndrome occlusif. L'échographie abdominale montrait une stase avec distension grêlique, des voies urinaires normales et un appendice non visualisé. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) révélait plusieurs niveaux hydroaériques de type grêlique. Ces éléments ont conduit à l'indication d'une laparotomie exploratrice suivie d'une césarienne après maturation pulmonaire fœtale, permettant l'extraction d'un nouveau-né vivant et en bon état. L'exploration abdominale (figure 1) a mis en évidence des anses grêliques dilatées et des adhérences grélo-utérines fundiques droites constituant des brides responsables de l'occlusion. La section de ces brides et la libération des anses ont été effectuées. Les suites opératoires ont été simples, avec une évolution maternelle et néonatale favorable.

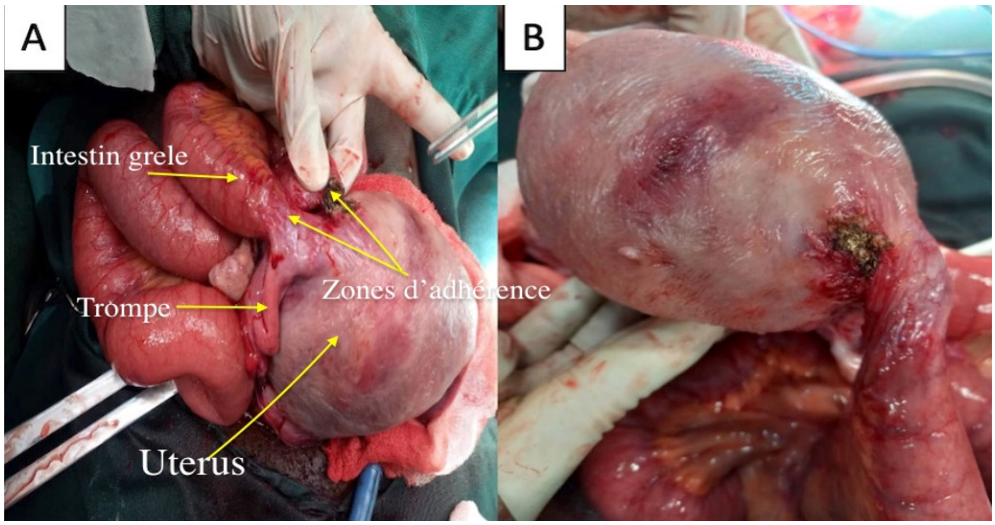


Figure 1 : Découvertes opératoires avec la mises en évidences d'adhérence grélo-utérines.
A : Vue antérieure ; B : Vue postérieure

Discussion

L'occlusion intestinale au cours de la grossesse est une pathologie rare, mais potentiellement grave pour la mère et le fœtus. Sa fréquence est estimée entre 1/1 500 et 1/16 000 grossesses [1,2], avec une prédominance nette des localisations grêliques. Des données plus récentes estiment cette incidence autour de 0,001 à 0,003 % (≈ 1/33 000 à 1/100 000 grossesses) [3]. Le grêle est le segment le plus souvent concerné, essentiellement en raison des adhérences post-opératoires (≈ 60 %) et des volvulus (≈ 25 %) [2,3,4], et plus rarement, les hernies internes ou les tumeurs digestives telles que l'adénocarcinome de l'iléon responsable d'une occlusion gravidique rapporté en 2024 [3,4,5]. Dans notre cas, l'absence d'antécédents chirurgicaux chez la patiente rend plus probable l'hypothèse d'une occlusion intestinale secondaire à des adhérences grélo-utérines, liées à une infection antérieure. En effet, au cours de la grossesse, l'utérus en expansion peut déplacer les organes et les adhérences existantes, favorisant ainsi l'apparition d'une obstruction.

La présentation clinique de l'occlusion intestinale pendant la grossesse est souvent trompeuse. Le diagnostic est particulièrement difficile au premier trimestre, car les symptômes classiques douleurs abdominales, vomissements, arrêt du transit peuvent être confondus avec des troubles digestifs liés à la grossesse [6].

L'occlusion intestinale survient le plus fréquemment durant trois périodes spécifiques : entre 16 et 20 SA, entre 32 et 36 SA et au cours du post-partum. Dans notre observation, l'occlusion est survenue à 32 semaines, révélée par un tableau initial de menace d'accouchement prématuré (MAP) [7]. Ce mode de révélation atypique est rapporté dans la littérature : l'irritation péritonéale et la distension digestive peuvent déclencher des contractions utérines [8].

L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic. L'échographie abdominale, bien que peu spécifique, est l'examen de première intention, et peut montrer une distension grêlique, comme dans notre cas mais reste peu sensible. L'ASP, encore largement utilisé dans les pays à ressources limitées, garde sa valeur en montrant les niveaux hydroaériques typiques [9]. Toutefois, l'IRM abdominale est désormais considérée comme l'examen de référence, car elle offre une meilleure sensibilité sans exposition aux rayonnements ionisants [10]. Le scanner peut être envisagé en urgence, avec une irradiation fœtale largement inférieure aux seuils tératogènes si les protocoles modernes sont respectés [11].

La prise en charge repose sur une approche multidisciplinaire associant obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes et pédiatres. Elle repose sur deux axes : le traitement conservateur et la chirurgie. Le traitement médical (réanimation hydro-électrolytique, aspiration nasogastrique, corticothérapie pour maturation pulmonaire fœtale) peut être initié en première intention, mais la chirurgie doit être envisagée rapidement en cas de suspicion de strangulation ou d'absence d'amélioration [3,9]. Une revue systématique récente de 2024 suggère qu'une prise en charge non opératoire peut être envisagée chez une patiente stable, sans signe de strangulation ni de volvulus [4]. Cependant, une étude multicentrique américaine publiée en 2025 souligne que la chirurgie différée ou un retard chirurgical augmente significativement les complications maternelles et fœtales, alors qu'une intervention précoce (< 24 h) réduit le risque d'avortement, de prématurité et de sepsis [6]. La question obstétricale est centrale car la décision de réaliser une césarienne avant ou pendant la chirurgie abdominale doit être individualisée. L'approche obstétricale doit être intégrée à la stratégie thérapeutique globale. Dans certains cas, la grossesse peut être poursuivie si l'état fœtal est satisfaisant et si l'intervention chirurgicale ne compromet pas l'utérus [12]. Chez notre patiente, après maturation pulmonaire, la césarienne a été décidée en urgence au cours de la laparotomie. Cette stratégie, décrite dans la littérature, peut être justifiée en cas de terme avancé, de contractions utérines persistantes, ou de risque opératoire majeur pour le fœtus [8,12].

Le pronostic dépend étroitement du délai diagnostique. La gravité de cette pathologie réside dans le retard diagnostique et le risque d'ischémie intestinale, de

perforation et de sepsis, menaçant directement le pronostic materno-fœtal. La mortalité maternelle varie de 2 à 6 %, et la mortalité périnatale peut atteindre 20 à 26 % selon les séries [2,3,6] mais ces chiffres se sont améliorés grâce aux progrès de la médecine [1,3,6]. L'amélioration de l'imagerie, l'accès plus rapide à la chirurgie et une meilleure coordination multidisciplinaire expliquent la réduction récente de ces taux [4,6].

En résumé, le contexte de grossesse constitue un véritable défi diagnostique et thérapeutique. Le clinicien doit garder un haut degré de suspicion devant toute douleur abdominale atypique associée à des contractions utérines pour éviter des pièces diagnostics. Ce cas clinique souligne l'importance d'un examen abdominal soigneux et d'un interrogatoire orienté devant toute symptomatologie obstétricale atypique. La tocolyse doit être utilisée avec prudence car elle peut être délétère si elle retarde une chirurgie urgente [8]. Ainsi la vigilance diagnostique, le recours rapide à l'imagerie, et une prise en charge chirurgicale précoce et multidisciplinaire sont les clés pour optimiser le pronostic materno-fœtal.

Conclusion

L'occlusion intestinale au cours de la grossesse est une urgence médico-chirurgicale rare mais grave. Sa révélation par une menace d'accouchement prématuré, comme dans notre cas, illustre la difficulté diagnostique et la nécessité d'une vigilance accrue devant toute douleur abdominale atypique. Une prise en charge rapide et multidisciplinaire demeure essentielle pour améliorer le pronostic maternel et fœtal.

***Correspondance :**

Mouhamadou WADE

wade200903kia@hotmail.fr

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Hopital régional de Kédougou, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Perdue PW, Johnson HW, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. Am J Surg. 1992;164(4):384–8.

[2] Connolly MM, Unti JA, Nora PF. Bowel obstruction in pregnancy. Surg Clin North Am. 1995;75(1):101–13.

[3] Shen J, Teng X, Chen J, et al. Intestinal obstruction in pregnancy: a rare presentation of uterine perforation. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23:507.

[4] Ling XS, Tian WCA, Augustin G, Catena F. Can small bowel obstruction during pregnancy be treated with conservative management? A review. World J Emerg Surg. 2024;19:13.

[5] Almulhim Z, Othman S, Alarfaj M, et al. A rare case of small bowel obstruction in pregnancy due to adenocarcinoma. Cureus. 2024;16(1):e53124.

[6] Ashbrook MJ, Cheng V, Longo E, et al. Early operation reduces risk of mother and fetus in adhesive small bowel obstruction during pregnancy. J Trauma Acute Care Surg. In press 2025.

[7] Lavoué V, Beauville E, Poulain P. Urgences abdominales chirurgicales pendant la grossesse. Imagerie Femme. 2009;19:105–10.

[8] Chou MM, Chen HC, Chen WC, Hsu KF, Changchien CC. Small bowel obstruction during pregnancy: tocolysis or surgery? Obstet Gynecol. 1996;88(4 Pt 2):647–50.

[9] Shen J, Teng X, Chen J, et al. Silent uterine rupture

associated with intestinal obstruction in pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23:507. (NB : doublon exact de la référence 3, conservé car présent dans votre liste.)

[10] Perdue PW, Kammerer WS, Gibbs RS. Intestinal obstruction complicating pregnancy. Obstet Gynecol. 1992;80(5):777–82.

[11] Cappell MS, Colon VJ, Sidhom OA. Safety and clinical utility of abdominal CT in pregnancy. Am J Gastroenterol. 1993;88(10):1725–30.

[12] Management of small bowel obstruction in the third trimester. BMJ Case Rep. 2024;17(3):e 70110.

Pour citer cet article

M Wade, F Tandian, AYG Moussas, AA Sarr, F Diouf, N Gueye. Occlusion intestinale grêlique au cours de la grossesse révélée par un tableau de menace d'accouchement prématuré. Jaccr Surgery 2025; 1(3): 31-35

https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.006L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Article original

Insuffisance rénale et uropathies malformatives. Cas particuliers du reflux vésico-urétéral, du mégauretère primitif et des valves de l'urètre postérieur

Renal Failure and Congenital Malformations of the Urinary Tract. Special Cases of Vesicoureteral Reflux, Primary Megaureter, and Posterior Urethral Valves

F Binta Balde*[1,2], TMO Diallo[2], AV Gamamou[2], Z Benmassaoud[3], O Alaoui[1,4], A Mahmoudi[1,4], K Khattala[4], Y Bouabdallah[1,4], AB Diallo[2]

Résumé

Les uropathies malformatives (UM) sont des anomalies du développement embryonnaire des reins et des voies excrétrices. Leur prévalence en pédiatrie varie de 3,5 % à 43 % selon les auteurs. Une proportion non négligeable d'enfants présente une insuffisance rénale au moment du diagnostic où dans certains cas, cette dernière constitue le mode de révélation. L'objectif de ce travail était le décrire le devenir à moyen terme de la fonction rénale des patients pris en charge pour une uropathie malformative au service de chirurgie pédiatrique du CHU Hassan II de Fès.

Matériels et méthodes. Il s'agissait d'une étude descriptive mixte de 2015 à 2024. Nous avons analysé les données des patients agés de 0 à 15 ans pris en charge pour l'une de ces uropathies.

Résultats. 76 patients répondaient à nos critères. On notait par ordre de fréquence le reflux vésico-urétéral (42 cas), le mégauretère (22 cas) et les valves de l'urètre postérieur (12 cas). L'age variait entre un jour à quinze ans avec une nette prédominance des garçons. L'insuffisance rénale était prsente au moment du diagnostic chez 31 patients (40,78%). Huit patients étaient sous dialyse péritonéale au dernier recul.

Conclusion. L'insuffisance rénale était présente dans presque la moitié des cas au moment du dignostic avec un enfant sur dix sous dialyse au dernier recul.

Mots-clés : uropathies malformatives, insuffisance rénale, dialyse péritonéale.

Abstract

Introduction: Malformative uropathies (UM) are abnormalities of embryonic development of the kidneys and excretory pathways. Their prevalence in pediatrics varies from 3.5% to 43% according to the authors. A significant proportion of children present

with kidney failure at the time of diagnosis or in some cases, this constitutes the mode of revelation.
The objective of this work was to describe at the medium-term the renal function in patients treated for malformative uropathy at the pediatric chirrugy department of CHU Hassan II in Fez.
Materials and methods. This was a mixed descriptive study (2015-2024). We analyzedthe mediace data of all the patients aged from 0 to 15 years old managed for one of these uropathies.
Results. 76 patients met our criteria. We noted in order of frequency the vesico-ureteric reflux (42 cases), the megaureter (22 cases) and the posterior urethral valve (12 cases). The age ranged from one day to fifteen years with a boy predominance. Renal failure was present at the time of diagnosis in 31 patients (40,78%). Eight patients were on peritoneal dialysis at the last follow-up.
Conclusion. Renal failure was present in almost half of the cases at the time of the dignostic with one child in ten on dialysis at the last setback.
Keywords: malformative uropathies, renal failure, peritoneal dialysis.

Introduction

Les uropathies malformatives (UM) sont des anomalies du développement embryonnaire des reins et des voies excrétrices. Elles peuvent être apparentes ou non, évolutives ou non, isolées ou syndromiques, symptomatiques ou non [1]. Leur prévalence en pédiatrie varie de 3,5 % à 43 % selon les auteurs [2]. L'insuffisance rénale est l'une des complications redoutables des UM. Dans notre contexte, le diagnostic prénatal des pathologies malformatives est faible [3]. Le diagnostic et la prise en charge précoce constituent un véritable challenge [4]. Une proportion non négligeable d'enfants présente une insuffisance rénale au moment du diagnostic où dans certains cas, cette dernière constitue le mode de révélation [5].
L'objectif de ce travail était le décrire le dévenir à moyen terme de la fonction rénale des patients pris en charge pour une uropathie malformative au service de chirurgie pédiatrique du CHU Hassan II de Fès.

Méthodologie

Type et période d'étude: Il s'agissait d'une étude descriptive mixte sur dix ans. La partie retrospective consernait le recrutement des patients (janvier 2015-janvier 2020), et la partie prospective leur suivi (Janvier 2020-Mars 2024).
Critères d'inclusion: Nous avons étudié tous les patients agés de 0 à 15 ans admis pour l'une des uropathies malformatives suivantes: Réflux vésico-urétéral (RVU), Méga uretère primitif (MUP) et valves de l'urètre postérieure (VUP).
Variables d'étude: les variables étaient qualitatives et quantitatives suivant les données:

- Cliniques: âge, sexe, circonstances de découverte,
- Biologiques: taux d'hémoglibine (g/dl), l'urée sanguine (g/l), créatinine sanguine (mg/l), le proteine C réactive (CRP), l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU)
- Radiologiques (diagnostic et retentissement): échographie rénale, l'uretrocystographie retrograde (UCR), l'urographie intra veineuse (UIV), la scintigraphie rénale.

L'insuffisance rénale a été définit par la baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) estimée selon la formule de Shwartz. Elle était dite chronique après plus de 3 mois de persistance, et classée en quatre stades:

- Stade 1: Maladie rénale chronique; DFG ≥ 60 ml/min
- Stade 2: Insuffisance rénale modérée; DFG entre 30-59 ml/min
- Stade 3: Insuffisance rénale sévère; DFG entre 15-29 ml/min
- Stade 4: Insuffisance rénale terminale; DFG < 15 ml/min ou traitement de suppléance (dialyse ou transplantation).

Protocole thérapeutique: sur le plan médical, une antibiothérapie a été instaurée adaptée à l'antibiogramme, ou une antibioprophylaxie lorsque

les urines étaient stériles. Les patients ont été ensuite opérés suivant la pathologie, l'indication adaptée au cas par cas et à distance des épisodes infectieux. Le traitement chirurgical était sur deux modes: urgence et planifié. La chirurgie en urgence conssitait en une dérivation urinaire par urétérostomie ou cystostomie selon le cas voir la montée d'une sonde JJ (MUP obstructif) si disponible. La chirurgie planifiée était adaptée à l'étiologie. Pour le RVU il s'agissait de la ré implantation vésico urétérale (Cohen, Lich-Gregoir, Leadbetter-Politano) avec ou sans remodelage. Pour le MUP, cette ré-implantation se faisait après résection de la partie rétresie (MUP obstructif). Pour les cas de VUP, la résection a été réalisée par une lame froide. La néphrectomie était indquée pour les cas rein muet symptomatique (syndrome infectieux avec pyunéphrose). Les patients ont été suivis sur le plan clinique, biologique et radiologique avec un recul moyen de 6,5 ans.

Analyse des données: Les données ont été saisies et analysées par le logiciel Epi info dans sa version 7.2.1. les variables qualitatives ont été présentées sous forme de proportion de pourcentage et les variables qualitatives en moyenne.

Résultats

Durant notre période d'étude, 76 patients répondaient à nos critères. D'une analyse générale, le diagnostic anténatal de ces uropathies était de 7,9% et 40,7% des patients avait une insuffisance rénale au moment du diagnostic (aigue ou chronique). Les caractérisqtiques épidémiologiques et cliniques sont détaillées suivant l'uropathie malformative puis résumées dans le tableau I.

Le reflux vésico-urétéral: quarante-deux patients dont 27 garçons (64,29%). l'âge variait entre 2 mois et 15 ans. une seul patient avait eu le diagnostic en prénatal soit 2,38%. Les autres étaient admis dans le cadre d'une infection urinaire soit 97,62%. Au bilan biologique, les valeurs de l'urée variaient entre 0,4 à 3,7 g/l et celles de la créatinine de 12 à 43 mg/l. L'insuffisance rénale était présente dans 54,76% (23/42) au moment du diagnostic dont deux patients au stade terminal (tableau I). Sur le plan radiologique, il s'agissait d'un reflux de haut grade dans 73% (IV ou V). Une asymétrie fonctionnelle entre les deux reins était observée chez 11 cas (52,38%) à la scintigraphie. La re-implantation type Cohen a été réalisée dans 97,62% (Tableau II). Un patient avait un rein muet à la scintigraphie. Trois patients étaient sous dialyse péritonéale au dernier recul soit 7,14%.

Mégauretère primitif (obstructif et refluant): vingt-deux patients avec sept atteintes bilatérales soit 29 unités rénales. L'âge variait entre 2 jours et 9 ans avec 81,81% de garçons. Le diagnostic était posé en prénatal chez 18,18% des patients. Dans les autres cas il était établi au bilan d'une infection urinaire dans 77,27% voire d'une hématurie dans 4,55% des cas. Au bilan biologique, les valeurs de l'urée variaient entre 0,7 à 0,9 g/l et celles de la créatinine de 11 à 58 mg/l. Au diagnostic, 13,64% des patients était en inssufisance rénale (tableau I). Il s'agissait de trois patients:

Patient 1: Urée 0,7mg/l et Créatinine 11mg/l soit un DFG de 105 ml/min/1,73 m2 (stade 1),

Patient 2: Urée 0,9mg/l et Créatinine 23mg/l, soit un DFG de 74ml/min/1,73 m2 (stade 2),

Patient 3: Urée 0,3 et Créatinine 14 mg/l, soit un DFG de 83 ml/min/1,73 m2 (stade 2).

À la scintigraphie rénale 15/22 avaient une fonction inférieure à 40% dont deux reins muets. Sur le plan chirurgical, onze patients (50%) ont bénéficié d'un traitement en urgence dont dix cas d'urétérostomie et une montée de sonde double J consistant au traitement d'attente (tableau II). La ré-implantation a été ensuite réalisée dont le type Cohen dans 62,07%. Deux cas de néphrectomie primaire était réalisées chez deux patients admis pour MUP avec rein mut. Au dernier recul, un patient est passé du stade 2 au stade 4 (Patient 2); Urée 1.7mg/l et Créatinine 58mg/l par rapport à Urée 0.9mg/l et Créatinine 23mg/l (DFG à 15ml/min). trois autres patients ont aggravé leur fonction rénale faisant un total de quatre patients sous dialyse péritonéale soit 18,18%.

Valves de l'urètre postérieur: Douze patients avec un

âge qui variait entre 1 jour à 4 ans. Un patient avait son diagnostic en anténatal soit 8,33%. Les valeurs de l'urée variaient entre 0,5 à 1,8 g/l soit 0.6 g/l en moyenne et celles de la créatinine de 9 à 20 mg/l soit 11,5mg/l en moyenne. Au moment du diagnostic, l'insuffisance rénale était présente dans le tiers des cas (tableau I). Le traitement chirurgicale a consisté en une cystostomie d'urgence dans le quart des cas, puis tous les ptients ont bénéficié de la résection des valves, enfin la fermeture de la cystostomie (cas consernés). Un patient était sous dialyse au dernier recul soit 8,33%.

Après un recul moyen de 6,5 ans, nous avons observé une amélioration de près de 50% du DFG dans les cas de RVU et de VUP; mais une aggravation progressive dans les cas de MUP. Dans les trois malformations, malgré le bon résultat clinique (absence de fièvre), biologique (absece d'infection urinaire) et radiologique (amélioration de la dilatation), dix-sept patients (22,36%) avaient une altération du DFG et huit patients (10,52%) étaient sous dialyse péritonéale au dernier recul (tableau III).

Tableau I : Données sociodémographiques et cliniques de l'ensemble de la cohorte.

Variables	RVU N=42	MU N=22	VUP N=12
Age moyen (mois)	36	37	15
Proportion des garçons	27 (64,29%)	18 (81,81%)	12 (100%)
Taux de diagnostic anténatal	1 (2,38%)	4 (18,18%)	1 (8,33%)
Infection urinaire au diagnostic	40 (97,61%)	17 (77,27%)	11 (91,67%)
Taux d'insuffisance rénale au diagnostic	23 (54,76%)	3 (13,64%)	4 (33,33%)

Tableau II : Répartition des patients selon la technique chirurgicale.

Techniques chirurgicales	RVU N=42	MU N=22 (29 unités rénales)	VUP N=12
Cohen	41 (97,62%)	18 (62,07%)	-
Lich-Gregoir	1 (2,38%)	7 (24,14%)	-
Leadbetter-Politano	-	2 (6,89%)	-
Résection de valves	-		12 (100%)
Néphrectomie		2 (6,89%)	
Traitement d'attente en urgence			
Cystostomie	-		3/12 (25%)
Urétérostomie	-	10/22 (45,45%)	-
Montée de sonde double J	-	1/22 (4,55%)	-

Tableau III : Evolution du débit de filtration glomérulaire après prise en charge chirurgicale.

	Avant		Après		Dialyse au dernier recul
	DFG normal	DFG altéré	DFG normal	DFG altéré	
RVU (N=42)	19 (45,23%)	23 (54,77%)	32 (76,19%)	10 (23,83%)	3 (7,14%)
MUP (N=22)	19 (86,36%)	3 (13,64%)	17 (77,27%)	5 (22,73%)	4 (18,18%)
VUP (N=12)	8 (66,67%)	4 (33,33%)	10 (83,33%)	2 (16,67%)	1 (8,33%)

Discussion

L'incidence des uropathies malformatives dans la population pédiatrique est estimée de 0.5 à 1.8% [6]. Cette incidence s'envole de 20 à 50% s'il y a une infection urinaire [7].

Comme retrouvé dans notre étude, l'infection urinaire constitue l'un des principaux mode de révelation. Cette dernière serait significativement associée aux uropathies obstructives: urétérales et urétrales ((p = 0,010 et p = 0,008 respectivement) [4] . En fonction de l'âge, 15 à 60% des enfants avec une infection urinaire prouvée auront un quelconque grade de reflux et 8 à 13% d'entre eux ont déjà des lésions évidentes de néphropathie de reflux [7,8].

Les cicatrices corticales sont présentes dans 65% si l'enfant a eu moins de deux épisodes d'infections urinaires; et dans 70.5% s'il y a eu plus de deux épisodes d'infections urinaires [9]. Dans notre étude, les patients étaient à leur N-ième épisode d'infection urinaire, ce qui pourrait expliquer les trois cas de reins muets au moment du diagnostic que nous avons rencontré. De plus, l'assymétrie de la fonction rénale est significative notamment dans le cas de RVU [10].

Quant à la La néphropathie de reflux (NR), elle fait suite au reflux intra rénal d'urines infectées. C'est une des causes majeures d'insuffisance rénale terminale de l'enfant. Le risques pour le parenchyme est au maximum avant l'age d'un an. Les lésions rénales sont au maximum lorsque l'enfant n'a pas atteint l'âge de la propreté, ce qui correspond à la période d'immaturité vésicale et d'apprentissage du contrôle sphinctérien.

L'insuffisance rénale chronique est le terme ultime de l'évolution et le risque majeur de l'anomalie. La néphropathie de reflux est responsable de la mise en dialyse ou de l'inscription sur un programme de transplantation chez 10 à 20% des IRC [11].

La proportion de l'insuffisance rénale est variable suivant l'uropathie sous jascente: 46% pour le RVU; 18,18% pour le MUP et 42% pour la VUP [5,9,12]. En cote d'ivoire, Emmanuella B.K et al. [2] ont trouvé une prévalence de 23% de l'insuffisance rénale aucours de des uropathies malformatives en général.

Conclusion

Le but du traitement des uropathies malformatives est de prévenir l'apparition/agravation de la nephropathie de reflux dont les ultimes complications sont l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale chronique terminale. Le diagnostic prénatal est faible, et il existe un retard de consultation et de diagnostic considérable conduisant à un taux d'inssuffisance

rénale élevé.

Il ressort de cette étude que sur 10 ans, un enfant sur 10 porteur d'un reflux vésico-urétéral/méga uretère primitif/valve de l'urètre postérieur sera sous dialyse. Cette étude avait une limite quant à l'analyse. Il s'agissait de trois affections d'étiopathogénie différente; la comparaison analytique était impossible. Cependant elles ont en commun l'évolution vers la néphropathie de reflux avec un risque élevé d'insuffisance rénale.

Contribution des auteurs: tous les auteurs ont contribué activement à la réalisation du travail.

***Correspondance :**

Balde Fatoumata Binta

fatoumatabinta.balde@usmba.ac.ma

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Service de chirurgie pédiatrique viscérale-urologie, CHU Hassan II de Fès.
2 : Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Faculté des sciences techniques et de la santé.
3 : Université Ibn Zohr d'Agadir, Faculté de médecine et de pharmacie.
4 : Université Sidi Mohamed Ben Abdallah de Fès, Faculté de médecine, pharmacie et de médecine dentaire.

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Grapin C, Auber F, De Vries P, Audry G, Helardot P. Prise en charge post-natale des uropathies de découverte anténatale. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003;32(4):300–3.

[2] Bouah-Kamon E, Ehile-Kacou AMS, Diarrassouba G, Eboua TKF, Lasme-Guillao E. Uropathies malformatives de l'enfant : profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif en milieu hospitalier ivoirien. Néphrol Thérapeutique. 2024;20(4):260–8. doi:10.1684/ndt.2024.88.

[3] Sagbo GG, Alao MJ, Lalya HF, Gbénou AS, Fiogbé M. Malformations des voies urinaires révélées par une infection urinaire chez l'enfant à Cotonou. Clin Mother Child Health. 2013;10(5). doi:10.4303/cmch/C120104.

[4] Moulion TJR, Dongmo FS, Mbouche LO, Kafando BE, Ngo UKSA, Onguene J, et al. Particularités cliniques et radiologiques des uropathies malformatives de l'enfant au Cameroun. J Afr Imagerie Médicale. 2022;4(1).

[5] Baldé BF, Benmassaoud Z, Alaoui O, Mahmoudi A, Khattala K, Bouabdallah Y. Méga-uretère primitif obstructif et refluant de l'enfant : résultats à mi-terme de la prise en charge chirurgicale d'une série descriptive rétrospective. Ann Afr Med. 2025;18(3).

[6] Otukesh H, et al. Long-term upper and lower urinary tract functions in children with posterior urethral valves. J Pediatr Urol. 2010;6(2):143–7.

[7] Oukhouya MA, Andaloussi S, Tazi M, Mahmoudi A, Khattala K, Bouabdallah Y. L'évolution à long terme du reflux vésico-rénal chez l'enfant. Pan Afr Med J. 2019;33:304.

[8] Bailey RR. Vesico-ureteric reflux and reflux nephropathy. Kidney Int Suppl. 1993;44(S42):S80–5.

[9] Noureddine L. Le reflux vésicorénal de l'enfant : à propos de 74 cas [thèse de doctorat]. Tunis: Université El Manar; 2006.

[10] Hocquel T. Le reflux vésico-urétéral chez l'enfant traité selon la technique de Lich-Gregoir [thèse/rapport]. Sciences du Vivant (q-bio). 2018. hal-01931900.

[11] Roberts JA. Reflux nephropathy. Curr Top

Pathol. 1995;88:265–87.

[12] Boussaffa H, et al. Prog Urol. 2019;29(13):692.
— Berte N. Arch Pédiatr. 2014;21(5):424.

Pour citer cet article

M Wade, F Tandian, AYG Moussas, AA Sarr, F Diouf, N Gueye. Insuffisance rénale et uropathies malformatives. Cas particuliers du reflux vésico-urétéral, du mégauretère primitif et des valves de l'urètre postérieur. Jaccr Surgery 2025; 1(3): 36-42
https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.007L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Cas clinique

Un cas rare de fracture ouverte de jambe par morsure de crocodile à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti (Mali)

A rare case of open leg fracture due to a crocodile bite at Somine Dolo Hospital in Mopti (Mali)

M Berthe*[1,2], CO Sanogo[2], SI Tambassi[1], S Kone[1], MH Daffe[2], K Coulibaly[2], L Toure[2]

Résumé

Les morsures de crocodile sont l'une des morsures les plus puissantes de toutes les créatures. Elles sont graves car peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel voire vital des victimes. L'atteinte des membres est plus fréquente. La prise en charge constitue une urgence médico-chirurgicale. Nous rapportons un cas de morsure de crocodile chez une patiente de 65ans présentant une fracture comminutive diaphysaire des os de la jambe avec de multiples plaies contuses de taille et de profondeur différentes. La prise en charge médico-chirurgicale urgente a permis une issue favorable. La patiente a présenté une récupération complète.

Mots-clés : Fracture ouverte, jambe, morsure de crocodile, Mopti.

Abstract

Crocodile bites are one of the most powerful bites of all creatures. They are serious because they can compromise the functional or even vital prognosis of the victims. Limbs injuries are more common. Their management constitutes a medical-surgical emergency. We report a case of crocodile bite in a 65-year-old female patient with a complex diaphyseal fracture of the leg bones, with multple contuse wounds of different sizes and dephs. Urgent management resulted in a favorable outcome. The patient presented a full recovery.

Keywords: open fracture, leg, crocodile bite, Mopti.

Introduction

Les morsures de crocodile sont l'une des morsures les plus puissantes de toutes les créatures [1,2]. Elles sont généralement profondes avec de graves lésions tissulaires fréquemment contaminées [1-3]. L'atteinte des membres est fréquente avec possibilité de fracture grave mettant en jeu le pronostic fonctionnel voire

vital des victimes [2-4].

Les traumatismes par morsure de crocodile résultent de la prédation ou de l'autodéfense de l'animal [5]. Les attaques de crocodiliens contre les humains sont difficiles à quantifier. Elles semblent courantes en Australie, en Amérique (du Sud et centrale) et en Afrique (de l'Est et Australe) [2,5]. Cependant elles ont été très rarement décrites en Afrique subsaharienne [6-8].

Au Mali, jusqu'à ce jour, il n'existe pas de littérature publiée décrivant de telles lésions. Nous rapportons un cas de fracture ouverte de jambe due à la morsure de crocodile. Ce rapport de cas vise à mettre en évidence les particularités cliniques et les modalités thérapeutiques de cette entité lésionnelle grave de l'appareil locomoteur.

Cas clinique

Il s'agit d'une patiente de 65 ans, femme au foyer non scolarisée sans antécédent médico-chirurgical notable admise à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti cinq heures après un traumatisme ouvert de la jambe droite. A l'interrogatoire, elle rapportait avoir été victime d'agression par un crocodile lorsqu'elle traversait le marigot du village. Elle été mordu au niveau de sa jambe droite entrainant son traumatisme avec douleur vive et impotence fonctionnelle. Secourue par les riverains, elle a ensuite été conduite au centre de santé du village où elle aurait reçu des soins (suture, pansement, antalgique, antibiotique). A l'admission dans notre service, elle était apyrétique avec bon état général (OMS1), une conscience conservée (GSC : 15/15) et une hémodynamie stable. On notait de multiples plaies contuses de tailles différentes suturées avec une déformation de la jambe droite (figure 1). L'examen vasculaire et neurologique du membre était normal. La radiographie de la jambe a objectivé une fracture comminutive du tiers distal du tibia (type 42B3.3 de l'AO) associé à une fracture du tiers moyen de la fibula (figure 2).

L'exploration chirurgicale a retrouvé des plaies contuses de profondeurs et de dilacération musculaire variables communiquant avec le foyer fracture communitif du tibia. Après lavage abondant au sérum physiologique et excision des fibres musculaires et des bords cutanés contus, nous avons procédé à une stabilisation du foyer par un fixateur externe (figure 3 et 4).

Une antibiothérapie parentérale probabiliste (Ceftriaxone 1g/12heures, Métronidazole 500mg/12heures et Gentamycine 160mg/24heures) a été initiée et poursuivie pendant 07jours. Le sérum et le vaccin anti-tétanique ont été administrés à l'admission. De même, elle recevait des antalgiques et l'héparine de bas poids moléculaire à dose préventive. Après contrôle de l'absence clinique et biologique d'une infection évolutive, un enclouage centromédullaire a été réalisé à J7 ; puis une greffe de peau mince à J21. L'évolution a été favorable avec une cicatrisation complète des plaies et consolidation de la fracture (figure 6 et 7).



Figure1 : Vue latérale(A) et médiale(B) de la jambe droite.



Figure 2 : Radiographie de face et de profil de la jambe.



Figure 3 : Vue latérale (A) et médiale (B) après parage

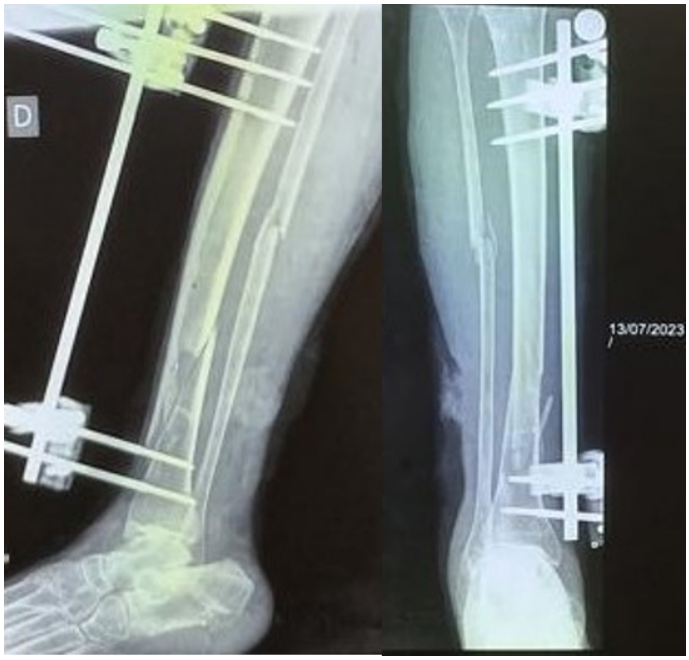


Figure 4 : Radiographie après exofixation.



Figure 6 : Cicatrisation des plaies.

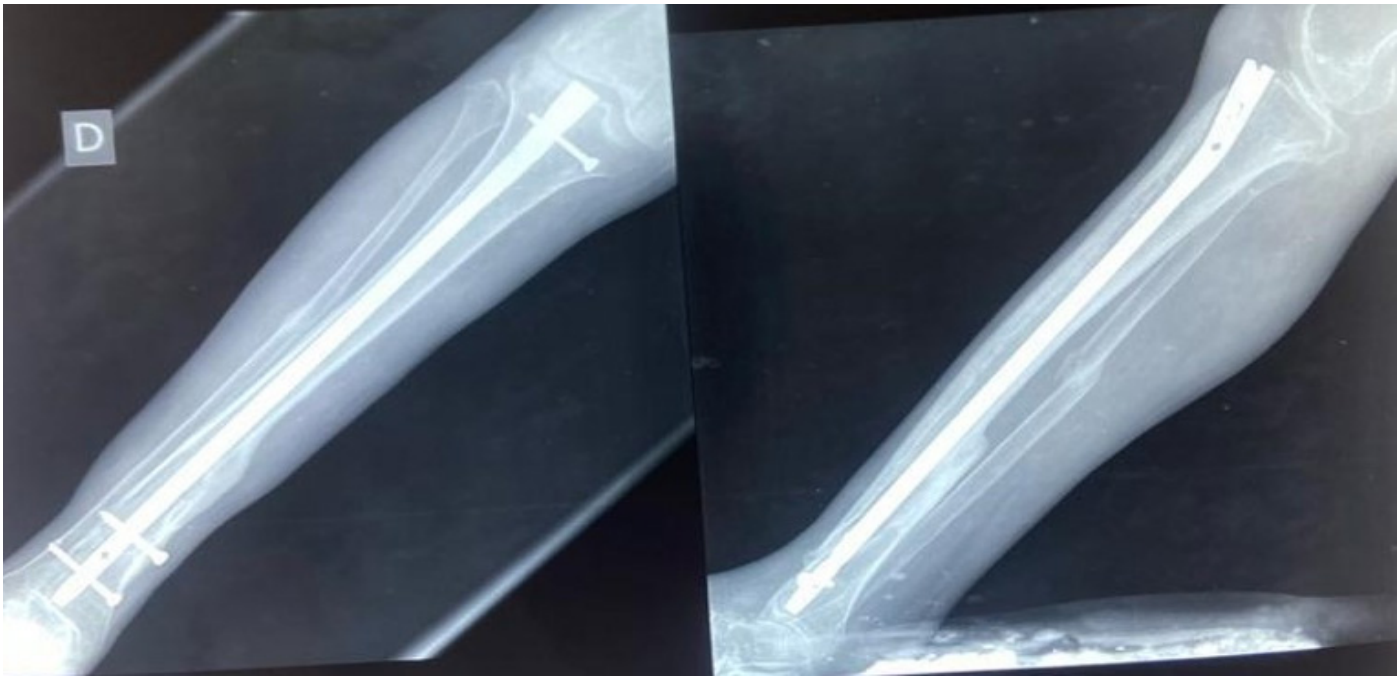


Figure 7 : Radiographie montrant la consolidation.

Discussion

Les blessures causées par les morsures de crocodile sont graves car peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel voire vital des victimes [6,8,9]. Les atteintes des membres sont plus fréquentes [3,6]. La présentation clinique de cette patiente reflète les caractéristiques des traumatismes des membres par morsure de crocodile qui sont généralement de nature écrasante et dégantée avec de multiples blessures causées par les longues rangées de dents. Les petites plaies perforantes superficielles peuvent masquer d'importants dommages musculaires, osseux ou vasculonerveux. [2,3,5,6].

La prise en charge des lésions des membres par morsure de crocodile constitue une urgence médico-chirurgicale [5-7]. Une réanimation hydro-électrolytique est nécessaire en fonction de la présentation clinique [6]. Lorsqu'une fracture de jambe y est associée, la séquence thérapeutique est très bien codifiée. Le pronostic dépend avant tout de l'état des parties molles et de la vascularisation locale. La flore buccale riche et variée du crocodile, composée de germes aérobies et anaérobies, expose les victimes à des complications infectieuses pour lesquelles une prise en charge précoce et adaptée est le seul gage de succès (Tableau I) [2,6,8]. L'isolement de l'un de ces germes n'exclut pas la présence d'autres qui peuvent être difficiles à isoler [2]. De plus l'environnement de la morsure composé d'eau souillée (marigot) contribue à la contamination des lésions. Dans la littérature, la bi- ou tri-antibiothérapie à base de bêtalactamines (céphalosporines), d'imidazolés et d'aminosides est rapportée [2,6]. D'autre agents (carbapénèmes, les tétracyclines) peuvent être nécessaire en cas d'infections persistantes et sur la base des résultats de la culture [2]. Cette antibiothérapie précoce permet également de prévenir la rhabdomyolyse et l'hémolyse dues aux toxines et enzymes libérées par les micro-organismes. Ces complications associées au traumatisme écrasant de la morsure ont été les causes des amputations réalisées dans la série de Biruk LW [2].

En raison de la contamination tellurique fréquente, le vaccin et le sérum antitétaniques ont été administrés conformément aux données de la littérature [2,3,6,8]. Localement, un débridement méticuleux avec lavage abondant au sérum physiologique

étaient indispensables [2,3]. Ce parage pourrait être suivi d'une fermeture primaire différée. Du fait de l'étendue de la perte substance et de l'importance de la contusion cutanée, une greffe de peau a été réalisée et a permis la cicatrisation des plaies. Compte tenu du risque infectieux, l'ostéosynthèse interne était déconseillée. La stabilisation initiale par fixateur externe facilitait les soins continus des plaies et permettrait au besoin, le débridement autant de fois que possible pour contrôler l'infection. Pour prévenir les complications inhérentes au fixateur externe, cette synthèse ne pourrait être définitive. L'ostéosynthèse interne était donc envisageable lorsque la situation devenait stable [10]. Dans ce cas présent, l'enclouage centromédullaire constitue le traitement de choix de ce type de fracture. Cette stratégie de conversion précoce d'une fracture ouverte de jambe, après la mise en place initiale d'un fixateur externe permet une consolidation et une mise en charge plus rapides, tout en assurant un taux de pseudarthrose plus faible [10]. La patiente a présenté une récupération complète et a repris ses activités quotidiennes.

Tableau I : Micro-organismes isolés lors des morsures de crocodile [2,5].

Micro-organismes	**Classification**	**Antibiotique empirique de choix**
Vibrio vulnificus	Bacille Gram négative	Ceftriaxone + Doxycycline
Citrobacter spp. *(C. farmery/C.diversus)*	Cocci Gram négative	Macrolides, Floroquinolones, Carbapénèmes
Burkholderia pseudomallei	Bacille aérobie, Gram négative, mobile	Ceftazidime + Doxycycline
Pantoea agglomerans	Bacille aérobie, Gram négative	Ceftriaxone, Gentamycine, Meropénème
Bacteroides melaninogenicus	Bacille anaérobie, Gram négative, mobile	Clindamycine, Métronidazole, Chloramphénicol
Clostridium perfringens	Bacille anaérobie, Gram positive forme sporulée	Pénicilline G, Clindamycine, Métronidazole, Chloramphénicol
Serratia fonticola	Bacille aérobie, Gram négative	Souvent multi-résistant
Aeromonas hydrophila	Bacille aérobie, Gram négative, anaérobie facultative	Chloramphénicol
Pseudomonas areogenosa	Bacille, Gram négative	Céphalosporine, Aminosides, Fluoroquinonolones
Proteus vulgaris	Bacille aérobie, Gram> négative	Ceftriaxone, Imipenème

Conclusion

Les traumatismes des membres par morsure de crocodile sont rares dans notre contexte. Ce sont des lésions complexes de par leur aspect anatomopathologique et leur septicité potentielle. Une antibiothérapie empirique précoce est essentielle et pourrait être adaptée en fonction du tableau clinique. Le parage agressif et méticuleux est indispensable. Le remplacement précoce d'une exofixation par un enclouage centromédullaire permet une mise en charge et une consolidation plus rapide du foyer de fracture tout en diminuant le risque infectieux. Cette attitude thérapeutique a permis une évolution favorable pour ce cas que nous rapportons. Devant une telle entité lésionnelle grave de l'appareil locomoteur, la prise en charge médicochirurgicale précoce constitue la clé d'une issue favorable.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance :**

BERTHE Mohamed

berthemohamed.mb@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Hopital Sominé DOLO de Mopti
2 : Centre Hospitalier Universitaire Pr. Bocar Sidy SALL de Kati

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Rao GKBC, Waziri S, Nielsen AEV, Schwartz F, Mortensen JF. Crocodile bites. Ugeskr Laeger. 2022 Feb 7;184(6):V06210504. Danish. PMID: 35179117.

[2] Wamisho BL, Bates J, Tompkins M, Islam R, Nyamulani N, Ngulube C, Mkandawire NC. Crocodile bites in Malawi: microbiology and surgical management. Malawi Med J. 2009 Mar;21(1):29–31. doi:10.4314/mmj.v21i1.10986.

[3] Mubarak FS, Kanagaratnam K. Placing locking compression plates as an external fixator in wild animal (crocodile) bite victim: a case report. Cureus. 2023 Oct 23;15(10):e47511. doi:10.7759/cureus.47511.

[4] Abrahamian FM, Goldstein EJC. Microbiology of animal bite wound infections. Clin Microbiol Rev. 2011;24:231–46. doi:10.1128/CMR.00041-10.

[5] Aswin K, Ayyan SM, Ezhilkugan G, Kumar P, Rajendran G. A rare case of limb-threatening injury secondary to extrinsic vascular compression following crocodile bite. Wilderness Environ Med. 2022 Sep;33(3):355–60. doi:10.1016/j.wem.2022.05.004.

[6] Idani M, N'guessan EKZ, Millogo M, Badini SPA, Zango A, Ili BV, et al. Cranio-cervico-facial injuries due to crocodile bite: a rare observation in Yalgado Ouedraogo University Hospital (Burkina Faso). J Oral Med Oral Surg. 2022;28:12. doi:10.1051/mbcb/2021051.

[7] Mazingi D, Mbanje C, Muguti GI, Chitiyo ST. A case report of a bite from the Nile crocodile (Crocodylus niloticus) managed with regional anesthesia. Wilderness Environ Med. 2019;30(4):441–5. doi:10.1016/j.wem.2019.06.013.

[8] Caldicott DG, Croser D, Manolis C, Webb G, Britton A. Crocodile attack in Australia:

an analysis of its incidence and review of the pathology and management of crocodilian attacks. Wilderness Environ Med. 2005 Fall;16(3):143–59. doi:10.1580/1080-6032(2005)16[143:CAIAAA]2.0.CO;2.

[9] Sinton TJ, Byard RW. Pathological features of fatal crocodile attacks in Northern Australia, 2005–2014. J Forensic Sci. 2016;61:1553–5. doi:10.1111/1556-4029.13171.

[10] Cheyrou-Lagrèze A, Severyns M, Rongieras F, Germaneau A, Odri GA, Bertani A. Secondary intramedullary nailing for open tibial shaft fractures: comparison of one-stage versus two-stage procedure. Orthop Traumatol Surg Res. 2022 Nov;108(7):103391. doi:10.1016/j.otsr.2022.103391.

Pour citer cet article

M Berthe, CO Sanogo, SI Tambassi, S Kone, MH Daffe, K Coulibaly et al. Un cas rare de fracture ouverte de jambe par morsure de crocodile à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti (Mali). Jaccr Surgery 2025; 1(3): 43-49

https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.008L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY



Article original

Prise en charge des traumatismes abdominaux en Afrique subsaharienne à propos de 166 cas au CHU de Treichville

Management of abdominal trauma in sub-Saharan Africa about 166 cases at the Treichville University Hospital

KM Goho*[1], KHN Ahue[1], A Adon[1], K Kpan[1], NA Coulibali[1], AG Aboua[1], KJ N'dri[1], OC Blegole[1]

Résumé

La prise en charge des traumatismes abdominaux e revêt un défi majeur pour les chirurgiens en Afrique subsaharienne où les systèmes de santé sont moins performants. Du coup, cette affection traumatique aux étiologies multiples peut être greffée d'une morbi-mortalité élevée.

Les auteurs réalisent cette étude afin de montrer les aspects cliniques et évolutifs des traumatismes abdominaux dans un pays d'Afrique subsaharienne.

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif qui s'était déroulée sur une période de 10 ans dans le service de chirurgie digestive et endocrinienne du CHU de Treichville (Abidjan). Dans laquelle nous avions inclus tous les patients reçus et traités pour un traumatisme abdominal et ayant plus de 15 ans avec un dossier complet.

En 10 ans, nous avions recensé 166 dossiers soit 16,6 cas par an. Nos patients avaient un âge moyen de 29 ans. Le sex-ratio était de 10,2. On notait respectivement 39% de contusions et 69% de plaies abdominales. Les étiologies étaient dominées par les agressions (61,45%) suivies des accidents de la voie publique (25,30%).

Sur le plan hémodynamique, 17,87% de nos patients étaient instables. L'échographie abdominale et pelvienne fut l ;examen d'imagerie le plus effectué (78%). Le délai de prise ne charge était de moins de 24 heures dans 80,39% des cas. Nous avions fait un traitement non opératoire chez 38,55 % des malades.

Le traitement chirurgical, chez 61,45% des patients montrait les lésions suivantes :

-plaies du grêle (19,6%)

-Plaies spléniques (16,68%)

-Plaies hépatiques (12,74%)

La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours. La

morbidité, principalement les suppurations pariétales s'élevait à 21%. La mortalité était de 5,42%.
Les traumatismes abdominaux ont des étiologies multiples dominées par les agressions et les accidents de la voie publique. Leur prise en charge est parfois pluridisciplinaire. Malgré l'évolution de la médecine moderne, leur prise en charge adéquate en Afrique sub saharienne est souvent difficile.
Mots-clés : traumatismes abdominaux, plaies de l'abdomen, contusion abdominale, Afrique sub saharienne.

Abstract

The management of abdominal trauma is a major challenge for surgeons in sub-Saharan Africa, where health systems are less efficient. As a result, this traumatic condition with multiple etiologies can be grafted with a high morbidity and mortality.
The authors carry out this study in order to show the clinical and evolutionary aspects of abdominal trauma in a sub-Saharan African country.
This was a retrospective descriptive study that took place over a period of 10 years in the digestive and endocrine surgery department of the Treichville University Hospital (Abidjan). In which we had included all patients received and treated for abdominal trauma and over 15 years old with a complete file.
In 10 years, we had identified 166 cases, or 16.6 cases per year. Our patients had an average age of 29 years. The sex ratio was 10.2. There were 39% bruises and 69% abdominal wounds, respectively. The etiologies were dominated by assaults (61.45%) followed by accidents on public roads (25.30%).
In terms of hemodynamics, 17.87% of our patients were unstable. The abdominal and pelvic ultrasound was there; most performed imaging examination (78%). The time taken to receive treatment was less than 24 hours in 80.39% of cases. We had done a non-operative treatment in 38.55% of the patients.
Surgical treatment, in 61.45% of patients, showed the following lesions:
- Small bowel wounds (19.6%)
-Splenic wounds (16.68%)
-Liver wounds (12.74%)
The average length of hospital stay was 7 days. Morbidity, mainly parietal suppuration, amounted to 21%. The mortality rate was 5.42%.
Abdominal trauma has multiple etiologies dominated by aggression and road accidents. Their care is sometimes multidisciplinary. Despite the evolution of modern medicine, their adequate management in sub-Saharan Africa is often difficult.
Keywords: abdominal trauma, abdominal wounds, abdominal contusion, sub-Saharan Africa.

Introduction

Les traumatismes abdominaux regroupent les plaies et les contusions de l'abdomen. Ils représentent une pathologie complexe tant sur le plan étiologique que dans leur prise en charge (1). En effet, leurs étiologies sont multiples avec une prépondérance variable en fonction du type de traumatisme et leur prise en charge est parfois pluridisciplinaire en cas de polytraumatisme (2). L'introduction ces dernières années des concepts comme le damage control, la radiologie interventionnelle et le traitement non chirurgical dans certains cas a révolutionné leur management (3). Dans les pays d'Afrique subsaharienne où le système de santé est parfois peu efficace, la prise en charge des traumatismes abdominaux représente un défi majeur pour les praticiens. Nous réalisons cette étude pour montrer les aspects cliniques et évolutifs de cette affection aux conséquences souvent dramatiques.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et de type descriptif.

- *Instruments de collecte des données*

La collecte des données s'est effectuée à l'aide des dossiers des malades, des registres d'admission, des registres du bloc opératoire et d'une fiche d'enquête établie à cet effet. Cela afin de collecter les informations recherchées.

- *Variables d'étude*

  - Caractéristiques sociodémographiques : prévalence, âge, sexe, profession, provenance.

  - Aspects cliniques : motifs de consultation, mode d'installation, circonstances de survenue, type de traumatisme abdominal, localisation de la douleur, paramètres hémodynamiques (pression artérielle, température, pouls, fréquence respiratoire), signes fonctionnels, signes physiques (conjonctives, météorisme, contracture, bruit hydro-aérien, percussion, toucher rectal).

  - Aspects paracliniques : numération formule sanguine (globules blancs, globules rouges, taux d'hémoglobine, plaquettes), CRP (C-reactive protein), imagerie (échographie abdominale, scanner abdominal, autres examens).

  - Aspects thérapeutiques et évolutifs : les mesures de réanimation, traitements non médicamenteux (délai avant l'intervention, technique chirurgicale, constatations, gestes chirurgicaux), évolution, complications.

  - Exploitation des données : L'exploitation et le traitement des données sont faits à l'aide de matériels informatiques, des logiciels Word 2021 pour la saisie, Excel 2021 et Powerpoint 2021 pour la confection des tableaux et figures.

Résultats

- *Epidémiologie*

Nous avions recensé 166 traumatismes abdominaux soit 16,6 cas par an, Les plaies de l'abdomen représentaient 69 % des cas.

L'âge moyen des malades était de 29,1 ans avec des extrêmes de 15 et 64 ans.

Nous notions un sex-ratio de 10,2.

Les étiologies principales étaient respectivement les rixes (61,45%) et les accidents de la voie publique (25,3%). cf tableau 1

Dans 12,38 % des cas, l'agent vulnérant était une arme à feu.

La paroi antérieure de l'abdomen était le principal point d'impact (65,71%), il s'agissait majoritairement de plaie unique (80,95%).

- *Diagnostic*

Sur le plan clinique, nous avions dénombré 22,29 % de polytraumatisés et un choc hémodynamique chez 45,18 % de nos patients.

Il y'avait des lésions associées chez 30,72 % des malades et il s'agissait de traumatismes de l'appareil locomoteur en majorité.

En fonction du type de traumatisme abdominaux, les constatations cliniques étaient les suivantes :

-Les plaies de l'abdomen étaient perforantes dans 35 % des cas.

-Dans les contusions de l'abdomen, on notait 16 % de tableau hémopéritoine contre 84 % de péritonite.

La réalisation d'un bilan biologique standard comprenant une numération formule sanguine, un bilan d'hémostase et un groupe sanguin était systématique. Les autres examens biologiques tels que l'ionogramme sanguin, le bilan rénal et la glycémie furent demandés respectivement chez 53 %, 78 %, et 48 % de nos patients. On notait une anémie chez 45% des patients.

Pour nous orienter dans notre diagnostic, nous avions demandé chez les patients présentant un tableau clinique douteux divers examens d'imagerie dans les proportions suivantes :

-Une radiographie du thorax dans 18 cas avec 7 cas d'hémothorax et 4 cas de foyer de contusion pulmonaire.

-Un ASP (Abdomen sans préparation) chez 83 patients avait mis en évidence un pneumopéritoine dans 25 % des cas.

-Une échographie abdominale réalisée chez 78,19 % des cas de notre série montrait un épanchement intra péritonéal d'abondance variable avec des lésions spléniques chez 60 % de nos malades.

-Un scanner abdomino-pelvien fait chez 11 patients objectivait une lésion hépatique dans 27,27 % des cas.

- *Prise ne charge :*

Le délai de prise en charge des malades dans notre série était inférieur à 24 heures dans 80,39 % des cas.

Le traitement non opératoire avait consisté en une suture de la plaie et/ou une omentectomie partielle

sous anesthésie loco-régionale chez 64 patients avec une surveillance clinique et paraclinique de 24 heures.

Tous nos patients opérés l'avaient été par laparotomie médiane sus et sous ombilicale avec des variantes selon la localisation de certaines plaies abdominales soit 102 malades.

Cela avait été effectué après des mesures de réanimation comme recommandé. Néanmoins nous avions transfusé 75 patients.

Les principales lésions en per-opératoire étaient respectivement les plaies du grêlé (19,60%), plaies de la rate (16,66%) et les plaies du foie (12,74%).

En outre nous avions recensé 10 laparotomie blanche soit 9,8 %. Cf tableau II

Les gestes chirurgicaux étaient évidemment fonction du constat opératoire. Ils étaient dominés par les sutures digestives (62,74%). Cf tableau III

La durée moyenne d'hospitalisation était de 7 jours avec des extrêmes de 1 et 60 jours,

Les complications immédiates étaient principalement des suppurations pariétales (21%).

Nous rapportions 9 décès dont 5 par choc hémorragique en per-opératoire et 4 par un choc toxi-infectieux à la suite d'une péritonite post-opératoire.

Tableau I : étiologies des traumatismes abdominaux.

	Effectif	Pourcentage
Agressions	102	61,45
AVP	42	25,30
Accidents au sport	10	6,02
Chute lieu élevé	6	3,61
Autolyse	2	1,21
Bousculades	2	1,21
Accidents de travail	1	0,60
Encornement	1	0,60
Total	166	100

Tableau II : Constat per opératoire

	Effectif	Pourcentage
Plaie du grêle	20	19,60
Plaie du rate	17	16,66
Plaie de la foie	13	12,74
Laparotomie blanche	10	9,8
Plaie du mésentère	8	7,84
Plaie d'épiploon	5	3,01
Plaie du mésocolon	4	3,01
Plaie de l'estomac	3	2,41
Plaie vésicale	2	2,41
Plaie du diaphragme	2	1,81
Plaie hilaire	1	0,60
Plaie ovarienne droite	1	0,60
Plaie ponctiforme colique droit	1	0,60
Hématome de la paroi vésicale	1	0,60
Fracture du rein	2	1,81

Tableau III : Répartition gestes effectués en per opératoire.

	Effectif	Pourcentage
Suture digestive	69	67,65
Omenectomie partielle	18	17,64
Splénectomie	15	14,70
Packing	9	8,82
Drainage	3	2,94
Néphrectomie	2	1,96



Photo 1 : Plaie thoraco-abdominale par arme blanche



Photo 2 : Contusion abdomino-pelvienne

Discussion

- *Epidémiologie*

Dans notre série, nous avons recensé 166 cas en 10 ans soit environ 17 cas par an. Nous pensons que ce nombre est nettement inférieur à l'incidence réelle des traumatismes abdominaux dans notre service. En effet, l'absence d'une numérisation de nos archives est l'une des raisons principales de cet état des faits. Cependant, comme Choua et al nous montrons que les plaies abdominales sont plus fréquentes que les contusions abdominales. Cela s'expliquerait par l'insécurité importante dans les grandes villes africaines notamment à Abidjan.

Cette pathologie traumatique touche en majorité les patients jeunes de sexe masculin dans les pays d'Afrique subsaharienne selon nos résultats. L'âge moyen de nos patients était 29,8 et un sex-ratio de 10,8. Ceux-ci sont en phase avec les données de la littérature (5).

- *Diagnostic*

Les traumatismes abdominaux ont de multiples étiologies. Cependant tout comme Raherinantenaina F et al les principales causes retrouvées étaient les agressions et les accidents de la voie publique.

La gravité des traumatisme abdominaux réside dans la présence d'un polytraumatisme mettant en jeu le pronostic vital du patient. Parfois, le malade présente plusieurs lésions mutilantes selon le contexte de survenue du traumatisme. De ce fait, dans certains cas, on retrouve des patients choqués à l'admission. Ainsi, tandis que Belemlilga recensait 39,8% d'instabilité hémodynamique dans leur étude, nous en retrouvions 45,18%.

La paroi antérieure de l'abdomen représentait la zone de prédilection des traumatismes abdominaux (TA). Concernant les plaies abdominales, elles étaient uniques en majorité. Les lésions associées étaient dominées par les atteintes de l'appareil locomoteur (17,47%). Nos résultats convergent vers ceux d'Obame qui avait retrouvé 30%.

L'apport de l'imagerie à but diagnostic revêt un caractère important dans le management de cette affection. L'évolution de la médecine dans ce domaine a permis d'améliorer le diagnostic mais aussi le pronostic de cette pathologie. Cet impact est plus visible dans les tableaux douteux ou malgré la stabilité hémodynamique du patient, l'examen clinique semble suspect. Dans les pays développés, l'examen de référence est le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste (9). Parfois en cas de polytraumatisme grave, il est réalisé un scanner corps entier. Dans nos conditions d'exercice, nous avons l'habitude de prescrire l'imagerie en fonction de leur disponibilité et de leur coût faute de sécurité sociale. Ainsi ces examens ne sont pas systématiques et sont dominés par l'échographie abdominopelvienne. Celle-ci permet de faire un diagnostic lésionnel. Elle avait été la plus réalisée (48,79%) des patients tout comme dans les séries de Ndong et Sambo.

Comme recommandé par la littérature, le bilan biologique demandé en urgence permet d'apprécier l'hémostase, rechercher une éventuelle anémie à corriger et une éventuelle défaillance viscérale sous-jacente. Il permet aussi d'adapter la conduite à tenir pendant la surveillance. Dans notre série tout comme chez plusieurs auteurs africains (11-12), le bilan biologique standard est réduit au strict minimum avec une adaptation en fonction du tableau clinique. Ainsi chez nos patients, nous avions réalisés systématiquement une NFS, groupe rhésus, un taux de prothrombine en urgence.

- *Aspects thérapeutiques*

La prise en charge des traumatismes abdominaux est une urgence médico-chirurgicale. Elle doit être rapide rigoureuse et concise. Cette attitude est le garant du pronostic du patient. En cas de traumatisme grave, le malade est pris en charge en salle de déchocage et même parfois en unité de soins intensifs. Ainsi celle-ci commence par les mesures de réanimation, la correction des désordres métaboliques et défaillance viscérales.

La survenue des complications graves dans cette affection est importante dans les 24 premières heures. C'est pour cela que le délai entre la laparotomie et l'admission doit être court afin de diminuer la morbi-

mortalité des malades. Dans notre série, ce délai était dans 80,39% des cas était inférieur à 24 heures.

L'évolution de la médecine d'urgence grâce à l'imagerie interventionnelle, la coelioscopie à visée diagnostic et thérapeutique a permis de révolutionner la prise en charge des traumatismes abdominaux. Du coup le dogme de la laparotomie exploratrice devant tout traumatisme abdominal est devenu obsolète. Le traitement non opératoire (TNO) gagne de plus en plus de terrain. L'application de ce dernier se base sur des éléments cliniques et paracliniques qui vont permettre la surveillance du patient. Cette méthode thérapeutique demande une coordination multidisciplinaire étroite entre le chirurgien, le radiologue interventionnel et le réanimateur. Dans notre série, nous l'avion réalisé chez 38,5% des malades. (13)

Les lésions viscérales rencontrées dans les traumatismes abdominaux peuvent être multiples, mais varient en fonction de l'étiologie. En cas de contusion, les lésions de la rate et du foie sont les plus fréquentes, tandis que dans les plaies abdominales, les lésions du grêle sont majoritaires. Ainsi nous avions recensé en majorité des plaies du grêle (19,6 %) suivie des lésons spléniques (16,66) car dans notre série, les plaies de l'abdomen représentaient 69% des traumatismes abdominaux (14-15).

Une gestion optimale des victimes de traumatisme abdominal permet de poser une indication thérapeutique juste afin d'éviter une laparotomie blanche ou non thérapeutique. En effet, le taux de ces dernières constitue un baromètre important dans la justesse des indications chirurgicales. Dans notre étude, elles étaient d'environ 10%.

Les gestes réalisés en per-opératoire sont bien entendu en rapport avec les lésions observées. Ainsi dans notre série, il s'agissait majoritairement de suture digestive et d'omentectomie partielle.

Dans notre étude, nos patients étaient hospitalisés en moyenne 6,85 jours. Ce séjour relativement long est cependant plus court que celui observé dans la série de Sambo et al. En effet, la durée d'hospitalisation est variable et dépend de plusieurs facteurs qui sont :

-L'état général du patient à son admission

-Les lésions en per-opératoires et les gestes réalisés

-La présence de lésions associées

-La survenue de complications post-opératoires

Parfois, la prise en charges des traumatisés abdominaux peut être emmaillée de complications. Dans notre cohorte la morbidité s'élevait à 21%. Il s'agissait principalement de suppuration de la plaie opératoire. Cet état de fait est beaucoup rencontré dans la littérature africaine (13-14).

La gravité des traumatismes abdominaux réside dans survenue de suites dramatiques notamment des séquelles irréversibles mais surtout le décès des malades. Nous en en avons recensé 8,82%. Ce taux varie d'une étude à une autre. Ainsi tandis qu'en Haïti, Baptiste al trouvait un taux similaire au notre (8%), N'dong au Sénégal en recensait 2%. Cette variation s'expliquerait par certains facteurs notamment les lésions initiales, le délai de la prise en charge etc.

Conclusion

Le management des traumatisés de l'abdomen en Afrique subsaharienne constitue un défi majeur pour les chirurgiens et ce malgré l'apparition de la radiologie interventionnelle, du traitement non opératoire et de la stratégie du damage control. Ces traumatismes d'étiologies variables dans des pays où le système de santé est parfois peu efficace sont encore à l'origine d'une mortalité relativement élevée et méritent une attention particulière surtout dans un contexte de polytraumatisme.

***Correspondance :**

Goho Kouidé Marius

gohokouidemarius@gmail.com

Disponible en ligne : 09 Décembre 2025

1 : Service de Chirurgie du CHU de Treichville, Abidjan, Côte D'Ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Menegaux F. Lésions abdominales traumatiques. Encycl Méd Chir Urgences. Paris: Elsevier Masson; 2003. 24-105-A-30.

[2] Arvieux C. Non-operative management of blunt splenic trauma in the adult. J Chir. 2008;145:531.

[3] Richardson JD. Changes in the management of injuries to the liver and spleen. J Am Coll Surg. 2005;200(5):648–69.

[4] Choua O, Rimtebaye K, Yamingue N, Moussa K, Kaboro M. Aspects des traumatismes fermés de l'abdomen opérés à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména (HGRN), Tchad : à propos de 49 cas. Pan Afr Med J. 2017;26.

[5] Tinkoff G, Esposito TJ, Reed J, Kilgo P, Fildes J, Pasquale M, Meredith JW. American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scale I: spleen, liver, and kidney, validation based on the National Trauma Data Bank. J Am Coll Surg. 2008;207(5):646–55.

[6] Raherinantenaina F, Rakotomena S, Rajaonarivony T, Rabetsiahiny L, Rajaonanahary T, Rakototiana F, et al. Traumatismes fermés et pénétrants de l'abdomen : analyse rétrospective sur 175 cas et revue de la littérature. Pan Afr Med J. 2015;20:129.

[7] Belemlilga LH, Zaré C, Yabré N, Keita N, Benao BL, Somé OR, Sanon BG. Traumatismes de l'abdomen en milieu africain : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Eur Sci J. 2020;16(21):132–41.

[8] Obame R, Sagbo Ada LV, Nzé Obiang PK, Essola L, Ngomas JF, N'Nang E, et al. Aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs des polytraumatisés admis en réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Owendo. Health Sci Dis. 2019;20(3):86–9.

[9] Sambo BT, Hodonou AM, Allode AS, Mensah E, Youssouf M, Menhinto D. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des traumatismes abdominaux à Bembéréké, Nord-Bénin. Eur Sci J. 2016;12:395.

[10] NDong A, Sarr ISS, Gueye ML, Seye Y, Diallo AC, Thiam O, et al. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des traumatismes abdominaux : à propos de 68 cas. J Afr Chir Digest. 2018;18(2):2474–8.

[11] Traoré D, Traoré B, Keita FM, Cissé D, Coulibaly M, Koné M, et al. Abdominal trauma management: about 62 cases at the Department of General Surgery of Hôpital Sominé DOLO de Mopti, Mali. Surg Sci. 2021;12:204–10.

[12] Fanomezantsoa R, Davida RS, Tianarivelo R, Fabienne RL, Aina RTM, Auberlin RF, et al. Traumatismes fermés et pénétrants de l'abdomen : analyse rétrospective sur 175 cas et revue de la littérature. Pan Afr Med J. 2015;20:129. (Doublon de la réf. 6 — conservé car fourni dans votre liste.)

[13] Arvieux C, Nunez-Villega J, Brunot A, Badic B, Reche F, Broux C, et al. Les limites du traitement non opératoire des traumatismes fermés. e-Mém Acad Natl Chir. 2009;8(2):13–21.

[14] McAnena OJ, Moore EE, Marx JA. Initial evaluation of the patient with blunt abdominal trauma. Surg Clin North Am. 1990;70(3):495–515.

[15] Barbois S, Abba J, Guigard S, Quesada JL, Pirvu A, Waroquet PA, et al. Management of penetrating abdominal and thoraco-abdominal wounds: a retrospective study of 186 patients. J Visc Surg. 2016;153(4):69–78.

[16] Baptiste SJ, Van den Boogaard W, Letoquart J-P, NDong J-G, Jonacé G, Télémaque L-F. Les traumatismes abdominaux en Haïti. PHA. 2023;13(2):1–6.

Pour citer cet article

KM Goho, KHN Ahue, A Adon, K Kpan, NA Coulibali, AG Aboua et al. Prise en charge des traumatismes abdominaux en Afrique subsaharienne à propos de 166 cas au CHU de Treichville. Jaccr Surgery 2025; 1(3): 50-58

https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.009L010912

Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Case series

Frontal mucocele with orbital extension: a series of 4 cases and review of the literature

Mucocèle frontale avec extension orbitaire : série de 4 cas et revue de la littérature

DJM Okamon*[1], WI Meuga[1], J Brou[1], L Konan[1], S Dongo[2], DO N'dri[1]

Résumé

Introduction : Les mucocèles sont des tumeurs bénignes développées aux dépens de la muqueuse des sinus de la face. Elles peuvent engager le pronostic vital et la fonction visuelle. L'objectif de cette étude est de présenter la prise en charge ainsi que les aspects cliniques et radiologiques de quatre cas de mucocèles.

Cas cliniques : Les quatre patients étaient de sexe masculin, âgés de 46 à 54 ans. Trois d'entre eux présentaient une exophtalmie sans trouble oculomoteur. Chez deux patients, la tomodensitométrie (TDM) a mis en évidence une masse du sinus frontal associée à une lyse osseuse. La masse a été objectivée par imagerie par résonance magnétique (IRM) dans deux cas. Une exérèse de la mucocèle a été réalisée chez tous les patients. Le contenu était stérile dans tous les cas. Les suites postopératoires ont été simples.

Conclusion : Bien que bénignes et à croissance lente, les mucocèles peuvent compromettre le pronostic vital et visuel en raison de leurs extensions. Leur prise en charge repose sur une collaboration entre l'oto-rhino-laryngologiste et/ou le neurochirurgien.

Mots-clés : mucocèle frontale ; exophtalmie ; mucosectomie ; extension orbitaire.

Abstract

Introduction: Mucoceles are benign tumors developed at the expense of the mucosa of the facial sinuses. They can potentially compromise life and visual function. The aim of this study is to present management, clinical and radiological aspects of 4 cases of mucoceles.

Clinical cases: These 4 cases are all male with ages ranging from 46 to 54 years old. 3 of them presented exophthalmos without oculomotor disorders. 2 patients performed a computed tomography (CT) showed a frontal sinus mass associated with bone lysis. The mass was revealed on magnetic resonance imaging (MRI) in 2 cases. Excision of the mucocele was performed. Contents were sterile in all patients.

Postoperative follow-up was uneventful.

Conclusion: Although benign and slow growing, mucoceles can compromise vital and visual prognosis due to their extensions. Management involves otolaryngology and/or neurosurgical interventions.

Keywords: frontal mucocele, exophthalmos, mucosectomy, orbital extension.

Introduction

Mucoceles are benign, slow-growing tumors with osteolytic potential, developed at the expense of the mucosa of the facial sinuses. They are pseudocystic formations with mucoid content rich in epithelial desquamation (1). They commonly develop in the frontal sinuses and are primarily unilateral (2). Although benign, mucoceles can cause complications related to their intracranial and orbital dissemination (3). They can potentially compromise life and visual function (4, 5). The etiologies of mucoceles are multifactorial but can be separated into obstructive, inflammatory, and allergic causes (1). We present the management, clinical and radiological aspects of 4 cases of mucoceles.

Clinical cases

Case n°1

A 46-year-old male consulting for a painless frontal mass that had been progressively growing for 3 years. The patient had a history of chronic frontal sinusitis for about twenty years. Physical examination revealed a soft frontal-orbito-latero-nasal right mass fixed to the deep plane with healthy overlying skin (Fig. 1A). There was a right unilateral non-axial exophthalmos without visual disturbances, oculomotor disorders, or fever. A cerebral CT scan revealed an isodense mass filling the frontal sinuses associated with frontal osteolysis of the lamina papyracea and the roofs of the orbits, with an extension of the mass into the right orbit. A drainage of the mucocele, sinus mucosectomy, and cranioplasty were performed (Figs. 1B-E). Mycological and bacteriological examination of the mucocele content was sterile. Postoperative follow-up was uneventful.

Case n°2

A 46-year-old man had progressive right exophthalmos, with no visual disturbances. The patient had a history of surgery for resection of a left frontal bone tumor with cranioplasty. Physical examination found non-axial exophthalmos without oculomotor disturbance. Orbital MRI revealed a right frontal-orbital ovoid mass hyperintense on T2 weighted imaging (Fig. 2). Excision of the mucocele and mucosectomy of the frontal sinuses were performed. Culture of mucocele contents was sterile.

Case n°3

A 54-year-old patient who was consulted for progressive downward and outward displacement of the left eyeball, associated with decreased visual acuity. The patient had no medical history. Physical examination revealed unilateral non-axial left exophthalmos without oculomotor impairment. MRI revealed a left frontal mucocele (Fig. 3). Excision of the mucocele was performed. Postoperative follow-up was uneventful.

Case n°4

A 54-year-old patient consulted for progressive appearing fluctuating frontal mass with intercanthal extension (Fig. 4A). The overlying skin was healthy, and the mass was fixed to the deep plane. The patient had no medical history or atopic background. The CT scan revealed a right frontal mass associated with frontal bone lysis with breach of the bilateral frontal sinuses. Excision of the tumor with mucosectomy and cranioplasty was performed (Fig. 4B-C). The content sent for anatomical and bacteriological examination was sterile.

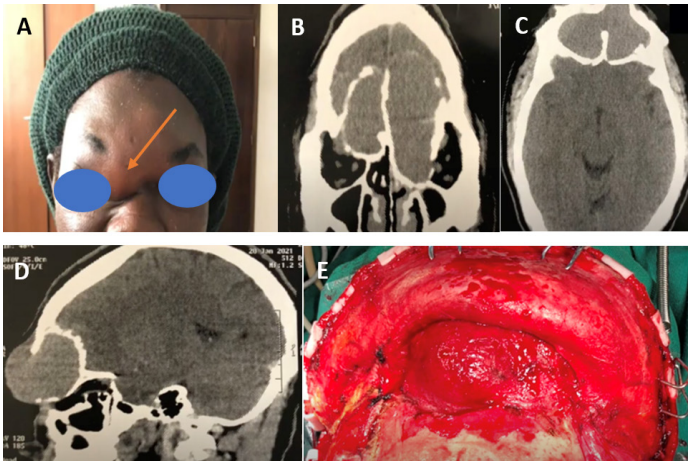


Fig. 1: Fronto-orbito-nasal mass (A); CT scan showing bilateral frontal mucocele (B-D); Intraoperative presentation (E).

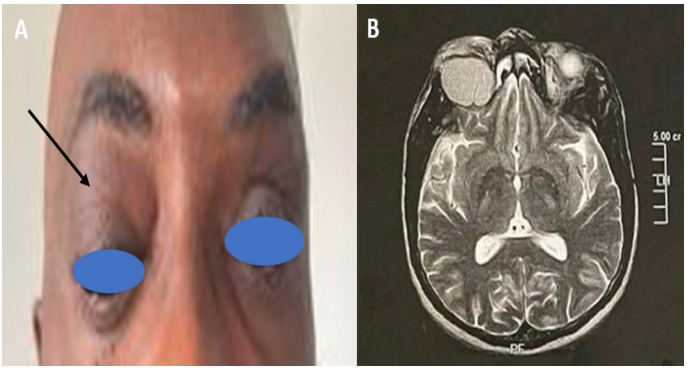


Fig. 2: preoperative exophthalmos (A); MRI appearance of an orbital mucocele on T2 weighted imaging (B).

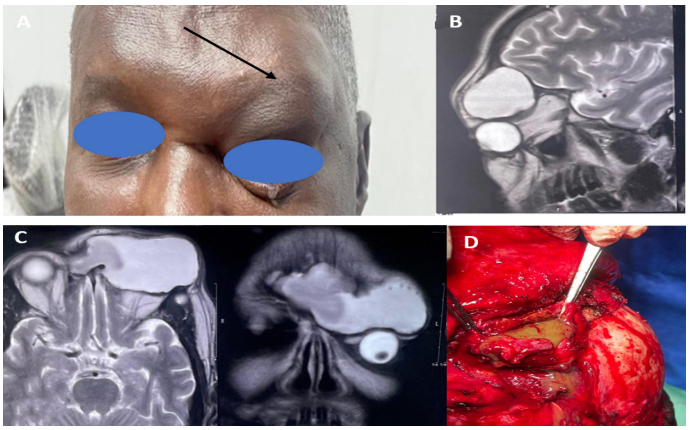


Fig. 3: Left preoperative exophthalmos (A); MRI T2-weighted images showing orbital mucocele (B, C); Intraoperative presentation of the mucocele content (D)

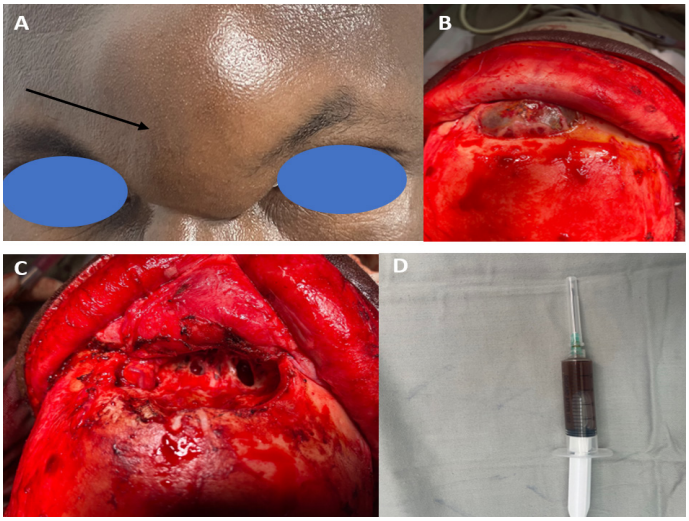


Fig. 4: Intercanthal frontal mass (A); Intraoperative presentation of the mucocele (B); Demonstration of the mucocele's osteolytic potential (C); Sampling of the mucocele content (D)

Discussion

Mucoceles are rare benign tumors that develop within the mucosae of sinus cavities. They correspond to pseudo cystic formations with a mucoid content that is rich in epithelial cells (1, 6). Bacteriological analysis of the mucocele content frequently reveals certain pathogens such as Staphylococcus aureus, which is the most common, as well as alpha-hemolytic streptococcus and gram-negative bacilli, which form pyoceles (7). Mucoceles most often occur between the ages of 40 and 80 years (2, 8). All the patients in our series were aged over 40 years, with an average age of 50 years. There seem not to exist a gender predominance although all our reported cases were males (1, 2, 8). Although rare, pediatric forms of mucoceles are described in the literature (9, 10). The most frequent location of mucoceles is the frontal sinus (in 60-89% of cases), followed by the ethmoidal sinuses (in 8–30% of cases), and less than 5% in the maxillary sinuses (8). Sphenoidal forms are extremely rare (11). The osteolytic power of mucoceles is responsible for

their ability to spread. They can extend intracranially by eroding the posterior wall of the frontal sinus, leading to intracranial suppuration or meningitis, or towards the oculo-orbital region by destroying the anterior cortical wall of the sinus and the orbital roof (12). The occurrence of mucoceles is related to the obstruction of a sinus ostium. This obstruction is most often due to chronic sinusitis, trauma, tumor, or congenital obstruction, or frontal-sinus surgery. In 20% of cases, no relevant past medical history is found (8, 13). In our series, two patients presented with a past medical history of chronic sinusitis and of frontal craniotomy with cranialization of the sinus for a frontal tumor resection procedure. The iatrogenic factor is present in 45% of cases in Serrano's series (8), highlighting the importance of mucosectomy in exclusion sinus procedures. Clinical manifestations depend on the localisation, size, and extensions of the mucocele (2, 8). Symptoms can include headaches, orbital signs like peri-orbital pain, diplopia, decreased visual acuity, exophthalmos, rhinological signs like nasal obstruction, or neurological signs like signs of meningeal irritation, seizures, or frontal syndrome (14). Exophthalmos is the most frequent sign of fronto-ethmoidal localizations (8, 15), presenting as non-axial, slightly reducible, and non-pulsatile exophthalmos. Three of the patients in our series presented exophthalmos accompanied by fronto-orbital resistant masses.

CT scan is the first-line imaging test for diagnosing mucocele (16). Lesions are rounded, hypodense, and do not enhance after contrast injection (6, 16). Bone erosion was observed in all our patients. Brain MRI helps assess intracranial and orbital extension and allows differential diagnosis with other tumors or inflammatory causes (16). Mucocele appears hypointense on T1 and hyperintense on T2 weighted imaging. Two patients in our series underwent complementary MRI to better visualize the tumor extension and discuss other orbital tumors.

The natural evolution of mucoceles can lead to complications, the most frequent are abscesses and the invasion of neighboring structures. It is very important to remember that frontal mucoceles can cause intracranial invasion when there is an erosion of the internal osseous table (3). The treatment of mucoceles is surgical (8, 17). The aim is to drain the mucocele and prevent recurrences. There are internal transnasal endoscopic and external transcranial approaches. The choice of technique is guided by the size, location, and extension of the mucocele (1). The endoscopic approach is currently the first choice of treatment (18), allowing marsupialization of the mucocele content, reintegrating the mucocele into the naso-sinus tract (6). It's advantages are low morbidity without leaving scars or causing destruction of the naso-sinus pathways and a very low recurrence rate (19). However, it is limited in cases of significant bone destruction (2). The transcranial approach involves excising the mucocele, sinus wall, and mucosa, and cranializing or excluding the sinus cavity from the respiratory system (2, 8). In some cases, a combined approach may be necessary (18, 19). The histopathological examination of the specimens obtained from all our patients confirmed mucocele. It showed non-specific inflammatory connective tissue without signs of malignancy. Bacteriological examination of the mucocele content was sterile in all our samples. Postoperative morbidity of mucoceles is generally low. The small sample size and lack of long-term follow-up are the limitations of our study. The most frequently encountered complications according to Dos Santos and al (18) are infectious pansinusitis and recurrences. Recurrences occur because of inadequate marsupialization or insufficient mucosectomy (1, 18).

Conclusion

Mucoceles are rare benign tumors forming pseudocystic structures with mucoid content rich in epithelial cells. Although benign and slow growing, they can compromise vital and visual prognosis due to their extensions. Management involves otolaryngology

and/or neurosurgical interventions. The gold standard is endoscopic transnasal marsupialization, but the transcranial route remains important.

List of Abbreviations

CT: computed tomography

MRI: magnetic resonance imaging

***Correspondence :**

Djiby Jean Marcel Okamon

marcelokamon@gmail.com

Available online : December 31, 2025

1 : Department of Neurosurgery, Université Félix Houphouet Boigny, Abidjan, Ivory Coast

2 : Department of Neurosurgery, Université Alassane Ouattara, Bouaké, Ivory Coast

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflict of interest : None

References

[1] Aggarwal SK, Bhavana K, Keshri A, Kumar R, Srivastava A. Frontal sinus mucocele with orbital complications: management by varied surgical approaches. Asian J Neurosurg. 2012;7(3):135-140.

[2] Alami F, Benchekroun N, El Berdaoui N, Oumelal J, Berraho A. Mucocèle sphénoïdale bilatérale révélée par une paralysie du nerf abducens: à propos d'un cas. J Fr Ophtalmol. 2013;36(5):e87-e91.

[3] AlShakhs A, AlMomen A, Alharbi M, Almolani F, Alawadh A, Alameer M. The endonasal endoscopic management of pediatric lateral frontal mucocele. Int J Surg Case Rep. 2021;78:405-409.

[4] Ba MC, Tall A, Hossini A, Ly Ba A, Ndoye N, Sakho Y, et al. Les mucocèles du sinus frontal en milieu neurochirurgical: à propos de six cas dakarois. Afr J Neurol Sci. 2005;24(2).

[5] Bouatay R, Aouf L, Hmida B, El Korbi A, Kolsi N, Harrathi K, et al. The role of imaging in the management of sinonasal mucoceles. Pan Afr Med J. 2019;34:3.

[6] Brook I, Frazier EH. The microbiology of mucopyocele. Laryngoscope. 2001;111(10):1771-1773.

[7] Har-El G. Transnasal endoscopic management of frontal mucoceles. Otolaryngol Clin North Am. 2001;34(1):243-251.

[8] Lund VJ. Anatomical considerations in the aetiology of fronto-ethmoidal mucoceles. Rhinology. 1987;25(2):83-88.

[9] Magboul NA, Alzubaidi AA, Abumsmar LA, Alzarei A, Al-Ahmari M, Alshehri MA. Mucocele of the paranasal sinuses: retrospective analysis of a series of eight cases. Cureus. 2023;15(7):e41986.

[10] Makihara S, Kariya S, Okano M, Naito T, Tsumura M, Nishizaki K. Orbital complications of infected mucocele in the paranasal sinuses. Auris Nasus Larynx. 2020;47(6):990-995.

[11] Mat CMHC, Mustapha F, Noor RM, Ramli R, Mohamad I. A rare intraorbital mass: an isolated mucocele. Medeni Med J. 2020;35(4):344-348.

[12] Randriamora JTM, Andrianilana H, Rarivomanana M, Raherizaka N, Rakotovao F, Rasoavelonoro VA. Volumineuse mucocèle frontale à extension orbito-palpébrale. J Fr Ophtalmol. 2005;28(1):55-58.

[13] Santos PLD, Chihara LL, Alcalde LFA, Masalskas BF, Sant'Ana E, Faria PEP. Outcomes in surgical treatment of mucocele in frontal sinus. J Craniofac Surg. 2017;28(7):1702-1708.

[14] Serrano E, Klossek J, Percodani J, Yardeni

E, Dufour X. Surgical management of paranasal sinus mucoceles: a long-term study of 60 cases. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;131(1):133-140.

[15] Severino R, Severino P. Fronto-orbital mucocele with intracranial extension: a case report. J Surg Case Rep. 2017;2017(6):rjx107.

[16] Siegel MJ, Shackelford GD, McAlister WH. Paranasal sinus mucoceles in children. Radiology. 1979;133(3):623-626.

[17] Sigüenza González R, Pérez Fernández S, Jiménez Cuenca I, Castañeda Cruz C. Facial mucocele and brain complications: diagnostic priorities. BJR Case Rep. 2019;5(4):20190006.

[18] Taouri N, Ed-Darraz I, Amazouzi A, Boutimzine N, Cherkaoui O. Mucocèle du sinus frontal: à propos d'un cas. PAMJ Clin Med. 2020;4:70.

[19] Weidmayer S. Frontal mucocele with intracranial extension causing frontal lobe syndrome. Optom Vis Sci. 2015;92(6):e138-e142.

To cite this article

DJM Okamon, WI Meuga, J Brou, L Konan, S Dongo, DO N'dri. Frontal mucocele with orbital extension: a series of 4 cases and review of the literature . Jaccr Surgery 2025; 1(3): 59-64

https://doi.org/10.70065/2513.jaccrSurg.001L023112

RÉSEAU DE PROMOTION DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN AFRIQUE

REPREMAF



https://repremaf.org

REPREMAF a pour but d'aider à la production scientifique en médecine et sciences sanitaires apparentées.

Il s'agit d'un réseau ouvert à tous les prestataires du domaine de la santé.

REPREMAF se veut un cadre d'échange fructueux et de partage scientifique d'expérience entre les praticiens du continent africain et d'ailleurs.

En outre, REPREMAF constitue une vitrine et un canal de diffusion des parutions des articles de JACCR-AFRICA (Journal africain des cas cliniques et revues) en parution online.

En plus du Journal, le REPREMAF dispose d'une maison d'édition intitulée : " Les éditions du REPREMAF" qui permet d'éditer des livres du domaine de la médecine et sciences sanitaires apparentées afin de promouvoir la recherche médicale en Afrique à travers les écrivains scientifiques africains du continent et ceux de la diaspora.

Par ailleurs, REPREMAF œuvre dans la formation continue en matière de recherche médicale par la diffusion des outils de recherche, la divulgation des rencontres scientifiques et compte rendu de congrès mais aussi l'organisation de colloques REPREMAF autour de thèmes pertinents de la Recherche médicale en Afrique. Visitez régulièrement cette page pour être au courant de nos activités en cours.

Le REPREMAF se donne aussi une mission d'accompagner les doctorants et d'autres étudiants en santé pour la rédaction de leurs thèses, mémoires et rapports de stage.

REPREMAF dispose également d'un *Moteur de Recherche* à vocation *panafricain* sur Recherche Médicale contenant des données africaines en santé et cela dans l'intention de promouvoir la Recherche Médicale sur le continent dont les données sont très peu visibles et accessibles à la communauté scientifique. Trouvez ci-dessous le lien pour accéder au moteur en question.