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 2, Numéro 2 (Avril, Mai, Juin 2026)

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

https://surgery.jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro

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

Exérèse d'un liposarcome rétropéritonéal géant compliquée d'un important emphysème postopératoire (à propos d'un cas) à la Clinique Médicale Latino de Bamako (Mali)
Y Dianessy, M Tapily, Y Ramos Rodriguez, A Sanogo, S Konare, A Guire, BS Dembele, M Samake, A Haidara, D Yede, O Sacko, S Koumare

Epidemiological, Clinical, and Therapeutic Aspects of Victims of Intentional Assault and Injuries at the Regional Hospital Center of Dedougou
IB Some, G Bonkian, A Sidibe, J Hien, I Beremwidougou, LS Yao, PWH Dakoure

Prostate Cancer in Patients Under 45 Years: A Report of Two Cases at the University Hospital of Cocody
CC Vodi, DKMA Konan, I Coulibaly, A Drabo, GAP Gnabro, KWA TANO, EJ Amangoua, NAF Kramo, A Fofana, B Kouame, A Dekou

Early Complications of Total Hip Arthroplasty (THA) Using Primary Total Hip Prostheses (THP) Performed via the Röttinger Anterolateral Approach
E Tapsoba, DSR Kabore, AB Sawadogo, A Ouangre, IR Kieno, M Soulama

Perceptions de la téléconsultation auprès des chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie au Mali
AST Kane, AK Togo, B Kampo, A Traore, A Kone, D Konate, D Diarra, K Kamissoko, B Diallo

Tumeur odontogène adénomatoïde du maxillaire gauche : une entité rare à diagnostic histologique caractéristique
ND Bado, I Savadogo, F Ido, A Coulybaly, WC Nikiema, T Hien, OM Lompo

Hépatectomies au CHU de Treichville : bilan clinique, thérapeutique et évolutif d'une série de 11 ans
KHN Ahue, TA Souley, KM Goho, NA Coulibaly, KJ N'Dri, AA Adon, KJ Kpan, M Keita, E Keli, O Blegole

Resumption of Sexual Activity After Primary Total Hip Arthroplasty (THA) via the Anterolateral Approach
E Tapsoba, DSR Kabore, AB Sawadogo, A Ouangre, IR Kieno, M Soulama

Digestive Surgical Abdominal Emergencies: Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Prognostic Aspects at the Hôpital Principal de Dakar
M Faye, B Ndiaye, B Abamou, CV Bouma, M Mboup, M Seck, R Gomis, I Sall, Eugene GPA Dieme, O Fall, A Sow

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

Exérèse d'un liposarcome rétropéritonéal géant compliquée d'un important emphysème postopératoire (à propos d'un cas) à la Clinique Médicale Latino de Bamako (Mali)

Excision of a Giant Retroperitoneal Liposarcoma Complicated by Significant Postoperative Emphysema (A Case Report). Latino Medical Clinic, Bamako (Mali)

Y Dianessy*[1], M Tapily[2], Y Ramos Rodriguez[2], A Sanogo[3], S Konare[4], A Guire[1], BS Dembele[1], M Samake[1], A Haidara[1], D Yede[1], O Sacko[5], S Koumare[5]

Résumé

Un patient de 51 ans vu à la clinique Médicale Latino de Bamako (Mali), fumeur chronique, il avait développé une masse rétro péritonéale gauche géante de nature bénigne, révélée par l'examen clinique et un scanner abdominal. L'exérèse chirurgicale, réalisée le 04/12/2024, avait permis d'extraire en monobloc une masse de 5,5 kg qui s'est avérée être un liposarcome de bas grade après analyse anatomopathologique.

Au 3ème jour post-opératoire, des vomissements, le malade présentait un hoquet, un emphysème sous-cutané et un pneumopéritoine entrainant une reprise au bloc opératoire, mais l'exploration n'avait pas mis en évidence une fistule ou une perforation. L'évolution était favorable, et le patient sortait de l'hôpital au 10ème jour postopératoire.

Mots-clés : Liposarcome ; rétropéritonéal ; emphysème.

Abstract

A 51-year-old patient, a chronic smoker, was seen at the Clinique Médicale Latino in Bamako, Mali. He had developed a giant, benign, left retroperitoneal mass, revealed by clinical examination and abdominal CT scan. Surgical excision, performed on December 4, 2024, allowed for the en bloc removal of a 5.5 kg mass, which was found to be a low-grade liposarcoma after histopathological analysis. On the third postoperative day, the patient experienced vomiting, hiccups, subcutaneous emphysema, and pneumoperitoneum, necessitating a return to the operating room. However, exploration did not reveal a fistula or perforation. The outcome was favorable, and the patient was discharged from the hospital on the tenth postoperative day.

Keywords: Liposarcoma, retroperitoneal, emphysema.

Introduction

Liposarcome rétropéritonéal géant est une tumeur mésenchymateuse maligne de la région rétropéritonéale, développée à partir d'éléments constituant la graisse a différentes étapes de leurs différenciation.

Son diagnostic est souvent tardif a un stade avancé du fait de la compliance de l'espace
rétropéritonéal dans lequel il se développe.

La localisation des liposarcomes est le plus souvent retrouvée au niveau de la cuisse (50%), l'abdomen, le thorax, le rétropéritoine et le médiastin (45%), la tête et le cou (5%). Cependant, il existe d'autres emplacements inhabituels à titre d'exemple le cordon spermatique, la cavité péritonéale, les aisselles, la vulve et même les seins(1).

Les tumeurs rétropéritonéales sont de nature variée : tumeurs d'organe (reins, pancréas, surrénales), tumeurs rétropéritonéales secondaires (métastases) et tumeurs rétropéritonéales primitives. Les lésions tissulaires primitives du rétropéritoine peuvent être divisées en quatre groupes selon leur tissu d'origine d'après la classification de l'Organisation mondiale de la santé de 2013 : les tumeurs mésenchymateuses dominées par les sarcomes, les tumeurs lymphoïdes, les tumeurs neurogènes et les tumeurs germinales(2).

Il existe plusieurs sous-types histologiques de liposarcomes : bien différencié, pléomorphe, myxoïde, à cellules rondes, dédifférencié. Les liposarcomes bien différenciés contiennent une grande quantité de graisse macroscopique et sont souvent de bas grade.

En imagerie, il s'agit d'une masse encapsulée, refoulant, comprimant ou envahissant les structures adjacentes. En tomodensitométrie (TDM), sa densité peut être mixte, avec composante graisseuse (< –20 UH) et tissulaire (> +20 UH), ou purement tissulaire(2).

la TDM (tomodensitométrie) et l'IRM (imagerie par résonance magnétique) représentent les examens clés et permettent de préciser l'importance de la taille , et les rapports avec les organes adjacents .

L'exérèse chirurgicale est le seul traitement efficace, potentialisés par d'autres traitements complémentaires (radiothérapie, chimiothérapie).

Cas clinique

Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 51 ans , commerçant, marié et père de 6 enfants, résident dans le nord du Mali.

Il était reçu en consultation en Décembre 2024 pour augmentation progressive (8 mois) du volume de l'abdomen, asthénie et œdème des membres inferieure.

Il n'avait aucun antécédent de chirurgie mais, tabagique chronique de plus de 20 ans.

L'examen clinique trouvait une grosse masse dure occupant la quasi-totalité de l'abdomen. Les aires ganglionnaires étaient libres.

L'examen scanographique abdominopelvienne informait une Masse kystique abdomino-pelvienne rétropéritonéale gauche de 243x236xl65 mm d'allure bénigne dont l'aspect TDM plaidait en faveur d'un kyste mésentérique lipomateux ou un tératome (Fig1).

Il avait un taux d'hémoglobine de 13g/dl et de groupe sanguin O et rhésus Positif.

L'antigène de l'hépatite B était Positif.

Le patient était programmé et opéré le 04/12/2024 chez qui une exérèse en monobloc était réalisée avec la mise en place d'un drain tubuleux dans le Cul de sac de Douglas, et la pièce qui pesait 5500g (Fig2) était envoyée pour examen anatomopathologie et Immunohistochimique, il révélait un Liposarcome de bas grade.

Au 3ème postopératoire, le malade présentait un hoquet persistent, des vomissements et un emphysème sous cutané basithoracique jusqu'au Pelvis.

Le pouls était de 90 battements /mn. La température axillaire était de 38,5° C, Le transit intestinal n'avait pas repris.

La radiographie de thorax de face et debout informait une Plage d'emphysème sous cutané diffuse des parties abdominopelviennes et un Pneumopéritoine (Fig3). Il n'y avait pas de signes de pneumothorax.

Devant la persistance des signes et une forte suspicion

d'une perforation d'organe creux, le patient était réadmis au bloc au 6ème ou une exploration minutieuse était faite. Aucune lésion n'était découverte, la cavité péritonéale était propre.

Dès lors l'évolution était favorable et le malade sortait de l'hôpital au 10ème jour postopératoire.

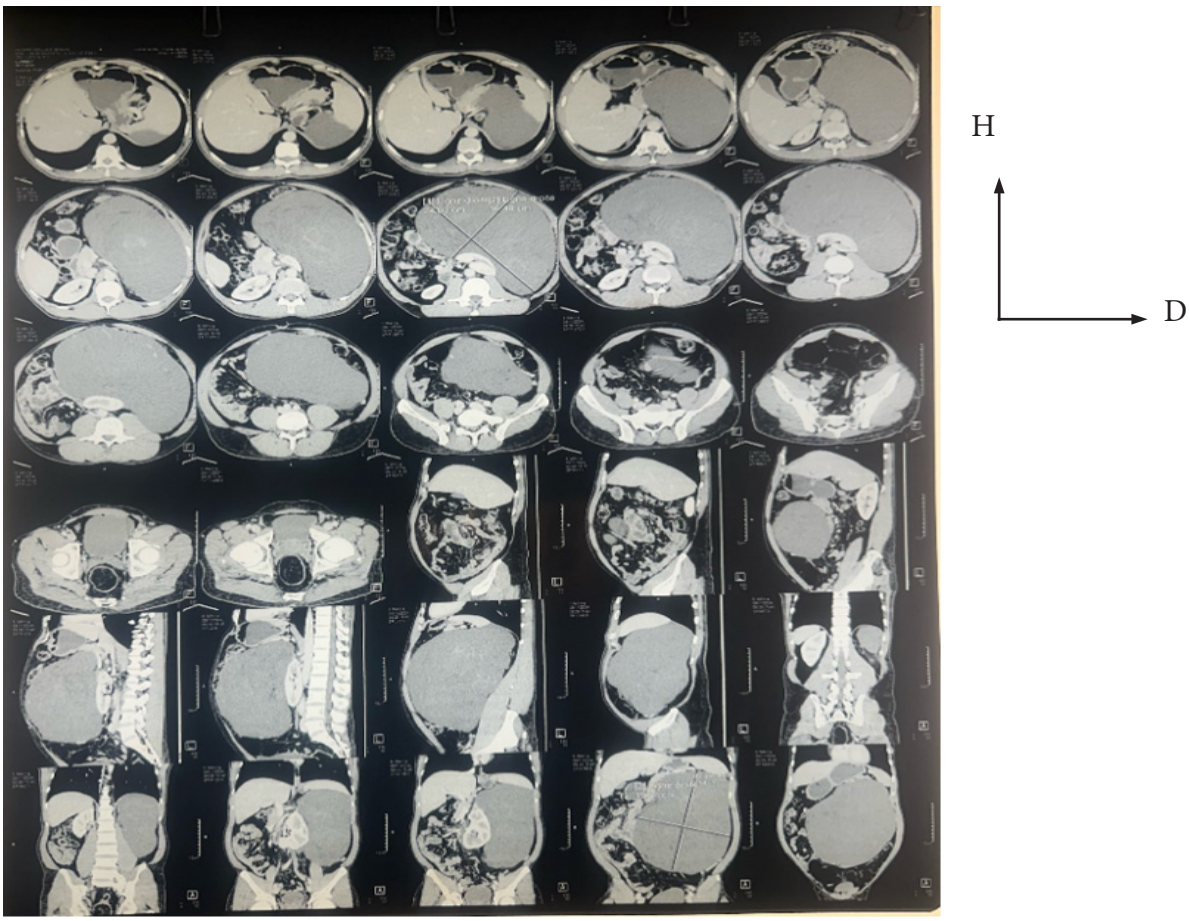


Figure 1 : Image scanographique D'une Tumeur rétropéritonéale



Figure 2 : Piece opératoire d'un liposarcoma rétroperitoneale.

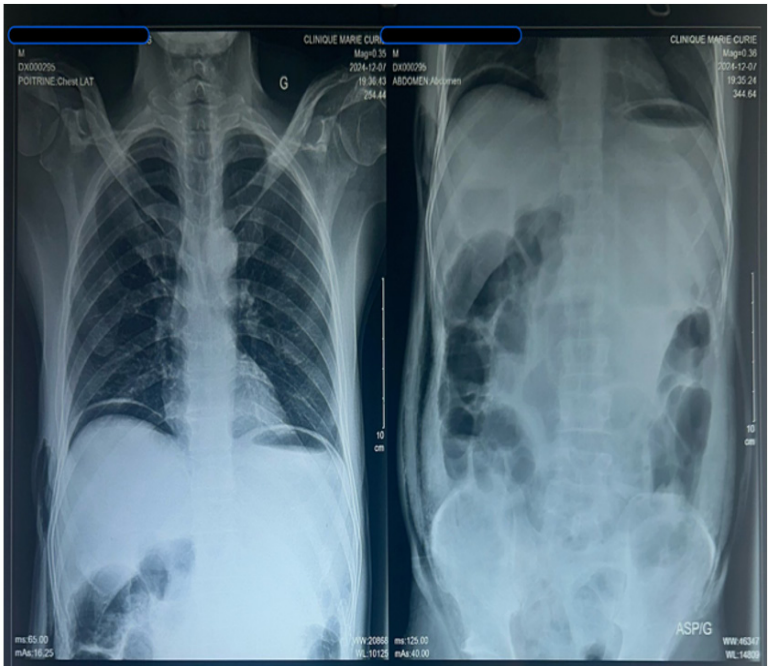


Figure 3 : Radiographique thoraco-abdominal de face montrant un emphysème et un pneumopéritoine postopératoire.

Discussion

- Age

Comme chez notre patient, le liposarcome quel que soit son siège touche généralement les adultes dans la cinquantaine et il est rarement signalé chez les enfants(3).

Dans une série de huit cas étudiés par Alzeer I et Al, l'âge de patients variait entre 30 et 86 ans avec une moyenne de 52 ans(4).

- Localisation

La localisation rétropéritonéale arrive en deuxième position après celle de la cuisse(5). Cette tumeur peut développer librement jusqu'à atteindre des dimensions énormes.

Les liposarcomes rétropéritonéaux peuvent atteindre des tailles considérables, allant

jusqu'à 76 cm et peser jusqu'à 30 kg(6).

- Sexe

En ce qui concerne la répartition des tumeurs rétropéritonéales par sexe, elle est égale pour l'ensemble des tumeurs(7). Bien qu'il y ait une légère prédominance chez les femmes selon certaines études rétrospectives(7).

- Race

Notre patient est de race noire, mais dans la littérature, Il n'existe pas de prédominance raciale pour cette maladie(8).

- Les signes révélateurs

Nous avons constaté une augmentation du volume de l'abdomen, asthénie et œdème des membres inferieure et une grosse masse qui occupait tout l'abdomen.

Certains auteurs retrouvent la Douleur dans 75%, la masse palpable chez 38%, et 12% présentaient un œdème des Membres Inférieurs(4).

Samaké M et al ont rapporté un cas chez un patient de 65 ans qui leurs a été adressé pour une distension abdominale(9). La taille médiane au moment du diagnostic est d'environ 15 cm, selon Hermi A, et Al(10).

Si la VCI moyenne ou inférieure est atteinte, les patients peuvent présenter respectivement un dysfonctionnement rénal ou un œdème des membres inférieurs.

Dans certains cas, la fièvre peut être le seul symptôme présent, ce qui rend le diagnostic étiologique difficile. La présence de fièvre peut indiquer une nécrose tumorale ou une abcédation.

• Diagnostic

Le diagnostic repose principalement sur l'imagerie, la tomodensitométrie étant la méthode privilégiée pour évaluer la taille, la localisation et l'atteinte des structures adjacentes de la tumeur.

Devant la taille monstrueuse de l'abdomen, nous avons décidé de demander un examen scanographique qui informait une Masse kystique abdomino-pelvienne rétropéritonéale gauche de 243x236xl65 mm d'allure bénigne dont l'aspect TDM plaidait en faveur d'un kyste mésentérique lipomateux ou un tératome.

Dans la série de M. ISLAM ALZEER(4) la TDM abdomino-pelvienne, réalisée chez tous ses malades, a permis de retenir le siège rétropéritonéal de la masse dans tous les cas (huit), tout en précisant la structure, les dimensions, et les rapports de la tumeur avec les organes adjacents.

Plusieurs signes, tels que le signe de l'éperon, orientent vers une origine conjonctive
rétropéritonéale plutôt que pancréatique ou rénale, Analyser les contours de la tumeur et évoquer le diagnostic de malignité(8).

L'échographie est généralement le premier examen demandé, mais présente certaines limites, telles que l'étude restreinte des rapports anatomiques et des contours de la tumeur, la difficulté d'accès à l'espace rétropéritonéal et le caractère opérateur-dépendant(8).

L'IRM est devenue la méthode de référence pour l'examen des masses des tissus mous, et par extension des masses rétropéritonéales, Cela est principalement dû aux progrès technologiques qui ont permis de réaliser des séquences très rapides et offrent une bonne résolution anatomique, ainsi qu'une excellente résolution en contraste spontané et après l'injection de produit de contraste(11)

Une ponction-biopsie transpariétale après repérage radiologique, peut permettre d'approcher le diagnostic, mais un typage définitif ne pourra être fait qu'après un examen minutieux de la pièce opératoire(12).

Elle n'est pas toujours nécessaire, en particulier si une résection complète semble réalisable. Elle est généralement réalisée pour éviter une laparotomie inutile, dans un but purement diagnostique, et pour éviter également une intervention chirurgicale chez les patients présentant des métastases ou des contre-indications opératoires. La voie d'abord de la biopsie doit être discuté entre le chirurgien et le radiologue.

• Complications

Les liposarcomes rétropéritonéaux peuvent rarement être détectés par une complication telle qu' une occlusion intestinale, Une hémorragie, Une perforation, Un étranglement herniaire(12).

Malgré la taille énorme de la masse chez notre patient, il n'avait pas une complication majeur en dehors d'un effet de masse sur les gros vaisseaux abdominaux expliquant l'œdème des membres inférieurs.

• Type histologique

Selon EWING, l'aspect macroscopique peut également être indicatif de l'évolution de la
lésion : le liposarcome très pigmenté serait hautement malin ; alors que celui de teinte jaune et claire et site d'éléments exanthémateux serait de malignité clairement moindre.

L'examen anatomopathologique et Immunohistochimique ont révélé un liposarcome rétropéritonéal de bas grade.

• Traitement

La prise en charge de cette pathologie est différente pour chaque type et oblige une approche multidisciplinaire comprenant (un oncologue médical, un oncologue radiothérapeute, un chirurgien, un radiologue et un pathologiste).

La chirurgie est la pierre angulaire du traitement curatif, « la chirurgie d'exérèse » des tumeurs rétropéritonéales primitives doit répondre aux impératifs carcinologiques de qualité de la résection, et aux exigences techniques de résécabilité(8).

Dans le cas des tumeurs occupant la totalité de l'abdomen, des refends transversaux
sont ajoutés à la voie d'abord médiane, pour obtenir une meilleure visibilité des coupoles diaphragmatiques, et permet d'éviter l'ensemencement de l'espace pleural par une « thoracophrénolaparotomie »(8).

Au cours de l'intervention, Un très bon plan de clivage était obtenu, et l'exérèse en monobloc n'a pas été laborieuse. Les coupoles diaphragmatiques n'ont

pas été visualisés. Ce qui peut expliquer une possible effraction pleurale conduisant a un emphysème massive et un pneumopéritoine.

La résection de la tumeur et des structures de voisinage doit être réalisée en monobloc sans effraction tumoral afin de réduire le risque de récidive locale.

La qualité de la résection tumorale doit être définie selon les critères de l'UICC : R0 : absence de reliquat tumoral microscopique, R1 : présence de reliquat tumoral microscopique sur une berge, R2 : présence de reliquat macroscopique après résection. Singer18 a montré l'importance de marges de résection de la tumeur, les taux de survie après 5 ans étant les suivants : R0 : 70 %, R1 : 45 % et R2 : 15 %. En fait, les TRP par leur volume refoulent les différents viscères abdominaux et ne sont séparés que par une pseudocapsule riche en cellules tumorale(13).

- Complications postopératoires

Les fuites anastomotiques qui résultent des résections intestinales et les hémorragies présentent les complications postopératoires les plus courantes et les plus graves(14).

Même si aucune évidente de l'emphysème n'avait été vue au cours de la deuxième intervention, une effraction de la plèvre ou une ouverture accidentelle d'un segment du tube digestive lors d'une dissection rétropéritoine pouvait expliqué cette emphysème massive et un pneumopéritoine. La radiographie de thorax n'était pas réalisée.

l'emphysème disparait spontanément et progressivement, aucun traitement spécifique n'était administré.

- Pronostic

Selon Mercier J et collaborateurs, la survie globale à cinq ans était de 71,9 % et la survie sans récidive à 5 ans était de 49 %. Après analyse multivariée, les facteurs influençant la survie globale étaient la rupture tumorale, l'indice de masse corporelle préopératoire et l'apparition de complications sévères (grade Dindo-Clavien ≥ 3). Les facteurs influençant la survie sans récidive étaient la radiothérapie néoadjuvante et la rupture tumorale(15).

Douze mois plutard, notre patient est suivi par le service d'oncologie médicale et il n'a présenté aucun signe de récidive.

Conclusion

Les liposarcomes retro péritonéaux sont des tumeurs malignes rares qui se manifestent de plusieurs formes. La tomodensitométries et l'imagerie par résonance magnétique ont un rôle essentiel dans le diagnostic ; mais le diagnostic définitif n'est obtenu qu'en postopératoire, après L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

la chirurgie carcinologique reste la pierre angulaire et la récidive reste fréquente même dans la main d'un chirurgien expérimenté. L'une des complications la plus rare est l'emphysème sous-cutané dû à des lésions pleurales ou une perforation du tube digestif.

***Correspondance :**

Dianessy Yély

dianessyyely@gmail.com

Disponible en ligne : 29 Avril 2026

1 : Service de chirurgie Générale. Hôpital du District de la Commune IV de Bamako. Mali.
2 : Service de Gynéco-obstétrique de la Clinique Médicale LATINO. Bamako. Mali
3 : Service anesthésie-réanimation Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako.
4 : Service de néphrologie. Hôpital du District de la Commune IV de Bamako. Mali
5 : Service de chirurgie A. Hôpital du Point G de Bamako. Mali.

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Oussama EE. Liposarcomes : expérience du service d'anatomie pathologique de l'hôpital militaire My Ismail Meknès (à propos de 9 cas) [thèse]. 2020.

[2] Caseiro E, Coutureau J, Delebecq J, Taourel P, Millet I. Imagerie des tumeurs rétropéritonéales primitives. J Imagerie Diagn Interv. 2024 Jun 1;7(3):147-57.

[3] Kauffman SL, Stout AP. Lipoblastic tumors of children. Cancer. 1959 Sep;12(5):912-25.

[4] Alzeer I. Les masses rétropéritonéales (à propos de 8 cas) [thèse]. 2021 [cité 2025 Oct 30]. Disponible sur: https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/24662/3-21.pdf?sequence=1

[5] Devière J, Van Dueren E, Hassid S. Liposarcomes rétropéritonéaux récidivants, problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Acta Chir Belg. 1986;86(1):5-12.

[6] Moualli SB, Mnif A, Amna MB, Hassine LB, Chebil M, Zermani R, et al. Le liposarcome rétropéritonéal géant : à propos d'un cas. Ann Urol. 2002 [cité 2025 Nov 2];36:372-5. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003440102001316

[7] Lehnert T, Cardona S, Hinz U, Willeke F, Mechtersheimer G, Treiber M, et al. Primary and locally recurrent retroperitoneal soft-tissue sarcoma: local control and survival. Eur J Surg Oncol. 2009;35(9):986-93.

[8] El Mortaji Z. Liposarcome rétropéritonéal à propos de 3 cas avec revue de la littérature [thèse]. 2023 [cité 2025 Oct 30]. Disponible sur: https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/30791

[9] Samaké M, Dembelé SB, Dianessy Y, Guiré A, Yede DLS, Boiré Y, et al. Retro-peritoneal liposarcoma in the general surgery department of the hospital of the district of the commune IV. Surg Sci. 2024;15(7):430-7.

[10] Hermi A, Boussaffa H, Saadi A, BelHadjKacem L, Chakroun M, Slama RB. Giant retroperitoneal leiomyosarcoma: a case report. J Surg Case Rep. 2023;2023(4):rjad172.

[11] Dewaguet J, Beaujot J, Leguillette C, Decanter G, Cordoba A, Penel N, et al. Apport de l'IRM corps entier au bilan initial du liposarcome myxoïde. Bull Cancer. 2023 Oct 1;110(10):1015-26.

[12] Alzeer I. Les masses rétropéritonéales (à propos de 8 cas) [thèse]. 2021 [cité 2025 Nov 3]. Disponible sur: https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/24662/3-21.pdf?sequence=1

[13] Aitsakel A, Elsayegh H, Benslimane L, Nouini Y. Tumeurs rétropéritonéales primitives : profils diagnostique, thérapeutique et anatomopathologique. Can Urol Assoc J. 2015;9(11-12):E873-8.

[14] McCallum OJ, Burke JJ, Childs AJ, Ferro A, Gallup DG. Retroperitoneal liposarcoma weighing over one hundred pounds with review of the literature. Gynecol Oncol. 2006 Dec 1;103(3):1152-4.

[15] Mercier J, Bajeot A, Bréhat E, Ghouti L, Ferron G, Soulie M, et al. Étude observationnelle analytique de la chirurgie d'ablation compartimentale à visée curative des liposarcomes du rétropéritoine. Prog Urol FMC. 2023 Nov 1;33(3 Suppl):S129.

Pour citer cet article

Y Dianessy, M Tapily, Y Ramos Rodriguez, A Sanogo, S Konare, A Guire et al. Exérèse d'un liposarcome rétropéritonéal géant compliquée d'un important emphysème postopératoire (à propos d'un cas) à la Clinique Médicale Latino de Bamako (Mali). Jaccr Surgery 2026; 2(2): 1-7

https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.001L012904

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

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Original article

Epidemiological, Clinical, and Therapeutic Aspects of Victims of Intentional Assault and Injuries at the Regional Hospital Center of Dedougou

Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des victimes de coups et blessures volontaires au centre hospitalier régional de Dédougou

IB Some*[1], G Bonkian[2], A Sidibe[3], J Hien[4], I Beremwidougou[5], LS Yao[1], PWH Dakoure[3]

Résumé

Introduction : La dénomination coups et blessures visent essentiellement les actes qui portent atteinte à l'intégrité physique et psychique d'un être humain. Ces actes sont dits volontaires lorsque leur auteur a eu la volonté de les commettre.

Objectif : Décrire les lésions des victimes de violences physiques par coups et blessures volontaires.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude observationnelle descriptive a collecté rétrospective sur trois ans. Les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques des patients victimes de coups et blessures volontaires ont été analysées.

Résultats : Soixante-treize victimes ont été colligées. Le sexe masculin était prédominant (46 hommes). L'âge moyen des blesses était de 32,7 ans et ils étaient majoritairement des cultivateurs (24 cas). Ces blessures survenaient préférentiellement à domicile (41,1%) et à l'espace publique (35,6%). Les objets contondants (56,2%) et la machette (13,7%) étaient prédominants dans la genèse des lésions. La circonstance de survenue des blessures était dominée par la rixe (53,5%). On dénombrait à l'admission 156 lésions dont 66 plaies et 22 fractures. Neuf blesses ont bénéficié d'un parage au bloc opératoire. Les complications étaient dominées par trois cas de raideurs articulaires, deux infections du site opératoire et un cas de cal vicieux du poignet. Deux cas de décès ont été notes.

Conclusion : Les CBV sont peu fréquents dans notre région. Ils surviennent au décours des agressions et rixes violentes impliquant l'usage des armes blanches. Les lésions sont parfois graves et complexes nécessitant un acte chirurgical.

Mots-clés : coups et blessures volontaires, épidémiologie, clinique et traitement.

Abstract

Introduction: The term assaults and battery primarily refers to acts that harm the physical and psychological integrity of a human being. These acts are considered intentional when the perpetrator had the intent to commit them.

Objective: To describe the injuries sustained by victims of physical violence through intentional assaults and battery.

Methodology: This was a descriptive observational study with retrospective data collection over three years. Sociodemographic, clinical, and therapeutic data of patients who were victims of intentional assaults and battery were analyzed.

Results: Seventy-three victims were recorded. Males were predominant (46 men). The average age of the injured was 32.7 years, and they were mostly farmers (24 cases). These injuries occurred mainly at home (41.1%) and in public spaces (35.6%). Blunt objects (56.2%) and machetes (13.7%) were the main tools causing the injuries. The circumstances surrounding the occurrence of the injuries were mainly dominated by brawls (53.5%). Upon admission, 156 injuries were recorded, including 66 wounds and 22 fractures. Nine injured individuals underwent debridement in the operating room. Complications were mainly three cases of joint stiffness, two surgical site infections, and one case of malunion of the wrist. Two deaths were noted.

Conclusion: Intentional bodily injuries are infrequent in our region. They occur following assaults and violent brawls involving the use of bladed weapons. The injuries are sometimes severe and complex, requiring surgical intervention.

Keywords: intentional bodily injuries, epidemiology, clinical presentation, and treatment.

Introduction

Violence is a universal phenomenon frequently encountered, of variable forms and severity [1]. Its determinism is multifactorial and depends on the victim-aggressor couple. Assaults and battery essentially refer to acts that harm the physical and psychological integrity of a human being [2]. These acts are considered intentional when the perpetrator had the intent to commit a violent act and therefore established by the competent judicial authorities. According to the World Health Organization (WHO), violence causes more than 1.6 million deaths worldwide each year [3]. The assessment of violence constitutes one of the most important medical activities not only because of its frequency but also because of its judicial repercussions. The Boucle du Mouhoun region has few data on cases of intentional assault and battery (IAB). The objective of this study was to describe the profile of victims, the circumstances of assaults, and the injury characteristics of victims of physical violence by IAB admitted to the surgery department upon judicial requisition.

Methodology

This was a descriptive observational study with retrospective data collection over a three-year period from January 1, 2022, to December 31, 2024. Included were patients for whom a requisition was issued and the notion of Intentional Assault and Battery was established. The requisition being defined as a procedure by which a specialist, in this case a physician, is called either by a judicial authority or by an administrative authority to carry out observations or technical scientific examinations that cannot be postponed [4]. Before their inclusion in this study, written or oral consent via telephone contact of the injured was obtained. Socioprofessional, clinical, and therapeutic data were collected. Confidentiality of personal data was guaranteed through an anonymous survey form. Data were entered and processed using EPI DATA 3.1 analysis software. Descriptive statistics of the various data were analyzed. Our study has limitations, namely its retrospective nature, the absence of standardization of medical certificates, the small number of cases linked to the absence of a medico-judicial centre in the region, and the impossibility of systematic psychological follow-up of victims.

Results

- *Epidemiological data*

Seventy-three victims were collected, giving an annual frequency of 24.3 cases. There were 46 men and 27 women, i.e., a sex ratio of 1.7. The average age of the injured was 32.7 years +/- 12.8 with extremes of 7 and 74 years. The age group between 20 and 40 years represented 61.6% of the study population. Table I shows the distribution of victims by age group. The injured were farmers in 24 cases (33%), housewives in 13 cases (20.5%), civil servants in six cases (8.2%). Table II shows the distribution of victims according to their occupations.

These injuries took place at home in 30 patients (41.1%), in public spaces in 26 patients (35.6%), and in a drinking establishment in 9 patients (12.3%). Various weapons, often multiple in the same victim, were implicated in the genesis of the lesions. Table III shows the distribution of injured according to the type of weapon involved.

- *Clinical, paraclinical, and therapeutic data*

The circumstances of occurrence of injuries were assault in 39 victims (53.5%) and family conflicts in 14 victims (19.2%). Figure 1 illustrates the distribution of injured according to the circumstances of occurrence.

The average time to first consultation at the CHR was 12.7 hours with extremes of one hour and 10 days. Fifty-three injured (72.6%) consulted within 48 hours following the assault. The clinical assessment on admission was normal in seven victims (9.6%) and found in 66 victims (90.4%), 156 variously associated injuries. Thirteen victims (17.8%) had at least two injuries. We counted 66 wounds (42.3%), 26 soft tissue contusion injuries (16.6%), and 24 fractures (15.4%). Figure 2 illustrates the distribution of the different injuries.

The wounds were located at the cephalic pole in 43 cases (65.1%), including 31 scalp wounds (47%) and 12 facial wounds (18.2%). We noted four cases (2.6%) of cervical wounds, two of which were complicated by tracheal transection. Limb wounds (13 cases; 19.7%) were all located in the upper limbs. They were complicated by flexor and extensor tendon transection of the fingers in six and three cases respectively, arterial transection in three cases, nerve transection in three cases, and muscle transection in two cases. At the thoraco-abdominal level, we noted a penetrating thoracic wound complicated by pneumo-haemothorax and a penetrating abdominal wound complicated by evisceration.

Fourteen cases of craniocerebral trauma (CCT) were recorded. These were respectively one case of severe CCT, three cases of moderate CCT, and nine cases of mild CCT. The CCTs caused eight cerebral lesions including three cases of extradural haematoma, one case of acute subdural haematoma, two cases of craniocerebral wounds, and one case of oedematous-haemorrhagic contusion.

Twelve victims (16.4%) presented psychological impact in the form of anxiety (five cases), depressive state (four cases), fear (two cases), and insomnia (one case). Two cases (2.7%) of death were noted on admission. These were victims who succumbed before admission to the emergency department from haemorrhagic shock.

Thirty-eight patients (52%) were treated exclusively with medical management, and the others additionally benefited from surgery for 31 patients (42.5%) and orthopaedic treatment for 3 victim patients (4.1%). One patient left the hospital against medical advice. Surgical treatment consisted of wound debridement (Figure 3). The average time from admission of victims to the operating room was 3.6 hours with extremes of one hour and 8 days. Lesion repair consisted of tenorrhaphy in nine victims. Nerve and muscle suture was performed in three and two patients respectively. Patients with arterial transection benefited from arterial ligation. An exploratory laparotomy was performed in one patient and thoracic drainage in two patients. Six (8.2%) complications were noted. These were early postoperative complications in the form of surgical site infection (2 cases) and late complications in the form of joint stiffness (3 cases) and one malunion of the wrist. Surgical site infections were controlled under targeted antibiotic therapy after sampling and antibiogram.

Table I: Distribution of victims by age group (N=73)

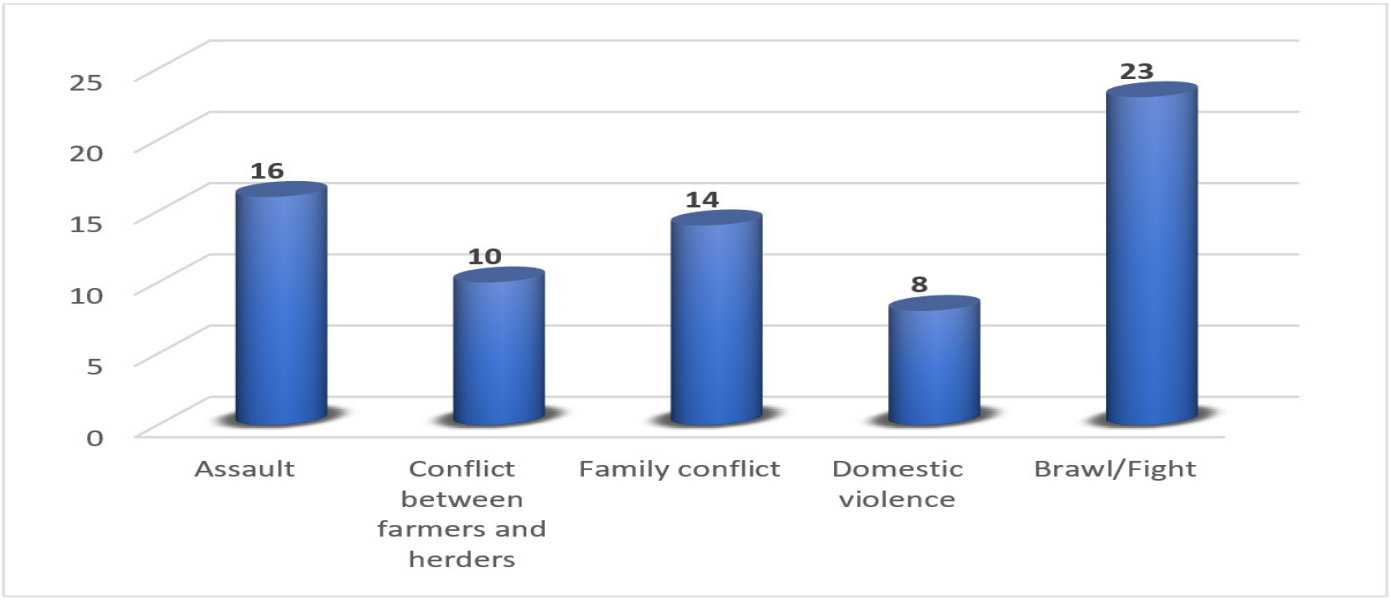
	Frequency	Percentage (%)
[0-18 years [	6	8.2
[18-28 years [	23	31.5
[28-38 years [	27	37.0
[38-48 years [	9	12.3
[58-68 years [	4	5.5
[48-58 years [	3	4.1
[68-78 years [	1	1.4
Total	73	100

Table II: Distribution of injured according to occupation (N=73)

	Frequency	Percentage (%)
Farmer	24	33
Housewife	13	17.8
Student/Pupil	9	12.3
Civil servant	6	8.2
Labourer	5	6.8
Mason	4	5.4
Shop employee	3	4.1
Shepherd	3	4.1
Hairdresser	3	4.1
Gold panner	1	1.4
Mechanic	1	1.4
Odd-job worker	1	1.4
Total	73	100

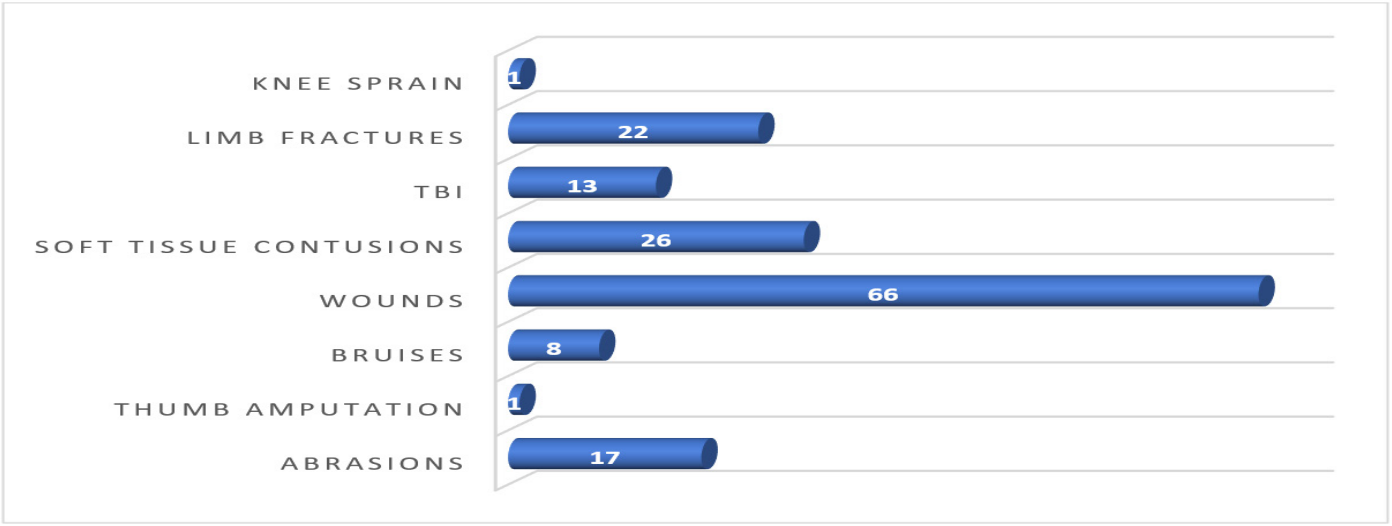
Table III: Distribution of injured according to the type of weapon involved

	Frequency	Percentage (%)
Blunt object	41	46
Hand	19	21.4
Knife/dagger	13	14.6
Machette	10	11.2
Hot liquid	3	3.4
Bottle shard	3	3.4
Total	89	100



Conf. El-Agr: herder-farmer conflict

Figure 1: Distribution of injured according to the circumstances of occurrence of injuries



TCE: craniocerebral trauma

Figure 2: Distribution of different injuries according to victims

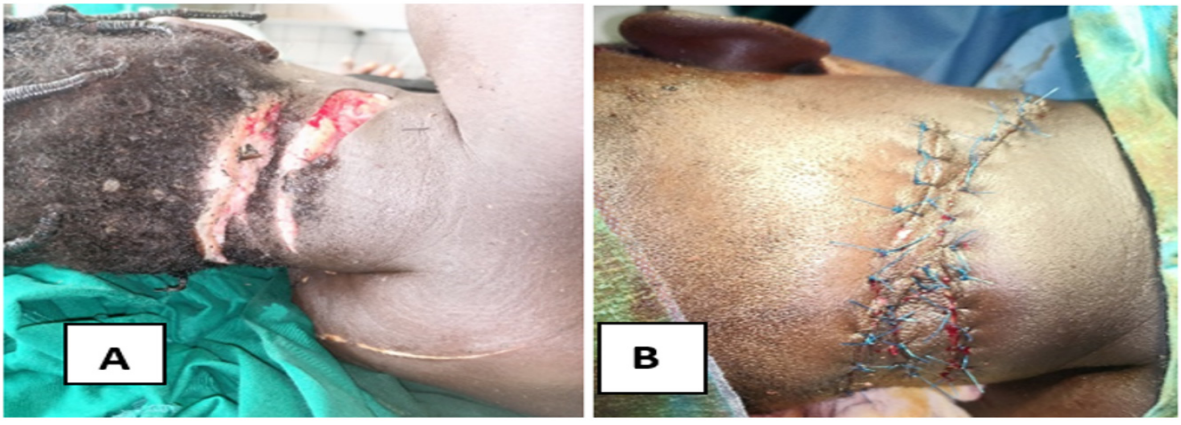


Figure 3: 19-year-old patient, victim of IAB by bladed weapon (machette) in the course of a marital conflict. She presents 2 posterior cervical wounds (image B). She underwent debridement and suture of wounds in the operating room (image B). Postoperative course was uneventful.

Discussion

- *Epidemiological data*

The incidence of IAB victims admitted to our department upon judicial requisition was 24.35 per year. It is lower than that of Traore et al [3] in Mali (51 cases per year), Zribi et al [1] in Tunisia (308 cases per year), and Montariol et al [5] in France (276.4 cases per year). This disparity in annual incidences is linked to the fact that our study and that of Toure were conducted in second-reference regional hospitals without a medico-judicial centre.

The victims were mostly male farmers with an average age of 32.7 years in our study. Young males are found in several African and European series [1, 3, 6, 7]. The male predominance found in violence is explained by the fact that in the context of assault, men seem much more turbulent due to the effect of testosterone and are more inclined to defend themselves, thus often suffering bodily harm [8].

The predominance of farmers and housewives in our series could be linked to the strong agricultural activity of the region, which is considered the "granary" of Burkina, and whose farmers are the majority in the general population. Students/pupils came in third place among socio-professional groups. This observation is made by Traore [3] in Mali. The development of violence in school and student environments would be secondary to pubertal spurt with the corollary of alcohol and drug consumption [6, 9].

Home and public spaces were the preferred places for IAB acts in our study, and the weapons implicated in the genesis of lesions were blunt objects, machetes, and punches. These aspects are highlighted in several African series [2, 3, 10]. Blunt weapons are most often improvised at the scene of the incident, as opposed to bladed weapons which have a premeditated character. However, in the West, so-called natural weapons (fists, feet) are the majority in different series in the order of 42 to 80%, followed by blunt objects [5, 6, 7].

The circumstances of occurrence of injuries were assault in 53.5% of victims. This observation is noted in Traore's series [3], which found assault in 46% of cases. The security context marked by terrorist attacks in Mali and Burkina Faso in recent decades has caused a massive displacement of rural populations to city centres, with the corollaries of increased assaults and family tensions. Soumah [2] in Dakar and Nouma [10] in Tunisia respectively found assault (25.7%) and domestic violence (23%) as the main circumstances of IAB.

- *Clinical, paraclinical, and therapeutic data*

The average time to first consultation at the CHR was 12.7 hours and 72.6% of victims consulted within 48 hours following the incident. This delay is shorter than that of Herin [6] in France, which was 4.5 days. The long consultation delay has an influence on the clinical description of initial lesions due to the evolutionary nature of injuries.

The lesions were dominated by wounds (42.3%), parietal contusions (16.6%), limb fractures (14.1%), and ecchymoses (5.1%). These data testify to the violent nature of these assault acts in our region. The frequency of wounds by weapon varies between 5 and 13% of all traumas in France and up to 35% in the United States of America [11, 12]. Ecchymoses, parietal contusions, and dermabrasions are elementary traumatic lesions often benign and the most frequent in the literature [2, 6, 7].

The lesions were located at the cephalic pole in 65.1% and in the upper limb in 19.7%. The cephalic pole and upper limbs are uncovered zones and more exposed to traumatic lesions in case of physical violence. The implicated mechanism is most often a defence mechanism guided by the survival instinct. When this barrier is crossed, we generally find lesions at the thoraco-abdominal level. Thoraco-abdominal wounds (2 cases) were complicated by visceral involvement. The consequences of respiratory dysfunction accompanying these wounds are likely to engage the vital prognosis and/or aggravate associated lesions [13, 14, 15, 16]. Cervical wounds can jeopardize the vital prognosis in the immediate term by airway obstruction or uncontrollable haemorrhage, or

secondarily by oesophageal or laryngeal lesions, and can lead to long-term functional sequelae [17, 18].

Twelve victims (16.4%) presented psychological impact in our sample. The psychological impact of violence suffered by the victim is difficult to evaluate and must be done at a distance from the facts [19]. Twelve victims, including 8 women and 4 men, presented psychological impact. Women and victims of firearms would be more likely to present psychological repercussions [7].

The management of assault victims must be multidisciplinary. Indeed, it involves clinicians in the management of physical lesions, psychologists, and the forensic physician who has a prominent place in counselling and guiding victims for legal reparation of bodily damages. Due to the absence of a psychiatrist and psychologist in our region, no victim benefited from psychological support.

Conclusion

IAB are not frequently encountered in our region. From this study, it emerges that the majority of IAB victims were young males living in rural areas. They occur following assaults and violent brawls involving the use of bladed weapons. The injuries are often severe and complex, requiring surgical intervention. Awareness-raising actions should be undertaken at all levels to guarantee a peaceful social climate in the region.

***Correspondence :**

Ignin Blaise SOME

igniblaise@gmail.com / ib_som@yahoo.fr

Available online : April 29, 2026

1 : Surgery and Surgical Specialties Department, Regional Hospital Center of Dedougou, Burkina Faso

2 : Orthopaedic-Traumatology Surgery, Bogodogo University Hospital Center of Ouagadougou, Burkina Faso

3 : Orthopaedic-Traumatology Surgery, Sourô-Sanou University Hospital Center of Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

4 : Surgery Department, Regional Hospital Center of Gaoua, Burkina Faso

5 : Surgery Department, Regional Hospital Center of Dori, Burkina Faso

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflict of interest : None

References

[1] M. Zribi, W. Ben Amar, N. Feki, Z Khemekhem, Z. Hammam, S. Bardaa, S. Maatoug. Evaluation de l'incapacite totale temporaire et etude des consequences medico-legales : activites du service de medecine legale de Sfax. J.I. M. Sfax. 2018; 28: 55-60.

[2] Mohamed M.S, Ngwa H.E.E, Ndiaye M, Sow ML. Qualite des certificats de coups et blessures volontaires sur adultes a Dakar et Diourbel, Senegal. PAMJ. 2019; 33(1).

[3] Traore T, Toure L, Diallo S, Niang M, Aristote HM. Coups et Blessures Volontaires dans un Hopital Malien de Deuxieme Reference : Aspects Cliniques et Therapeutiques. Health Sci. Dis. 2022; 23(10): 86-89.

[4] Anais M. Quel certificat medical pour une victime d'agression? Rev de medecine. 2017; 13(6): 266-71.

[5] Montariol P, Fornes P, Soussy A. Violence dans les etablissements d'enseignement : experience de l'unite medico-judiciaire de Val de Marne (94). Journal de medecine legale et droit medical. 2000; 6: 1-4.

[6] Herin F, Tran S, Savall F, Dedouit F, Telmon N,

Rouge D. Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail : etude des donnees des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unite medico-legale de Rangueil (Toulouse). La revue de medecine legale. 2014; 5: 15-21.

[7] Zagdoun C, Farrugia A, Gonzalez M, Raul JS. Coups et blessures volontaires en milieu de travail : etude retrospective a propos de 326 cas issus de la consultation de medecine legale et d'urgences medico-judiciaires des hopitaux universitaires de Strasbourg. La revue de medecine legale. 2019; 10: 8-15.

[8] Ondo N, Rabibinongo E, Ngojoze S, Bellamy J, Mambana C, Diane C. Les traumatismes et plaies thoraciques a Libreville. Aspects therapeutiques : a propos de 106 cas. Journal de Chirurgie, 1993; 130; (8-9). 367-70.

[9] Velomalala I, Raherinnantenaina F, Solofomalala GD. Etiologies, impacts medico-legaux des agressions volontaires au CHU de Fianarantsoa. Med Afr Noire. 2013; 60(12): 533-36.

[10] Nouma Y, Ben Amar, W, Bardaa, S, Ayadi, A, Jammeli, K, Zribi, M, Hammami, Z, Maatoug, S. L'incapacite totale temporaire : evaluation et consequence Medicolegales. Journal international de victimologie. 2014; 12(2): 124-35.

[11] Kibadi K, Portaels F, Pichot Y, Kapinga M, Moutet F. Plaies de la main et de l'avant-bras par arme blanche dues au phenomene Kuluna a Kinshasa (Republique Democratique du Congo) : types de lesions et traitement. Rev Med Brux. 2015; 36: 468-74.

[12] Tintilier E, Senamaud K, Lassie P, Thicoipe M, Dabadie P. Biomecanique : criteres predictifs de gravites. Medecine d'urgence 2002: 7-20.

[13] Rabiou S, Hama Y, Didier J, Sani2 R, Sanoussi S, Ghalimi J, Kouache MEl, Ouadnouni Y, Smahi M. Emergency management of penetrating chest trauma. J Func Vent Pulm. 2016; 20(7): 1-68.

[14] Choua O, Rimtebaye K, Adam Adami M, Bekoutou G, Anour MA. Les plaies penetrantes par armes blanches et a feu a N'djamena, Tchad : Une Epidemie silencieuse? 2016; 12(9): 180-91.

[15] David JS, Floccard B, Monneuse O, Pilleul F, Gueugniaud, PY, Petit P. Plaies abdominales. Medecine d'urgence. 2005: 9-16.

[16] Meyran D, Laforge V, Bar C, Le Dreff P. Prise en charge prehospitaliere des traumatismes penetrants par agression : Reanoxyo. La revue du Club des Anesthesistes Reanimateurs et Urgentistes Militaires. 2006; 18: 4-5.

[17] Ngor N, Souleymane M, Richard EAD, Malick N, Houra A, Cire N, Abdourahmane T, Issa Cheikh N. Plaies penetrantes du cou par arme blanche en pratique civile : A propos de 122 cas colliges a Dakar. Health Sci. Dis. 2022; 23(9): 37-41.

[18] Tall A, Sy A, Diouf R, et al. Notre experience des traumatismes du cou en pratique civile : a propos de 45 cas. Med Afr Noire. 2004; 51: 199-202.

[19] Stephane G, Stephane O, Mailalen C, Norbert T, Daniel R. Incapacite totale de travail : Au vu des consequences juridiques, la prudence est de mise. La revue du praticien medecine generale. 2008; 22(809): 906-908.

To cite this article

IB Some, G Bonkian, A Sidibe, J Hien, I Beremwidougou, LS Yao et al. Epidemiological, Clinical, and Therapeutic Aspects of Victims of Intentional Assault and Injuries at the Regional Hospital Center of Dedougou. Jaccr Surgery 2026; 2(2): 8-15

https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.002L012904

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

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Clinical case

Prostate Cancer in Patients Under 45 Years: A Report of Two Cases at the University Hospital of Cocody

Cancer de la prostate chez le sujet de moins de 45 ans :à propos de deux cas au CHU de Cocody

CC Vodi[1,2], DKMA Konan*[1], I Coulibaly[1,2], A Drabo[1,2], GAP Gnabro[1,2], KWA TANO[1], EJ Amangoua[1], NAF Kramo[1,2], A Fofana[1,2], B Kouame[1,2], A Dekou[1,2]

Résumé

Nous rapportons deux cas de cancer de la prostate survenu avant l'âge de 45 ans. Un patient a été traite par une hormonothérapie seule. L'autre par une association hormonothérapie et chimiothérapie. Le cancer a été diagnostique au stade métastatique dans les deux cas. Il était très agressif, le décès est survenu moins d'un an après le début du traitement.

Mots-clés : cancer prostate, jeune, Cocody.

Abstract

We report two cases of prostate cancer occurring before the age of 45 years. One patient was treated with hormone therapy alone. The other with a combination of hormone therapy and chemotherapy. The cancer was diagnosed at the metastatic stage in both cases. It was very aggressive, and death occurred less than one year after the start of treatment.

Keywords: prostate cancer, young, Cocody.

Introduction

Prostate cancer is the leading cancer in men worldwide and in Cote d'Ivoire. It is a disease of the elderly, although its incidence is increasing in young subjects [1, 2, 3]. To our knowledge, studies on prostate cancer in young subjects have been rare in sub-Saharan Africa. Thus, we propose through this study to report two observations of prostate cancer in patients aged under 45 years.

Clinical cases

Case n°1

A 43-year-old patient consulted for bone pain. He had no particular medical or surgical history and no family history of cancer. Examination on admission revealed a stable patient with poor general condition (WHO Performance Status (PS) 3), soft bilateral lower limb oedema (LLo) predominantly on the

right, swelling of the external genital organs (EGO), pelvic bridle, and pain on mobilization of the spine. Clinical and paraclinical investigations (total PSA = 200 ng/ml and prostate biopsy) led to the conclusion of prostate adenocarcinoma Gleason 9(4+5), ISUP 5. The extension workup: Thoraco-Abdominal CT scan, pelvic MRI, and bone scintigraphy allowed classification as T4N1M1b. After multidisciplinary consultation meeting, treatment consisted of hormonochemotherapy (LHRH analogue + anti-androgen and Docetaxel). He also received adjuvant treatment (urinary catheter, blood transfusion, analgesic). The evolution was marked by regression of oedema and bone pain and improvement of general condition (WHO PS 1). The control total PSA performed at M3 was 91 ng/ml.

However, at M5, after 4 chemotherapy sessions, the patient presented with dyspnoea for which investigations allowed the diagnosis of pulmonary embolism. The patient died from this embolism 5 months after diagnosis.

Case n°2

A 44-year-old patient admitted to our department for obstructive renal failure (ORF). He had a history of transurethral resection of the bladder (TURB) performed in Morocco, the histology results of which had not arrived. Examination on admission revealed an emaciated patient (weight loss quantified at 40%), with altered general condition (WHO PS 3), bilateral soft and painless LLo, swelling of the EGO. Rectal examination revealed pelvic bridle. Paraclinical examinations notably showed total PSA = 134 ng/ml, a uro-CT scan revealing a bladder trigone tumour, a prostate volume of 105 cc, and bilateral hydronephrosis. Immunohistochemistry performed on chips from a new TURB performed in our department revealed prostate adenocarcinoma with bladder invasion. The extension workup, notably a thoraco-abdomino-pelvic CT scan, allowed classification as T4N1M1b.

After multidisciplinary consultation meeting, treatment consisted of androgen suppression alone (LHRH analogue + anti-androgen).

Adjuvant treatment was bilateral percutaneous nephrostomy (PCN), blood transfusions, and analgesics.

The evolution was marked by improvement of general condition (WHO PS 2), disappearance of oedema and swelling of the EGO. The control total PSA at M3 was 32 ng/ml and at M6 was 10 ng/ml. A JJ stent descent was then performed (for patient comfort). The evolution was marked 10 months after the first consultation by the appearance of seeding nodules on the pelvis (Figure 1) and a rise in total PSA to 58 ng/ml with low testosterone levels. We diagnosed castration-resistant prostate cancer and indicated chemotherapy. Unfortunately, death occurred before chemotherapy, less than 12 months after the first consultation in our department.



Figure 1: Seeding nodules on the pelvis.

Discussion

Prostate cancer is increasingly frequent in young subjects, although it remains a disease of the elderly [2, 3]. Alioune et al. in Senegal found no cases of prostate cancer before the age of 50 [4]. On the other hand, Darre et al. in Togo found 29 patients under 50 [5]. These 2 observations present the first 2 cases of prostate cancer in patients under 45 in our department. Risk factors for prostate cancer in subjects under 50 are essentially racial origin and family history of cancer. Prostate cancers occur much earlier in patients with a family history of cancer and of black race [5, 3].

Our observations allowed us to make several observations.

The cancer was not diagnosed during screening but in the course of complication signs. It was very aggressive with death occurring within less than one year for both patients. No family history of cancer was found. And total PSA was greater than 100 ng/ml.

This raises the question of whether screening should be limited to 45 years in certain patients considered at risk (family history of cancer).

Regarding treatment, no curative treatment could be offered. We are forced to note that more aggressive treatment, notably tri-therapy, could be more effective; however, in our context such treatment is hampered by lack of financial means and above all patient support. Some studies estimate that when it occurs in young subjects, it has a good prognosis [6]. Others claim that cancer in the elderly is very aggressive and has a poor prognosis [3, 7, 8, 9]. Others still find no significant difference [10]. Based on our study, we lean towards the view that cancer in young subjects has a poor prognosis. This divergence raises questions about the polymorphism of cancers in young subjects and prompts reflection, on the one hand, on the possibility of creating a specific profile of young patients with prostate cancer and, on the other hand, on adapting screening guidelines for prostate cancer to take young subjects into account.

Limits

We did not perform oncogenetic counselling to try to find genetic similarities in the patients. However, it is interesting because it highlights prostate cancers in young subjects without family history of cancer and the limits of learned society recommendations on screening.

Ethical considerations

This study was conducted with the consent of both patients.

Conclusion

We have presented these 2 cases of prostate cancer occurring in patients aged under 45 years, which were very aggressive. Although these cases are rarely observed, we recommend screening for prostate cancer from the age of 40 in black subjects in order to prevent such cases.

***Correspondence :**

Konan Djeckett Kevin Marcel Adams

makonanmed@gmail.com

Available online : April 29, 2026

1 : Urology Department, University Hospital of Cocody, Cote d'Ivoire

2 : Felix Houphouet Boigny University, Cote d'Ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflict of interest : None

References

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun; 74(3): 229-263.

[2] Bleyer, A., Spreafico, F. and Barr, R. (2020), Prostate cancer in young men: An emerging young adult and older adolescent challenge. Cancer, 126: 46-57.

[3] Sartor, O. (2020). Why is prostate cancer incidence increasing in young men? Cancer, 126: 17-18.

[4] Alioune, S., Yaya, S., Ibou, T., Boubacar, F., Babacar, D., Ahmed, F. P., ... & Assane, D. B.

(2011). Early detection of prostate cancer in the forties in Senegal. Progres en urologie, 21(4), 260-263.

[5] Darre T, Djiwa T, Kpatcha TM, Padja E, Napo-Koura G, Darre T. Prostate cancers in men under the age of 50: about a series in Togo, Sub-Saharan Africa. BMC Cancer. 2022 Dec 21; 22(1): 1341.

[6] Hussein S, Satturwar S, Van der Kwast T. Young-age prostate cancer. J Clin Pathol. 2015 Jul; 68(7): 511-5.

[7] Joao Vasco Barreira et al. Prostate cancer in young men: our experience. J Clin Oncol 37, 133-133 (2019).

[8] Salinas CA, Tsodikov A, Ishak-Howard M, Cooney KA. Prostate cancer in young men: an important clinical entity. Nat Rev Urol. 2014 Jun; 11(6): 317-23.

[9] Ji G, Huang C, Song G, Xiong G, Fang D, Wang H, Hao H, Cai L, He Q, He Z, Zhou L. Are the Pathological Characteristics of Prostate Cancer More Aggressive or More Indolent Depending upon the Patient Age? Biomed Res Int. 2017; 2017: 1438027.

[10] Huang TH, Kuo JY, Huang YH, Chung HJ, Huang WJ, Wu HH, Chang YH, Lin AT, Chen KK. Prostate cancer in young adults - Seventeen-year clinical experience of a single center. J Chin Med Assoc. 2017 Jan; 80(1): 39-43.

To cite this article

CC Vodi, DKMA Konan, I Coulibaly, A Drabo, GAP Gnabro, KWA Tano et al. Prostate Cancer in Patients Under 45 Years: A Report of Two Cases at the University Hospital of Cocody. Jaccr Surgery 2026; 2(2): 16-19

https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.003L012904

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

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Original article

Early Complications of Total Hip Arthroplasty (THA) Using Primary Total Hip Prostheses (THP) Performed via the Röttinger Anterolateral Approach

Les complications précoces des arthroplasties totales de la hanche (ATH) par prothèses totales de hanches (PTH) primaires réalisées par voie d'abord antérolatérale de Röttinger

E Tapsoba[1], DSR Kabore[2], AB Sawadogo[1], A Ouangre[3,4], IR Kieno[1], M Soulama[5,6]

Résumé

Introduction : L'arthroplastie totale de la hanche (ATH) par prothèse totale de hanche (PTH) est devenue une pratique chirurgicale courante à l'hôpital Paul VI de Ouagadougou depuis 2004 sous forme de mission. Elle est pratiquée les mois de février et décembre de chaque année par une équipe belge et allemande. L'objectif de cette étude était de décrire les complications précoces rencontrées après plus de quinze ans d'expérience.

Méthodologie : L'étude était prospective descriptive sur une période de deux ans (décembre 2021 - décembre 2023). Elle a concerné 147 hanches opérées pour arthroplastie totale de la hanche primaire par voie antérolatérale de Röttinger (133 unilatérales et 7 bilatérales). L'âge moyen était de 45 ans [18 - 65], le sexe-ratio était de 1,12. L'ostéonécrose de la tête fémorale (ONTF) était l'indication de l'arthroplastie totale de la hanche dans 95,2 % des cas. Les arthroplasties étaient non cimentées dans 74 % des cas. Les patients ont été régulièrement suivis à J21, J45, J90, J180 et J360 pour un contrôle radio-clinique. Des complications précoces ont été analysées avec un recul moyen qui était de 19 mois [12-24].

Résultats : Des complications précoces ont été retrouvées dans 14 cas (9,5 %). Il s'agissait de complications peropératoires dont un cas (0,68 %) de fracture diaphysaire du fémur ; un cas (0,68 %) de syndrome de scellement du ciment osseux et sept cas (4,76 %) d'atteintes nerveuses dont six cas de neurapraxie du nerf fémoral et un cas d'atteinte nerveuse sévère. Des complications postopératoires dont un (1) cas (0,68 %) d'infection postopératoire précoce (0,68 %). Trois (3) cas de luxation prothétique précoce (2,04 %) et un (1) cas de descellement précoce de cupule non cimentée (0,68 %).

Conclusion : Les complications des arthroplasties totales de la hanche retrouvées dans notre pratique

étaient peu fréquentes et comparables à celles décrites dans la littérature.

Mots-clés : complications, arthroplastie totale de la hanche ; prothèse totale de hanche, voie antérolatérale de Röttinger.

Abstract

Introduction: Total hip arthroplasty (THA) using a total hip prosthesis (THP) has been a routine surgical procedure at Paul VI Hospital in Ouagadougou since 2004, performed as part of a medical mission. It is performed every year in February and December by a Belgian and German team. The objective of this study was to describe the early complications encountered after more than fifteen years of experience.

Methodology: This was a prospective descriptive study conducted over a two-year period (December 2021-December 2023). It included 147 hips that underwent primary total hip arthroplasty via the Röttinger anterolateral approach (133 unilateral and 7 bilateral). The mean age was 45 years [18-65], and the sex ratio was 1.12. Femoral head necrosis (FHN) was the indication for total hip arthroplasty in 95.2% of cases. The arthroplasties were cementless in 74% of cases. Patients were regularly followed up at 21, 45, 90, 180, and 360 days for radiographic and clinical evaluation. Early complications were analyzed with a mean follow-up of 19 months [12-24].

Results: Early complications were observed in 14 cases (9.5%). These were intraoperative complications, including one case (0.68%) of a diaphyseal fracture of the femur; one case (0.68%) of cement-bone sequestration syndrome, and seven cases (4.76%) of nerve damage, including six cases of femoral nerve neurapathy and one case of severe nerve damage. Postoperative complications included one (1) case (0.68%) of early postoperative infection (0.68%), three (3) cases of early prosthetic dislocation (2.04%), and one (1) case of early loosening of an uncemented cup (0.68%).

Conclusion: Complications of total hip arthroplasty observed in our practice were infrequent and comparable to those described in the literature.

Keywords: complications, total hip arthroplasty; total hip prosthesis, Röttinger's anterolateral approach.

Introduction

Total hip prosthesis is an internal joint device designed to replace the hip joint and allow near-normal function [1]. Although hip prosthetic surgery has advantages justifying its indication, it remains burdened with significant peri- and postoperative risks and early complications that can be disabling [2-4] or even fatal [5]. Total hip arthroplasty is a common practice worldwide and quite widespread in Burkina Faso. The objective of this study was to evaluate the early complications of patients treated for total hip arthroplasty using a total hip prosthesis during the study period. The aim of our study was to enrich the scientific literature with data on the early complications of THPs performed at Paul VI Hospital in Ouagadougou.

Methodology

This was a prospective descriptive study covering a two-year period (December 2021-December 2023). Paul VI Hospital in Ouagadougou served as our study setting. All patients operated on during the study period for total hip arthroplasty via the Röttinger anterolateral approach were included in the study.

The Röttinger approach surgical technique consists of accessing the hip joint using a muscle-sparing technique between the tensor fascia lata and the gluteus medius muscles. An anterolateral skin incision between the anterosuperior iliac spine and the apex of the greater trochanter is performed. The fascia is incised in the direction of the skin incision. The plane between the tensor fascia lata muscle anteriorly and the gluteus medius muscle posteriorly is dissected with fingers. Dissection is continued and the reflected portion of the rectus femoris muscle is detached medially from the capsule. Retractors are inserted above and below the femoral neck to perform the capsulotomy [6] (Figure 1).

This anterolateral approach is an intermuscular route passing between the intermuscular space of the gluteus medius and the tensor fascia lata. It has the advantage of promoting rapid recovery with a low dislocation rate [7].

Total hip arthroplasty is performed as a medical mission every February and December of each year by a Belgian and German team at Paul VI Hospital since 2004. The implants used were cemented (26%) and cementless (74%) with a hard-on-soft friction couple. All our patients received analgesics, antibiotics, anticoagulants, and auto-rehabilitation after arthroplasty. Their hospital discharge was generally authorized on the 3rd postoperative day. Postoperative clinical follow-up (pain, mobility, and gait) as well as radiological follow-up was performed at 21, 45, 90 days, at 6 months, and finally at one year postoperatively to detect any early complications. This follow-up was conducted by two Burkinabe surgeons. For functional evaluation, they used the PMA (Perle Merle d'Aubigne) score [8].

We considered as early complications all complications occurring during the first year after arthroplasty.

The limitations of the study lie in the fact that it was monocentric, non-randomized, and the surgeons were visiting/missionary surgeons.

Our data were collected using Excel software and analyzed by STATA version 17 software.

In total, 140 patients including seven cases of bilateral arthroplasties, i.e., 147 total hip arthroplasties, met our inclusion criteria and constituted the study population. The mean age of patients was 45 years with extremes of 18 years and 65 years, and the sex ratio was 1.12 in favour of women. The right side was affected in 60.71% of cases. The indication for total hip arthroplasty was femoral head necrosis in 95.2% of cases (n=140).

Results

Early complications of total hip prostheses were infrequent in our study.

Intraoperative complications

We recorded one case (0.7%) of iatrogenic fracture of the femoral diaphysis. The fracture occurred on a cementless prosthesis. It was a 64-year-old patient with osteoporotic bone. We noted the fracture after placement of the prosthesis at the time of reduction.

One case (0.7%) of grade 3 bone cement sequestration syndrome (Donaldson) occurring in a patient during cement placement in the femoral shaft under pressure was reported. It required transfer of the patient to intensive care and despite resuscitation measures undertaken, the patient died on the 4th postoperative day.

In the present study, we recorded seven cases (4.76%) of nerve damage: six (6) cases of femoral nerve neurapathy with complete recovery at the 6-month postoperative follow-up, and one case of severe nerve damage with persistent paresis at 6 months postoperatively.

Postoperative complications

In our study, we noted one (1) case (0.7%) of early surgical site infection at the 21st postoperative day. It occurred in an immunocompromised patient with HIV whose viral load was 500 copies/ml of blood.

We recorded three cases (2%) of early prosthetic dislocations occurring between the 21st and 45th postoperative day. They occurred in male patients.

One case (0.7%) of early aseptic loosening of the cup on a cementless prosthesis at the 11th postoperative month was recorded in our study.

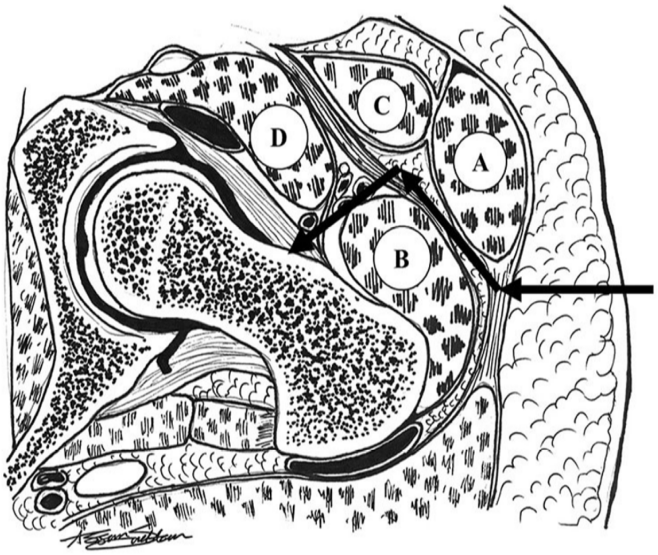


Figure 1: Image showing the dissection planes of the Röttinger approach (arrow). A, tensor fascia lata muscle; B, gluteus medius muscle; C, sartorius muscle; D, rectus femoris muscle.

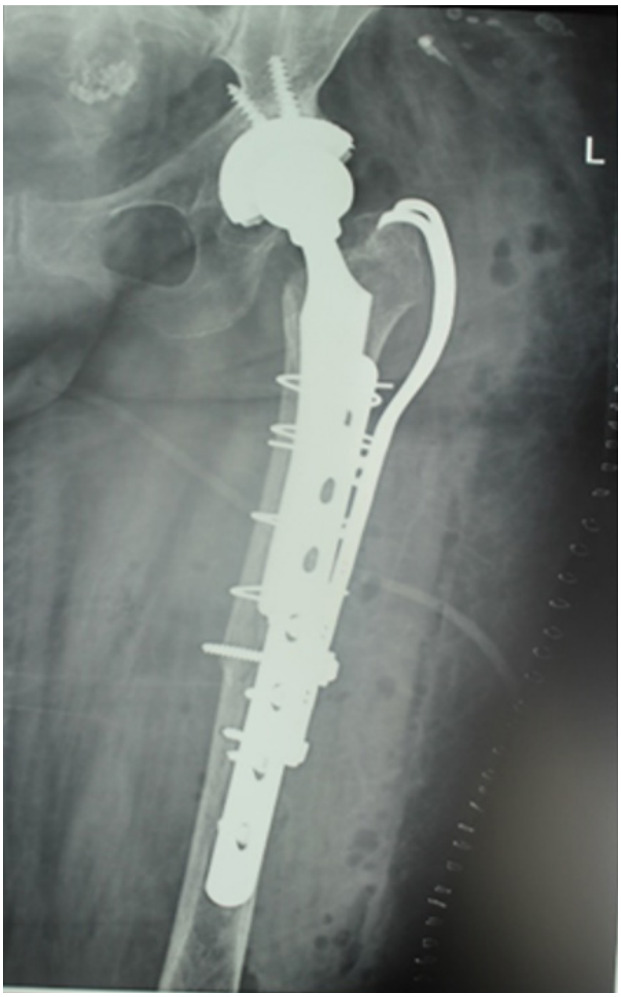


Figure 2: Control radiograph of a patient showing reduction + osteosynthesis with a hook plate associated with a diaphyseal plate + cerclage for an iatrogenic diaphyseal fracture of the femur.

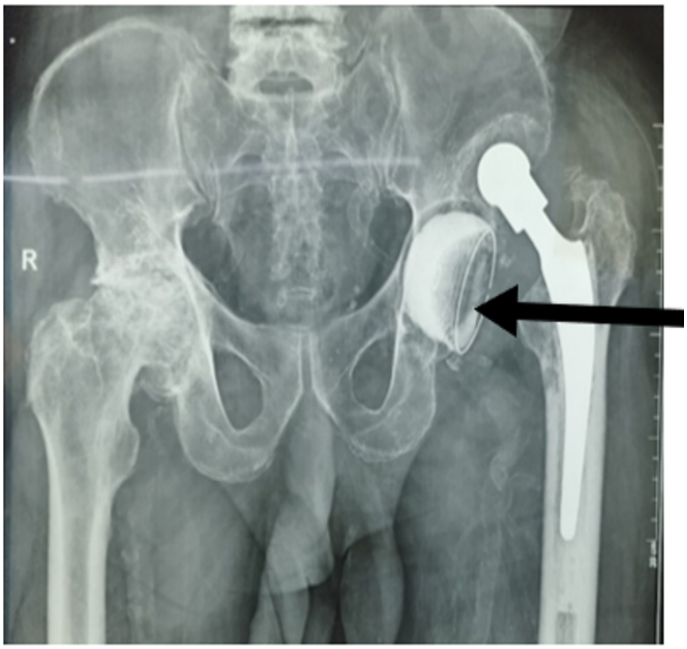


Figure 3: Radiograph of a patient showing loss of permanent relationship between the prosthetic head and the acetabulum, indicating prosthetic dislocation.

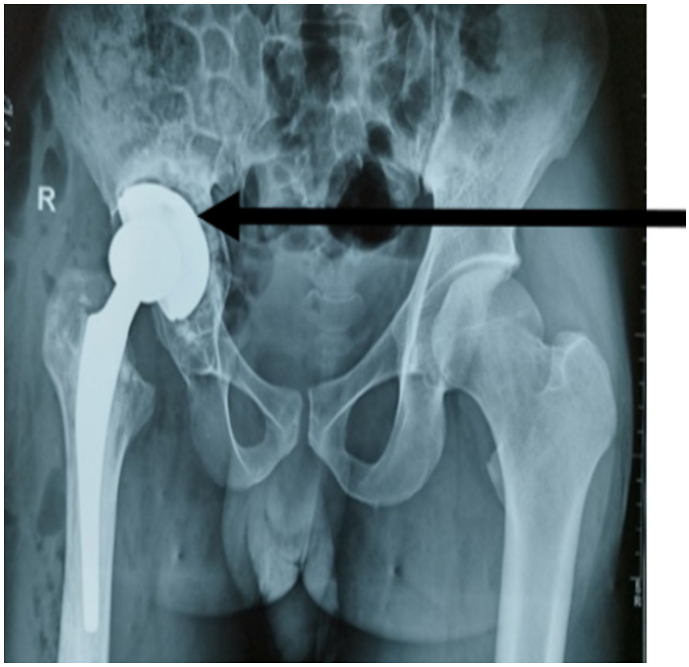


Figure 4: Radiograph of a patient showing a lucent line between the prosthetic acetabulum and the native acetabulum, indicating loosening of the cup.

Discussion

The rate of fractures during total hip arthroplasty varies between 0.1 and 1% in the literature [9]. These fractures are essentially represented by fractures of

the trochanteric mass or femoral diaphysis [10]. In our study, we noted 1 case (0.7%) of femoral diaphyseal fracture, which is consistent with the literature [9]. This is related to increased stress on the femur during reduction of the prosthesis on osteoporotic bone.

The management of this fracture consisted of reduction plus osteosynthesis with a hook plate in the same operative session. The outcome was favourable with fracture consolidation after 3 months. In the literature, some authors explant the stem and use a revision prosthesis with a long locked stem [4]. We used plates because we do not have prostheses with long locked stems.

Bone cement implantation syndrome (BCIS) is a potentially fatal complication of orthopaedic surgery, occurring when cement is injected under pressure into bone, causing pulmonary embolism. BCIS is characterized by hypoxia and/or hypotension (with possible loss of consciousness) contemporaneous with bone cementing. The frequency of the severe form in the literature leading to cardiovascular collapse is 0.5 to 1.7%, and mortality is high [11]. In this study, we noted one (1) case (0.7%) with the patient's death despite transfer to an intensive care unit on the fourth postoperative day, which is consistent with the literature [11]. The patient's death could be explained by the absence of an intensive care unit at Paul VI Hospital, requiring several hours (5 hours) before finding a destination centre with an intensive care unit. Our patient's SC haemoglobinopathy may have contributed to his death. To prevent bone cement implantation syndrome, the surgeon must warn the anaesthetist before cement placement, wash and dry the femoral shaft, apply cement in a retrograde manner using a suction cannula and an intramedullary plug in the femoral shaft, and avoid applying excessive pressure. The anaesthetist must optimize haemodynamics in pre- and perioperative periods, aim for a systolic blood pressure within + 20% of the value before induction, prepare vasopressors to treat any potential cardiovascular collapse, and remain vigilant for cardiorespiratory failure [11].

Neurological complications depend on the approach used. In the literature, we have encountered cases of femoral nerve damage manifesting as anaesthesia or paresis of the anterior aspect of the thigh and a deficit of leg extension via the anterolateral approach [12]. The frequency of femoral nerve damage in the literature varies between 1.5% and 6% [12]. We recorded in our study 7 cases (4.76%) of nerve damage. These lesions were probably due to nerve stretching during the intervention, which explains their complete recovery after physiotherapy sessions.

In the literature, surgical site infection rates after total hip arthroplasty are observed between 0.4 and 1.5% [3]. The occurrence of infection after THA is a very serious but also very difficult complication to manage. In the present study, we noted 1 case (0.7%) of early surgical site infection. The occurrence of this infection was probably due to our patient's immunocompromised status due to HIV. Clinically, we noted pain in the operated hip, serohaemorrhagic discharge, and local-regional inflammatory signs. On radiography, the prosthesis was in place. C-reactive protein was positive at 63 mg/L. Cytobacteriological study plus antibiogram were performed and allowed isolation of Staphylococcus aureus, which was sensitive to amoxicillin-clavulanic acid and ciprofloxacin. Treatment was medico-surgical with revision for debridement + sampling + lavage + drainage without prosthesis explantation. It was completed by antibiotic therapy for six weeks. The outcome was favourable with termination of suppuration, wound healing, and normalization of C-reactive protein after 6 weeks without recurrence. In the literature, other authors recommend prosthesis explantation [13].

Dislocation is a complication that may occur after total hip arthroplasty, one of the complications that could call into question the results of total hip arthroplasty. Its frequency according to published series varies between 0.11 and 9% [3, 9, 14]. In this study, we noted 3 cases (2.1%) of dislocations. Several predictive factors for early dislocation are: patient non-compliance adopting dislocating positions, muscle weakness increasing with age, and technical

error. Therapeutically, reduction was performed under general anaesthesia completed by traction for three weeks then rehabilitation in two of our patients. We noted one case of instability after reduction, and we indicated a bloody reduction with change to a longer head. A good outcome was noted in all our patients.

Early loosening of the acetabular component constitutes the most concerning problem of total hip arthroplasties. It leads to a difficult revision due to degradation of the supporting bone tissues. In the present study, we noted one case (0.7%) of early cup loosening. Studies in the literature have shown that acetabular loosening is responsible for 5.4% of total hip arthroplasty revisions [4]. This early loosening would be explained by a technical error. This low rate compared to the literature would be explained by the fact that our study was based on early complications, whereas loosening generally belongs to late complications. The indication for revision was given and consisted of cup change with reimplantation at its former cavity without reconstruction ring or bone graft. We noted a good outcome for the patient.

Conclusion

Early complications of total hip arthroplasty are very serious. They can call into question the effectiveness of total hip arthroplasty. Their management is often difficult and complicated. It requires a competent surgeon and good patient cooperation to obtain satisfactory results. The early complications of total hip arthroplasty observed in our practice were infrequent and comparable to those described in the literature. These complications can be further minimized by good surgical planning.

***Correspondence :**

Emmanuel TAPSOBA

sobaemmabf@gmail.com

Available online : April 29, 2026

1 : Surgical Department, Regional Hospital Center (CHR) of Ziniare, Burkina Faso
2 : Surgical Department, Paul VI Hospital, Burkina Faso
3 : Orthopaedics-Traumatology and Reconstructive Surgery, Regional University Hospital Center of Ouahigouya, Burkina Faso
4 : Universite Ledea Bernard OUEDRAOGO
5 : Orthopaedic and Traumatology Surgery of the Locomotor Apparatus, Sourô Sanou University Hospital, Bobo Dioulasso, Burkina Faso
6 : Universite NAZI BONI

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflict of interest : None

References

[1] Girard J., May O., Krantz N., Migaud H. In: Traitement chirurgical de la coxarthrose. (EMC (Elsevier Masson SAS, Paris, Appareil locomoteur). 2011; 14-315-A10).

[2] Yao L, Hui X, Li M, Li J, Ahmed MM, Lin C, et al. Complications, Symptoms, Presurgical Predictors in Patients With Chronic Hypoparathyroidism: A Systematic Review. J Bone Miner Res. 1 Dec 2020; 37(12): 2642-53.

[3] Boisgard S, Bouillet B, Descamps S, Levai J. Les complications medicales et chirurgicales des protheses totales de hanche. e-memoires de l'Academie Nationale de Chirurgie. 2012; 11(1) 060-063.

[4] Azarkane M, Boussakri H, Shimi M, Elibrahimi A, Elmrini A. Les complications tardives de prothese totale de la hanche: a propos de 42 cas. Pan Afr Med J. 2013; 2.

[5] Bonfait H, Delaunay C, De Thomasson E, Tracol P, Werther JR. Bone cement implantation syndrome in hip arthroplasty: Frequency, severity

and prevention. Orthop Traumatol Surg Res. Apr 202; 108(2): 103139.

[6] Delanois RE, Sultan AA, Albayar AA, Khlopas A, Gwam CU, Sodhi N, et al. The Röttinger approach for total hip arthroplasty: technique, comparison to the direct lateral approach and review of literature. Ann Transl Med. Dec 2017; 5(3): 31.

[7] Mouilhade F, Boisrenoult P, Beaufils P, Oger P. Prothese totale de hanche par voie antero-externe reduite de Röttinger : qualite de pose des implants et complications precoces. A propos d'une serie continue de 130 cas. Rev Chir Orthopedique Traumatol. Jun 2009; 95(4): 67-73.

[8] Dugas M. Merle d'Aubigne and Postel Method - Portail des modeles medicaux de donnees (portail MDM) [Internet]. [cited 14 Apr 2026]. Available from: https://medical-data-models.org/28859

[9] Dossche L, Noyez JF, Ouedraogo W, Kalmogho E. Establishment of a hip replacement project in a district hospital in Burkina Faso: Analysis of technical problems and peri-operative complications. Bone Jt J. 1 Feb 2014; 96-B(2): 177-80.

[10] Siddiqi A, Springer BD, Chen AF, Piuzzi NS. Diagnosis and Management of Intraoperative Fractures in Primary Total Hip Arthroplasty. JAAOS - J Am Acad Orthop Surg. 15 May 2021; 29(10): 497.

[11] Delaunay C, Bonfait H. Syndrome de scellement osseux en arthroplastie de genou : un evenement indesirable grave meconnu. Rev Chir Orthopedique Traumatol. 1 May 2025; 111(3): 254-60.

[12] Hwang SK. Experience of Complications of Hip Arthroplasty. Hip Pelvis. 31 Dec 2014; 26(4): 207-13.

[13] L. Fonkoue, O. K. Muluem, N. Tiotsop, F. O. Ngongang, F. Mebouanz, D. Handy, et al. Techniques et resultats de la prise en charge des infections de protheses de hanche a l'Hopital General de Yaounde. Rev Afr Chir Spec. 1 Jan 2024; 18(1): 52.

[14] Ayouba G, Kombate NK, Bakriga B, Dellanh YY, Towoezim TH, Walla A, Abalo A. Caracteristiques Cliniques, Therapeutiques et Evolutives des Patients Opérés par Prothese Totale de Hanche a Double Mobilite au Togo : Etude Multicentrique a propos de 147 Cas. Health Sci. Dis. Nov 2021; 22(11): 5-10.

To cite this article

E Tapsoba, DSR Kabore, AB Sawadogo, A Ouangre, IR Kieno, M Soulam. Early Complications of Total Hip Arthroplasty (THA) Using Primary Total Hip Prostheses (THP) Performed via the Röttinger Anterolateral Approach. Jaccr Surgery 2026; 2(2): 20-26

https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.004L012904

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

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Original article

Perceptions de la téléconsultation auprès des chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie au Mali

Perceptions of teleconsultation among dental surgeons and dental assistants in Mali

AST Kane*[1,2], AK Togo[1], B Kampo[3], A Traore[4], A Kone[2], D Konate[1], D Diarra[1], K Kamissoko[1], B Diallo[4]

Résumé

Introduction : La téléconsultation est une consultation à distance entre un praticien et un patient. Le patient peut également être assisté d'un professionnel de santé afin de délivrer au médecin des informations exactes et précises, afin qu'il effectue son diagnostic. L'objectif de cette étude était d'évaluer les perceptions de la téléconsultation auprès des chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie au Mali.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée de septembre à novembre 2025. L'étude a concerné les chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie inscrits aux Tableaux des différents Ordre et à jour des cotisations de l'année 2025. Les données ont été collectées à travers un questionnaire élaboré sur Kobocollect et envoyée aux participants via WhatsApp et ou email.

Résultats : Dans cette étude, 50,57% des chirurgiens-dentistes et 31,91% des assistants en odontologie répondaient aux critères d'inclusion. Le secteur privé culminait avec 73,08% et 75% des praticiens avaient déjà une connaissance de la téléconsultation, 87,50% communiquaient avec les applications mobiles de téléphones contre 8,65% d'utilisation de plate-forme. Les spécialités odontologiques les plus demandées étaient OCE (odontologie conservatrice et endodontie) avec 31,73%, la parodontologie avec 12,50%. Pour 42,31% des praticiens, la téléconsultation a permis d'économiser surtout réduire le cout de la prise en charge et 24,04% admettait que la téléconsultation maintien le lien de confraternité entre praticiens.

Conclusion : Les idées et connaissances recueillies ont montrées que les Chirurgiens-dentistes et les assistants avaient une perception positive sur la téléconsultation.

Mots-clés : Évaluation, Perception, téléconsultation, chirurgiens-dentistes, assistants odontologie, Télédentisterie, Mali.

Abstract

Introduction: Teleconsultation is a remote consultation between a doctor and a patient that allows the patient to obtain a medical diagnosis remotely from a healthcare professional. The patient can also be assisted by a healthcare professional to provide the doctor with accurate and precise information for diagnosis. The objective of this study was to evaluate the perception of teleconsultation for dentists and dental assistants in Mali.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study conducted from September to November 2025. The study included dentists and dental assistants registered with the various professional associations and up-to-date with their 2025 membership fees. Data were collected through a questionnaire developed using Kobocollect and sent to participants via WhatsApp or emails.

Results: In this study, 50.57% of dentists and 31.91% of dental assistants met the inclusion criteria. The private sector had the highest participation rate at 73.08%, with 75% of practitioners already familiar with teleconsultations. 87.50% communicated using mobile phone applications, compared to 8.65% using online platforms. The most requested dental specialties were (OCE) at 31.73% and periodontology at 12.50%. For 42.31% of practitioners, teleconsultations would primarily reduce the cost of care, and 24.04% acknowledged that teleconsultations maintain professional relationships among practitioners.

Conclusion: Based on this, the ideas and knowledge gathered showed that dentists and their assistants had a positive perception of teleconsultations.

Keywords: Evaluation, teleconsultation, dentists, dental assistants, teledentistry, Bamako, Mali.

Introduction

Le terme « télémédecine » fait référence aux services de santé fournis sous forme d'interactions synchrones (appels vocaux ou vidéo) ou asynchrones (enregistrement et transfert), en utilisant des technologies de communication électronique au lieu d'une rencontre en personne entre le patient et le médecin (1). La télémédecine a été appliquée dans divers domaines médicaux, y compris la dentisterie, connue sous le nom de télédentisterie. Elle est la prestation de traitements dentaires en temps réel ou hors ligne, tels que le diagnostic, la planification du traitement, la consultation et le suivi par transmission électronique à partir de lieux éloignés (2). Elle a été définie par Cook en 1997 comme « la pratique consistant à utiliser des technologies de vidéoconférence pour diagnostiquer et fournir des conseils sur les traitements dentaires à distance » (3). La télédentisterie peut être d'une aide immense dans l'éducation par les pairs, où les expériences cliniques peuvent être partagées entre dentistes, des discussions et des séances de planification du traitement peuvent être organisées, ainsi que des sessions de formation continue par le biais de webinaires et d'autres canaux en ligne (4).

La téléconsultation, C'est une consultation à distance entre un praticien et un patient. Qui permet à un patient d'obtenir, par un professionnel de santé, un diagnostic médical à distance. Le patient peut également être assisté d'un professionnel de santé afin de délivrer au médecin des informations exactes et précises, afin qu'il effectue son diagnostic.

En Malaisie, la majorité des praticiens (70 %) pense que la télédentisterie est avantageuse pour les patients (en particulier ceux qui résident dans des endroits éloignés) (4). En 2022, les dentistes indonésiens ont exprimé leur perception positive sur l'utilisation de la télédentisterie dans la pratique ainsi que ses avantages pour les patients (2).

En France, Giraudeau et al dans leur étude en 2022 (5), ont montré que seulement 1,2 % des répondants ont déclaré avoir pratiqué la télédentisterie pendant leurs études. Cependant, parmi les dentistes ayant déclaré avoir pratiqué la télédentisterie, seulement 8,3 % ont révélé qu'ils avaient suffisamment d'information sur la réglementation de la télémédecine pour la pratiquer.

Au Mali, selon une étude de Konaté D. (6), la plupart (plus de 60%) des chirurgiens-dentistes généralistes

étaient d'accord sur le fait que la télé-expertise serait bénéfique dans presque toutes les spécialités odontologiques.

Le Mali est confronté à un problème réel d'accès à des spécialistes en odontologie. vu l'insécurité grandissante dans certaines régions et l'inégalité de répartition des praticiens en dentisterie, nous mène à avoir comme objectif d'évaluer les perceptions de la téléconsultation auprès des chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie au Mali.

Méthodologie

- *Cadre et type d'étude*

L'étude a été réalisée dans certaines structures de santé bucco-dentaires publiques et privées auprès des chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie. Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée de septembre à novembre 2025.

- *Population d'étude et critères d'inclusion*

L'étude a concerné les chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie inscrits aux Tableaux des différents Ordre et à jour des cotisations de l'année 2025, évoluant au Mali et ayant accepté de répondre au questionnaire. Comme critères d'inclusion, être chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie inscrits à l'Ordre. L'Approche de recherche était quantitative avec une démarche hypothético déductive.

- *Échantillonnage*

La méthode non probabiliste avec la technique par commodité a été utilisée pour sélectionner l'échantillon. L'échantillonnage visait une inclusion exhaustive de tous les chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie exerçant au Mali inscrit aux Tableaux des différents Ordre et à jour de cotisation en 2025.

- *Variables d'étude*

Les variables concernant les caractéristiques socio-professionnelles(âge,sexe,nombred'annéed'exercice, Secteur activité), les connaissances (Connaissances de la téléconsultation, (télédentisterie : définition)) ; et les variables perceptions et intérêt (Perceptions sur la téléconsultation, Recours à la téléconsultation, Impact de la téléconsultation dans la prise en charge des patients dentaires) ont été abordées.

- *Matériels et méthode de collecte des données*

Les données ont été collectées à travers un questionnaire élaboré sur Kobocollect et envoyée aux participants via WhatsApp ou par adresse email. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Version 26 et la rédaction sur Microsoft Word 2016 pour les textes.

Considérations éthiques

Le consentement éclairé verbal des participants a été demandé avant l'envoi du questionnaire.

Les limites ont été, le caractère mono-professionnel, l'absence d'évaluation de l'infrastructure numérique (débit internet, télé-expertise) et non prise en compte des aspects réglementaires.

Résultats

Dans cette étude, 50,57% des chirurgiens-dentistes et 31,91% des assistants en odontologie inscrit aux Tableaux des différents Ordre et à jour de cotisation en 2025 répondaient aux critères d'inclusion.

- *Caractéristiques socio-professionnelles*

Dans cette étude, les hommes les plus représentés chez les chirurgiens-dentistes ainsi que les assistants avec respectivement 75,28% et 60%. Les tranches d'âges les plus dominantes étaient les moins de 30 ans et les 31 – 40 ans avec respectivement 56,73% et 21,15%. Les praticiens ayant un nombre d'année d'exercice de moins de 10 ans étaient les plus représentés avec 57,69% des cas. Le secteur privé culminait avec 73,08%.

- *Selon le niveau de connaissance et la perception*

Dans cette étude, 75% des praticiens avaient une connaissance de la téléconsultation, 87,50% communiquaient avec les applications mobiles de téléphones contre 8,65% d'utilisation de plate-forme. Les spécialités odontologiques les plus demandées étaient OCE avec 31,73%, la parodontologie avec 12,50%, l'orthodontie avec 18,27% et la chirurgie

buccale avec 11,54%. Pour 42,31% des praticiens, la téléconsultation a permis d'économiser surtout réduire le cout de la prise en charge et 24,04% admettait que la téléconsultation maintien le lien de confraternité entre praticiens.

Tableau I : Répartition des participants en fonction des caractéristiques socio-professionnelles

Variables		Effectif	Fréquence %
Participation			
Chirurgiens-dentistes		89/176	50,57
Assistants en odontologie		15/ 47	31,91
Total		104/ 223	46,64
Sexe			
Chirurgiens-dentistes	Homme	67/89	75,28
	Femme	22/89	24,72
Assistant en odontologie	Homme	9/15	60,00
	Femme	6/15	40,00
Tranches d'âge (année) des 2 catégories combinées			
Moins de 30		59	56,73
31 – 40		22	21,15
41 – 50		17	16,35
51 et plus		6	05,77
Total		104	100
Nombre année d'exercice			
Moins de 10		60	57,69
11- 20		28	26,92
21 et plus		16	15,39
Secteur d'activité			
Publique		28	26,92
Privé		76	73,08

Tableau II : Répartition des participants le niveau de connaissance et la perception

Variables		Effectif	Fréquence %
Connaissance	Oui	78	75,00
	Non	26	25, 00
Méthode de communication	Téléphone	91	87,50
	Plate-forme	9	8,65
	Email	4	3,85
Spécialités concernées	Parodontologie	13	12,50
	Orthodontie	19	18,27
	Implantologie	8	7,69
	Endodontie / OCE	33	31,73
	Prothèses dentaires	6	5,77
	Imagerie dento-maxillo-faciale	5	4,81
	Chirurgie buccale	12	11,54
	Pedodontie	8	7,69
Intérêts de la téléconsultation	Économique (réduction coûts de prise en charge)	44	42,31
	Médical (soutien au diagnostic, réduction des évacuations sanitaires)	26	25,00
	Santé publique (équité d'accès aux soins)	9	8,65
	Maintien liens de confraternité entre praticiens	25	24,04

Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer les bénéfices de la téléconsultation auprès des chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie au Mali. Elle a concerné 89 chirurgiens-dentistes et 15 assistants en odontologie inscrit aux Tableaux des différents Ordre et à jour de cotisation en 2025.

Pour le taux de participation, nous avons pu joindre 50,57% des chirurgiens-dentistes et 31,91% des assistants en odontologie. Cette adhésion à l'étude s'explique principalement par le mode de diffusion choisi en ligne avec appel téléphonique pour ample information à travers un formulaire rédigé par Kobotoolbox, réduisant ainsi les contraintes liées aux déplacements et à la disponibilité des praticiens.

- *Caractéristiques socio-professionnelles*

Dans cette étude, les hommes étaient les plus représentés chez les chirurgiens-dentistes ainsi que les assistants avec respectivement 75,28% et 60%. Ces résultants sont similaires a ceux de certains auteurs comme konaté D (6) chez qui le sexe masculin représentait 65% avec un sex-ratio de 1,83 ; comparable à celui de Coulibaly (7) sur la Paro activité auprès des Chirurgiens-dentistes exerçants au Mali dont le sexe masculin était le plus représenté avec 65 % des cas avec un sex-ratio de 1,85. Ce résultat s'explique par le fait que les hommes font beaucoup plus les longues études que les femmes qui abandonnent majoritairement les études pour le foyer. Les tranches d'âges les plus dominantes étaient les moins de 30 ans et les 31 – 40 ans avec 56,73%

et 21,15%. Ces résultants sont similaires à ceux de Konaté D (6) chez qui la tranche d'âge la plus représentée était de 25 à 35 ans soit 68,29%, à celui de Al Mohaya M et al en Arabie Saoudite (8) dans lequel 48% des dentistes appartenaient à la tranche d'âge de 25 à 35 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la nouvelle génération de jeune qui s'intéresse plus aux études odontologiques. L'ouverture de la formation de docteur en chirurgie dentaire donne l'opportunité de formation à des promotions de jeune âge.

Les praticiens ayant un nombre d'année d'exercice de moins de 10 ans étaient les plus représentés avec 57,69% des cas. Ce résultat est similaire à celui de Elontodé G (9) où la majorité des praticiens avait une expérience de 1 à 9 ans avec 69,7% ; et supérieur à celui de Özveren N et al (2) dans leur étude sur l'évaluation des connaissances et de la sensibilisation à la télémédecine chez les dentistes et les patients vivant en Turquie, 39,6% des dentistes travaillaient dans la profession depuis 1 à 5 ans. Cette situation décrit une grande part des jeunes praticiens dans le secteur, ce qui constitue une réalité vu les tranches d'âge et l'évolution des cabinets dentaires.

La majorité des participants évoluaient en privé soit 73,08%. D'autres études faites sur le même sujet évoquent différemment, Ce résultat est identique à celui de Diarra S (10) chez lequel les Chirurgiens-dentistes pratiquant en privé étaient fortement représentés avec 70%, mais inférieur à celui de Cheuk K et al (11) dans leur étude auprès des dentistes d'Ontario qui rapporte que la majorité a indiqué que leur principal lieu de travail était un cabinet privé (93,9%). Ce résultat s'explique par le fait que le nombre de Chirurgiens-dentistes recrutés au niveau des fonctions publiques (État, collectivités, armées) est insuffisant et donc les jeunes sont obligés d'exercer leur profession de chirurgien-dentiste en privé.

- *Selon le niveau de connaissance et la perception*

Dans cette étude, 75% des praticiens avaient déjà une connaissance de la téléconsultation. Ce résultat est comparable à celui de certains auteurs à savoir, Konaté D (6) dont la majorité des Chirurgiens-dentistes interrogés avaient entendu parler de la télédentisterie, soit 84 %, mais seuls 25,61 % d'entre eux l'avaient appris durant leur cursus universitaire, et 41,46 % lors des EPU ou au congrès. A celui de Balsaraf SV et Chole RH (12) en Inde, qui ont rapporté que 85 % des dentistes connaissaient le concept de télédentisterie, l'internet étant la source d'information la plus courante. En revanche, les données issues d'une étude française menée par Giraudeau N et al. (5) révèlent une tendance opposée : 57,1 % des Chirurgiens-dentistes en exercice privé déclaraient n'avoir jamais entendu parler de la télédentisterie. Les sources d'information les plus mentionnées par ces praticiens étaient les articles dans des revues spécialisées (58 %) et les sites Web (41,6 %), suggérant une approche plus académique mais sans intégration systématique du concept dans leur formation initiale. Ces différences pourraient s'expliquer par des contextes d'intégration technologique distincts entre les pays, ainsi qu'un niveau variable d'exposition à la formation continue et aux ressources numériques. Elles soulignent également l'importance de renforcer l'enseignement de la télédentisterie dans les cursus universitaires et la formation post-graduée afin d'harmoniser les connaissances et de favoriser l'adoption de ces technologies à l'échelle mondiale.

Plus de 87,50% de nos participants communiquaient avec les applications mobiles de téléphones contre 8,65% d'utilisation de plate-forme. Dans cette étude, plus de la moitié utilisaient les appels téléphoniques comme outil de communication soit 68,29%, suivi des applications de réseaux sociaux avec 59,76%, par contre dans l'étude de Soegyanto AI et al (2), la plupart des dentistes ont préféré les médias sociaux comme outil de communication (96,01%), les médias sociaux privilégiés étant l'application WhatsApp (98,8 %), Instagram (52,5%) et Facebook (28,2%) ; cela s'explique par le fait que depuis l'avènement des outils télétechnologique, les méthodes de communication souhaitées ont considérablement évolué ; le fax et le courrier sont deux exemples de formes de communication dépassées ou peu appréciées de nos jours.

Les spécialités odontologiques les plus demandées

étaient OCE avec 31,73%, la parodontologie avec 12,50%, l'orthodontie avec 18,27% et la chirurgie buccale avec 11,54%. La plupart (plus de 60%) de nos participants étaient d'accord sur le fait que la téléconsultation serait bénéfique dans presque toutes les spécialités odontologiques. Ce résultat est différent de ceux des précédentes études sur le sujet à travers le monde (2,4,13). En Arabie-Saoudite, la dentisterie communautaire est arrivée en tête, avec plus de 80 % des réponses, suivi de la médecine buccale (75 %), l'hygiène dentaire (69 %) et l'orthodontie, avec un peu plus de la moitié de la réponse (56%), les autres spécialités dentaires ont obtenu moins de 50 %. En Malaisie, la dentisterie communautaire et l'hygiène dentaire ont été prédominantes, avec plus de 70% des réponses, ensuite la médecine buccale (58%), la pédodontie (48%) et la radiologie buccale (40%), les spécialités dentaires restantes ont obtenu moins de 40% des réponses des participants. En Indonésie, la dentisterie communautaire et médecine buccale (82,5%) sont les 2 spécialités choisies pour lesquelles la télédentisterie était la plus applicable, la spécialité la moins intéressée serait la chirurgie buccale (33,9%). Cela reflète une vision plus étroite des participants à leur étude. Par contre la télédentisterie à travers la téléconsultation odontologique présente un intérêt particulier pour toutes les spécialités odontologiques, de la pose du diagnostic à la mise en place d'un protocole de prise en charge jusqu'au suivi des patients dentaires.

Pour 42,31% des praticiens, la téléconsultation permettrait d'économiser surtout réduire le cout de la prise en charge et 24,04% admettait que la téléconsultation maintien le lien de confraternité entre praticiens. Par contre, konate D (6) annonçait que dans leur étude la majorité des Chirurgiens-dentistes généralistes sont d'avis que la télé-expertise a un intérêt économique (60,97%), médical (92,68%), santé publique (89,02%) et elle permet une orientation efficace des patients (93,90%) ; ils affirment également que la télé-expertise renforce les liens de confraternité entre Chirurgiens-dentistes généralistes et spécialistes avec 98,78%. En Arabie Saoudite, dans une étude menée par Al-Khalifa KS et Al-Sheikh R (13), la plupart des dentistes prévoyaient que la télédentisterie améliorerait la pratique dentaire ; avec plus de 70 % des dentistes affirmant que la télédentisterie aiderait à réduire la liste d'attente dans les cabinets, à améliorer l'interaction entre les dentistes, à créer une atmosphère plus étendu pour la pratique de la dentisterie et à rendre les références des patients encore plus efficaces. Cela démontre tout l'intérêt de la télédentisterie en général et de la téléconsultation en particulier, dans l'amélioration de la qualité de soin prodigué ainsi que le développement du domaine de la dentisterie.

Selon Duarte et al en 2026 (14), La dentisterie numérique a transformé les flux de travail cliniques dans de nombreuses spécialités dentaires, offrant une précision, une efficacité et une prise en charge centrées sur le patient accrues. Les progrès réalisés dans le domaine de la numérisation intra-orale, des systèmes de CAO/FAO, de l'imagerie CBCT, de l'impression 3D, de l'intelligence artificielle et de la planification virtuelle ont redéfini le diagnostic, la planification des traitements et les procédures restauratrices. Les technologies numériques améliorent la précision clinique, réduisent le temps passé au fauteuil et au laboratoire, améliorent la communication avec le patient et permettent des résultats prévisibles et reproductibles. Elles favorisent également une meilleure documentation, une gestion des données optimisée et des flux de travail plus respectueux de l'environnement. Les limitations comprennent des coûts initiaux élevés, une courbe d'apprentissage technique, des défis d'interopérabilité et un manque de données probantes à long terme pour certaines innovations. Les tendances futures suggèrent des cliniques entièrement numériques, une prise de décision assistée par l'IA, des jumeaux numériques personnalisés, la télédentisterie intégrée et des plateformes collaboratives basées sur le cloud. Ainsi ils ont conclu que la dentisterie numérique s'intègre de plus en plus à la pratique clinique courante, offrant des améliorations substantielles en termes de précision, d'efficacité et de soins aux patients. Malgré

les défis persistants, les progrès technologiques continus, la formation et la recherche continueront d'étendre son adoption et son impact à toutes les spécialités dentaires.

Cette étude admet comme limite la non inclusion des spécialistes qui peuvent souvent être dans l'omni pratique. L'étude ne permet également pas d'évaluer le besoin réel de la mise place d'un système de télémédecine dentaire au Mali, qui combine à la fois la perception des patients mais aussi de l'ensemble des professionnels œuvrant dans le domaine de la dentisterie.

Conclusion

Elle a montré une connaissance acceptable de la téléconsultation. De surcroit, les idées et connaissances recueillis ont montrés que les Chirurgiens-dentistes et les assistants avaient une perception positive sur la téléconsultation. Plus de la majorité des participants étaient d'avis que la téléconsultation a un intérêt économique, médical, santé publique et elle permet une orientation efficace des patients ; ils affirment également que la téléconsultation renforce les liens de confraternité entre praticiens mais aussi entre maitres et apprenants.

D'après les limites de cette étude, des études plus approfondies sont nécessaires pour la mise en œuvre des plates-formes de télémédecine en général et de téléconsultation en particulier dans le domaine de la dentisterie au Mali.

***Correspondance :**

Aboubacar S.T. KANE

aboukane3@yahoo.fr

Disponible en ligne : 22 Mai 2026

1 : Service odontologie, Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako (CMCA-B),

2 : Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA),

3 : Unité Odonto-Stomatologie, Hôpital du District du 5e Arrondissement du District de Bamako.

4 : Service de Santé Publique, Centre National Odontostomatologie CHU-CNOS

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Özveren N, Sevinç B, Sarıalioğlu Güngör A, Baltacı E, Serindere G, Özgür Ö. Evaluation of knowledge and awareness about teledentistry among dentists and patients living in Turkey. Dent Med Probl. 2023;60(4):593-9.

[2] Soegyanto AI, Wimardhani YS, Maharani DA, Tennant M. Indonesian dentists' perception of the use of teledentistry. Int Dent J. 2022;72(5):674-81.

[3] Subhan R, Ismail WA, Musharraf S, Khan M, Hafeez R, Alam MK. Teledentistry as a supportive tool for dentists in Pakistan. Biomed Res Int. 2021;2021:8757859.

[4] Khokhar RA, Ismail WA, Sunny A, Shaikh GM, Ghous S, Ansari M, et al. Awareness regarding teledentistry among dental professionals in Malaysia. Biomed Res Int. 2022;2022:3750556.

[5] Giraudeau N, Bauer M, Tramini P, Inquimbert C, Toupenay S. A national teledentistry study on the knowledge, attitudes, training and practices of private dentists. Digit Health. 2022;8:20552076221085069.

[6] Konate D. Intérêt de la télé-expertise odontologique auprès des chirurgiens-dentistes généralistes du Mali [thèse de doctorat en chirurgie dentaire]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2025. No.104. p.24-79.

[7] Coulibaly H. Parodontie en omnipratique :

enquête sur la paroactivité auprès des chirurgiens-dentistes exerçant au Mali [thèse sur Internet]. Bamako: USTTB; 2022 [cité 2025 juin 30]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5695

[8] Mohaya MAA, Almaziad MM, Al-Hamad KA, Mustafa M. Telemedicine among oral medicine practitioners during COVID-19 pandemic and its future impact on the specialty. Risk Manag Healthc Policy. 2021;14:4369-78.

[9] Agbetohozou EG. Connaissances, attitudes et pratiques des praticiens en odontologie face à la mobilité dentaire au Mali [thèse]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023.

[10] Diarra S. Connaissances, attitudes et pratiques des chirurgiens-dentistes du district de Bamako face à la réalisation de prothèse fixée [thèse sur Internet]. Bamako: USTTB; 2024 [cité 2025 juin 30]. Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/14243

[11] Cheuk R, Adeniyi A, Farmer J, Singhal S, Jessani A. Teledentistry use during the COVID-19 pandemic: perceptions and practices of Ontario dentists. BMC Oral Health. 2023;23(1):72.

[12] Balsaraf SV, Chole RH. Knowledge, awareness, and attitude among practicing dentists about teledentistry in Indore, Central India. J Indian Assoc Public Health Dent. 2015;13(4):434.

[13] Al-Khalifa KS, AlSheikh R. Teledentistry awareness among dental professionals in Saudi Arabia. PLoS One. 2020;15(10):e0240825.

[14] Picado Duarte IV, Rambhatla N, Daniel AO, Karthik A, Chileveru K, Pinnamaneni M, et al. Digital dentistry in routine clinical practice: applications and advancements. EAS J Dent Oral Med. 2026;8(1):9-18.

Pour citer cet article

AST Kane, AK Togo, B Kampo, A Traore, A Kone, D Konate et al. Perceptions de la téléconsultation auprès des chirurgiens-dentistes et assistants en odontologie au Mali. Jaccr Surgery 2026; 2(2): 27-35
https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.001L012205

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

Tumeur odontogène adénomatoïde du maxillaire gauche : une entité rare à diagnostic histologique caractéristique

Adenomatoid odontogenic tumor of the left maxilla: a rare entity with a characteristic histological diagnosis

ND Bado*[1], I Savadogo[1,2], F Ido[3,4], A Coulybaly[2,5], WC Nikiema[3,6], T Hien[7,8], OM Lompo[3,6]

Résumé

Introduction : La tumeur odontogène adénomatoïde (TOA) est une tumeur bénigne épithéliale rare, survenant préférentiellement chez l'adolescente et la jeune femme, avec une prédilection pour le maxillaire antérieur et une association fréquente à une dent incluse (canine).

Cas clinique : Nous rapportons un cas de TOA maxillaire gauche chez une patiente de 10 ans, révélé par une tuméfaction maxillaire gauche évoluant depuis 06 mois ayant motivé une consultation dans le service de stomatologie /Chirurgie-maxillo-facial au CHUR de Ouahigouya ou elle a bénéficié d'une exérèse complète de la tuméfaction.

A la macroscopie on retrouvait un nodule de 11g mesurant 3 x 2,5 x 2 cm avec une dent (canine) incluse. A la coupe l'aspect était kystique uniloculaire, à paroi peu épaissie à contenu pâteux beige. L'examen histologique montrait une prolifération épithéliale odontogène organisée en nappes, travées, rosettes et structures tubulaires pseudo-glandulaires, avec dépôts éosinophiles et calcifications dystrophiques.

Conclusion : Le diagnostic de TOA est confirmé à histologie. Le traitement conservateur est curatif avec un excellent pronostic.

Mots-clés : Tumeur odontogène adénomatoïde ; maxillaire ; histopathologie.

Abstract

Introduction: The adenomatoid odontogenic tumor (AOT) is a rare benign epithelial tumor, occurring preferentially in adolescent girls and young women, with a predilection for the anterior maxilla and a frequent association with an impacted tooth (canine).

Clinical case: We report a case of a left maxillary AOT in a 10-year-old patient, revealed by a left maxillary swelling evolving over 6 months, which led to consultation in the stomatology/maxillofacial surgery department at the Ouahigouya Regional University Hospital, where complete surgical excision of the lesion was performed.

On macroscopic examination, a nodule weighing

11 g and measuring 3 × 2.5 × 2 cm was found, containing an impacted tooth (canine). On sectioning, the lesion appeared as a unilocular cystic mass with a slightly thickened wall and a beige, pasty content. Histological examination showed odontogenic epithelial proliferation arranged in sheets, rosettes, and pseudo-glandular tubular structures, with eosinophilic deposits and dystrophic calcifications.
Conclusion: The diagnosis of AOT is confirmed by histology. Conservative treatment is curative with an excellent prognosis.
Keywords: Adenomatoid odontogenic tumor; maxilla; histopathology.

Introduction

La tumeur odontogène adénomatoïde (TOA) constitue une entité clinique distincte parmi les pathologies maxillaires. Définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une tumeur bénigne d'origine épithéliale odontogène, elle se caractérise par une croissance lente et une nature encapsulée, lui conférant généralement un pronostic favorable après énucléation [1]. Bien que relativement rare, la TOA suscite un intérêt particulier en raison de sa présentation polymorphe. On distingue classiquement trois variantes : folliculaire (associée à une dent incluse), extrafolliculaire et périphérique. La forme folliculaire est la plus fréquente.

Cas clinique

Patiente de 10 ans, sans antécédents notables, consultant pour tuméfaction jugale gauche évoluant depuis six (06) mois, indolore, d'augmentation progressive. À l'examen la tuméfaction était ferme, bien limitée, non inflammatoire avec une muqueuse normale, sans adénopathies.
A la radiographie cette pathologie se décrit dans la littérature comme une image radiotransparente uniloculaire bien limitée, siégeant préférentiellement au maxillaire antérieur. Elle entoure souvent une dent incluse (généralement la canine) en s'étendant au-delà du collet, et se distingue par de fines opacités punctiformes intrasacculaires évocatrices de calcifications. La patiente a bénéficié d'une exérèse complète de la lésion avec avulsion de la dent incluse. Sur le plan macroscopique on disposait d'une pièce nodulaire de 11g, mesurant 3 x 2,5 x 2 cm avec une dent (canine) incluse. A la coupe l'aspect était kystique uniloculaire, à paroi peu épaissie à contenu pâteux beige.
L'examen microscopique (figure 1) retrouvait une prolifération épithéliale odontogène bien limitée entourée d'une capsule fibreuse. L'architecture était polymorphe faite de massif, de tourbillons, des rosettes et des structures tubulaires pseudo-glandulaires. Les Cellules étaient cuboïdes à cytoplasme éosinophile et au noyau régulier. Les lumières des structures pseudo-ductales sont bordées par des cellules cylindriques, et contiennent du matériel éosinophile intraluminal. On y observait des dépôts éosinophiles amorphes et des calcifications dystrophiques. Stroma conjonctif était peu abondant fibreux.
Les suites opératoires ont été simples, sans complications post-opératoires immédiates ni à distance. La cicatrisation muqueuse a été complète et de bonne qualité, témoignant d'une évolution clinique favorable.

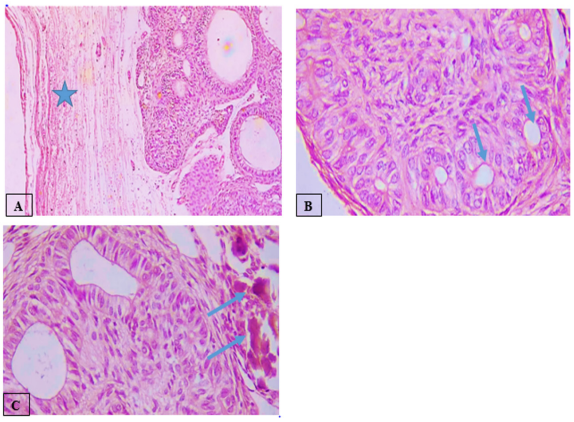


Figure 1 : la tumeur odontogène adénomatoïde.
A : HE, G40: au faible grossissement on observe une prolifération épithéliale bien circonscrite et encapsulé (étoile).
B : HE, G 400 : la prolifération réalise des massifs et des structures tubulaires glanduliformes (flèche) donnant l'aspect de rosette.
C : HE, G100 : présence de structures tubulaires glanduliformes, de dépôts éosinophiles et de calcifications (flèche).

Discussion

La principale limite de cette observation est l'absence d'imagerie préopératoire.

La tumeur odontogène adénomatoïde est une lésion relativement peu fréquente, représentant environ 3 à 7 % de l'ensemble des tumeurs odontogènes [2].

Dans la littérature, une nette prédilection féminine est observée, avec un sex-ratio d'environ 0,5 [3]. Cette pathologie est principalement diagnostiquée chez de jeunes patients, avec un pic d'incidence marqué durant la deuxième décennie de la vie (entre 10 et 19 ans) [4].

Concernant sa topographie, la TOA présente une affinité particulière pour le maxillaire antérieur, cette localisation étant nettement plus fréquente que l'atteinte mandibulaire. Dans sa variante folliculaire, la plus prévalente, la lésion est quasi systématiquement associée à une dent incluse, le plus souvent une canine supérieure comme dans notre cas [2,3].

La TOA se décline en trois variantes cliniques distinctes : la forme folliculaire (environ 73 %), la plus fréquente, caractérisée par une lésion intra-osseuse entourant la couronne d'une dent incluse ; la forme extrafolliculaire (24 %), également intra-osseuse mais sans rapport avec une dent retenue ; et enfin la forme périphérique (3 %), beaucoup plus rare, siégeant exclusivement dans les tissus mous gingivaux. Bien que leurs présentations radiologiques diffèrent, la variante folliculaire simulant souvent un kyste dentigère [2,5].

Sur le plan histopathologique, la tumeur odontogène adénomatoïde (TOA) se distingue par une architecture nodulaire ou tourbillonnante hautement organisée, protégée par une épaisse capsule fibreuse [1,2]. L'élément pathognomonique est la présence de formations de structures pseudo-canaliculaires bordées de cellules cubiques ou cylindriques à polarité inversée, ainsi que sur l'observation de dépôts de matériel éosinophile amorphe de type dentinoïde et de calcifications dystrophiques. Le stroma conjonctif associé est généralement lâche et pauci vasculaire, bien qu'il puisse occasionnellement présenter des foyers de dilatation vasculaire [3,6].

Le diagnostic différentiel des TOA se fait avec :

le kyste dentigère : insertion stricte au collet et absence de calcifications ;

le kératokyste : croissance longitudinale avec peu d'expansion osseuse ;

l'améloblastome unicystique : invasif au niveau de l'angle mandibulaire avec résorption des racines ;

le kyste parodontal latéral : situé entre les racines de dents vitales (adulte) ;

le kyste odontogène calcifiant : larges opacités et calcifications diffuses.

En raison de son caractère bénin et de la présence habituelle d'une capsule fibreuse bien définie, le traitement de choix de la tumeur odontogène adénomatoïde repose sur une énucléation chirurgicale simple accompagnée d'un curetage local [3,6].

Le pronostic est considéré comme excellent ; la lésion ne présente qu'un très faible potentiel de croissance invasive, et les récidives après une exérèse complète sont extrêmement rares, ne dépassant pas 0,2 % des cas rapportés [6,7].

Conclusion

La TOA représente un défi diagnostique en raison d'une sémiologie souvent fruste ou trompeuse. Toutefois, son pronostic reste excellent après énucléation chirurgicale. L'analyse histologique demeure la seule étape permettant de confirmer le diagnostic et de la distinguer des tumeurs odontogènes plus invasives au tableau radiologique similaire.

Ethique : le consentement éclairé du père biologique du patient a été obtenu en vue de la publication de la présente étude.

***Correspondance :**

Nebon Delphine BADO

badonebondelphine@gmail.com

Disponible en ligne : 22 Mai 2026

1 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (Burkina Faso)
2 : Université Lédéa Bernard OUEDRAOGO de Ouahigouya (Burkina Faso)
3 : Université Joseph Ki ZERBO de Ouagadougou (Burkina Faso)
4 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire de Tingandogo à Ouagadougou (Burkina Faso)
5 : Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya.
6 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou (Burkina Faso)
7 : Université Yembila Abdoulaye TOGUYENI de Fada (Burkina Faso)
8 : Service d'anatomie et cytologie pathologiques du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Fada (Burkina Faso)

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] WHO Classification of Tumours Editorial Board. Head and neck tumours [Internet]. 5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022 [cited 2026 Apr 8]. (WHO classification of tumours series; vol. 9). Available from: https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/52

[2] Chrcanovic BR, Gomez RS. Adenomatoid odontogenic tumor: An updated analysis of cases reported in the literature. J Oral Pathol Med. 2019;48(1):10-16.

[3] Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Tumors: A Summary of the New 5th Edition (2022). Turk Patoloji Derg. 2022;38(2):168-184.

[4] Philipsen HP, Reichart PA, Siar CH, Ng KH, Lau SH, Zhang X, et al. An updated clinical and epidemiological demographic study of the adenomatoid odontogenic tumour. Oral Oncol. 2007;43(2):102-14.

[5] Adisa AO, Lawal AO, Olajide MA, Adeyemi BF. A review of 61 cases of adenomatoid odontogenic tumor from a Nigerian tertiary hospital. Pan Afr Med J. 2022;41:124.

[6] Sah K, Singh PS, Singh S, Singh S, Agrawal S. Adenomatoid odontogenic tumor: A review of its many faces. J Oral Maxillofac Pathol. 2021;25(3):561.

[7] Gadler D, Sant'Ana Filho M, Heitz C, de Oliveira MG, Siqueira CE. Adenomatoid odontogenic tumor: report of two cases and review of treatment modalities. Rev Gaúch Odontol. 2022;70:e20220015.

Pour citer cet article

ND Bado, I Savadogo, F Ido, A Coulybaly, WC Nikiema, T Hien et al. Tumeur odontogène adénomatoïde du maxillaire gauche : une entité rare à diagnostic histologique caractéristique. Jaccr Surgery 2026; 2(2): 36-39
https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.002L012205

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

Hépatectomies au CHU de Treichville : bilan clinique, thérapeutique et évolutif d'une série de 11 ans

Hepatectomies at the Treichville university hospital: clinical, therapeutic and evolutionary review of an 11-year series

KHN Ahue*[1,2], TA Souley[2], KM Goho[1,3], NA Coulibaly[2], KJ N'Dri[1,2], AA Adon[1,4], KJ Kpan[2], M Keita[1,3], E Keli[1], O Blegole[1,2]

Résumé

Introduction : L'hépatectomie est une intervention chirurgicale au cours de laquelle on réalise une résection partielle ou totale du foie. Elle constitue un traitement de choix pour les pathologies hépatiques bénignes et malignes, reste peu documenté en Afrique subsaharienne

Objectifs : Évaluer les indications, décrire les techniques opératoires la morbidité et la mortalité des hépatectomies au CHU de Treichville.

Méthodologie : Étude rétrospective réalisée sur 11 ans inclus tous les patients ayant bénéficiés d'une hépatectomie. Les données analysées portaient sur : Indications, techniques opératoires, pertes sanguines, complications selon Clavien-Dindo, incidence de PHLF (ISGLS), mortalité.

Résultats : 54 patients enregistrés. Une prédominance féminine de 57% avec un sex ratio F/H de 1,74, et un âge moyen de 42,03 ± 18,60 ans. La voie d'abord sous costale droite prédominait avec 59,25%. L'échographie peropératoire était réalisée chez 13 % des patients. La manœuvre de Pringle seule était le mode clampage vasculaire chez 87 % des patients. Les hépatectomies non réglées était effectuée chez 70 %. Les hépatectomies mineures étaient de 89 %. Les hépatectomies droites réalisée chez 56%. Kellyclassie/Bistouri électrique utilisées chez 56%, le ligasure chez 33% et le CUSA chez 11%. Pertes sanguines moyenne était de 650 cc. La quantité moyenne de transfusion sanguine était de 0,50 culot globulaire. Les complications peropératoires représentaient 46,30 % dominé par les hémorragies et les insuffisances hépatocellulaire. La durée moyenne des interventions chirurgicales était de 284 minutes et la durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours plus ou moins 5 jours. Le taux morbidité globale représentait de 42 %, la mortalité globale était de 9%.

Conclusion : Les hépatectomies sont pratiquées dans notre série chez l'adulte jeune de sexe féminin majoritairement. Le CHC et les métastases hépatiques

étaient les indications les plus fréquentes. Les hépatectomies mineures sont les plus pratiquées.
Mots-clés : hépatectomie-transplantation-Treichville-Cote d'Ivoire.

Abstract

Introduction: Hepatectomy is a surgical procedure in which a partial or total resection of the liver is performed. It is a preferred treatment for benign and malignant liver diseases, but remains poorly documented in sub-Saharan Africa.

Objectives: To evaluate the indications, describe the surgical techniques, and assess the morbidity and mortality of hepatectomies at the Treichville University Hospital.

Methodology: A retrospective study conducted over 11 years included all patients who underwent hepatectomy. The data analyzed included: indications, surgical techniques, blood loss, complications according to the Clavien-Dindo classification, incidence of liver failure (LFF) (ISGLS), and mortality.

Results: 54 patients were registered. There was a female predominance of 57%, with a female-to-male ratio of 1.74, and a mean age of 42.03 ± 18.60 years. The right subcostal approach was predominant, used in 59.25% of cases. Intraoperative ultrasound was performed in 13% of patients. The Pringle maneuver alone was used for vascular clamping in 87% of patients. Unplanned hepatectomies were performed in 70% of cases. Minor hepatectomies were performed in 89%. Right hepatectomies were performed in 56% of cases. Kelly-class/electrocautery was used in 56% of cases, Ligasure in 33%, and CUSA in 11%. The mean blood loss was 650 cc. The mean blood transfusion volume was 0.50 units of packed red blood cells. Intraoperative complications accounted for 46.30%, predominantly hemorrhages and hepatocellular insufficiency. The average duration of surgical procedures was 284 minutes, and the average length of hospital stay was 13 days ± 5 days. The overall morbidity rate was 42%, and the overall mortality rate was 9%.

Conclusion: In our series, hepatectomies were performed predominantly in young adult women. HCC and liver metastases were the most frequent indications. Minor hepatectomies were the most common.
Keywords: hepatectomy-transplantation-Treichville-Ivory Coast.

Introduction

L'hépatectomie est une intervention chirurgicale au cours de laquelle on réalise une résection partielle ou totale du foie [1]. Elle constitue un traitement de choix pour les pathologies hépatiques bénignes et malignes. C'est une intervention chirurgicale qui requiert au préalable la connaissance de l'anatomie hépatique, la nature de la lésion, sa localisation et la masse hépatique résiduelle fonctionnelle [2]. Les hépatectomies peuvent être totales (transplantation hépatique) ou partielles. Celles-ci sont couramment réalisées en occident.

Les progrès techniques et anesthésiques ont considérablement amélioré les résultats des hépatectomies. Celles-ci sont couramment réalisées en occident [3-5]. En Afrique subsaharienne, et particulièrement en côte d'ivoire, les données restent limitées alors que les tumeurs hépatiques primaires notamment l'hépatocarcinome lié au virus B demeurent fréquentes.

Le CHU de Treichville centre de référence national dans la chirurgie hépato biliaire et pancréatique réalise régulièrement des résections hépatiques. Cette étude vise à décrire les indications, décrire les techniques opératoires la morbidité et la mortalité des hépatectomies au CHU de Treichville.

Méthodologie

Type et cadre d'études : Étude rétrospective descriptive menée au service de chirurgie générale, digestive et endocrine du CHU de Treichville sur une période de 11 ans (janvier 2014-2024).

Population : Patients ayant subi une hépatectomie pour des pathologies tumorales (bégnines et malignes) du foie et les patients opérés dans le cadre de transplantation du foie.

Critères d'inclusion : Hépatectomies, tumeurs bénignes ou malignes du foie, deux sexe, tous âge dossiers médicaux complets.

Critères de non inclusion : Dossiers médicaux incomplets.

Variables étudiées : Caractérisation de la population (nombre des cas, sexe, âge, comorbide), indications opératoires, paramètres opératoires (Types de résections, contrôle vasculaire, perte sanguine, transfusion sanguine), morbi-mortalité postopératoires (durée d'hospitalisations, morbidité, mortalité).

Analyse statistique : Les données sont saisies sous forme d'un tableau Excel et traitées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical package for social science) version 28.0.1. Les résultats sont présentés sous forme de pourcentage pour les variables qualitatives et sous forme de moyenne avec écart type pour les variables quantitatives.

Résultats

Profil épidemiologique

Nous avons colligé un total de 103 dossiers durant la période d'étude mais seulement 54 patients répondaient aux critères d'inclusion, soit un taux d'exclusion d'environ 47,57%

Il s'agissait de 31 femmes et 23 hommes soit un sex ratio F/H de 1,74. L'âge moyen était de 42,03 $\pm$ 18,60 ans avec des extrêmes allant de 2 ans à 81 ans, la tranche d'âge la plus fréquente était entre 40 et 60 ans soit comme le stipule le tableau I.

Indications opératoires

Les deux principales indications étaient le CHC (33 %) et les métastases hépatiques (24 %) comme retrouve dans le tableau II.

L'hépatectomie a été réalisée après une thérapie d'optimisation du volume résiduel dans 22 cas soit 40 %. Elles consistaient à une chimiothérapie, radiothérapie, radio-chimiothérapie et une ligature portale.

La mesure du volume hépatique résiduel avait été réalisé chez 7 patients soit 12,96 %. Tous nos patients ont été opéré par laparotomie avec une prédominance de la voie sous costale droite 59,25%, l'abord laparoscopique n'a pas réalisé notre série.

L'exploration manuelle a été complété par une l'échographie chez 7 patients soit 13 %.

Les hépatectomies étaient de type non réglé chez 40 patients, type réglée chez 3 patients et mixte 11 patients

Le contrôle vasculaire consistait à la manœuvre de Pringle chez 47 patients soit 87 %.

La section parenchymateuse était réalisée par la kellyclasie/bistouri électronique monopolaire chez 30 patients soit 56%, le ligasure chez 18 patients et le CUSA 33% chez 6 patients 11%.

L'hémostase de la tranche de section étaient faites par ligature au fils résorbable Vicryl et clips vasculaire chez 52 % des cas.

Dans notre étude 3 patients avaient été opérés sous exclusion vasculaire du foie.

La quantité moyenne de saignement peropératoire était 650 $\pm$ 370 cc.

Le drainage sous hépatique (abdominal) était réalisé dans les cas et mixte abdominal et thoracique) dans 15 % des cas.

La durée moyenne d'intervention était de 284 $\pm$95 minutes avec des extrêmes allant 60 à 595 minutes avec un séjour hospitalier moyen était de 13$\pm$ 5 jours.

La morbidité postopératoire était chez 42 % avec 13,46 %, des fuites biliaires, l'insuffisance hépatocellulaire 11,53%, pneumopathie 9,60 % et autres 23,25%.

Nous avons enregistré 5 décès soit une mortalité peri-operatoire de 9 %, les causes sont dès les chocs hémorragiques et les insuffisances hépatocellulaire.

Les complications postopératoires ont été classés selon la classification de clavien-dindo, les cas de décès (Grade V) représentait 9 %, les complications majeures (Grade III-IV) représentait 23%, les complications mineures (Grade I- II) représentait 68%.

Dans notre étude, sur un recul de cinq ans on a observé

56 % de survie, 24% de taux de mortalité et 20% des patients perdue de vue.

Tableau I : caractéristiques socio démographiques des patients

Variables	Effectifs (%)
Genre	
Masculin	23 (43)
Féminin	31 (57)
Sex ratio H/F	1,74
Age	
Moyen (Ecart-type)	42,03 + 18,60
Min-Max	2.0-81
Tranches d'âge	
2-20	9 (16,66)
20-40	13 (24,07)
40-60	17 (31,48)
60-80	14 (25,92)
>80	1 (1,85)
Total	100

Tableau II : indications des hépatectomies

Indications	Effectifs (%)
Pathologie maligne	
CHC	18 (33,33%)
Métastases hépatiques	13 (24,07 %)
Hépatoblastome	5 (9,25%)
Pathologie bégnines	
Hémangiome du foie	9 (16,66 %)
Adénome du foie	1 (1,85 %)
Kyste du foie	1 (1,85 %)
Polykystose hépatique	1(1,85%)
Greffe du foie	
Receveur	3(5,55 %)
Donneur	3(5,55%)
Total	100



Figure 1 : incision sous costale droite en J ‘’incision de Makuchi”

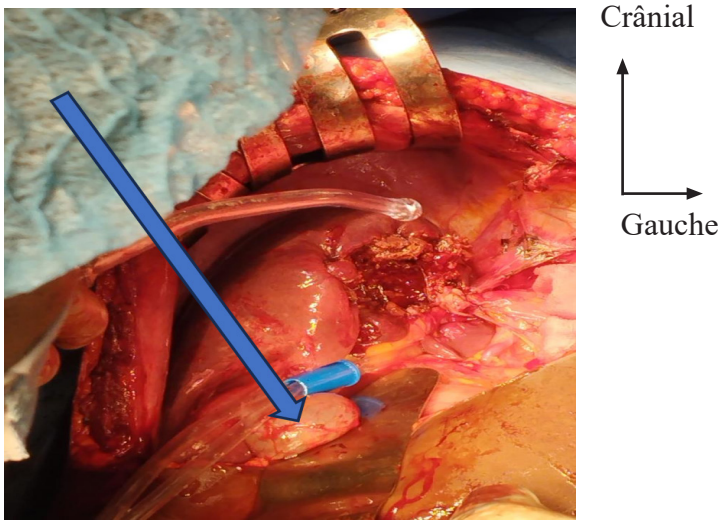


Figure 2 : contrôle vasculaire pédiculaire totale

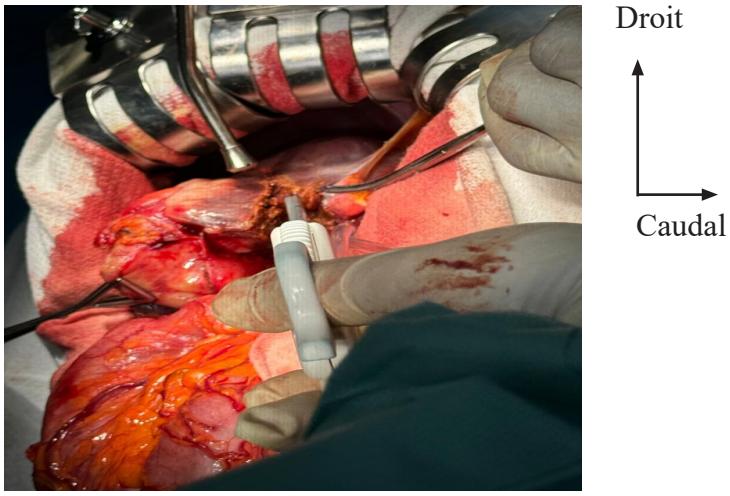


Figure 3 : l'usage du ligasure pour la transsection du parenchyme hépatique.

Tableau III : voies d'abords des hépatectomies

Voies d'abords	Effectifs	(%)
Sous costale droite	32	59,25
Bi-sous-costale	14	25,92
Bi-sous-costale avec refend	03	5,55
Médiane	05	9,25
Total	54	100

Tableau IV : types de résection

Type de résection	N (%)
Hépatectomie majeure	
Hépatectomie totale	3 (5,55)
Hépatectomie droite	2
Hépatectomie gauche	1
Hépatectomie mineure	
Segmenctectomie	10 (18,52)
Bisegmencetomie	24 (44,45)
Wedge resection	8
Hépatectomie atypique	4

Tableau V : complications postopératoires

Classification de Clavien-Dindo post hépatectomie N= 54	
Grade	N (%)
Grade I	27(50)
Grade II	10(18)
Grade III	5(9)
Grade IV	8(14)
Grade V	5 (9)

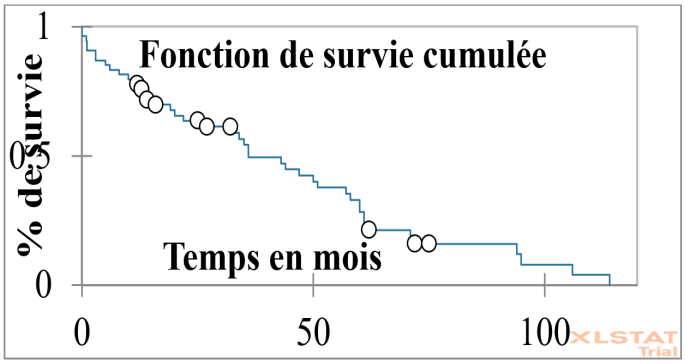


Figure 4 : taux de survie

Discussion

Notre travail présente plusieurs forces dont le recul temporel important qui est de 11 ans permettant d'observer l'évolution des pratiques chirurgicales et d'obtenir des données de survie à long terme, une autre force c'est l'inclusion de cas de transplantation hépatique témoignant de la faisabilité de cette technique en Afrique subsaharienne et enfin l'utilisation de la classification de Clavien -Dindo pour une standardisation internationale de l'évaluation de la morbi-mortalité. Mais malheureusement les limites incluent la nature rétrospective ayant entrainé des biais de sélection, une taille modeste de l'échantillon (54) et le taux d'exclusion élevé.

L'hépatectomie dans notre étude avait été réalisée dans les deux sexes, on retrouvait une prédominance féminine de 57 % avec un sex ratio F/H évalué à 1,74. La population était relativement jeune avec un âge moyen de 42, ans avec des extrêmes de 2 à 81 ans, ces résultats sont similaires à ceux de nombreuse série africaine ceci s'explique par le fait les cancers digestifs notamment les hépatocarcinome survivant chez des sujets de plus en plus jeunes [6-8]. Ces résultats sont contraires à ceux retrouvées en Europe ou les sujets sont sexagénaires [4-5].

La volumétrie hépatique est un examen qui permet de déterminer la qualité de foie restant et ainsi de prévenir la survenue d'une insuffisance hépatocellulaire cet examen été réalisé chez 6 patients soit % 11 % des cas nos résultats sont similaires à ceux des séries africaines [8]., des équipes européennes et américaines réalisent systématiquement d'une imagerie pour estimer la volumétrie [9].

Les indications principales des hépatectomies dans notre étude était le carcinome hépatocellulaire et les métastases hépatiques ceci pourrait s'expliquer par le fait que le CHC est le cancer primitif du foie le plus fréquent dans notre contexte, une étude allemande en 2021 sur l'analyse entre la chirurgie hépatique par laparotomie et laparoscopie dans un centre pour tumeurs hépatiques à grand volume retrouvait que le CHC était la principale indication de résection

hépatique [11]

L'échographie per opératoire à été réalisé chez 6 patients soit 13%, ce outil est utilisé de manière systématique dans les séries japonaises et européennes pour le diagnostic peropératoire des lésions hépatiques synchrones infraclinique.

Le type de résection le plus réalisée était le bisegmentectomie avec 44,45%, ces résultats sont similaires a ceux retrouvé dans la littérature africaine [8] américaines (plus 50 %) et européennes où on retrouvait 68,2 % des hépatectomie mineures [11-4]

La section parenchymateuse était faite par kellyclasie et bistouri électrique chez 55,55%. En Afrique du Nord et en Amérique la kellyclasie associée à la digitoclasie représentaient la meilleure stratégie de base de section parenchymateuse. Le contrôle vasculaire était réalisé chemin faisant par des sutures résorbables. Ces résultats sont différents de ceux retrouves dans les travaux européens qui utilisent l'ultracision [10]

La tranche de section était traitée par la ligature et des clips chez 52% cas dans notre série ces résultats sont contraires à ceux de la littérature ou on retrouve l'usage compresses hémostatiques à base de cellulose oxydée dans 83,3% des cas chez Bang et all [8]. Et chez Schwartz et al qui retrouvaient une amélioration de la morbidité post opératoire avec l'utilisation des compresses hémostatiques à base de collagène pour l'hémostase et l'epiploplastie associée à la coagulation au plasma d'argon pour la bilistase [14].

Le drainage sous hépatique était réalisé systématiquement chez tous les patients. Ces résultats sont similaires à ceux de Famularo et al qui faisaient un drainage systématique dans 70 des cas pour les hépatectomies majeures et Bang et all [15, 8]. En fin d'intervention, La durée moyenne d'intervention était de 248,4 ± 140,1 minutes avec des extrêmes allant de 100 à 700 minutes. Ces résultats se rapprochent de ceux obtenus par Felice Giuliante et al en Italie où on avait une durée moyenne de 205 ,5 min [15].

Nous avons noté 46,7 % de complications dont la majorité était classée Clavien Dindo II. Danijel et al retrouvaient un taux de morbidité de 36,2 % [17]. La complication la plus fréquente était le biliome. Brustia et al retrouvaient les mêmes résultats [18].

Nous avons eu 5 décès pour un taux de mortalité de 9%. Ces décès étaient survenus dans un contexte d'insuffisance hépatocellulaire et de défaillance multiviscérale. Houssaini et al en Afrique du Nord retrouvaient un taux de mortalité plus bas de l'ordre de 5% dont les causes étaient les mêmes [5]. Le séjour hospitalier était en moyenne 13 jours dans notre étude. Felice Giuliante et al en Italie retrouvaient un séjour hospitalier moyen de 5 jours. Cette durée faible s'explique par le fait que les interventions étaient réalisées pour la plupart par laparoscopie [15]

Conclusion

Les hépatectomies sont pratiquées dans notre série chez l'adulte jeune de sexe féminin majoritairement. Le CHC et les métastases hépatiques étaient les indications les plus fréquents. Les hépatectomies mineures sont plus pratiquées

Nos résultats cliniques confirment que les hépatectomies, lorsqu'elles sont réalisées avec une expertise appropriée, sont associées à des taux de mortalité acceptables. Cependant, nous devons continuer à améliorer nos protocoles de prise en charge pré per et post-opératoire pour minimiser les complications et optimiser la récupération des patients.

***Correspondance :**

Ahué Kouassi Henry Noel

anrynoi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 27 Mai 2026

1 : Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

2 : Service de Chirurgie Générale, Digestive et Endocrinienne, CHU de Treichville, Abidjan,

Côte d'Ivoire.
3 : Service des Urgences Chirurgicales, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire.
4 : Hôpital militaire d'Abidjan (HMA), cote d'ivoire

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Cherqui D, Belghiti J. La chirurgie hépatique. Quels progrès? Quel avenir? Gastroenterol Clin Biol. 2009;33(8-9):896-900.

[2] Fong Y, Gonen M, Rubin D, Radzyner M, Brennan MF. Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. Ann Surg. 2005 Oct;242(4):540-544.

[3] Choi WJ, Babahhani S, Castelo M. A North American center's validation of global benchmarks set for laparoscopic liver resections. Open Arch Surg. 2023;25:160-161.

[4] Sotiropoulos GC, Prodromidou A, Machairas N. Meta-analysis of laparoscopic vs open liver resection for hepatocellular carcinoma: the European experience. J BUON. 2017;22(5):1160-1171.

[5] Houssainia K, Majbara MA, Souadka A, Lahnaoui O. Liver resection safety in a developing country: analysis of a collective learning curve. J Visc Surg. 2022;159:5-12.

[6] Gueye ML, Diop B, Ghada Z, Toure AO. Hepatectomies for hepatocellular carcinoma: indications and results of prospective series at ALDH/Senegal. HPB. 2024;26(Suppl 1):S160-S161.

[7] Noah Noah, Nko'ayissi, Ankouane A. Présentation clinique, biologique et facteurs de risque du carcinome hépatocellulaire: une étude cas-témoin à Yaoundé au Cameroun. AJOL. 2014;4(2).

[8] Bang A, Bwelle G, Boumal R, Ahanda A, Beugheum C, Nono JJ, Njoya O, Ngo Nonga B, Essomba A. Les hépatectomies au Cameroun: résultats préliminaires d'une série rétrospective de 30 patients. Health Sci Dis. 2025 Mar.

[9] Saiman Y. Examens d'imagerie du foie et de la vésicule biliaire. Lewis Katz School of Medicine, Temple University. 2023 Aug.

[10] Njoya O, Tagny T, Kamga J, Ongolo Z, Nditoyap N, Gonsu J. Traitement du carcinome hépatocellulaire par injection percutanée d'éthanol absolu au Cameroun. Med Afr Noire. 2000;47(12).

[11] Sucher R, Guice H, Recknagel S, Sucher E, Semmling K, Lederer A. Analysis of open and laparoscopic liver resections in a German high-volume liver tumor center. Laparosc Surg. 2020.

[12] Ishihara M, Takahashi Y, Matsuo K, Nakamura A. Modification of ALPPS to avoid ischemia and congestion after stage 1: a case report. Surg Case Rep. 2022;8:137.

[13] Garancini M, Gianotti L, Delitala A, Romano F. L'échographie peropératoire: un examen de référence, son rôle dans la chirurgie hépatique pour les tumeurs primitives et métastatiques. Minerva Chir. 2016 Jun;71(3):201-213.

[14] Schwarz L, Lubrano J, Scotte M. Traitement de la tranche de section hépatique après hépatectomie. J Chir Visc. 2011;148:381-391.

[15] Famularo S, Giammauro B, et al. Liver drains after surgery: what is the real practice? An international snapshot from LI.DR.AS survey. Updates Surg. 2022;74:1317-1326.

[16] Giuliante F, Ratti F, Panettieri E, Mazzaferro V. Short and long-term outcomes after minimally invasive liver resection for single small hepatocellular carcinoma: an analysis of 714 patients from the IGoMILS registry. HPB. 2023;25:674-683.

[17] Danijel G, Aleksandar B, Marko Z. Short and long-term outcomes after hepatectomy in elderly patients with hepatocellular carcinoma: an analysis of 229 cases from a developing country. J Hepatocell Carcinoma. 2021;8:155-156.

[18] Brustia R, Fleres F, Tamby E, Rhaiem R, Piardi T. Postoperative collections after liver surgery: risk factors, drainage predictors and long-term outcome. J Chir Visc. 2020;157(3):203-214.

Pour citer cet article

KHN Ahue, TA Souley, KM Goho, NA Coulibaly, KJ N'Dri, AA Adon et al. Hépatectomies au CHU de Treichville : bilan clinique, thérapeutique et évolutif d'une série de 11 ans. Jaccr Surgery 2026; 2(2): 40-47
https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.001L022705

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

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Original article

Resumption of Sexual Activity After Primary Total Hip Arthroplasty (THA) via the Anterolateral Approach

Reprise des activités sexuelles après la réalisation d'une arthroplastie totale de la hanche (ATH) primaires par voie antérolatérale

E Tapsoba*[1], DSR Kabore[2], AB Sawadogo[1], A Ouangre[3,4], IR Kieno[1], M Soulama[5,6]

Résumé

Introduction : l'arthroplastie totale de hanche (ATH) améliore considérablement le pronostic fonctionnel des patients souffrants des douleurs chroniques de la hanche. L'étude avait pour objectif d'évaluer l'impact des ATH sur l'activité sexuelle des patients.

Méthodolgie : l'étude a été transversale et a couvert une période de deux ans (décembre 2021 – décembre 2023). Ont été inclus dans l'étude les patients des deux sexes, sexuellement actifs et qui ont donné leur consentement pour faire de l'étude. Elle a concerné 114 patients opérés pour ATH primaire par voie antérolatérale (N=114) pour une douleur chronique de la hanche. L'âge moyen était de 47 ans [18 – 65], le sexe ratio était de 1,1. Un questionnaire anonyme a été administré au 6ème mois post opératoire rapportant l'activité sexuelle pré et post opératoire.

Résultats : Le taux de participation était de 89,5%. La fréquence des rapports sexuels préopératoires était de moins de trois rapports mensuels chez 94 patients (82,4%) contre 43 patients (37,7%) en postopératoire. Tous les patients rapportaient des difficultés pour la pratique de l'activité sexuelle en préopératoire contre seulement 22 patients (19,30%) qui rapportaient des difficultés minimes après la réalisation de l'ATH. Tous les patients sexuellement actifs avaient repris une activité sexuelle après la réalisation de l'ATH. Le nombre de semaine moyen de reprise de l'activité sexuelle était de neuf (9) semaines avec des extrêmes de trois (3) semaines et 18 semaines. Cette reprise était plus précoce chez les hommes. Seulement 18,4% (n=21) des patients déclarait avoir reçu des informations sur la reprise de l'activité sexuelle après la mise en place de l'arthroplastie totale de la hanche de la part de l'équipe soignante.

Conclusion : L'arthroplastie totale de la hanche améliore l'activité sexuelle des patients.

Mots-clés : Activité sexuelle ; arthroplastie totale de hanche ; voie antéro-externe.

Abstract

Introduction: Total hip arthroplasty (THA) significantly improves the functional prognosis of patients suffering from chronic hip pain. The aim of the study was to assess the impact of THA on the sexual activity of patients.

Methodology: The study was cross-sectional and covered a period of two years (December 2021 – December 2023). Patients of both sexes who were sexually active and who gave their consent to participate in the study were included. It involved 114 patients who underwent primary THA via an anterolateral approach (N=114) for chronic hip pain. The mean age was 47 years [18–65], and the sex ratio was 1.1. An anonymous questionnaire was administered at six months post-operatively, reporting pre- and post-operative sexual activity.

Results: The participation rate was 89.5%. The frequency of preoperative sexual intercourse was less than three times per month in 94 patients (82.4%) compared to 43 patients (37.7%) postoperatively. All patients reported difficulties with sexual activity preoperatively, compared to only 22 patients (19.30%) who reported minimal difficulties after THA. All sexually active patients resumed sexual activity after THA. The mean number of weeks before resuming sexual activity was nine (9), with extremes of three (3) weeks and 18 weeks. Men resumed sexual activity earlier than women. Only 18.4% (n=21) of patients reported receiving information from the healthcare team about resuming sexual activity after total hip arthroplasty.

Conclusion: Total hip arthroplasty improves patients' sexual activity.

Keywords: Sexual activity; total hip arthroplasty; anterolateral approach.

Introduction

The impact of chronic pain is well known in terms of walking function, but it also affects patients' sexual function [1,2]. Indications for total hip arthroplasty (THA) are becoming increasingly frequent, in increasingly younger patients for whom sexual activity is very important for their full fulfillment [2]. The resumption of sexual activity after total hip arthroplasty therefore deserves to be addressed during the consultation [3]. However, in the literature, it appears that surgeons seem quite modest about this subject [4]. Between 80 and 89% of patients regret this lack of information regarding the resumption of sexual activity after THA [5].

We formulated the following hypotheses:

- Chronic hip pain negatively impacts patients' sexual activity
- Total hip arthroplasty improves the sexuality of these patients
- There is a communication deficit regarding patients' sexuality on the part of the healthcare team

The study aimed to evaluate the impact of THA on the sexuality of patients suffering from chronic hip pain before and after the intervention, and to verify whether these same patients had received sufficient information about sexuality from the healthcare team. Thus, the purpose of our work was to enrich the scientific literature with data on sexuality before and after the placement of a THA.

Methodology

This was a cross-sectional study covering a period of two (2) years from December 2021 to December 2023. Patients of both sexes who had been operated during the study period and who gave their consent to participate in the study, being sexually active, were included. A total of 114 patients met our inclusion criteria and constituted our study population. The study was conducted using an anonymous questionnaire that was administered at the 6th month postoperatively, reporting pre- and post-operative sexual activity. The following variables were analyzed: participation rate, frequency of monthly sexual intercourse pre- and post-operatively, difficulties encountered during sexual intercourse, time to resumption of sexual intercourse

after THA, postures during sexual intercourse, and whether information about sexuality was given to the patient during consultations.

Major difficulties were defined as patients for whom pain was permanent during sexual intercourse preventing the continuation of the act; moderate difficulties as intermittent pain occurring in 50% of cases; and minimal difficulties as occasional pain occurring in less than 25% of cases [2]. The mean age of our patients was 46 years with extremes of 18 years and 65 years. Of the 114 patients whose responses are analyzed here, 60 were men versus 54 women. Our data were collected using Kobotoolbox software and analyzed using STATA software version 17. We conducted a descriptive analysis of our results. Quantitative variables were presented as mean with their standard deviation. Qualitative variables were presented as proportion and percentage. The Chi-square test or Fisher's exact test was used for comparison of qualitative variables. The significance threshold retained was a p-value less than 0.05.

Results

Participation Rate

The participation rate was 89.5%, i.e., 120 patients out of 134 total hip arthroplasties performed during the study period. Six (6) patients who had all, for one reason or another, ceased all conjugal sexual relations before the start of the study were noted. Therefore, a total of 114 patients met our inclusion criteria and constituted our study population (Figure 1).

Sexual Activity of Patients

- Frequency of Sexual Intercourse

A significant increase in the frequency of sexual intercourse after THA was noted (Figure 2).

- Difficulties Encountered During Sexual Activity

All patients experienced difficulties during sexual activity before the intervention, and only 22 patients (19.30%) reported minimal difficulties after THA implantation (Figure 3).

Impact of Sex and Age on the Time to Resumption of Sexual Activity

All sexually active patients resumed sexual activity with a mean time to resumption of nine (9) weeks after total hip arthroplasty, with extremes of three (3) weeks and 18 weeks. An earlier resumption of sexual activity was also noted in men than in women. Men resumed sexual activity earlier in 33.33% of cases between 3 and 6 weeks (20/60 vs 4/54 (p=0.02)) and in 63.33% between 6 to 12 weeks (38/60 vs 17/54 (p=0.01)). Sexual resumption in women was more gradual over time, mainly from 12 weeks postoperatively in 61.11% of cases (33/54 vs 12/60 (p=0.03)). The distribution of the time to resumption of sexual activity according to sex is shown in Figure 4.

Age had no impact on the time to resumption of sexual activity (ρ=0.0752; 95%CI [–0.197; 0.305] (p=0.53)).

- Cause of Apprehension During Sexual Intercourse

All patients reported having apprehensions at the time of resuming sexual activity related either to fear of pain occurrence or dislocation.

- Postures During Sexual Intercourse

The supine position (patient underneath) was the most appreciated. The second most comfortable position for men was the prone position (patient on top), while for women, it was lying on the side opposite the operated hip.

- Information Received About Sexuality During Consultation

This study showed that only 18.4% (n=21) of patients reported having received information about sexual activity after total hip arthroplasty from the healthcare team. Only 4.3% (n=5) were informed of the need to wait a period before resuming sexual activity and of the risk associated with certain positions to avoid. Regarding partner information, patients preferred that he/she be present during the interview (Figure 5).

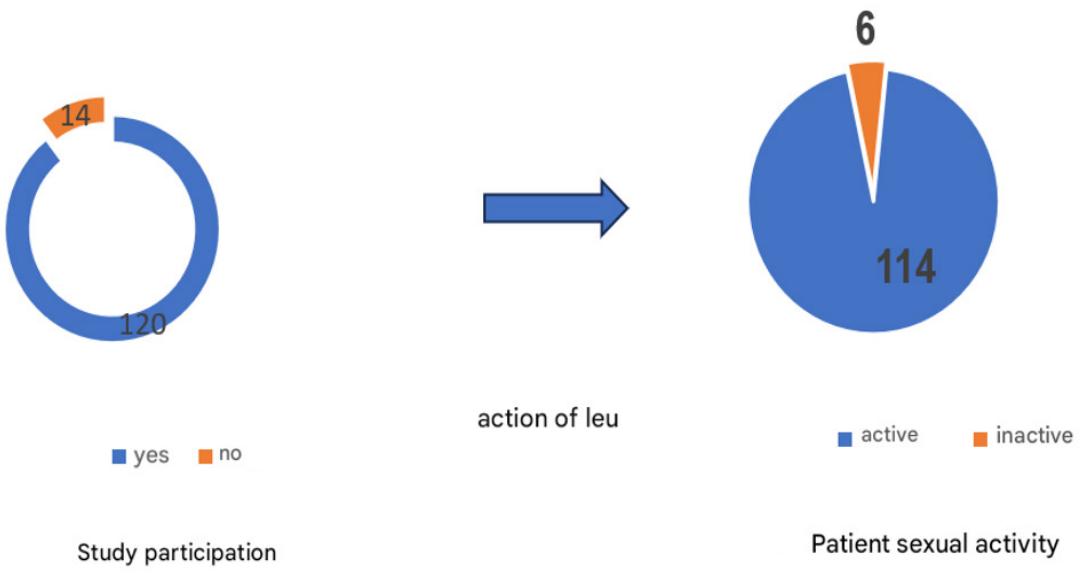


Figure 1: Distribution of patients according to their participation in the study.

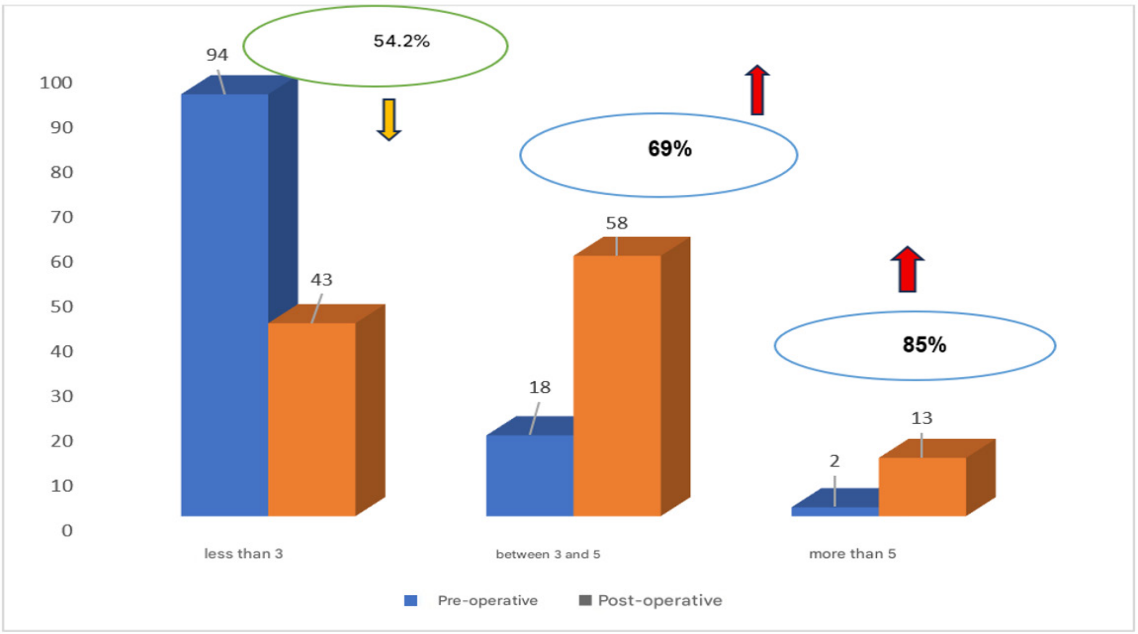


Figure 2: Distribution of patients according to the number of monthly sexual intercourses before and after THA.

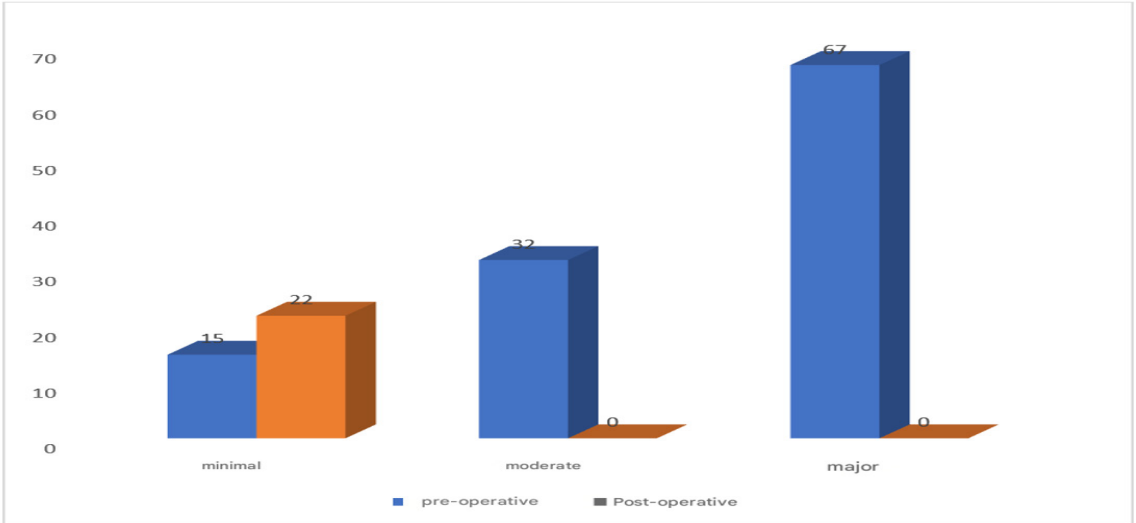


Figure 3: Distribution of patients according to the degree of difficulties encountered during sexual activity before and after THA.

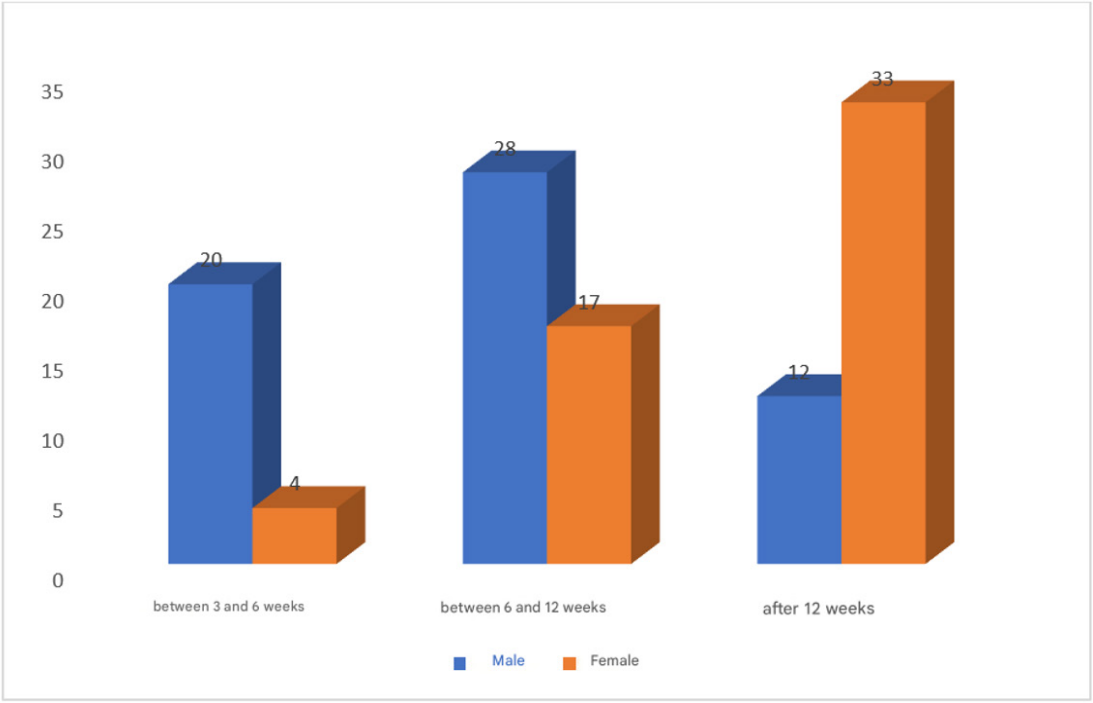


Figure 4: Distribution of patients according to the time to resumption of sexual activity by sex.

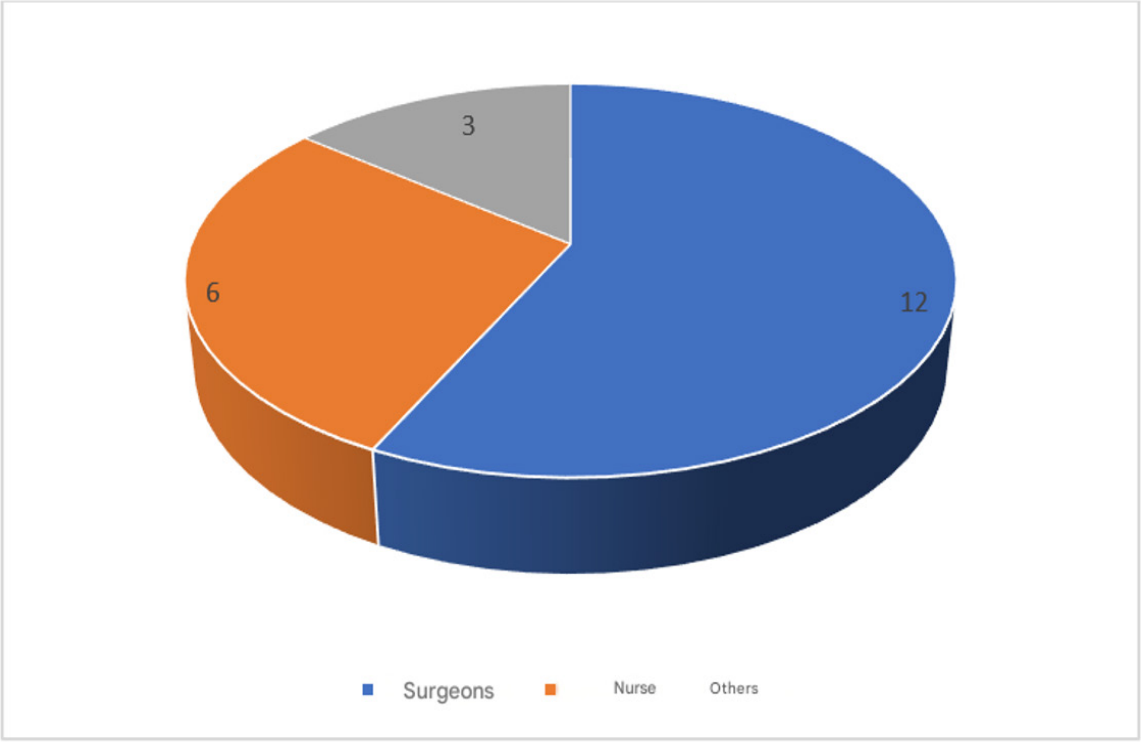


Figure 5: Distribution of patients according to their source of information.

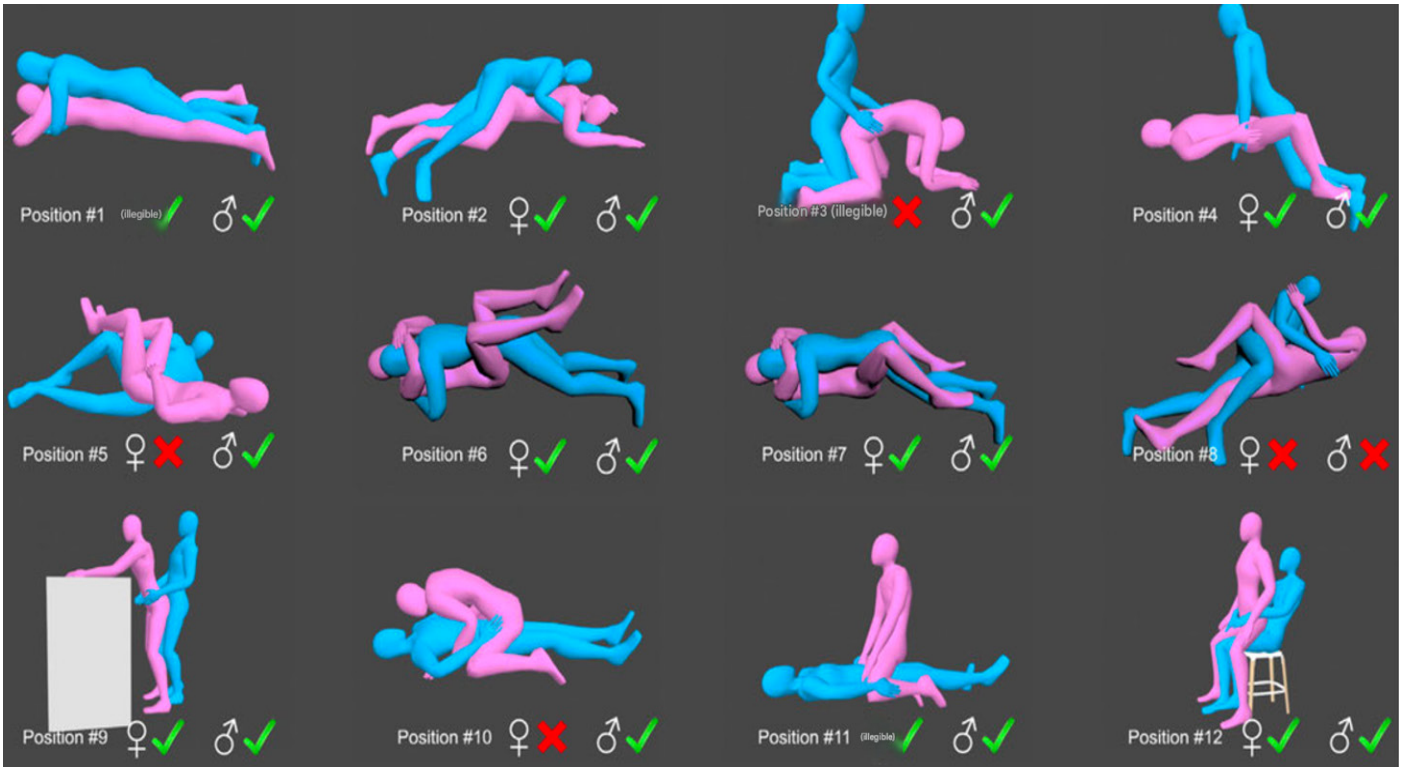


Figure 6: Representation of positions authorized (green) or not recommended (red) for one or both partners. Man in blue and woman in purple.

Discussion

Study Limitations

Our study has several limitations. The first is the monocentric character of this study. All our patients were operated at Paul VI Hospital by missionary surgeons. The second is the absence of a control group regarding the surgical approach, as all our patients were operated by the same anterolateral approach, which did not allow us to compare our results with patients operated by another approach. Thirdly, the retrospective nature of the preoperative data collection. Finally, our mean follow-up was short to be able to evaluate the real long-term impact of THA on patient sexuality. Despite these limitations, we were able to compare our data with the literature and conduct a discussion.

Frequency of Sexual Intercourse

The study noted a significant increase in the number of sexual intercourses after THA. This could be explained by the relief of pain and the disappearance of stiffness that reduced comfort during sexual activity. Also, the intake of certain medications would also decrease the libido of patients with chronic hip pain who are obliged to take these medications to relieve their pain [6].

Difficulties Encountered During the Resumption of Sexual Intercourse

Only 22 patients (19.30%) reported minimal difficulties after THA. These difficulties are all linked to apprehensions about the occurrence of pain or dislocation or both. These apprehensions are due to a lack of information on the part of the healthcare team.

Time to Resumption of Sexual Activity After Total Hip Arthroplasty

Our results corroborate those in the literature with a mean time to resumption of sexual activity of 9 weeks and an earlier resumption in men. Currey [1] showed that men resumed sexual practice earlier than women, highlighting their position requiring more constraints in abduction and external rotation on the hip. We also showed that women resumed sexual activity later than men. The literature advises resumption times of 1 to 3 months [7]. This duration is mentioned in posterolateral approaches presenting a greater risk of dislocation during the first postoperative

months. Some authors allow their patients an earlier resumption in the case of an anterior approach [4,7].

Postures Adopted During Sexual Intercourse After Total Hip Arthroplasty

From the point of view of sexual postures, in our study, the supine position (patient underneath) was the most appreciated. The second most comfortable position for men was the prone position (patient on top), while for women, it was lying on the side opposite the operated hip. This position does not require abduction and external rotation of the hip. These adopted postures are consistent with those in the literature [8].

Charbonnier et al. [9] conducted a biomechanical study on the risks of dislocation comparing the twelve most common sexual positions. Women are most at risk of posterior instability during positions requiring flexion by anterosuperior cam effect, unlike men who present risks of anterior instability by posteroinferior cam effect. The different recommended positions are shown in green and the positions not recommended in red in Figure 6 [10].

Information Received by Patients About Sexuality

During the study, only 18.4% of patients reported having received information from the healthcare team, which corroborates the literature. Indeed, in the study by Rougereau et al. [3], surgeons raised the subject of sexuality in only 4% of consultations. These results support those of Dahm et al. [11], reporting on the one hand that 89% of patients wished to have more precise information on this subject, and on the other hand that only 20% of surgeons regularly address the subject preoperatively but in less than five minutes in 96% of cases. This intimate subject is rarely addressed by the patient during the consultation, if the surgeon does not take the initiative [11]. Meyer et al. [12] showed that the majority of women who had undergone THA compensated for this lack of information through other means such as internet forums or brochures, as they are often reluctant to address such a modest subject themselves. This lack of information delayed the resumption of sexual activity by more than four (4) months [12]. The lack of oral information is shared by all series, and the same is true for written information [13]. Wall et al. [14] followed 83 surgeons and reported that only 39% provided written information about resuming sexual activity after total hip arthroplasty. However, patient information is not only a legal obligation in France since the law of March 4, 2002, but also the foundation of a quality doctor-patient relationship [15,16].

Impact of Age, Sex, and Surgical Approach on the Time to Resumption of Sexual Activity

In our study, after multivariate analysis, we note that sex has an impact on the time to resumption of sexual activity. We found that men resumed sexual activity earlier than women after THA. However, age had no impact on the time to resumption of sexual activity. In the study by Rougereau et al. [3], the same findings were made. In this study, we were not able to establish a link between the surgical approach used and the time to resumption of sexual activity because all our patients were operated by the same anterolateral approach. However, the literature confirms an earlier resumption of sexual intercourse in patients operated by the anterior approach compared to those with the posterior approach [7].

Recommendations

In light of this study, we recommend providing clear and fair information, in writing in an information booklet on sexuality, to each patient and their partner who is to undergo total hip arthroplasty.

The booklet should mention:

• The time to resumption of sexual activity, which is on average nine (9) weeks in our study

• The different recommended postures: regarding the risk of dislocation, safe positions are indicated in green and dangerous positions in red, men in blue and women in purple

• Warning signs of dislocation: pain, absolute functional impairment of the limb associated with a vicious irreducible attitude of the limb in adduction, internal rotation, extension with shortening

Conclusion

An increase in the frequency of sexual intercourse after total hip arthroplasty was noted. The mean time to resumption of sexual activity is 9 weeks with an earlier resumption in men. The main difficulty during sexual resumption was patient apprehension regarding the risk of dislocation, partly due to a lack of preoperative information. We therefore recommend systematically offering patients, regardless of their age, at least an explanatory booklet on the time to return to sexual practice, the modalities, and the positions at risk.

***Correspondence :**

Emmanuel TAPSOBA

sobaemmabf@gmail.com

Available online : May 27, 2026

1 : Department of Surgery, Ziniaré Regional Hospital Center (CHR), Burkina Faso
2 : Department of Surgery, Paul VI Hospital, Burkina Faso
3 : Department of Orthopedics-Traumatology and Reconstructive Surgery, Ouahigouya Regional University Hospital Center, Burkina Faso
4 : Université Lédéa Bernard OUEDRAOGO
5 : Department of Orthopedic and Trauma Surgery of the Locomotor System, Sourô Sanou University Hospital Center of Bobo Dioulasso, Burkina Faso
6 : Université NAZI BONI

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflict of interest : None

References

[1] Currey HL. Osteoarthrosis of the hip joint and sexual activity. Ann Rheum Dis. 1970;29(5):488-493. doi:10.1136/ard.29.5.488.

[2] Laffosse JM, Tricoire JL, Chiron P, Puget J. Sexual function before and after primary total hip arthroplasty. Joint Bone Spine. 2008;75(2):189-194. doi:10.1016/j.jbspin.2007.05.006.

[3] Rougereau G, Rabot C, De Thomasson E, Tourabaly I, Mazel C, Langlais T, et al. Reprise d'activité sexuelle après arthroplastie totale de hanche : à propos d'une enquête de satisfaction sur une cohorte de 101 patients. Rev Chir Orthop Traumatol. 2022;108(1):76-80. doi:10.1016/j.rcot.2021.12.003.

[4] Nunley RM, Nam D, Bashyal RK, Della Valle CJ, Hamilton WG, Berend ME, et al. The impact of total joint arthroplasty on sexual function in young, active patients. J Arthroplasty. 2015;30(2):335-340. doi:10.1016/j.arth.2014.09.029.

[5] Issa K, Pierce TP, Brothers A, Festa A, Scillia AJ, Mont MA. Sexual activity after total hip arthroplasty: a systematic review of the outcomes. J Arthroplasty. 2017;32(1):336-340. doi:10.1016/j.arth.2016.07.052.

[6] Zomalheto Z, Possi S, Dossou-Yovo H, Hodjigue F. Facteurs associés à l'altération de la qualité de vie sexuelle chez les lombalgiques chroniques à Cotonou. Eur Sci J. 2021;17(34). doi:10.19044/esj.2021.v17n34p126.

[7] Neonakis EM, Perna F, Traina F, Faldini O, Antoniou G, Kyriakopoulos G, et al. Total hip arthroplasty and sexual activity: a systematic review. Musculoskelet Surg. 2020;104(1):17-24. doi:10.1007/s12306-020-00645-z.

[8] Dahm DL, Jacofsky D, Lewallen DG. Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA: a survey of members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. Clin Orthop Relat Res. 2004;428:237-240. doi:10.1097/01.blo.0000137555.74475.a5.

[9] Charbonnier C, Chagué S, Ponzoni M, Bernardoni M, Hoffmeyer P, Christofilopoulos P. Sexual activity after total hip arthroplasty: a motion capture study. J Arthroplasty. 2014;29(3):640-

647. doi:10.1016/j.arth.2013.07.043.

[10] Dr Rémi: chirurgien orthopédiste à Toulouse. Sexualité et prothèse de hanche [Internet]. 2021 [cited 2026 Apr 24]. Available from: http://www.docteur-remi.fr/2021/02/15/sexualité-et-prothèse-de-hanche/

[11] Den Daas A, Reitsma EA, Knobben BAS, Ten Have BLEF, Somford MP. Patient satisfaction in different approaches for total hip arthroplasty. Orthop Traumatol Surg Res. 2019;105(7):1277-1282. doi:10.1016/j.otsr.2019.08.003.

[12] Meyer H, Stern R, Fusetti C, Salsano F, Campana A, Hoffmeyer P. Sexual quality-of-life after hip surgery. J Orthop Traumatol. 2003;4(1):21-25. doi:10.1007/s101950300003.

[13] Hôpitaux Robert Schuman SA. Prothèse totale de la hanche: brochure d'information pour les patients [Internet]. Available from: https://www.hopitauxschuman.lu/wp-content/uploads/2024

[14] Wall PDH, Hossain M, Ganapathi M, Andrew JG. Sexual activity and total hip arthroplasty: a survey of patients' and surgeons' perspectives. HIP Int. 2011;21(2):199-205. doi:10.5301/hip.2011.6518.

[15] Agout C, Rosset P, Druon J, Brilhault J, Favard L. Epidemiology of malpractice claims in the orthopedic and trauma surgery department of a French teaching hospital: a 10-year retrospective study. Orthop Traumatol Surg Res. 2018;104(1):11-15. doi:10.1016/j.otsr.2017.11.007.

[16] Mouton J, Gauthé R, Ould-Slimane M, Bertiaux S, Putman S, Dujardin F. Litigation in orthopedic surgery: what can we do to prevent it? Systematic analysis of 126 legal actions involving four university hospitals in France. Orthop Traumatol Surg Res. 2018;104(1):5-9. doi:10.1016/j.otsr.2017.11.002.

To cite this article

E Tapsoba, DSR Kabore, AB Sawadogo, A Ouangre, IR Kieno, M Soulama. Resumption of Sexual Activity After Primary Total Hip Arthroplasty (THA) via the Anterolateral Approach. Jaccr Surgery 2026; 2(2): 48-56

https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.002L022705

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

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

JaccrSURGERY

Original article

Digestive Surgical Abdominal Emergencies: Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Prognostic Aspects at the Hôpital Principal de Dakar

Les urgences chirurgicales abdominales digestives : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques à l'hôpital principal de Dakar

M Faye*[1], B Ndiaye[1], B Abamou[1], CV Bouma[1], M Mboup[1], M Seck[1], R Gomis[1], I Sall[1], Eugene GPA Dieme[1], O Fall[1], A Sow[1]

Résumé

Introduction : L'objectif de notre travail était d'analyser les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des urgences abdominales digestives ainsi que les facteurs associés aux complications post opératoires.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive et analytique sur une période d'un an (1 Août 2022 – 31 juillet 2023). Tous les patients âgés de plus de 15 ans présentant une urgence abdominale digestive ont été inclus.

Résultats : Nous avions colligé 272 patients. L'âge moyen était de 39 ans (± 17,3) et le sex ratio de 2. Le délai moyen de consultation était de 120 heures ± 447,7 (5 jours). La pathologie appendiculaire (44,5%), la péritonite aiguë généralisée (17,3%) et l'occlusion intestinale aiguë (16,2 %) étaient les pathologies les plus notées. Le traitement chirurgical était pratiqué dans 86% des cas et la laparotomie médiane était la voie d'abord la plus utilisée (92%). La durée d'attente moyenne pour la chirurgie était de 45,0 ± 112,3 heures (2 jours). Un traitement médical a été appliqué chez 11,4% et un traitement instrumental était indiqué chez 2,57 % des patients. La morbidité opératoire était de 19,6% (n=46) et l'infection du site opératoire était la principale complication post opératoire (n=23). La mortalité globale était de 2,7% (n=7). Les facteurs liés à la survenue de complications étaient l'état général OMS (p = 0,004), le taux d'hémoglobine (p = 0,015), les occlusions intestinales aiguës (p = 0,049) et la péritonite aiguë généralisée (p = 0,030).

Conclusion : Les urgences chirurgicales digestives posent un problème de santé publique avec une morbidité et une mortalité importantes, à cause des délais diagnostiques et thérapeutiques. Cette étude devrait permettre d'améliorer la qualité des soins et

les suites opératoires.

Mots-clés : urgence digestive, épidémiologie, facteurs pronostiques, Sénégal.

Abstract

Introduction: The aim of our study was to analyze the epidemiological, diagnostic, and therapeutic aspects of digestive abdominal emergencies, as well as the factors associated with postoperative complications.

Methodology: This was a retrospective cross-sectional study with descriptive and analytical aims, conducted over a one-year period (August 1, 2022 – July 31, 2023). All patients over 15 years of age presenting with a digestive abdominal emergency were included.

Results: We collected data from 272 patients. The mean age was 39 years (± 17.3), and the male-to-female ratio was 2:1. The mean time to consultation was 120 hours ± 447.7 (5 days). Appendiceal pathology (44.5%), generalized acute peritonitis (17.3%), and acute intestinal obstruction (16.2%) were the most frequently observed pathologies. Surgical treatment was performed in 86% of cases, with midline laparotomy being the most frequently used approach (92%). The mean waiting time for surgery was 45.0 ± 112.3 hours (2 days). Medical treatment was administered to 11.4% of patients, and instrumental treatment was indicated in 2.57%. The operative morbidity rate was 19.6% (n=46), and surgical site infection was the main postoperative complication (n=23). The overall mortality rate was 2.7% (n=7). Factors associated with the occurrence of complications were WHO performance status ($p = 0.004$), hemoglobin level ($p = 0.015$), acute bowel obstruction ($p = 0.049$), and generalized acute peritonitis ($p = 0.030$).

Conclusion: Digestive surgical emergencies pose a public health problem with significant morbidity and mortality due to diagnostic and therapeutic delays. This study should help improve the quality of care and postoperative outcomes.

Keywords: digestive emergency, epidemiology, prognostic factors, Senegal.

Introduction

Surgical acute abdomens (SA) were conceptualized by Mondor as “abdominal conditions which, for the most part, for lack of surgical intervention obtained without delay, cause patients to succumb in a few hours or days” [1]. Nowadays, the dogma of systematic surgical intervention has evolved rather towards medical and/or surgical strategies, but the severity and prognosis remain the same in the absence of or delay in treatment. Thus, the World Health Organization (WHO) defines SA as abdominal pain evolving for a few hours or days (less than three) that are related to a surgical pathology requiring emergency treatment [2]. They represent 5 to 10% of urgent hospital admissions [3, 4]. There is great diversity in the causes of SA, including digestive and extra-digestive etiologies. Among these SA, digestive surgical abdominal emergencies (DSAE) represent at least 80% of cases [3]. These are at the heart of surgical activity due to their frequency but also because of the prognosis. Morbidity and mortality are multiplied by a factor of 3 and 4 respectively compared to scheduled surgery [5]. Mondor’s and WHO’s definitions remind us of the imperative for accurate and early diagnosis, and the need for treatment as soon as possible; the only guarantees of a favorable outcome. Thus, the main objective was to analyze our management of DSAE through these epidemiological, diagnostic, and therapeutic aspects. The secondary objective was to identify the factors associated with the occurrence of complications.

Methodology

This was a retrospective cross-sectional study with descriptive and analytical aims conducted over a one-year period (August 1, 2022 – July 31, 2023). We included adult patients (aged over 15 years) presenting with a digestive surgical abdominal emergency, traumatic or non-traumatic, who received surgical, medical, or instrumental treatment.

Urological, gyneco-obstetrical, and proctological

pathologies were not included.

Data were collected using a self-administered online survey form via the ONA data kit, free software available online for data collection and analysis.

The variables studied included:

- age, sex;
- consultation delay, mode of admission;
- American Society of Anesthesiologist (ASA) score;
- vital signs: blood pressure, temperature, heart rate, respiratory rate, state of consciousness;
- biology: hemoglobin level, hematocrit, white blood cells, creatinine, kalemia, natremia;
- final diagnosis, duration of surgical intervention, and length of hospitalization;
- complications were assessed according to the Dindo-Clavien classification;
- factors for the occurrence of postoperative complications were also studied.

Bivariate and multivariate logistic regression was performed to identify risk factors for postoperative complications. For qualitative variables, the statistical tests used included the Pearson Chi-square test or, when the conditions for its application were not met, Fisher's exact test. For quantitative variables, Student's t-test or Mann-Whitney test were applied depending on data distribution. The odds ratio was used to retain predictive factors for complications if the value was greater than or equal to 1. A p-value less than 0.05 was retained as the significance threshold. All statistical analyses were performed using R Studio software, version 2024.04.0.

Results

Epidemiological Data

We included 272 patients presenting with a digestive surgical emergency. This represented 28% of all our hospitalization activity during this period (272/974). The mean age of included patients was 39 years ± 17.3. The most represented age group was between 20 and 39 years. The sex ratio was 2.1 (185 men for 87 women).

Consultation Delay and Mode of Admission

The mean consultation delay of patients was 120 hours ± 447.7 (5 days). Regarding means of transport to the hospital, 2.6% of patients (n=7) were transported by ambulance and 2.2% (n=6) by firefighters. For the majority of patients, 95.2% (n=259), information regarding the means of transport was unavailable.

ASA Score

An ASA score of 1 (no comorbidity) was noted in 87.50% (n=238) of patients.

Vital Signs

Fever (temperature greater than or equal to 37.5°C) was present in 25 patients (9.2%). Shock (systolic blood pressure below 90 mmHg and diastolic blood pressure below 65 mmHg) was noted in 2.2% of patients (n = 6).

Biology

Anemia (hemoglobin level below 12 g/dL) was observed in 72 patients (26.5%), leukocytosis (white blood cell count above 10,000 elements/mm³) in 127 patients (46.7%), and leukopenia (white blood cell count below 4,000 elements/mm³) in 12 patients (4.4%). Kidney failure (creatinine above 14 mg/L) was noted in 9 patients (3.3%). Electrolyte disorders (kalemia not between 3.5 and 5.5 mmol/L; natremia not between 136 and 145 mmol/L) were found in 77 patients (28.3%). Hyperkalemia (kalemia above 5.5 mmol/L) concerned 2.2% of patients (n = 6) and hypokalemia (kalemia below 3.5 mmol/L) concerned 11.8% of patients (n = 32). Hypernatremia (natremia above 145 mmol/L) concerned 1.5% of patients (n = 4) and hyponatremia (natremia below 136 mmol/L) was noted in 12.9% of patients (n = 35).

Imaging

Medical imaging was performed in 252 patients (92.6%). CT scan was the most performed examination in 163 patients (47.1%). It was performed alone in 48.2% of cases (n = 131).

Pathologies

Appendiceal pathologies and peritonitis were the main conditions noted, with respective frequencies of 44.5% (n = 121) and 17.3% (n = 47) (Table I).

In appendiceal pathology, simple acute appendicitis

(Figure 1) was noted in 64% of patients (78/121), followed by appendiceal abscesses in 17% of cases. Ulcer perforation was the most frequent etiology of peritonitis in 47% of cases (22/47) (Figure 2). Adhesive bowel obstruction was the main etiology of acute intestinal obstruction (61.4%), followed by pelvic colon volvulus in 15.9% of cases (Figure 3). Abdominal trauma mainly concerned abdominal wounds in 58% of cases (n= 14) (Figure 4). Abdominal contusions were noted in 42% (n= 10) of abdominal trauma cases.

Treatment

Surgical Treatment

It was performed in 234 patients (86%). Laparotomy (midline or elective) was the main approach in 92% (n=215/234) of operated patients. The mean waiting time for surgery was 45.0 ± 112.3 hours (2 days).

Medical Treatment

Patients who received this treatment numbered 31 (11.4%). Adhesive bowel obstruction without signs of severity was the main indication (n= 13) (Table II). The 2 non-penetrating abdominal wounds that did not require surgical exploration but suturing under local anesthesia were taken into account as a non-operative strategy.

Instrumental Treatment

It was indicated in 2.57% of patients (n= 7). It mainly involved detorsion by Faucher catheter for 3 pelvic colon volvulus cases.

Morbidity

The overall operative morbidity was 19.6% (n=46). Clavien-Dindo classification grade 1 was noted in 65.2% of cases (n=30). The main postoperative complication was surgical site infection (SSI), noted in 23 patients, i.e., 9.8% of operated patients (Table III). In our study, nine patients had an intensive care stay, i.e., 3.3%. The mean length of hospitalization there was 4.2 ± 3.0 days.

Mean Length of Hospitalization

The mean length of hospitalization for all patients was 7.1 ± 5.9 days.

Mortality

The overall mortality was 2.7% (n=7). The causes of death were determined in 3 patients, all following septic shock.

Prognostic Factors for Complications

Logistic regression showed the prognostic factors related to the occurrence of complications: WHO performance status 2 (p= 0.004), hemoglobin level (a decrease in hemoglobin level at admission of 1 g/dL from normal leads to a 19% increase in complication risk), acute intestinal obstructions (p=0.049), generalized acute peritonitis (p=0.03) (Table IV).

Table I: Distribution of patients according to diagnosis (n=272)

Pathologies	n	Percentage (%)
Appendiceal pathology	121	44.5
Acute peritonitis	47	17.3
Acute intestinal obstruction (AIO)	44	16.2
Strangulated abdominal wall hernia	26	9.5
Abdominal trauma	24	8.8
Other pathologies	10	3.7
Cholecystolithiasis (5), Hepatic abscess (1)		
Acute mesenteric ischemia without distress (1)		
Pseudocyst of pancreas (1), IBD/cecal inflammation (1)		
Stenosing antro-pyloric tumor (1)		
Total	272	100

Table II: Distribution according to medical treatment (n=31)

Pathologies	Treatment	n
Adhesive bowel obstruction	Nasogastric tube	13
Contusion	Non-operative treatment	6
Non-penetrating abdominal wound	Non-operative treatment	2
Appendiceal phlegmon	Antibiotic therapy	2
Colon tumor	Symptomatic treatment	2
Fecaloma obstruction	Manual disimpaction + laxative	1
Pelviperitonitis	Antibiotic therapy	1
Perforated diverticulitis	Antibiotic therapy	1
Acute mesenteric ischemia	Heparin therapy	1
Acute lithiasic cholecystitis	Antibiotic therapy	1
Stenosing antro-pyloric tumor	NGT + analgesic	1
Total		31

Table III: Distribution of morbidity according to the Clavien-Dindo classification (n=46)

Grades	Conditions	n (46)	Percentage (%)
Grade I	Superficial SSI	23	65.2
	Urethral trauma	1	
	Chest pain	1	
	Fever	1	
	Acute urinary retention	2	
	Postoperative ileus	1	
	Median wound bleeding	1	
Grade II	Decompensated heart failure	1	13
	Anemia	1	
	Anemia + HTN	1	
	TACFA	1	
	Hypokalemia	1	
Grade IIIa	Adhesive bowel obstruction	1	2.2
	Digestive fistula	1	
Grade IIIb	Postoperative peritonitis	2	17.4
	Textiloma	1	
	Evisceration	2	
	Intraperitoneal abscess	1	
	Organ/space SSI	1	
	Early adhesive obstruction	1	
Grade IV	Septic shock	1	2.2
Total		46	100

Table IV: Analytical study of factors associated with morbidity

	crude OR (95%CI)	crude P value	adj. OR (95%CI)	adj. P value
Hemoglobin level (g/dL)	0.81 (0.7, 0.95)	0.008	0.81 (0.68, 0.96)	0.015
AIO: Yes vs No	1.86 (0.83, 4.15)	0.129	2.74 (1, 7.49)	0.049
GAP: Yes vs No	2.42 (1.15, 5.09)	0.02	2.77 (1.1, 6.97)	0.03
WHO Performance Status:				
0- Good	Ref		Ref	
1- Fair	1.11 (0.55, 2.24)	0.763	0.7 (0.3, 1.61)	0.397
2- Poor	7.9 (2.32, 26.85)	< 0.001	7.28 (1.86, 28.46)	0.004
3- Altered	11.28 (0.99, 129.14)	0.051	5.7 (0.42, 77.16)	0.19



Figure 1: Operative image of acute phlegmonous appendicitis extracted through a McBurney incision (image Dr M. Faye).



Figure 2: Operative image showing a perforated duodenal ulcer (image Dr M. Faye).

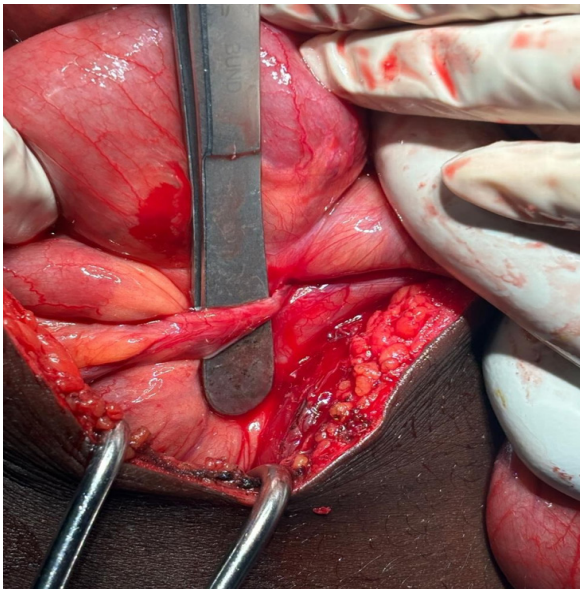


Figure 3: Peroperative image showing adhesive bowel obstruction with mesenteric band (image Dr M. Faye).

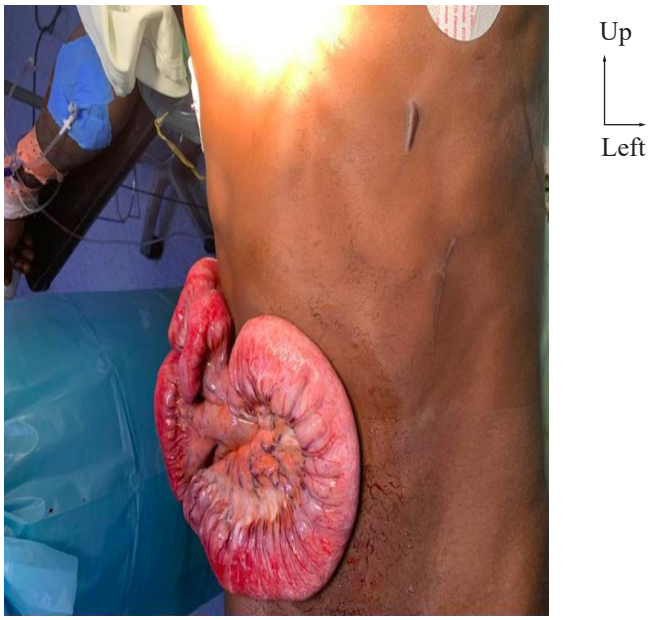


Figure 4: Peroperative image showing evisceration by sharp weapon (Photo Dr M. Faye).

Discussion

Limitations

Our study had as its main limitation the retrospective monocentric character with significant data loss. This explains the large variations observed in the analysis of certain quantitative variables, and the lack of knowledge of emergency transport means in 95% of cases.

Epidemiological Aspects

DSAE represented 28% of our hospital activity. Similar frequencies have been reported in other studies conducted in Senegal [6,7]. Some authors state that this is the main activity of the digestive surgeon in Africa [8,9,10]. The majority age group in our study was between 20 and 39 years, with a mean age of 39 years. These results are comparable to those reported by Ndong et al. at the Regional Hospital of Saint-Louis (Senegal) [6].

Furthermore, a clear male predominance was observed in our study, with 68% men versus 32% women, giving a male-to-female sex ratio of 2. This prevalence of men and young people is a characteristic frequently reported in African series [11, 12, 13, 14, 15].

Mean Consultation Delay

The mean consultation delay in our study was 5 days, demonstrating significant diagnostic delay; which can "cause patients to succumb in a few hours or days" according to Mondor. Similar late consultations have been reported in several African series, notably by Coulibaly et al. [16] (Mali) and Camara et al. [17] (Guinea), who respectively found mean delays of 4.8 days and 4 days after the onset of first symptoms. This situation can be explained by several factors, including the frequently observed wait-and-see attitude in our regions, often linked to a low socioeconomic level.

Diagnostic Aspects

Appendiceal pathology represented the main cause of digestive surgical emergencies in our series, with a rate of 44.5%. These results are comparable to those reported by Soumah [18] and Ndong [6] in Senegal, as well as by Coulibaly [16] in Mali, who respectively observed frequencies of 65.9%, 25.1%, and 35%. A similar trend is observed in Western countries, where the prevalence of acute appendicitis is estimated at 7% [19].

However, in several other African studies, appendicitis occupies second or third place, after peritonitis and

acute intestinal obstruction [9, 15, 20]. This can be explained by prolonged management delays, which favor the natural evolution of acute appendicitis towards serious complications such as peritonitis. Acute peritonitis represented the second cause of digestive surgical emergencies in our study, with a frequency of 17.3%. Camara [17] in Mali and Soumah in Senegal [18] reported similar results with prevalences of 22% and 14%. However, Kambiré [14] (Burkina Faso) and Julie [21] (Brazzaville Congo) reported results showing a predominance of peritonitis, ahead of strangulated hernias and appendicitis. This variation could be explained by a different classification of appendicular peritonitis, often included in peritonitis etiologies rather than in appendicitis. Gastroduodenal ulcer perforation constituted the main etiology of acute peritonitis, found in 47% of patients. However, Dembélé et al. [12] (Mali) and Malik et al. [22] (Pakistan) noted typhoid ileal perforation as the main cause of peritonitis.

Acute intestinal obstructions represented the third cause of abdominal surgical emergencies in our study (16.2%). This frequency is similar to those reported by Ahmed et al. [23] in Egypt (13.4%) and Coulibaly et al. [16] in Mali (15%), where intestinal obstructions also occupied third place among abdominal emergencies. Adhesive bowel obstruction constitutes the most noted etiology in the African context [14, 22], where the frequency of laparotomies increases the risk of postoperative adhesion formation.

Strangulated hernias were ranked 4th in our series (9.6%). However, higher frequencies were observed in the studies of Kambiré [14] in Burkina and Ndong [6] in Saint Louis, Senegal, where strangulated hernias occupied 2nd place among digestive emergencies. This difference seems more contextual than real.

Traumatic surgical emergencies were less frequent in our study (8.8%). This frequency was similar to those found in various series in the African literature [17, 21, 23].

Treatment

Therapeutically, we note the near absence of laparoscopy in emergency settings for organizational and logistical reasons. Furthermore, the surgical management of DSAE is well codified with known techniques. It should also be emphasized that medical and instrumental treatment occupied an important place, having been indicated in 13.9% (n=38) of our patients. The management of DSAE is therefore multidisciplinary, and final therapeutic decisions are adapted after discussion during the emergency staff meeting. The long mean waiting time (2 days) for surgery is explained by the overwhelming influx at surgical emergencies and the availability of only one on-call team. This delay is harmful for DSAE, as reported by Adamu et al. in Nigeria [24].

Morbidity

An overall morbidity of 19.9% was observed, a non-negligible rate. This result is comparable to those of Soumah et al. [18] (Senegal), who reported postoperative morbidity of 18.2%, and Katwere et al. [25] (Benin), with 17.97%. Complications in our cohort were assessed according to the Clavien-Dindo classification and mainly concerned surgical site infections (SSI) observed in 9.8% of operated patients. The high frequency of SSI in African contexts can be explained by several factors, including diagnostic delay which favors microbial proliferation, insufficient compliance with asepsis and antisepsis rules in the operative setting, the prevalence of peritonitis, as well as factors related to the patient's condition and altered general status.

Prognostic Factors for Complications

Bivariate and multivariate analyses showed poor general condition, intestinal obstruction, peritonitis, and hemoglobin level as the main factors influencing morbidity in our study. Gelebo et al. [26], in Ethiopia and Fowler et al. [27] in England in their respective series also established a link between anemia and the occurrence of postoperative complications (increased risk of intraoperative transfusion, prolonged ICU admission, and SSI). In Senegal, Ndong [6] and Tendeng [9] associated mortality with delayed management. Similar results were found in several series in the African literature [14, 11, 24, 27]. They are explained by patients' financial constraints and

the non-permanent availability of the operating room. These data raise the question of social coverage in our countries and the improvement of peripheral health structures.

Conclusion

Digestive surgical abdominal emergency is a daily concern in terms of diagnosis, management, and prognosis. In our study, it is the domain of young adult males, and its diagnosis is often clinical with the support of imaging.

Appendiceal pathology is the most frequent, and non-operative treatment occupies an important place. Morbidity and mortality remain high with fairly long consultation and management delays.

The organization and coordination of the intra-hospital care pathway are essential to reduce diagnostic and therapeutic delays. It is therefore necessary to consider the management of DSAE as a global chain of care to improve the quality of care and postoperative outcomes.

***Correspondence :**

Magatte Faye

adjigougna@gmail.com

Available online : May 27, 2026

1 : Department of Surgery, Hôpital Principal de Dakar, Senegal

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflict of interest : None

References

[1] Mondor H. Diagnostics urgents, abdomen. 7e éd. Paris: Masson; 1949.

[2] Gaye I, Leye PA, Traoré MM, Ndiaye PI, Ba EHB, Bah MD, et al. Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU Aristide Le Dantec. Pan Afr Med J. 2016;24:190.

[3] Bouillot JL, Bresler L. Abdomens aigus : prise en charge diagnostique. Dans: Rapport présenté au 106e Congrès français de chirurgie. Paris: Arnette; 2004. p. 451-67.

[4] White M, Councilman F. Troubleshooting acute abdominal pain. Emerg Med. 2002;34(1):34-42.

[5] Havens JM, Peetz AB, Do WS, Cooper Z, Kelly E, Askari R, et al. The excess morbidity and mortality of emergency general surgery. J Trauma Acute Care Surg. 2015;78(2):306-11.

[6] Ndong A, Moche ST, Togtoga L, Bah MS, Ndoye PD, Konaté I, et al. Epidemiological profile of abdominal surgical emergencies in adults at the Saint-Louis Regional Hospital (Senegal) between 2021 and 2022: a cross-sectional study. Rw Public Health Bull. 2024;5(1):53-9.

[7] Touré CT, Dieng M. Emergency care in tropical areas: status report based on surgical emergencies in Senegal. Médecine Tropicale.

[8] Harouna Y, Ali L, Seibou A, Abdou I, Gamatie Y. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger). Médecine d'Afrique Noire. 2001;6.

[9] Tendeng JN, Ndong A, Diao ML, Sagna A, Diedhiou M, Dieng M, Manyacka PM, Konate I. Management of digestive surgical emergencies: prospective study of 118 cases. J Afr Chir. 2018;5(2):92.

[10] Zué AS, Josseaume A, Nsafu DN, Galoisy-Guibal L, Carpentier JP. Surgical emergencies at Libreville hospital center. Ann Fr Anesth Reanim. 2003;22:189-95. doi:10.1016/S0750-7658(03)00008-X.

[11] Ademe Y, Seyoum N, Lemma R. Surgical management of acute abdomen in adult patients: Experience from a private hospital in Addis Ababa. Ethiop J Health Sci. 2022;32(4):729-38.

[12] Dembélé KS. Urgences chirurgicales digestives au Centre de Santé de Référence de Douentza. J Chir Spéc Mali. 2022;1(2):41-7.

[13] Harissou A, Ibrahim AM, Oumarou H. Retard diagnostique et implication pronostique en milieu africain: cas des urgences en chirurgie digestive à l'Hôpital national de Zinder, Niger. Eur Sci J. 2015;11.

[14] Kambiré JL, Zida M, Ouédraogo S, Ouédraogo S, Traoré SS. Les urgences en chirurgie digestive au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (Burkina Faso): à propos de 394 cas. Sci Tech Sci Santé. 2018;41(1):53-60.

[15] Magagi IA, Adamou H, Habou O, Magagi A, Halidou M, Ganiou K. Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne: étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hôpital national de Zinder, Niger. Bull Soc Pathol Exot. 2017;110(3):191-7.

[16] Coulibaly M, Traoré D, Togola B, Sanogo S, Bengaly B, Kanté A, et al. Diagnosis and treatment of acute surgical abdomen in Koutiala. Mali Méd. 2019;34(4):11-4.

[17] Camara M, Kone AC, Camara T, Dembélé BT, Diawara Y, Traoré D, et al. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des urgences abdominales chirurgicales à l'Hôpital Préfectoral de Siguiri (Guinée). Health Sci Dis. 2021;22(6).

[18] Soumah SA, Ba PA, Diallo-Owono FK, Touré CT. Les abdomens aigus chirurgicaux en milieu africain: étude d'une série de 88 cas à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Thiès, Sénégal. Bull Med Owendo. 2011;13.

[19] Collège français de chirurgie générale, viscérale et digestive, Conseil national des universités de chirurgie digestive. Chirurgie générale, viscérale et digestive: iECN 2020, 2021, 2022. 3e éd actualisée. Paris: Med-line éditions; 2022.

[20] Gaye I, Leye PA, Traoré MM, Ndiaye PI, Ba EHB, Bah MD, et al. Prise en charge péri opératoire des urgences chirurgicales abdominales chez l'adulte au CHU Aristide Le Dantec. Pan Afr Med J. 2016;24:190.

[21] Julie NMME, D MM, Pdg LM, M SY, P EO, M BM, et al. Serious digestive surgical emergencies at the University Teaching Hospital of Brazzaville. Health Sci Dis. 2024;25(1).

[22] Malik M, Iqbal M, Magsi AM, Parveen S, Khan MI, Shamim M, et al. Causes of acute peritonitis and its outcome in tertiary medical centre. J Liaquat Univ Med Health Sci. 2019;18(3):193-6.

[23] Ahmed A, Dauda M, Garba S, Ukwenya Y. Emergency abdominal surgery Zaria, Nigeria. S Afr J Surg. 2010;48:76-80.

[24] Adamu A, Maigatari M, Lawal K, Iliyasu M. Waiting time for emergency abdominal surgery in Zaria, Nigeria. Afr Health Sci. 2010;10(1):46-53.

[25] Katswere J, Attolou S, Natta N'tcha H, Mupepe Kumba A, Liady A, D K, et al. Surgical abdominal emergencies in disadvantaged areas: epidemiologic and therapeutic aspects. J Med Res. 2018;4:223-6.

[26] Gelebo KG, Neme D, Destaw B, Aweke Z, Kasa SM. The effect of preoperative anemia on perioperative outcomes among patients undergoing emergency surgery: A multicenter prospective cohort study. Heliyon. 2023;9(7):e17804.

[27] Fowler AJ, Ahmad T, Phull MK, Allard S, Gillies MA, Pearse RM. Méta-analyse de l'association entre l'anémie préopératoire et la mortalité après chirurgie. Br J Anaesth. 2015;102(11):1314-24.

To cite this article

M Faye, B Ndiaye, B Abamou, CV Bouma, M Mboup, M Seck et al. Digestive Surgical Abdominal Emergencies: Epidemiological, Diagnostic, Therapeutic and Prognostic Aspects at the Hôpital Principal de Dakar. Jaccr Surgery 2026; 2(2): 57-66

https://doi.org/10.70065/2622.jaccrSurg.003L022705

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.