

<https://surgery.jaccrafrica.com>

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

Jaccr Surgery

ISSN 2712-6412

<https://surgery.jaccrafrica.com>

Volume 1, Numéro 2 (Juillet, Août, Septembre 2025)

Jaccr SURGERY

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

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

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

JACCR SURGERY est né de cette réalité.

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

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

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

Vous pouvez soumettre vos manuscrits en Français et en Anglais.

Contact : infos@surgery.jaccrafrica.com

Articles publiés dans ce numéro

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

Ectopie de l'hémi bourse et infertilité masculine : A propos d'un (01) cas au service d'Urologie-Andrologie de l'Hôpital National Ignace Deen de Conakry

D Cissé, AH Bah L'imam, AO Barry, LR Gnammi, MF Bangoura, TMO Diallo, MB Bah, TO Diallo, MD Bah, D Kanté, RFA Guilavogui, AB Diallo, OR Bah

Duplication gastrique chez le nourrisson à propos d'un cas au Mali

MB Coulibaly, M Diassana, S Diaby, B Traoré, K Mallé, B Kamaté, MA Dembélé, H Toungara, MK Djiré, OS Coulibaly, A Cissouma, AB Diallo, I Amadou, Y Coulibaly

Présentation inhabituelle d'un Mal de Pott : à propos d'un cas

MA Sanda, A Issa, H Maman, A Kelani

Résultats des cures de fistules urogénitales (FUG) complexes à Abidjan CHU de Treichville en 2023

DD Yeo, A-R Binaté, E Yao, T Adebayo, M Tuo, M-A Yebouet, N Coulibaly

Fractures de l'extrémité distale du radius chez les enfants de moins de 15 ans au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) au Burkina-Faso

B Bere, SAK Bouda, A Ouangre, B Neya, O Zampou, SNO Ganame, E Bandre

Pelvic fracture associated with hip dislocation in a 2-year-old child: About a case

G Ide, H Moustapha, HMS Issoufou, NA Sabiou Arzika, S Ille, H Adamou, A Habibou

Péritonite par perforation du grêle par corps étrangers multiples ingérés : à propos d'un cas

HN Natta N'Tcha, E Lawin, MEM Gbessi, V Ewassadja, MA Hodonou

Aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des urgences urologiques au CHU de Cocody

AP Gnabro Gnakouri, CC Vodi, A Fofana, F Kramo Nykan, A Drabo, I Coulibaly, K Konan, B Kouamé, PG Konan, A Dekou



Cas clinique

Ectopie de l'hémi bourse et infertilité masculine : A propos d'un (01) cas au service d'Urologie-Andrologie de l'Hôpital National Ignace Deen de Conakry

Ectopia of the Hemiscrotum and Male Infertility: A Case Report from the Urology-Andrology Department of Ignace Deen National Hospital, Conakry

D Cissé*¹, AH Bah L'imam¹, AO Barry¹, LR Gnammi¹, MF Bangoura¹, TMO Diallo¹, MB Bah¹, TO Diallo¹, MD Bah¹, D Kanté¹, RFA Guilavogui¹, AB Diallo¹, OR Bah¹

Résumé

Les anomalies congénitales de la bourse sont rares, particulièrement l'ectopie de la bourse. Nous décrivons un cas d'ectopie de l'hémi bourse gauche dans la région hypogastrique chez un adulte de 33 ans qui a consulté pour infertilité masculine. Il présentait cliniquement un testicule dans le scrotum en position orthotopique et le hémi bourse gauche en position ectopique avec un testicule non descendu associé à une hernie et à une hypoplasie de l'hémi-bourse gauche. Le traitement chirurgical a été réalisé en un temps. Un (01) mois après l'intervention chirurgicale, le testicule gauche repositionné avait un meilleur aspect intra scrotal au niveau du périnée.

Mots-clés : Scrotum, ectopie, testicule, infertilité masculine, orchidopexie.

Abstract

Congenital anomalies of the scrotum are rare, particularly scrotal ectopia. We report the case of a 33-year-old man who presented with male infertility and was found to have an ectopic left hemiscrotum located in the hypogastric region. On clinical examination, the right testis was in an orthotopic position within the scrotum, while the left hemiscrotum was ectopically positioned, associated with an undescended testis, a hernia, and hypoplasia of the left hemiscrotum. Surgical correction was performed in a single stage. One month after surgery, the repositioned left testis showed a satisfactory intrascrotal appearance within the perineal region.

Keywords: Scrotum, ectopia, testis, male infertility, orchidopexy.

Introduction

L'hémi scrotum ectopique est le développement en position anormale du tissu scrotal correspondant à un hémi-scrotum, avec l'autre hémi-scrotum topographiquement normal mais déficient [1]. Il s'agit d'une anomalie congénitale rare pouvant survenir n'importe où, partant du canal inguinal au périnée, voir même sur la cuisse. Cependant, il existe une confusion dans la littérature entre un scrotum accessoire et ectopique [2]. L'emplacement du scrotum ectopique est variable avec la présence ou l'absence d'un testicule [3]. La pathogenèse de cette anomalie semble principalement liée à une insertion et une migration anormale du gubernaculum testis [2]. Lockwood a décrit 4 localisations distales liées à l'attachement gubernaculaire : région pubienne, région inguinale superficielle, région saphène et région périnéale [4]. L'importance de cette anomalie rare découle de son association avec d'autres malformations congénitales. Ainsi, tous les cas d'ectopie de la bourse doivent nécessiter des explorations approfondies afin d'exclure d'autres anomalies, y compris l'association VACTERL [3 ; 5]. Par ailleurs, l'infertilité masculine n'est pas décrite comme un symptôme spécifique des patients atteints d'un scrotum ectopique. Elle serait l'apanage des testicules ectopiques généralement retrouvée dans les scrotums ectopiques [6].

Les troubles congénitaux du scrotum sont peu fréquents avec un effectif de 28 cas de scrotum ectopique, rapporté dans la littérature [7]. La correction du scrotum ectopique reste chirurgicale, un âge de six à douze mois est considéré comme approprié pour la scrotoplastie et l'orchidopexie [1]. Différentes techniques chirurgicales, telles que le lambeau de rotation, l'incision en Y inversé, la plastie en Z ou l'excision de l'hémi-scrotum ectopique, ont été utilisées, mais aucune n'a produit des résultats esthétiques optimaux pour tous les types [8]. Nous rapportons un cas de scrotum ectopique supra-pubien corrigé en un temps opératoire. Cette méthode chirurgicale avait été décrite par Hengyou Wang [8], qui avait réalisé une scrotoplastie et une orchidopexie

indiquées pour un scrotum supra-inguinal ectopique.

Cas clinique

Notre étude a porté sur un homme âgé de 33 ans, époux d'une femme âgée de 26 ans. Le couple serait marié depuis 09 ans sans aucune notion de conception. L'examen physique a objectivé une tuméfaction cutanée sus-pubienne d'aspect ridé, hyper pigmenté typique d'un scrotum normal. La bourse ectopique recouvrait l'anneau inguinal externe à gauche et communiquait à travers l'orifice externe, avec un hémi-bourse gauche hypoplasique. La bourse ectopique contenait un testicule d'aspect hypotrophique ainsi qu'un sac herniaire réductible. L'hémi-bourse droite était d'aspect normal et contenait un testicule de petite taille. Le raphé médian était normalement constitué avec un pénis d'aspect normal. Le reste de l'examen n'a retrouvé aucune présence de varicocèle, ni d'autres anomalies congénitales associées. Les caractères sexuels secondaires étaient d'aspect normal.

L'exploration échographique avait révélé une ectopie du testicule gauche supra-pubien, associée à une hernie non étranglée et à une hypotrophie testiculaire bilatérale, le volume testiculaire gauche était de 6,2 ml ; le volume testiculaire droit était de 9,8 ml). L'analyse spermologique du patient a conclu à une oligo-asthéo-térato-nécrospermie. La numération des spermatozoïdes était de 7 millions/ml ; vitalité était de 8 % ; mobilité à 7 %. Le bilan hormonal avait mis en évidence une élévation du taux de FSH sérique à 14,19 mUI/ml pour une fourchette de 1,50 – 11,80 ; une normalité du taux de LH à 21,12 [1,10 – 25] et une hyperprolactinémie prolactine = 18,58 ug/l [2,10 -15,90]. La testostéronémie totale et le caryotype n'ont pas été réalisés dans notre étude.

Au bloc l'exploration chirurgicale de la bourse ectopique avait révélé un testicule hypotrophique, la présence d'un sac herniaire réductible et un trajet intra-inguinal communiquant avec un hémi-scrotum gauche hypoplasique. Ce qui a permis de réaliser une orchidopexie gauche, avec exérèse de l'hémi scrotum ectopique suivi d'une plastie cutanée réalisée à la fin

de l'intervention chirurgicale.

Les suites opératoires ont été simple avec l'ablation de fils de suture à J10.

Le patient a été revu après 01 mois, et présentait un testicule gauche intra-scrotale et d'aspect normal. Dans le cadre de sa fertilité, le patient a été soumis à des compléments vitaminiques à type de Vitamine E.



Figure 1 : Scrotum ectopique au niveau de l'hypogastre avec son contenu



Figure 2 : Scrotum ectopique après réduction du contenu scrotal



Figure 3 : Incision hypogastrique et l'orchidopexie gauche



Figure 4 : Fin de l'intervention avec mise en place d'un drain d'ALSAN

Discussion

Le premier cas de la bourse ectopique décrit dans notre service se rajoute aux données de la littérature, ayant rapportées environ vingt-huit (28) cas d'ectopie scrotale [7]. La bourse ectopique doit être différencié du scrotum accessoire. En général, la bourse ectopique contient un testicule et nécessite une translocation ou une excision du scrotum avec préservation du testicule. Le scrotum accessoire quant à lui ne contient pas de testicule. Il est généralement traité par simple excision après vérification qu'elle ne contient pas de testicule [8]. Les origines embryologiques des anomalies scrotales ne sont pas encore bien élucidées. Elles semblent être lié à un défaut dans la formation du gubernaculum [9]. Stephens a proposé la théorie de la pression mécanique sur le fœtus en développement, ce qui expliquerait également la présence d'autres anomalies congénitales associées [5].

Notre cas présentait une bourse ectopique supra-pubienne, contenant le testicule associé à une hernie réductible sur terrain d'hypofertilité primaire. Ceci reste conforme aux données de la littérature qui rapporte qu'une infertilité masculine est particulièrement décelée chez les sujets adultes. Ce qui pourrait s'expliquer par l'altération de la spermatogenèse retrouvée dans l'ectopie testiculaire, généralement liée à la bourse ectopique. Ces faits restent décrits dans la littérature qui rapporte que les testicules non descendus ont un impact majeur sur la fertilité masculine [6 ; 10]. La chirurgie reste recommandée entre 6 et 12 mois ou plus tôt si d'autres interventions chirurgicales sont nécessaires pour des anomalies associées [11]. La bourse ectopique peut être traité par une réparation en une étape, une réparation en deux étapes et une excision du tissu ectopique scrotal [8]. Notre patient a bénéficié d'une cure de la hernie suivie d'une orchidopexie, puis d'une excision du scrotum ectopique.

Aucune de ces techniques chirurgicales n'a su produire des résultats esthétiques optimaux pour tous les types. Bien que le choix de la technique reste

variable selon les différentes localisations du scrotum ectopique. Cependant, l'incidence de l'infertilité reste élevée même après un traitement chirurgical [6 ; 10].

Conclusion

La bourse ectopique est une malformation rare qui peut être révéler dans le cadre d'une infertilité masculine, le traitement est chirurgical et permet d'améliorer les paramètres spermioologiques.

*Correspondance :

CISSE Demba

adembacisse74@gmail.com

Disponible en ligne : 23 Août 2025

1 : Université Gamal Abdel Nasser de Conakry.
Faculté des Sciences et Technique de la Santé

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Moorthy HK, Pillai BS, Rathore RS, Metha N. Ectopic scrotum: A unique case report. *Can Urol Assoc J.* 2015;9(9-10):665-6.
- [2] Fahmy MAB. Normal and abnormal scrotum. In: Fahmy MAB, editor. *Scrotal anomalies: A comprehensive clinical guide.* Cham: Springer Nature; 2022. p. 205-13.
- [3] Wahyudi I, Deswanto I, Situmorang GR, Rodjani A. One-stage rotation flap scrotoplasty and orchidopexy for the correction of ectopic scrotum: A case report. *Urol Case Rep.* 2019;25:101032.
- [4] Lockwood CB. Development and transition of testis, normal and abnormal. *J Anat Physiol.*

1888;22:254.

- [5] Hasan S, Mitul AR, Sabbir K. Ectopic scrotum with VACTERL association. *J Neonatal Surg.* 2017;6:36.
- [6] Yang C, Chen H, Huang Y, Li P, Tian R, Li Z. Transverse testicular ectopia associated with persistent Müllerian duct syndrome in infertile male: two case reports and literature review. *Transl Androl Urol.* 2021;10(1):512-9.
- [7] Singh RR, Seager RL, Mohamed S, Misra D, Joshi A. Ectopic scrotum: Single-stage rotational flap reconstruction with orchidopexy. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2020;58:101442.
- [8] Wang H, Tang D, Yan X. Unilateral suprainguinal ectopic scrotum: Case report and literature review. *Urol Int.* 2023;107(5):539-42.
- [9] Gardikis S, Kambouri K, Tsalkidis A, Angelidou M, Pitiakoudis M, Vaos G. Inguinal ectopic scrotum in a newborn: Case report and literature review. *Pediatr Int.* 2012;54(4):575-6.
- [10] Cobellis G, Noviello C, Nino F, Romano M, Mariscoli F, et al. Spermatogenesis and cryptorchidism. *Sex Exp Endocrinol.* 2014;5:63.
- [11] Palmer LS, Palmer JS. Prise en charge des anomalies des organes génitaux externes chez les garçons. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA, editors. *Campbell-Walsh Urology.* 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 3382.

Pour citer cet article

D Cissé, AH Bah L'imam, AO Barry, LR Gnammi, MF Bangoura, TMO Diallo et al. Ectopie de l'hémi bourse et infertilité masculine : A propos d'un (01) cas au service d'Urologie-Andrologie de l'Hôpital National Ignace Deen de Conakry. *Jaccr Surgery* 2025; 1(2): 1-5

<https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.001L012308>



Cas clinique

Duplication gastrique chez le nourrisson à propos d'un cas au Mali

Gastric duplication in infants: a case in Mali

MB Coulibaly*¹, M Diassana¹, S Diaby², B Traoré¹, K Mallé^{3,4}, B Kamaté⁵, MA Dembélé¹, H Toungara^{3,4}, MK Djiré⁵, OS Coulibaly^{3,4}, A Cissouma¹, AB Diallo¹, I Amadou⁵, Y Coulibaly⁵

Résumé

Introduction : Les duplications de l'appareil digestif sont des malformations congénitales rares en particulier gastrique. La symptomatologie est peu spécifique et le diagnostic est histologique.

Cas clinique : nourrisson de 17 mois de sexe féminin, admis au service de chirurgie pour une masse abdominale. L'examen clinique trouve un abdomen volumineux. La tomодensitométrie abdominale évoque à priori une sténose duodénale avec stase liquidienne en amont. L'exploration abdominale retrouve une formation kystique refoulant le pylore et longeant la grande courbure de l'estomac avec une vascularisation similaire à ce dernier. La chirurgie a consisté à effectuer une résection de la formation kystique dont la pièce a été envoyée en anatomie pathologie pour examen histologique qui confirme la duplication de la muqueuse antrofundique avec un

chorion infiltré de lymphoplasmocytes formant des follicules sans atypie.

Conclusion : La duplication gastrique est une affection rare, présente un polymorphisme clinique et le diagnostic chez l'enfant n'est pas souvent simple.

Mots-clés : duplication gastrique, malformations congénitales, nourrisson, Mali.

Abstract

Introduction: Duplications of the digestive system are rare congenital malformations, particularly gastric. Symptoms are nonspecific, and diagnosis is histological.

Clinical case: 17-month-old female infant admitted to the surgical department for an abdominal mass. Clinical examination revealed a large abdomen. Abdominal CT scan suggested duodenal stenosis with upstream fluid stasis. Abdominal exploration

revealed a cystic formation pushing back the pylorus and running along the greater curvature of the stomach, with similar vascularization. Surgery consisted of resection of the cystic formation, the specimen of which was sent to anatomy and pathology for histological examination, which confirmed duplication of the antrofundic mucosa with a chorion infiltrated with lymphoplasmocytes forming follicles without atypia.

Conclusion: Gastric duplication is a rare condition, presents clinical polymorphism and the diagnosis in children is often not simple.

Keywords: gastric duplication, congenital malformations, infant, Mali.

Introduction

Les duplications de l'appareil digestif sont des malformations congénitales rares, elles peuvent survenir sur l'ensemble du tractus digestif [1]. Quant à la duplication gastrique, elle est encore rarissime représentant 4 % des duplications digestives [2]. La symptomatologie est peu spécifique et le diagnostic de certitude est posé après intervention chirurgicale et une étude histologique [3,4].

Cas clinique

Il s'agit d'un nourrisson de 17 mois de sexe féminin, admis au service de chirurgie de l'hôpital de Sikasso par consultation ordinaire pour une masse abdominale en provenance de la Côte-d'Ivoire. L'interrogatoire retrouve un début qui remonte à 6 mois selon les parents par des notions de vomissements alimentaires

et une augmentation progressive de volume abdominal dans un contexte de douleur abdominale intermittente. L'examen clinique trouve un abdomen volumineux sans circulation veineuse collatérale, une masse dans l'hypochondre gauche. Il n'y avait pas de fièvre ni d'adénopathies palpables. Ailleurs le reste de l'examen clinique est sans particularité. Le bilan biologique était normal. Plusieurs échographies abdominales ont réalisé en Côte-d'Ivoire et au Mali objectivant respectivement un kyste hépatique, un abcès hépatique et kyste biliaire. La tomодensitométrie abdominale évoque à priori une sténose duodénale avec stase liquidienne en amont (figures 1 et 2). L'exploration abdominale retrouve une formation kystique mesurant 10 cm de grand axe (figures 3) refoulant le pylore et longeant la grande courbure de l'estomac avec une vascularisation similaire à ce dernier, le constat d'une absence de plan de clivage des tuniques musculaires partiellement communes. La chirurgie a consisté à effectuer une résection de la tuméfaction kystique dont la pièce a été envoyée en anatomie pathologie pour examen (Figure 4). Nous avons réalisé une anastomose termino-terminale en deux plans suivis d'une épiploplastie, lavage, drainage, sonde naso-gastrique et fermeture de la paroi abdominale. Les suites post opératoires ont été simples.

L'étude histologique de la limite proximale confirme une muqueuse du corps gastrique avec une musculature épaissie, une zone de duplication faite d'une muqueuse antrofundique avec un chorion infiltré de lymphoplasmocytes formant des follicules sans atypie. L'autre limite est faite de muqueuse duodénale sans atypie.

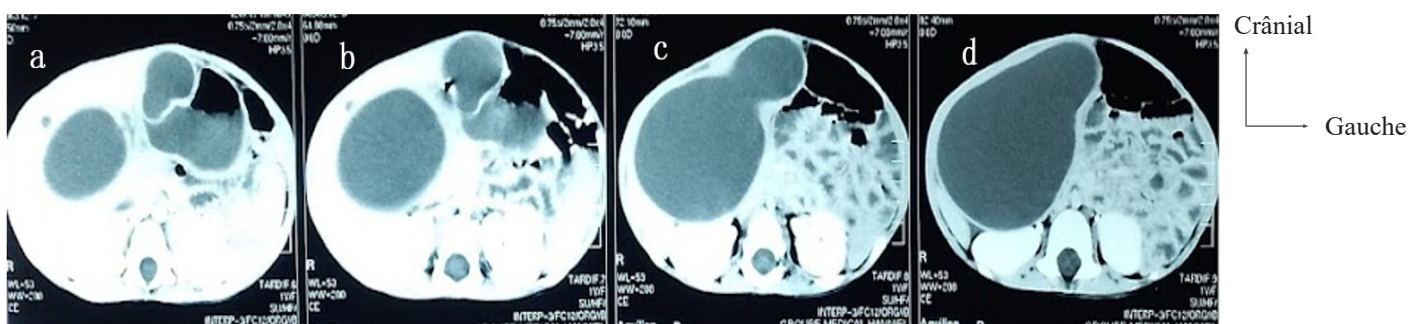


Figure 1 : différentes coupes coronales objectivant le kyste digestif (a, b, c et d)

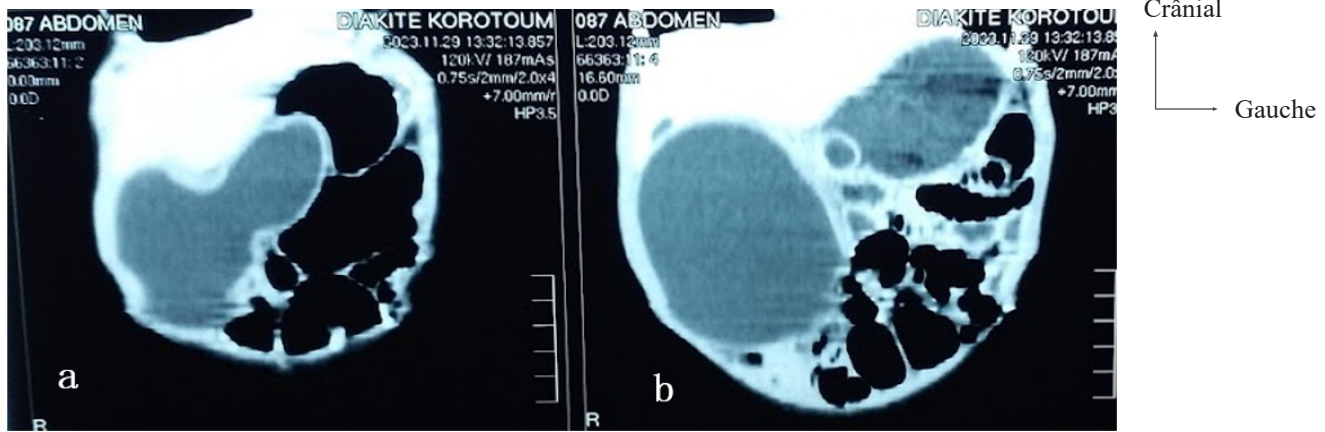


Figure 2 : coupes objectivant le kyste digestif (a et b)



Figure 3 : une formation kystique

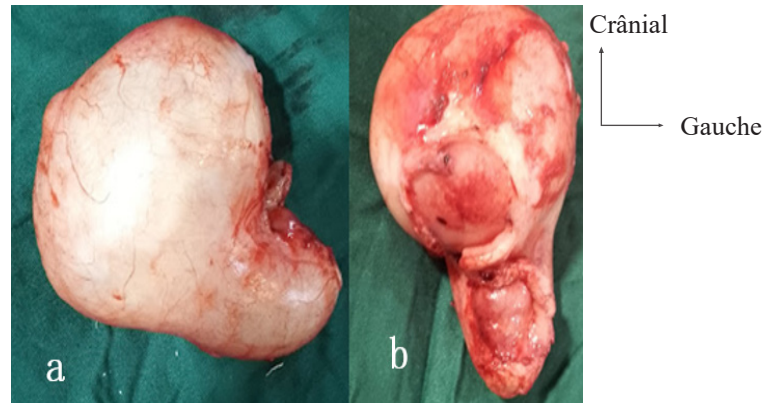


Figure 4 : duplication gastrique kystique en vue antérieure et postérieure

Discussion

Les malformations congénitales peuvent toucher l'ensemble du tube digestif de la bouche à l'anus [1,5]. La première duplication digestive a été décrite en 1733 par Calder. C'est Ladd qui a popularisé la dénomination de duplication dans les années trente, et Gross qui en a établi les premières classifications [6]. La duplication gastrique représente que 4 % des duplications digestives et se localise dans 75 % sur la grande courbure [2,7-8]. Si la définition anatomopathologique de la duplication est unanimement admise, sa pathogénie reste discutée. Plusieurs théories ont été avancées (théorie vasculaire, anomalie de différenciation embryonnaire) [4,6]. Sur le plan clinique en anténatal, comme toute

anomalie kystique congénitale la duplication peut être découverte à l'échographie morphologique du 2eme trimestre par la présence d'une paroi faite de plusieurs couches, et aussi parfois la présence de contractions péristaltiques [9]. Dans notre contexte, le diagnostic anténatal n'est pas facile pour des raisons multiples. En postnatal, notre patiente présentait sur le plan clinique des vomissements alimentaires et une masse abdominale dans un contexte de douleur abdominale intermittente. Ces symptômes sus cités corroborent avec les données de certaines séries retrouvées dans la littérature ; la symptomatologie des duplications est très polymorphe [4,10-11, 16]. Toute duplication digestive expose à des complications qui sont parfois révélatrice [4, 11-12]. Les différentes échographies abdominales réalisées en Côte-d'Ivoire

et au Mali n'ont pas été contributives. L'échographie doppler abdominale avec transducteur linéaire de haute fréquence peut montrer une masse tissulaire périgastrique en faveur d'une paroi digestive composée d'une muqueuse et d'une musculature [6,11]. Cette différence pourrait s'expliquer par le plateau technique mais aussi l'opérateur technique. La tomodensitométrie abdominale a évoqué dans notre étude une sténose duodénale avec stase liquidienne en amont. Cette notion de masse liquidienne retrouvée est similaire à plusieurs études pouvant évoquer le diagnostic de duplication digestive mais aussi d'autres pathologies malformatives comme lymphangiome kystique abdominal ou le diverticule de Meckel [4,11]. D'autres modalités d'imagerie permettent d'explorer les duplications gastriques tels que l'abdomen sans préparation, Le transit œsogastroduodénal et la scintigraphie au technétium 99 [4, 6, 11, 13, 16].

Le traitement chirurgical par laparotomie a été effectué chez notre patiente comme indiqué par la majorité des auteurs [4,6,16] cependant l'exérèse laparoscopique est possible avec une équipe expérimentée [3]. Il existe deux types morphologiques kystique et tubulaire et notre cas était la forme kystique (75 %) qui communique rarement avec la lumière gastrique [4 6 11 16] . Sur le plan histologique tout comme dans notre étude, la duplication répond aux trois critères de Rowling [15] qui sont : la paroi du kyste est contiguë avec la paroi gastrique ; le kyste est entouré d'une paroi musculaire lisse en continuité avec la musculature gastrique ; le kyste est entouré d'un épithélium gastrique ou digestif d'un autre type. [4 6 11, 16]

Conclusion

La duplication gastrique est une affection rare, présente un polymorphisme clinique et le diagnostic chez l'enfant n'est pas souvent simple. Le geste thérapeutique ne peut être que chirurgical et la confirmation est apportée par une étude histologique de la pièce opératoire.

*Correspondance :

COULIBALY Mamadou Bernard

mbernardcoul@gmail.com

Disponible en ligne : 23 Août 2025

1 : Hôpital de Sikasso

2 : Hôpital Sominé Dolo de Mopti

3 : Direction Régionale de la Santé

4 : Hôpital de Ségou

5 : Service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Pruksapong C, Donovan RJ, Pinit A, Heldrich FJ. Gastric duplication. *J Pediatr Surg.* 1979;14:83-5.
- [2] Gupta S, Sleeman D, Alsumait B, Abrams L. Duplication cyst of the antrum: a case report. *Can J Surg.* 1998;41:248-50.
- [3] Tayar C, Brunetti F, Tantawi B, Fagniez PL. Traitement laparoscopique d'une duplication gastrique chez l'adulte. *Ann Chir.* 2003;128:105-8.
- [4] Teklali Y, et al. Les duplications digestives chez l'enfant: à propos de 19 cas. *Arch Pediatr.* 2002;9:903-6.
- [5] Glaser C, Kuzinkovas V, Maurer C, Glattli A, Mouton WG, Baer HU. A large duplication cyst of the stomach in an adult presenting as pancreatic pseudocyst. *Dig Surg.* 1998;15:703-6.
- [6] Yandza T, Valayer J. Malformations congénitales de l'estomac. *EMC Pediatr.* 2005;2(4):277-86.
- [7] Blinder G, Hiller N, Adler SN. A double stomach

in an adult. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:1100-2.

Pour citer cet article

[8] Godlewski G, Bossy J, Baumel H. Aspects anatomiques et embryologiques des duplications gastriques. *Bull Assoc Anat.* 1980;64:115-22.

MB Coulibaly, M Diassana, S Diaby, B Traoré, K Malla, B Kamaté et al. Duplication gastrique chez le nourrisson à propos d'un cas au Mali. *Jaccr Surgery* 2025; 1(2): 6-10

<https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.002L012308>

[9] Foley PT, Sithasanan N, McEwing R, Lipsett J, Ford WDA, Furness M. Enteric duplications presenting as antenatally detected abdominal cysts: Is delayed resection appropriate? *J Pediatr Surg.* 2003;38(12):1810-3. doi:10.1016/j.jpedsurg.2003.08.032.

[10] Karnak I, Ocal T, Senocak ME, Tanyel FC, Buyukpamukcu N. Alimentary tract duplications in children: report of 26 years' experience. *Turk J Pediatr.* 2000;42:118-25.

[11] Sidibé S, et al. L'échographie Doppler dans le diagnostic des duplications gastriques chez l'enfant. *Med Nucl.* 2013;37:537-40.

[12] Murty TV, Bhargava RK, Rakas FS. Gastroduodenal duplication. *J Pediatr Surg.* 1992;27:515-7.

[13] Hur J, Yoon CS, Kim MJ, Kim OH. Imaging features of gastrointestinal tract duplications in infants and children: from oesophagus to rectum. *Pediatr Radiol.* 2007;37:691-9.

[14] Rodríguez CR, Eire PF, Lopez GA, Alvarez EM, Sánchez FM. Asymptomatic gastric duplication in a child: report of a new case and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* 2005;21:421-2.

[15] Rowling JT. Some observations on gastric cysts. *Br J Surg.* 1959;46:441-5.

[16] Etienne S, et al. Duplications gastriques de l'adulte: à propos d'un cas révélé par des poussées itératives de pancréatite aiguë œdémateuse. *Ann Chir.* 2002;127:641-4.



Cas clinique

Présentation inhabituelle d'un Mal de Pott : à propos d'un cas

Uncommon presentation of Pott's disease: case report

MA Sanda*¹, A Issa¹, H Maman¹, A Kelani^{2,3}

Résumé

Le mal de Pott ou spondylodiscite tuberculeuse est rare, mais représente la forme la plus fréquente de tuberculose ostéoarticulaire. Nous rapportons un cas de mal de Pott multifocal étendu sur plusieurs niveaux vertébraux contigus dorsolombaires, compliqué de troubles neurologiques, en insistant sur les difficultés diagnostiques et thérapeutiques de cette forme extensive.

Mots-clés : Mal de Pott, spondylodiscite tuberculeuse, forme étendue, forme multifocale.

Abstract

Pott's disease or tuberculous spondylodiscitis is rare, but represents the most common form of osteoarticular tuberculosis. We report a case of multifocal Pott's disease extending over several contiguous dorsolumbar vertebral levels complicated by neurological deficit, emphasizing the diagnostic and therapeutic difficulties of this extensive form.

Keywords: Pott's disease, tuberculous spondylodiscitis, extensive form, multifocal form.

Introduction

Le mal de Pott ou spondylodiscite tuberculeuse est une forme rare de la tuberculose. Cependant c'est la forme la plus fréquente, mais également la plus grave des tuberculoses ostéoarticulaires, du fait du risque de complications neurologiques (1, 2). Il atteint généralement 2 (ou plus) niveaux vertébraux contigus. Rarement il peut être multifocal non contigu touchant à la fois 2 ou 3 régions rachidiennes (3, 4). Nous rapportons un cas inhabituel de mal de Pott multifocal contigu et étendu depuis la vertèbre thoracique T2 jusqu'à la vertèbre lombaire L2.

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient de 32 ans, ancien tabagique, admis pour une paraplégie d'installation progressive. Le patient présentait, depuis environ 1 an, de dorsalgies inflammatoires, associées progressivement à une

altération de l'état général (asthénie, amaigrissement, sensation de fièvre). L'installation de troubles de la marche l'avait poussé à consulter aux urgences. L'examen du patient montrait ainsi une paraplégie incomplète prédominante à gauche, une hypoesthésie de niveau T9, des réflexes ostéotendineux vifs aux membres inférieurs avec Babinski bilatéral. Les fonctions sphinctériennes et génitales étaient conservées. Au niveau rachidien on notait une gibbosité dorsale à hauteur estimée de T9.

Dans ce contexte on avait réalisé un scanner rachidien qui montrait des images multiples de destruction osseuse de type ostéolyse et spondylodiscite. Ces lésions étaient étendues de T2 à L2, avec angulation cyphotique à hauteur de T8. Il s'y associait une collection abcédée paravertébrale également étendue, ainsi qu'une collection intracanaulaire comprimant le fourreau dural en regard des vertèbres T8, T9 et T10 (Figure 1). Sur le plan biologique, on retrouvait un syndrome inflammatoire avec vitesse de sédimentation (VS) à 64 mm à la 1^{ère} heure, C reactive protein (CRP) à 12 mg/l. La numération formule sanguine (NFS) était normale. L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR) était positive à 20 mm d'induration. Les sérologies VIH/hépatites étaient négatives.

Devant tous ces arguments cliniques, radiologiques et biologiques, nous avons évoqué le diagnostic de mal de Pott multifocal dorsal et lombaire. Cependant, malgré tous ces arguments, la présentation radiologique inhabituelle de ce mal de Pott nous avait poussé à réaliser des examens complémentaires pour ne pas passer à côté d'une pathologie associée. Tous ces examens, à savoir l'électrophorèse des protéines, et le scanner thoraco-abdomino-pelvien, étaient revenus normaux.

Nous avons donc mis le patient sous traitement antibacillaire d'épreuve et l'immobilisation renforcée par un corset dorsolombaire, au vu de l'étendue et de l'importance de la destruction rachidienne.

L'évolution était marquée par une aggravation neurologique au 2^e mois du traitement antibacillaire. Le déficit moteur était devenu complet, avec cependant préservation de la sensibilité et des

fonctions sphinctériennes. Le caractère compressif en regard surtout des vertèbres T8 et T9, nous avait poussé à poser l'indication d'une laminectomie T8-T9. Cette dernière était complétée par un cerclage au fil d'acier T7-T10. En peropératoire nous n'avions retrouvé aucune collection et aucun prélèvement bactériologique n'avait été effectué. Les suites post-opératoires immédiates étaient simples.

L'évolution ultérieure était marquée par une récupération progressive et complète du déficit moteur après plus d'une année du traitement antituberculeux. Le patient avait reçu au total 14 mois d'antibacillaires (2RHZE, 12RH). Sur le plan radiologique, les contrôles successifs avaient montré d'abord une aggravation radiologique puis une régression progressive de la collection abcédée paravertébrale ainsi que de l'épidurite. Une consolidation osseuse était aussi observée, surtout en regard de la gibbosité, ainsi que des lacunes séquellaires au niveau des vertèbres (Figure2). Sur le plan locomoteur, le patient avait bénéficié d'une rééducation progressive avec port du corset dorsolombaire pendant plus de 2 ans. Avec un recul de plus de 4 ans le patient avait tout récupéré, présentant juste une cyphose dorsale négligeable cliniquement.

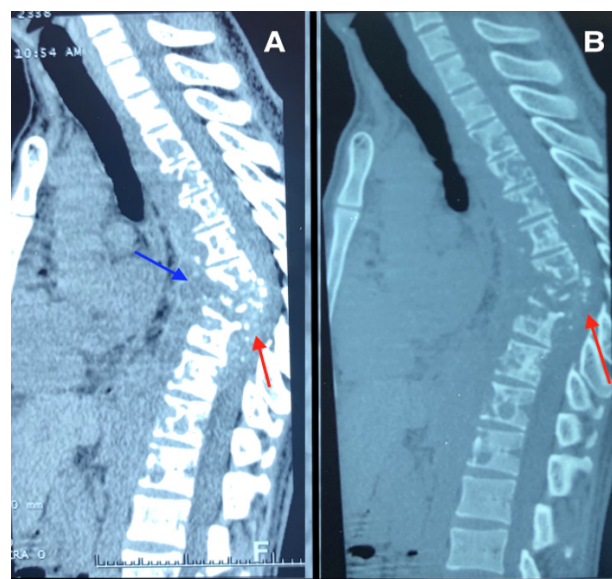


Figure 1 : Images Scanner en coupes sagittales en fenêtre parenchymateuse (A) et osseuse (B) : ostéolyse dorsolombaire étagée, abcès prévertébral (flèche bleue), abcès intracanaulaire avec nombreux séquestres osseux (flèche rouge).

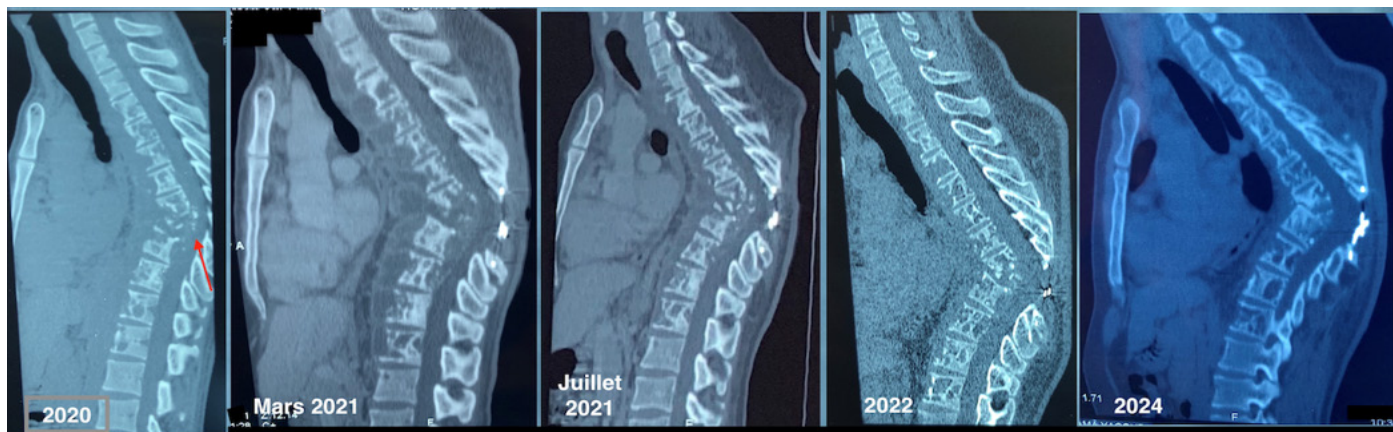


Figure 2 : scanners successifs du rachis en coupes sagittales, fenêtre osseuse montrant la consolidation progressive, et la stabilité de la cyphose dorsale.

Discussion

Le mal de Pott est rare. Il représente cependant 50% des tuberculoses ostéoarticulaires, dont elle est la forme la plus grave du fait des complications neurologiques potentielles parfois sévères (1). Sur le plan clinique, les signes ne sont pas spécifiques pouvant parfois faire retarder le diagnostic. Et souvent c'est l'installation de troubles neurologiques qui amène à réaliser l'imagerie permettant d'évoquer le diagnostic.

L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) rachidienne semble être l'examen de choix avec une sensibilité de 96%, surtout dans le diagnostic précoce (1, 5). Le scanner rachidien trouve son importance surtout dans les formes évoluées (comme dans notre cas), devant l'association de lésions érosives des plateaux, de nombreux séquestres osseux ou de géode centro-corporeale et d'un épaissement des parties molles. Généralement, 2 (ou plus) niveaux vertébraux contigus sont atteints par voie hémato-gène du fait qu'une seule artère intervertébrale vascularise 2 vertèbres adjacentes. Rarement le mal de Pott peut toucher plusieurs vertèbres dans le cadre multifocal, souvent non contigu, touchant simultanément 2 ou 3 régions rachidiennes (thoracique et lombaire le plus souvent) (3, 4). Dans une revue de la littérature, S Varatharajah rapporte un Mal de Pott T11-T12, avec une lyse partielle du corps de T10, et un abcès étendu de T8 à L1 (1). Notre cas semble unique dans la littérature : il est multifocal dorsolombaire, étendu

sans discontinuité de T2 à L2.

La prise en charge du mal de Pott est médico-chirurgicale. Le traitement médical efficace est bien codifié. Il s'appuie sur les antibacillaires pour une durée variable de 6 à 18 mois (6). Quant à la chirurgie, elle reste discutée. Certains auteurs sont plutôt en faveur d'une chirurgie précoce dès que le diagnostic est posé, permettant ainsi de prévenir les déformations tardives, et de réduire la durée d'hospitalisation et l'incidence des rechutes (7). D'autres préconisent une chirurgie limitée à certaines indications : abcès paravertébral compressif, destruction osseuse avec cyphose exagérée et/ou instabilité rachidienne, compression médullaire avec aggravation neurologique ou cyphose progressive malgré le traitement antibacillaire (8, 9, 10). Notre patient avait bénéficié initialement d'un traitement conservateur seul, du fait des lésions osseuses destructrices importantes et étagées rendant une instrumentation difficile voire impossible. Ensuite quand le déficit s'est complété, nous étions dubitatifs quant à la nécessité de la chirurgie, avec le risque accru d'instabilité rachidienne. Finalement le patient avait bénéficié d'une laminectomie et d'un cerclage, avec une évolution favorable.

Conclusion

Ce cas de mal de Pott illustre les particularités des formes multifocales étendues. Il pose un défi dans la prise en charge, notamment thérapeutique, associant

un traitement médical antibacillaire prolongé, une chirurgie aléatoire parfois de décompression et une rééducation adaptée.

Contribution des auteurs

Mahamadou Aminou SANDA a rédigé et corrigé le manuscrit. Tous les auteurs ont pris en charge le patient. Tous les auteurs ont approuvé la version finale du manuscrit.

*Correspondance :

Mahamadou Aminou SANDA

masanda1@yahoo.fr

Disponible en ligne : 23 Août 2025

1 : Service de neurochirurgie, Hôpital Général de Référence, Niamey, Niger

2 : Service de neurochirurgie, Hôpital National de Niamey

3 : Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni, Niamey, Niger

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Varatharajah S, Charles YP, Buy X, Walter A, Steib JP. Update on the surgical management of Pott's disease. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2014;100:233-9.
- [2] Ajim A, Bougteb N, Arfaoui H, Jabri H, El Khattabi W, Afif MH. Mal de Pott: profil clinique, radiologique, et prise en charge thérapeutique. *Rev Mal Respir Actual.* 2021;13(1):219.
- [3] Eljebbouri B, Baallal H, Naama O, Gazzaz M, Boucetta M. Spondylodiscite tuberculeuse

multifocale non contiguë. *Rev Mar Rhum.* 2012;20:42-4.

- [4] Boudjouraf N, Slimani S, Makhloufi H. Triple localisation d'un mal de Pott: à propos d'un cas. *Rev Mar Rhum.* 2016;38:54-6.
- [5] Yahyaoui S, Majdoub S, Zaghouni H, Ben Fradj H, Bakir D, Bouajina E, Kraiem C. Une localisation exceptionnelle de la tuberculose vertébrale: Mal de Pott sous-occipital. *Pan Afr Med J.* 2013;14:163.
- [6] Fedoul B, Chakour K, El Faiz Chaoui M. Le mal de Pott: à propos de 82 cas. *Pan Afr Med J.* 2011;8:22.
- [7] Hodgson AR, Stock FE. Anterior spinal fusion. A preliminary communication on the radical treatment of Pott's disease and Pott's paraplegia. *Br J Surg.* 1956;44:226-75.
- [8] Pertuiset E. Tuberculose vertébrale de l'adulte. *EMC Appareil locomoteur.* 2010;15-852-A.
- [9] Parthasarathy R, Sriram K, Santha T, Prabhakar R, Somasundaram PR, Sivasubramanian S. Short-course chemotherapy for tuberculosis of the spine: A comparison between ambulant treatment and radical surgery—ten year report. *J Bone Joint Surg Br.* 1999;81-B:464-71.
- [10] Chen W. Surgical treatment of tuberculous spondylitis. *Acta Orthop Scand.* 1996;67(2):204-10.

Pour citer cet article

MA Sanda, A Issa, H Maman, A Kelani. Présentation inhabituelle d'un Mal de Pott : à propos d'un cas. *Jaccr Surgery* 2025; 1(2): 11-14

<https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.003L012308>



Article original

Résultats des cures de fistules urogénitales (FUG) complexes à Abidjan CHU de Treichville en 2023

Results of complex urogenital fistula (FUG) treatments at Abidjan Treichville CHU in 2023

DD Yeo^{1,2}, A-R Binaté¹, E Yao^{1,2,3}, T Adebayo^{1,2}, M Tuo^{1,2}, M-A Yebouet¹, N Coulibaly^{1,2}

Résumé

La fistule urogénitale est une communication anormale entre l'appareil génital et urinaire chez la femme. Elle est dominée dans notre contexte par les fistules obstétricales.

L'objectif général était de rapporter les résultats post chirurgicaux des fistules urogénitales complexes dans le service d'urologie du CHU de Treichville

Méthodologie : Nous avons mené une étude descriptive sur une période de 1 an allant de janvier 2023 à décembre 2023 au service d'urologie du CHU de Treichville. Elle Portait sur les patientes multi opérées de fistules associées ou non à une fistule digestive. Les variables étudiées étaient sociodémographiques, les lésions anatomocliniques et l'évolutives après un recul de 6 mois.

L'opération était considérée comme un succès lorsque la fistule était fermée et un échec en cas de non-fermeture de la fistule.

Résultats : Nous avons colligé au total 22 dossiers.

L'âge moyen des patientes était de 37,5 ans. La

moyenne des cures antérieur était de 2,86 avec un âge moyen des fistules au moment de la cure estimée à 11,90 ans. Les fistules vésico-vaginales étaient prédominantes 68,18%. La voie d'abord était préférentiellement trans-vaginale 54,55%.

Nous avons un taux de succès qui était de 82 % et le taux d'échec était de 18%.

Conclusion : Les fistules urogénitales sont dominées par les fistules obstétricales en côte d'ivoire. Le succès après la cure est dépendant de plusieurs facteurs tel que la durée d'évolution de fistule et les antécédents de cure antérieure.

Mots-clés : Fistule urogénitale, obstétricale, complexe cure, résultats.

Abstract

Urogenital fistula is an abnormal communication between the genital and urinary tracts in women. In our context, it is dominated by obstetric fistulas.

The general objective was to determine the post-surgical results of urogenital fistulas in the urology

department of Treichville University Hospital

Methodology: We conducted a descriptive study over a 1-year period from January 2023 to December 2023 in the urology department of Treichville University Hospital. Focusing on patients who had undergone multiple fistula operations with or without a digestive fistula. The variables studied were sociodemographic, anatomoclinical lesions and the evolution after a 6-month follow-up.

The operation was a success when the fistula was closed and a failure in the event of non-closure of the fistula.

Results: We collected a total of 22 files.

The average age of the patients was 37.5 years. The average of previous cures was 2.86 with an average age of the fistulas at the time of cure estimated at 11.90 years. Vesicovaginal fistulas were predominant 68.18%. The approach was preferentially trans-vaginal 54.55%.

We have a success rate of 82% and the failure rate was 18%.

Conclusion: Urogenital fistulas are dominated by obstetric fistulas in Ivory Coast. Success after treatment depends on several factors such as the duration of fistula progression and the history of previous treatment.

Keywords: Urogenital fistula, obstetric, complex cure, results.

Introduction

Les fistules urogénitales se définissent comme étant une communication anormale entre l'appareil urinaire et génital féminin [1,2].

Ces fistules sont dominées par les fistules obstétricales dans les pays en voie de développement et constituent selon l'OMS un véritable problème de santé publique dans ces pays avec 50 000 à 100 000 nouvelles fistules chaque année dans le monde [3].

Elles constituent un drame, car source de rejet ou encore d'isolement de ces femmes dans notre société.

Le pronostic après la prise en charge dépend de la complexité de la fistule et l'aspect des lésions.

L'objectif général était de rapporter les résultats post chirurgicaux des fistules urogénitales complexes au service d'urologie du CHU de Treichville.

Comme objectif spécifique, nous nous sommes proposés de :

- Décrire notre population d'étude
- Déterminer les différents types de FUG
- Evaluer les résultats des cures de FUG complexes après 6 mois.

Méthodologie

Nous avons mené une étude descriptive sur une période de 1 an allant de janvier 2023 à décembre 2023 au service d'urologie du CHU de Treichville.

Étaient incluses dans notre étude les patientes âgées de 16 à 60 ans (seulement les patientes âgées de 20 à 52 ans ont participé à l'étude), présentant les fistules urogénitales (vesico-vaginale, urétéro-vaginale), une fistule génito-digestive(recto-vaginale) et les fistules urogénitales associées ou non à une fistule génito-digestive. Celles avaient au moins antécédent de cure chirurgicale fistule. Les patientes opérées au service d'urologie du CHU de Treichville entre janvier et décembre 2023, Patientes qui ont consenti à participer à l'étude et ont signé un consentement éclairé.

Nous avons exclu de notre étude les fistules non urogénitales, dossiers incomplets, les patientes opérées en dehors de notre service et les patientes perdues de vue avant le délai de suivi de 6 mois.

Les variables étudiées étaient sociodémographiques, les lésions anatomo-cliniques et le résultat après un recul de 6 mois.

Les techniques utilisées étaient : le dédoublement suture, qui consistait à séparer la paroi vésicale de la paroi vaginale et une suture après excision des bords sclérosés. Et aussi la réimplantation urétérovesicale pour les fistules inter trigonales.

Ces techniques ont été réalisées par voie basse et haute.

Le suivi post opératoire était mensuel jusqu'à 6 mois

avec un examen clinique réalisé et en précisant le nombre de garniture porté.

Les résultats post opératoires étaient appréciés selon les critères suivant :

- guérison : la patiente est sèche (absence d'écoulement d'urine ou de selles lors d'un examen sous-valve avec épreuve au bleu de méthylène) après la cure ;

- amélioration : la fistule est fermée mais une incontinence urinaire est observée essentiellement à l'examen clinique sans tout autre exploration ;

- échec : la fistule est non fermée

La collecte des données a été faite après révision des dossiers médicaux et des comptes rendus opératoires sur une fiche d'enquête standardisée.

La saisie des données et analyse a été faite sur Excel 2016 et les résultats sous formes de tableau et de graphique.

Les variables qualitatives ont été exprimées en proportion puis les quantitatives par les moyennes.

Nous avons défini la fistule complexe comme les fistules multi opérées associées ou non à une fistule digestive.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du CHU de Treichville, et toutes les patientes ont donné leur consentement éclairé écrit avant de participer.

Les procédures suivies seront conformes aux normes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (amendement 2008) de l'Association médicale mondiale.

Résultats

Nous avons opéré au total 22 patientes.

L'âge moyen était de 37,5 ans avec les extrêmes de 20 ans et 52 ans.

Une moyenne de cure antérieure qui était 2,86 cures.

La durée moyenne d'évolution des fistules était de 11,90 ans au moment de la cure.

Les fistules vésico-vaginales étaient prédominantes 68,18%.

La voie d'abord était préférentiellement trans-vaginale (54,55%)

La technique la plus réalisée était le dédoublement des parois suivi de leur suture séparée dans 77%,

suivi de la réimplantation urétéro-vesicale 13% et d'un dédoublement suture +réimplantation urétéro-vésicale 10% des cas.

La fistule était fermée dans 82% des cas après 6 mois. Parmi les fistules fermées, 46% des fistules étaient non continent.

Les résultats en fonction de la fermeture et la continence.

La fuite urinaire était évaluée par le nombre de garniture porter par les patientes.

Avant l'intervention nombre moyen de garniture porte était de 5,8 par jours.

Pour les fistules non fermées, le nombre moyen de garniture journalier était de 4,9 et les fistules fermées incontinentes, la moyenne était de 2,5 garniture par jour.

Pour les fistules fermées continent, les patientes ne portaient pas de garniture.

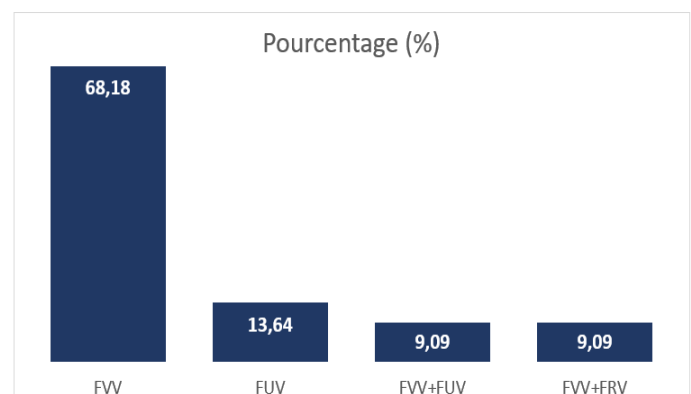


Figure 1 : Répartition en fonction du type de fistule

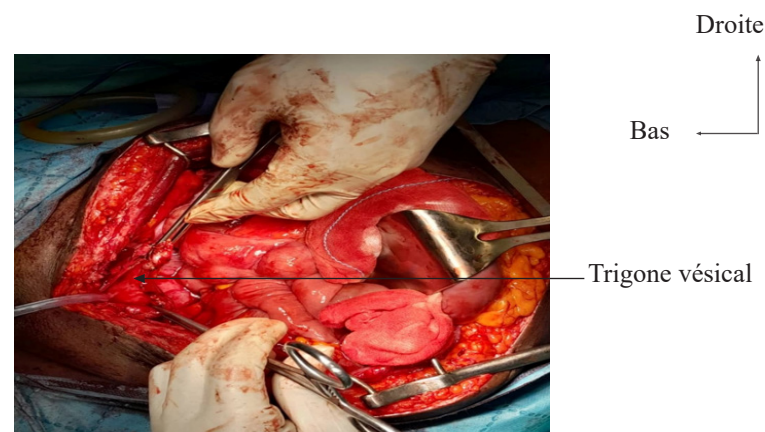


Figure 2 : exposition per opératoire d'une fistule vésico-vaginale

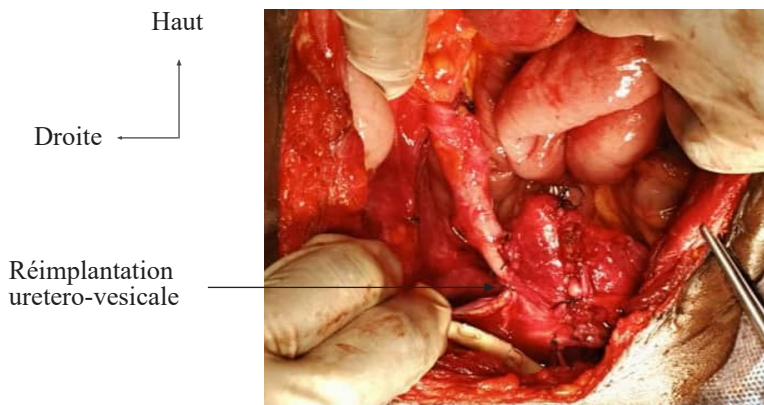


Figure 3 : exposition per opératoire après une bipartition vésicale pour une désinsertion cervico-uretrale

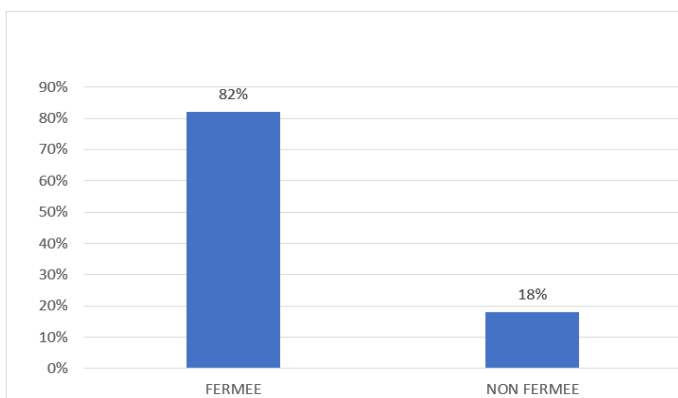


Figure 4 : résultat après cure de fistule.

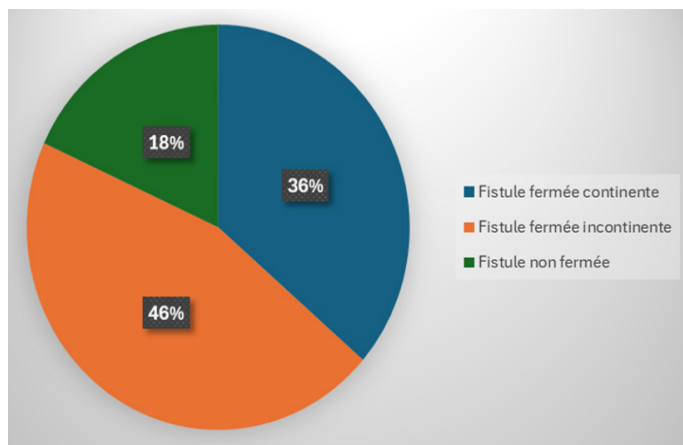


Figure 5 : Résultats en fonction de la continence.

Discussion

Les fistules uro-génitales, surtout les fistules obstétricales constituent un problème de santé publique dans les pays en voie de développement et particulièrement en côte d'ivoire à cause des conséquences socio-économiques et psychologiques. Dans notre étude l'âge moyen des patientes était de 37,5 ans, ce qui était légèrement en-dessous de ceux observés dans les séries de Sarr [4] et Kpatcha [5] ou l'âge moyen était supérieur à 40 ans. Dans notre étude l'âge moyen avant la cure de fistule était de 11,90 ans expliquant ainsi cette différence d'âge et aussi le faible échantillonnage.

Sur le plan anatomoclinique, les fistules vésico-vaginales étaient prédominantes à hauteur de 68,18%. Elles étaient de 66 % dans la série de Diallo et al. [6] et de 70 % dans celle de Bouya et al. [7]. Les fistules urétéro-vaginales était de 13,64% dans notre étude. Aucune fistule vesico-uterine n'a été observée durant la période d'étude. La voie d'abord était préférentiellement Trans-vaginale dans 54,55% dans notre série. Nos résultats étaient inférieurs à ceux de Diallo au Sénégal [8] et Tebeu au Cameroun [9] qui retrouvaient respectivement 89,20% et 88,2%. Cet écart pourrait s'expliquer par l'état local vaginal, la complexité des fistules et aussi par le fait que nos patientes étaient multi opérées.

Nous avons réalisé un dédoublement suture dans 77% des cas, une réimplantation urétérovesicale dans 13% des cas et un dédoublement suture + réimplantation urétérovesicale dans 10% en fonction du type de la fistule.

Nos résultats étaient satisfaisants dans 82% des cas avec un recul de six mois et dans 18% des cas nous avons eu une récurrence. Ce taux de récurrence s'expliquerait par l'âge au moment du diagnostic, la présence de fibrose, la taille de la fistule et aussi le facteur multi opéré des patientes. Ouattara au Burkina [10] ainsi que Guirassy [11] en Guinée rapportaient des taux supérieurs avec respectivement 73,7% et 70,4% de réussite. Cependant notre taux de réussite était légèrement en dessous de celui de Diallo au Sénégal ;

celui-ci avait retrouvé un taux de 91,89% [8]. Le taux de fermeture de la fistule dans le série de Halidou au Niger était de 95,37 %, cette différence s'expliquerait par le fait que certaines fistules complexes n'étaient prises en charge, car la prise en charge nécessitait la présence d'expert [12].

Conclusion

Les fistules urogénitales sont dominées par les fistules obstétricales en côte d'ivoire. Le succès après la cure est dépendant de plusieurs facteurs notamment la durée d'évolution de fistule et les antécédents de cure antérieure.

*Correspondance :

Donafologo Daouda Yeo

dofologo@gmail.com

Disponible en ligne : 23 Août 2025

1 : Département de chirurgie et spécialité, Université Felix Houphouët Boigny

2 : Service d'urologie du CHU de Treichville

3 : Hôpital Militaire d'Abidjan

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Kumsa H, Mislou E, Arage MW, Abera A, Hailu T, Tenaw LA. Successful surgical closure and continence rate of obstetric fistula in Africa: systematic review and meta-analysis. *Front Glob Womens Health*. 2023 Oct 3;4:1188809.

[2] World Health Organization. 10 facts on obstetric fistula [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited

2019 Oct 14]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/

[3] World Health Organization. Obstetric fistula [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/obstetric-fistula>

[4] Sarr A, Ze Ondo C, Thiam A, Badji CA, Sine B, Ndiaye M, et al. Profil épidémiologique, étiologique et évolutif des fistules vésico-vaginales au Sénégal. *Prog Urol*. 2023 Jul;33(7):401-6.

[5] Kpatcha TM, Wangala P, Botcho G, Tchandana M, Nembuzu D, Aboubakari AS. Profil épidémiologique, anatomoclinique et thérapeutique des fistules urogénitales et rectovaginales au Togo. *Prog Urol*. 2020 Sep;30(11):597-603.

[6] Diallo AB, Sy T, Bah MD, Diallo TMO, Barry MS, Bah I, et al. Fistules vésico-vaginales obstétricales en Guinée: analyse des données de 3 sites de prise en charge de l'ONG Engender Health. *Prog Urol*. 2016;26:145-51.

[7] Bouya PA, Itou A, Nganongo W, Lomina D, Iloki LH. Étude rétrospective de 34 fistules urogénitales d'origine obstétricale. *Gynecol Obstet Fertil*. 2002;30:780-3.

[8] Diallo A, Zakou A, Pereira E, Jalloh M, et al. Prise en charge des fistules urogénitales au service d'urologie de l'hôpital général de Grand Yoff (Dakar). *Uro'Andro*. 2019 Jul;2(1).

[9] Tebeu PM, Fosso GK, et al. Prognostic value of surgery on obstetric vesico-vaginal fistula outcome: a Cameroonian experience. *Asian Pac J Reprod*. 2013;2(4):330-2.

[10] Ouattara AT. Étude des fistules uro-génitales obstétricales au CHUSS de Bobo-Dioulasso [thèse]. Bobo-Dioulasso: Université de Bobo-Dioulasso; 2003. N°50.

[11] Guirassy S, Bah M, Diallo M, et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des fistules urogénitales en Guinée (Conakry). *Prog Urol*.

1995;5:684-9.

- [12] Halidou M, Adamou H, Lankoande Z, Kodo A, Habou O, Idrissa A, et al. Aspects anatomocliniques et thérapeutiques des fistules urogénitales à Zinder (Niger). *Health Sci Dis.* 2024 Apr;25(4):148-52.

Pour citer cet article

DD Yeo, A-R Binaté, E Yao, T Adebayo, M Tuo, M-A Yebouet et al. Résultats des cures de fistules urogénitales (FUG) complexes à Abidjan CHU de Treichville en 2023. *Jaccr Surgery* 2025; 1(2): 15-20
<https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.004L012308>



Article original

Fractures de l'extrémité distale du radius chez les enfants de moins de 15 ans au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) au Burkina-Faso

Distal Radius Fractures in Children Under 15 Years at the Regional University Hospital Center of Ouahigouya (CHUR-OHG), Burkina Faso

B Bere*¹, SAK Bouda², A Ouangre¹, B Neya², O Zampou², SNO Ganame³, E Bandre³

Résumé

Introduction : La fracture de l'extrémité distale du radius est la plus rencontrée chez l'enfant 20 à 36% des fractures de l'enfant. Le but de notre étude était de rapporter notre expérience sur la prise en charge des fractures de l'extrémité distale du radius.

Méthodologie : il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec une collecte de données rétrospective. Les enfants de moins de 15 ans ont été concernés par cette étude qui s'est déroulée du 1er janvier 2020 au 30 septembre 2022 dans le service de chirurgie pédiatrique du CHUR-OHG.

Résultats : Nous avons colligé 38 cas de fractures de l'extrémité distale. Le sex-ratio a été de 2,4. Le membre thoracique gauche a été le plus atteint 57% des cas. La tranche d'âge la plus concernée a été celle de 11 à 15 ans 53%. La chute du haut des arbres était l'étiologie la plus fréquente 50%. Le décollement épiphysaire

a représenté la lésion anatomopathologique la plus fréquente notamment le type II de Salter et Harris. Le traitement orthopédique a été le plus utilisé 82% des cas. Nous avons obtenu de bons résultats dans 72% des cas.

Conclusion : La chute du haut des arbres est la cause la plus fréquente des fractures de l'extrémité distale du radius de l'enfant dans notre contexte. Le traitement orthopédique a permis d'obtenir de bons résultats fonctionnels chez l'enfant.

Mots-clés : fracture, radius distal, enfant, chute, arbres.

Abstract

Introduction: The fracture of the distal end of the radius is the most common in children, accounting for 20 to 36% of childhood fractures. The aim of our study was to report our experience in the management

of fractures of the distal end of the radius.

Methodology: This was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection. Children under 15 years of age were included in this study, which took place from January 1, 2020 to September 30, 2022 in the pediatric surgery department of the CHUR-OHG.

Results: We collected 38 cases of fractures of the distal end. The sex ratio was 2.4. The left thoracic limb was the most affected in 57% of cases. The most affected age group was 11 to 15 years of age in 53%. Falling from trees was the most common etiology (50%). Epiphyseal detachment was the most common anatomopathological lesion, particularly Salter and Harris type II. Orthopedic treatment was most commonly used in 82% of cases. The results were good in 72% of cases.

Conclusion: Falling from trees is the most common cause of fractures of the distal end of the radius in children in our context. Orthopedic treatment provided good functional results in children.

Keywords: fracture, distal radius, child, falling from trees.

Introduction

Les enfants ont un comportement différent des adultes ; ils sont incapables d'évaluer le risque et de mesurer son importance. Leur curiosité, leur mobilité et leur besoin d'expérience les empêchent de voir et de comprendre les dangers. Ils sont donc exposés aux dangers de leur environnement dont les traumatismes tels que les fractures. Les zones de prédilections de ces traumatismes sont le visage, les membres thoraciques et pelviens [1]. La fracture de l'extrémité distale du radius est l'une des fractures les plus rencontrées chez l'enfant (20 à 36% des fractures de l'enfant) [2].

Son diagnostic est clinique et radiologique. Le traitement est le plus souvent orthopédique. Le traitement chirurgical peut également être envisagé dans les cas de fractures ouvertes instables, fractures articulaires déplacées, fractures irréductibles, ou en

présence de complication nerveuse [3].

Cette étude a été initiée pour disposer de données épidémiologiques sur les fractures de l'extrémité distale du radius de l'enfant, au Burkina Faso en particulier au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya afin d'améliorer la prise en charge et la surveillance de ce type de fracture.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, à collecte de données rétrospective sur une période de 36 mois, du 1er Janvier 2020 au 31 décembre 2022.

Les patients de 0 à 15 ans admis pour fracture de l'extrémité distale du radius dans le service de chirurgie pédiatrique du CHUR-OHG ayant un dossier médical complet ont été inclus dans l'étude.

Les variables épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives ont été étudiées.

La collecte de données s'est faite à partir de fiches de collecte préconçues à cet effet et analysées à l'aide du logiciel STATA 14.0. Le test de chi carré a été utilisé pour l'analyse statistique avec un seuil de signification de 0,05.

Résultats

Du 1er Janvier 2020 au 30 Décembre 2022, il a été colligé 495 cas de traumatismes chez l'enfant de 0 à 15 ans dans le service de chirurgie pédiatrique au CHUR-OHG. Les fractures de l'extrémité distale du radius représentaient 93 cas soit 19% de ces traumatismes et 35 patients ont été inclus dans la présente étude.

L'atteinte était unilatérale dans 31 cas (89%) et bilatérale dans 4 cas (11%). Nous avons colligé au total 39 cas de fractures de l'extrémité distale du radius. Dans les atteintes unilatérales, la lésion siégeait au poignet gauche chez 18/31 patients (58%) et au poignet droit chez 13/31 patients (42%). Quarante-vingt-quatorze pour cent des patients étaient droitiers. L'âge moyen des patients a été de 11 ans avec des extrêmes de 4 ans et 15 ans. La tranche d'âge de 11 à 15 ans a représenté 54%. Le sex-ratio a été de 2,5 (25

garçons pour 10 filles). Soixante-quatorze pour cent des cas étaient scolarisés et 26% non scolarisés.

Soixante-onze pour cent des patients provenaient du milieu rural et 29% du milieu urbain.

Nous avons noté un pic de fréquence aux mois d'Avril, de Mai et Juin avec respectivement 15%, 15% et 32% des cas.

Plusieurs circonstances de survenue des fractures de l'extrémité distale du radius ont été répertoriées (tableau I), les chutes du haut des arbres ont représenté 18/35 (51%).

Selon le mécanisme le choc indirect représentait 53% contre 47% pour le choc direct.

Tous les patients ont été admis pour douleur et impotence fonctionnelle absolue des membres thoraciques.

Le traumatisme était ouvert dans 16/39 cas (41%) et fermé dans 23/39 cas (59%). Selon la classification de Gustilo-Anderson les fractures ouvertes type II ont représenté 26% des cas.

Au plan anatomo-pathologique, les fractures métaphysaires distales ont représenté 26% (10 cas) des cas et les fractures-décollement épiphysaires 74% (29 cas).

Pour les fractures métaphysaires, le trait était transversal dans 5 cas, oblique dans 2 cas et complexe dans 2 cas.

Parmi les fractures-décollement épiphysaires, les lésions de type II de Salter et Harris était les plus fréquentes 16/29 cas suivi des lésions de II 12/29 et de type III 1/29.

Vingt-cinq types de déplacement ont été notifié dans 20 cas de fracture dont 6 angulations, 5 chevauchements et 14 translations. La fracture était non déplacée dans 19 cas.

• *Les lésions associées*

Vingt-trois patients ont eu des lésions associées. La fracture du 1/3 distal de l'ulna a représenté 14 cas ; un traumatisme cranio cérébral a été retrouvé dans 5 cas dont 4 commotions cérébrales une contusion cérébrale grave ; une luxation du coude 2 cas ; une fracture de la diaphyse humérus et de la clavicule un cas chacun.

Le délai de prise en charge a été de moins de six heures chez vingt patients (59%) dont 10 fractures ouvertes et de plus de six heures chez 14 patients (41%) dont 6 cas de fractures ouvertes.

Tous les patients ont reçu un traitement antalgique par voie veineuse. Il s'est agi des antalgiques de palier I. La sérovaccination antitétanique et la monothérapie antibiotique (amoxicilline + acide clavulanique) ont été systématiques chez les patients ayant eu une lésion ouverte.

Le traitement a été orthopédique chez 28/34 patients (82%) ; chez 6 patients, il a été réalisé une pose de plâtre brachio-antébrachio-palmaire (BABP) sans anesthésie générale, chez 11 patients une réduction avec pose de plâtre BABP sous anesthésie générale, puis chez 11 patients parage et plâtre (BABP) sous anesthésie générale.

Le traitement chirurgical a été réalisé sous anesthésie générale chez 6/34 (18%) patients soit 5 parages puis ostéosynthèse et une ostéosynthèse dans le cas de la fracture fermée. Les critères majeurs de traitement chirurgical ont été un échec de traitement orthopédique, fracture instable et fracture déplacée.

Le tableau III nous donne le traitement en fonction de la lésion anatomique de la fracture.

Les lésions associées ont été également prises en charge. Les cas de commotion cérébrale ont bénéficié d'un traitement médicamenteux constitué d'antalgiques de solutés et d'une surveillance, la contusion cérébrale grave a été évacuée après une brève réanimation ; les fracture du 1/3 distal de l'ulna par réduction plus immobilisation par plâtre brachio-antébrachio-palmaire.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 3,7 jours avec des extrêmes de 1 et 18 jours.

Le délai d'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été entre 4 et 5 mois après l'intervention.

Parmi les 28 cas de traitement orthopédique, 19 patients (68%) ont eu un délai d'immobilisation plâtrée de 45 jours.

Au cours du suivi, il a été répertorié 2 cas de suppurations et 1 cas de raideur du poignet

L'évaluation fonctionnelle a pu être effectuée chez 18

patients avec un recul moyen de 18 mois.

L'évaluation selon le score de Kitaoka a permis de trouver un bon résultat dans 13 cas (score compris entre 81-90), un résultat moyen dans 4 cas (score compris entre 61-80) et un mauvais dans 1 cas (score à 58).

L'évaluation paraclinique a été réalisée chez 10 patients. Chez 9/10 patients les résultats étaient bons, avec un rétablissement de la pente radiale de 15° et l'inclinaison radiale de 25°.

Tableau I : Répartition des patients selon les circonstances de survenue

Circonstances de survenue	Effectifs	Pourcentage
Chute du haut d'un arbre	18	51
Accident de la circulation routière	10	29
Accident ludique	3	9
Accident domestique	2	6
Explosion d'une mine	1	3
Rixe	1	3
Total	35	100

Tableau II : Répartition des fractures-décollement épiphysaires selon l'âge et la classification de Salter et Harris

Age	Fractures-décollements épiphysaires			Total
	Salter et Harris I	Salter et Harris II	Salter et Harris III	
[1-5]	0	1	0	1
[6-10]	9	3	0	12
[11-15]	3	12	1	16
Total	12	16	1	29

Pearson $\chi^2(4) = 9.5280$ $p = 0.049$

Tableau III : répartition des types anatomopathologiques des fractures selon le traitement

Traitement	Type de fracture	
	Fracture épiphysaire	Fracture métaphysaire
Chirurgical	4	3
Orthopédique	25	6
Total	29	9

Discussion

Limites et biais de notre étude

Au cours de cette étude tous les patients n'ont pas pu être réévalués à cause de l'insécurité due à la présence des attaques armées.

L'âge moyen des patients a été de 11 ans avec des extrêmes de 04 à 15 ans. La tranche d'âge de 11 à 15 ans était la plus représentée avec 54%. Nos

données concordent avec celles trouvées par Diarra et al au Mali [4] où l'âge moyen est 8,83 avec une prédominance des fractures dans la tranche d'âge de 11 à 15 ans ; par Joulié S et al à la Réunion [5] âge moyen de 10 ans et 11 mois, et par Marcheix P et al en France [6] où l'âge moyen était de 9,8 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 11 à 15 ans (58,7%). La prédominance cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge est la tranche d'âge active et la plus autonome. La curiosité

des enfants de cette tranche d'âge, l'hyperactivité et leur besoin d'expérience les empêchent d'avoir une bonne perception des dangers. En plus durant cette période, les enfants échappent à la surveillance continue des parents.

Le sex ratio a été de 2,5. Ce résultat concorde avec ceux de Marcheix P et al en France [6] et Ouattara O et al en Côte d'Ivoire [7] qui trouvaient respectivement un sex ratio de 3,28 et 2,63.

Ceci peut être attribué au comportement risqué des garçons qui sont plus turbulents que les filles, s'exposant ainsi plus facilement aux traumatismes.

Dans la présente étude, les enfants scolarisés ont représenté 74% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les enfants scolarisés échappent plus au contrôle des parents.

Les circonstances de survenue des fractures de l'extrémité distale du radius de l'enfant sont multiples. Dans la présente étude elles sont dominées par les chutes du haut des arbres (51% des cas). Cependant Habou O et al au Sénégal [8] a trouvé que les circonstances de survenue étaient dominées par les activités ludiques 53,6%. Cette prédominance des chutes du haut des arbres s'expliquerait par le fait que l'étude s'est déroulée dans une ville secondaire peu urbanisée ; toujours sous l'influence des pratiques et habitudes de la campagne. La cueillette des fruits, des feuilles, la recherche de bois de chauffe et la chasse aux oiseaux sont une source d'aliments et de revenus et est encouragée par les parents. La période de fin d'année scolaire et de vacances coïncident avec la production des arbres fruitiers, les enfants s'adonnent alors à la cueillette des fruits en montant sur les arbres. Le choc indirect était le principal mécanisme avec 53% des cas. Nos résultats corroborent ceux de Habou O et al [8] au Sénégal qui trouvaient un choc indirect dans respectivement 76,8%.

Le membre thoracique gauche a été le plus atteint dans 58% des cas. Ce résultat concorde avec celui trouvé Marcheix P en France [6] et Staykov en Bulgarie [9] qui retrouvait 61,7% et 24/10 (70,6%) de fracture au côté gauche. En effet cela s'expliquerait par le fait que le membre thoracique gauche non dominant sert

d'appui au cours des chutes. Ce constat pourrait être lié au fait que la majorité des patients étant droitiers, la main dominante est généralement occupée lors du traumatisme, la réception se fait alors sur le côté non dominant.

Dans la présente étude les lésions étaient ouvertes dans 41% des cas. Ce résultat est semblable à celui de Ouattara O et al en Côte d'Ivoire [6] qui retrouvait les lésions ouvertes dans 43% des cas.

Le type II et le type I de Salter et Harris étaient les lésions les plus retrouvées, 55% et 41%.

Ce résultat concorde avec celui de Pannu GS et al en Philadelphie [10] qui a trouvé que les lésions de type II et I de Salter et Harris sont les plus fréquentes avec 58% et 22% des cas et de Mieret et al en Côte d'Ivoire [11] qui a trouvé 66% pour le type I et 34% pour le type II. Ceci pourrait s'expliquer par les particularités de l'os de l'enfant : la souplesse et la présence du cartilage de croissance.

Plusieurs lésions étaient associées. La fracture de l'ulna était associée dans 14/23 cas.

Le même constat est fait par Pannu GS et al [10] ; Keith et al en Géorgie [12] et Joulié S et al [5] qui trouvaient respectivement 50% ; 72% et 81% de cas associés à une fracture de l'ulna.

Ceci s'expliquerait par le fait que l'ulna et le radius sont anatomiquement en relation par la membrane inter osseuse ce qui favoriserait la transmission des forces au niveau des deux os.

Le traitement a été orthopédique chez 82% de nos patients. Ce résultat concorde avec celui De Otayek S et al en France [13] qui a pratiqué cette méthode dans 100% des cas, Mieret et al en Côte d'Ivoire [11] où le traitement orthopédique a été pratiqué chez 46/53 patients. Le traitement orthopédique est la première indication des fractures de l'enfant.

Les fractures de l'enfant diffèrent de celles de l'adulte par de nombreux points du fait qu'elles surviennent sur un organisme en croissance. Les déformations angulaires importantes, en particulier de l'extrémité distale du radius, sont acceptées chez l'enfant en raison de leur potentiel accru de remodelage osseux [Keith en Géorgie [12] et Daniel [14] ; Walter États-

Unis [15]. De plus beaucoup de ces fractures peuvent être prise en charge sans anesthésie générale réduisant ainsi les coûts et les risques pour le patient Walter États-Unis [15], Mario en Italie [16]. Dans cette série l'anesthésie n'a pas été indiquée chez seulement 6/28 patients traités orthopédiquement. Une prise en charge conservatrice avec réduction et immobilisation par plâtre est le traitement historique de la fracture de l'extrémité distale du radius en âge pédiatrique. Le traitement doit être adapté et ne doit pas être délétère aux possibilités de croissance. C'est ce qui explique que la plupart du temps le traitement soit orthopédique Danielle à Los Angeles [14].

La durée d'immobilisation plâtrée a été de 45 jours dans 68% des cas (19 cas). Otayek S et al en France [12] faisaient le même constat avec un délai d'immobilisation de 4 à 6 semaines.

L'évaluation fonctionnelle selon le score de Kitaoka [17] a retrouvé de bons résultats dans 72% des cas après le traitement. Les résultats étaient bons dans la majorité des cas, quel que soit le traitement utilisé. Mieret dans son étude sur uniquement les fractures décollements avait trouvé 92% de bon résultat évalué par d'autres que celui de Kitaoka.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le traitement orthopédique est le traitement de choix et est le plus utilisé dans ces différentes études.

Conclusion

Les fractures de l'extrémité distale du radius représentent les fractures pédiatriques les plus fréquentes et surtout dans la tranche d'âge de 11 à 14 ans. Les étiologies sont dominées par les chutes du haut des arbres dans notre contexte.

Les types I et II de Salter et Harris sont les lésions anatomopathologiques les plus fréquentes.

Leur traitement est le plus souvent orthopédique et leur évolution favorable. Le succès du traitement orthopédique nécessite une grande rigueur dans l'analyse des fractures ainsi que dans la méthode de réduction et de réalisation du plâtre. Le résultat est en général bon. Une attention particulière est à porter

au suivi des fractures physiques, dont la surveillance prolongée est nécessaire, afin de dépister des troubles fonctionnels et de croissance.

Remerciement

Nous adressons nos remerciements Directeur du CHUR-OHG, au Chef de service de chirurgie et à tout le personnel de la chirurgie et du bloc opératoire.

Conception : BERE Bernadette, BOUDA Sibiri Abdoul Karim

Rédaction du manuscrit et lecture : Tous les auteurs.

*Correspondance :

BERE Bernadette

bberna05@yahoo.fr

Disponible en ligne : 23 Août 2025

1 : Département de chirurgie et spécialité ; Université Lédéa Bernard OUEDRAOGO; Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso

2 : Département de chirurgie et spécialité ; Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya ; Burkina Faso

3 : Département de chirurgie et spécialité ; Université Joseph Ki Zerbo ; Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo Dioulasso ; Burkina Faso

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Bartenstein A, Stranzinger E, Ziebarth K. Traitement des fractures: un guide pratique. *Paediatrica*. 2019;30:9-18.

[2] Direction générale des études et des statistiques

- sectorielles, Ministère de la Santé. *Annuaire statistiques* 2018. Avril 2019. p. 6-13.
- [3] Bergerault F, Agostini L, Soulie, et al. Les fractures des deux os de l'avant-bras de l'enfant. *Ann Orthop Ouest*. 2002;34:193-216.
- [4] Diarra DB, Diarra L, Traoré L, et al. Traitement orthopédique des fractures des os de l'avant-bras chez l'enfant de 0 à 15 ans: à propos de 30 cas au CHU Gabriel Touré. *JACCR Africa*. 2019;5(1):265-9.
- [5] Joulié S, Laville JM, Salmeron F. Fractures métaphyso-diaphysaires du radius distal chez l'enfant: résultats du traitement par enclouage élastique (ECMES) postéromédial. *Rev Chir Orthop Traumatol*. 2011;97(3):320-4.
- [6] Marcheix P, Peyrou P, Longis B, Moulies D. Rôle des immobilisations plâtrées dans les déplacements secondaires des fractures du quart distal du radius de l'enfant. *Rev Chir Orthop Traumatol*. 2010;96S:S41-6.
- [7] Ouattara O, Kouame BD, Odehoury TH, Yao K, Dick RK. Résultats du traitement des fractures des deux os de l'avant-bras de l'enfant. *Mali Med*. 2007;22(3):6-43.
- [8] Habou O, Ali O, Amadou MI, Moustapha H, et al. Fractures diaphysaires déplacées de l'avant-bras chez l'enfant: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Rev Afr Chir Spec*. 2014;5-10.
- [9] Staykov R, Kolarov N. Distal radius fractures in childhood: our five-year experience. *Medis Med Sci Res*. 2017;1(3):37-42.
- [10] Pannu GS, Hermann M. Distal radius-ulna fractures in children. *Orthop Clin North Am*. 2014;45:1-14.
- [11] Mieret JC, Yaokreh JB, Kouamé YGS. Résultats du traitement des fractures-décollements épiphysaires du radius distal chez l'enfant au CHU de Yopougon. *Health Sci Dis*. 2017;18(1).
- [12] Orland KJ, Boissonneault A, Schwartz AM. Resource utilization for patients with distal radius fractures in a pediatric emergency department. *JAMA Netw Open*. 2020;3(2):e1921306.
- [13] Otayek S, Ramanoudjame M, Fitoussi F. Les fractures de l'extrémité distale du radius chez l'enfant. *Hand Surg Rehabil*. 2016;35:1-6.
- [14] Greig D, Silva M. Management of distal radius fractures in adolescent patients. *J Pediatr Orthop*. 2021;41(Suppl 1).
- [15] Truong WH, Howard AW, Georgiadis AG. Displaced distal radius fractures in children: to reduce or not to reduce? To pin or not to pin? *JPOSNA*. 2020;2(2):1-6.
- [16] Marinelli M, Massetti D, Facco G. Remodeling of distal radius fractures in children: preliminary retrospective cost analysis in a level II pediatric trauma center. *Acta Biomed*. 2021;92(5):1-7.
- [17] Kitaoka HB, Alexander IJ, Adelaar RS, et al. Clinical rating systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux and lesser toes. *Foot Ankle Int*. 1994;15:349-53.

Pour citer cet article

B Bere, SAK Bouda, A Ouangre, B Neya, O Zampou, SNO Ganame et al. Fractures de l'extrémité distale du radius chez les enfants de moins de 15 ans au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) au Burkina-Faso. *Jaccr Surgery* 2025; 1(2): 21-27

<https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.005L012308>



Clinical case

Pelvic fracture associated with hip dislocation in a 2-year-old child: About a case

Fracture de bassin associée à une luxation de hanche chez une enfant de 2 ans : à propos d'un cas

G Ide*^{1,2}, H Moustapha^{2,3}, HMS Issoufou³, NA Sabiou Arzika¹, S Ille^{2,4}, H Adamou^{5,6}, A Habibou^{2,3}

Résumé

Les auteurs rapportent un cas rare de fracture de bassin associée à une luxation de hanche chez un enfant de 2ans de sexe masculin, de suite d'un accident du trafic routier auto-piéton, prise en charge au service de Traumatologie et Orthopédie et Chirurgie Réparatrice de l'Hôpital National de Niamey. La radiographie du bassin de face réalisée en urgence a mis en évidence une fracture transversale du cotyle gauche et de la branche ilio-pubienne droite associée à une luxation postero-supérieure de la tête fémorale gauche. La TDM faite après réduction en urgence de la luxation a permis d'apprécier les déplacements des fractures et de confirmer la bonne réduction de la luxation. Le traitement a consisté à une réduction de la luxation en urgence. Un traitement orthopédique des fractures par traction continue de 4 semaines du membre pelvien gauche sur une attelle de Bopp. Des séances

de rééducation fonctionnelle de la hanche. Les suites thérapeutiques étaient simples. La consolidation osseuse était obtenue en 6 semaines et la récupération fonctionnelle en 8 semaines.

Mots-clés : Fracture bassin, luxation hanche, enfant, Niamey.

Abstract

The authors report a rare case of pelvic fracture associated with hip dislocation in a 2-year-old male child, following a pedestrian road traffic accident, treated at the Traumatology and Orthopedics and Reconstructive Surgery Department of the National Hospital of Niamey. The X-ray of the pelvis from the front performed in emergency revealed a transverse fracture of the left acetabulum and the right iliopubic branch associated with a postero-superior dislocation of the left femoral head. The CT scan done after

emergency reduction of the dislocation made it possible to assess the displacement of the fractures and to confirm the good reduction of the dislocation. Treatment consisted of emergency reduction of the dislocation. A 4-week orthopedic treatment of left pelvic limb continuous traction fractures on a Bopp splint. Functional rehabilitation sessions of the hip. The therapeutic follow-up was simple. Bone consolidation was achieved in 6 weeks and functional recovery in 8 weeks.

Keywords: Pelvic fracture, hip dislocation, child, Niamey.

Introduction

A pelvic fracture is a solution for the continuity of one or more bones in the pelvis. Hip dislocation is a total and permanent loss of contact between the acetabulum and the femoral head. Pelvic fracture is a rare injury in children [1]. Its association with a dislocation of the femoral head is still exceptional. Pelvic dislocation fractures are serious traumas, due to the complications of pelvic fractures that are vital and immediate and the complications of dislocation that are late and functional. Pelvic fracture and hip dislocation is a therapeutic emergency. They require the stabilization of the pelvic fracture, to avoid hemorrhagic complications and the reduction of the dislocation as soon as possible to avoid necrosis of the femoral head. The aim of our work was to report a rare case of pelvic fracture associated with a dislocation of the femoral head, in a 2-year-old boy admitted and cared for in our department and to review the literature.

Clinical case

It was A.A., a 2-year-old male patient, admitted to our department for closed trauma to the pelvis and left hip following a road traffic accident. The mechanism was a direct impact on the pelvis, by lateral compression. The intake time was 45 minutes. There

was no notion of initial loss of consciousness after the trauma and the patient's medical-surgical history was unremarkable. The clinical examination on admission revealed a conscious patient, well oriented in time and space with a Glasgow score of 15/15. The pupils were isochoric and reactive to light. He was in good condition, hemodynamic and ventilatory, the conjunctivae and mucous membranes were of normal coloration, the blood pressure was at 120/70mmHg, the pulse at 72 beats/minute and the respiratory rate at 17 cycles/minute. The physical examination of the musculoskeletal system, noted in the left pelvic limb, intense hip pain, total functional impotence of the limb, swelling of the hip, a vicious attitude of the left pelvic limb, with the hip in flexion, internal rotation, adduction, the limb was shortened. Peripheral pulses were perceived, and the motility and sensitivity of the toes were retained. The examination of the pelvis noted a sharp pain in the pelvis, the palpation of the pubic symphysis was painful especially on the right, the Verneuil and Larrey maneuvers were positive. The urogenital examination was normal, the patient urinated on his own and the urine was clear. Examination of the abdomen and digital rectal examination were normal.

The examination of the other devices was without particularities. A standard X-ray of the pelvis from the front (Fig. 1) was performed; it revealed a fracture of the left acetabulum, with an interfragmentary diastasis of about 3 mm, a dislocation of the ipsilateral femoral head which is above and behind the acetabulum and a fracture of the contralateral iliopubic branch. Performing a fracture of the anterior arch that is not very displaced, Tile Type A2 /AO [2].

CT of the pelvis performed after reduction of the dislocation (Fig. 2 and fig. 3) confirmed the fracture of the acetabulum on the left, the iliopubic branch on the right and the good reduction of femoral head dislocation.

The treatment was medical and surgical. From a medical point of view, the patient benefited from adjuvant treatment based on injectable analgesics and anti-inflammatory drugs.

The definitive treatment was orthopaedic and consisted of continuous traction for 4 weeks on a Bopp splint. The illustration of Bopp's splint traction was reported in (fig. 4).

The patient then underwent 12 sessions of functional hip rehabilitation. The aftermath was simple, bone consolidation was achieved in 6 weeks and functional recovery in 8 weeks. The (Fig. 5) showed the state of consolidation at 8 weeks.



Fig. 3: CT scan of the pelvis showing a sagittal section.



Fig. 1: fracture of the left acetabulum, dislocation of the left femoral head and a fracture of the right iliopubic branch.



Fig. 4: traction on Bopp's splint.



Fig. 2: CT scan of the pelvis showing a fracture of the left acetabulum, the iliopubic branch and good reduction of the dislocation.



Fig. 5: view of the pelvis 8 weeks with bone consolidation and the femoral head firmly in place.

Discussion

Pelvic fractures in children account for only 1-2% of fractures observed by pediatric orthopedic surgeons [3]. We report 1 case in 20 years at the National Hospital of Niamey. The association of a pelvic fracture with a hip dislocation is still very exceptional at this age. Our patient is 2 years old, which is also an exceptional case, in fact several authors report an average age of onset between 6.8 and 15 years [4, 5, 6,7]. In addition, this age is not in the range of 4 to 14 years, which is the range in which risk factors are the highest, according to Nabaweesi [8], because of bone maturity which favors fractures. Pelvic trauma is almost always the result of a high-energy traumatic mechanism [9], in most cases, the etiological circumstances are road traffic accidents, by direct mechanism [10]; our patient is the victim of a road traffic accident of the pedestrian type. In African countries such as Niger, road traffic accidents are frequent with their corollary of trauma, most often to the musculoskeletal system. These accidents are linked to factors such as the increase in the number of cars, excessive speed, and alcohol [11]. In addition to these factors, children are not aware of the danger and the negligence of parents who abandon their very young children in the street, which was our patient. The mechanism is direct, by lateral compression in our patient. As in our case, this mechanism by direct lateral compression is found by several authors [5,12]. The notion of direct mechanism in children is not the same as in adults. As Quick [13] has so aptly pointed out, the relative position of the child and the adult at impact is very different, the car bumper, for example, injures a greater proportion of a child's body than an adult's. The diagnosis of a pelvic fracture and hip dislocation is usually easy; evoked in the face of the notion of trauma to the pelvis and the presence of clinical signs such as pain, functional impotence and deformity into a classic vicious attitude of hip dislocation [14]. Imaging confirmed the fracture and dislocation. The classic X-ray of the pelvis from the front, a simple, inexpensive examination,

available in our hospitals and very accessible to patients; makes it possible to make the diagnosis by highlighting the type of fracture, bone displacements and dislocation by giving the position of the head in relation to the acetabulum. CT can help to make a therapeutic decision because it allows us to measure inter-fragment diastasis as in our case. However, its value is the subject of some controversy, in fact some authors such as Guillaumondegui [15] and Silber [16] have different points of view on the influence of CT on the treatment of pelvic fracture, this could be explained by the polymorphism of pelvic lesions. We agree with Amorosa [8] that because of the high radiation exposures, the cost and time compared to pelvic X-rays at the bedside. CT should only be considered if the additional information sought affects the management of a patient. In view of the result of the clinical examination, we did not consider other medical imaging examinations such as MRI or angio-scan. Therapeutically, the treatment was medical and orthopedic. For medical treatment, as our patient does not present with a hemodynamic and ventilatory disorder, in fact, as with Tuovinen [17], in pediatric patients pelvic fractures rarely cause significant bleeding. For bone lesions and dislocations, we opted for orthopedic treatment by dislocation reduction and continuous traction by BOPP splint because the pelvic fracture is a type A2 Tile/AO fracture [2], it is stable and does not deform the pelvic ring while taking into account the skeletal remodeling capacity of children. Our attitude is similar to that of several authors [9,18, 19], but different from that of Quick [13], who noted a tendency towards operative treatment. Medical treatment is adjuvant to relieve pain and always provides a framework for orthopedic treatment. The functional rehabilitation sessions have optimized the function of our patient's hip and pelvis. The follow-up to the treatment was simple, with children with few decubitus complications, especially the very young, compared to adults [20], bone consolidation and functional recovery were achieved at 8 weeks. At a three-month follow-up, i.e. one month after functional recovery and walking, our patient presents

neither unequal limb length, nor pelvic asymmetry, nor lameness, which are the most frequently encountered complications in pelvic trauma according to Sridharan [21], who found, pelvic asymmetry (9.2%), lameness (6.0%) and leg length difference (5.0%) in his series. Late complications such as necrosis of the skin have not been evaluated because of our cost hindsight (3 months).

Conclusion

Pelvic fractures are rare traumas in children at the National Hospital of Niamey. The association of this fracture with an ipsilateral hip dislocation is exceptional. Orthopaedic treatment consisted of an emergency reduction of the dislocation and continuous traction on a Bopp splint. The result was good after functional rehabilitation of the hip, however long-term follow-up is needed for a more reliable assessment of the outcome.

Compliance with ethical rules: The formal consent of the patient's parents has been obtained and anonymity is preserved throughout the study, the patient is designated by his or her initials.

*Correspondence :

Idé Garba

idegarba@yahoo.fr

Available online : August 23, 2025

- 1 : Department of Orthopaedic Traumatology and Reconstructive Surgery, National Hospital of Niamey
- 2 : Faculty of Health Sciences, Abdou Moumouni University, Niamey
- 3 : Department of Paediatric Surgery, Amirou Boubacar Diallo Hospital in Niamey
- 4 : Department of ENT and Head and Neck Surgery,

- Niamey General Reference Hospital
- 5 : Department of General and Visceral Surgery, Zinder National Hospital
- 6 : Faculty of Health Sciences, André Salifou University

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflict of interest : None

References

- [1] Guillaume JM, Pesenti S, Jouve JL, Launay F. Pelvic fractures in children (pelvic ring and acetabulum). *Orthop Traumatol Surg Res.* 2020 Feb;106(1S):S125-33. doi:10.1016/j.otsr.2019.05.017. Epub 2019 Sep 11.
- [2] Tile M. Pelvic ring fractures: should they be fixed? *J Bone Joint Surg Br.* 1988 Jan;70(1):1-12.
- [3] Holden CP, Holman J, Herman MJ. Pediatric pelvic fractures. *J Am Acad Orthop Surg.* 2007 Mar;15(3):172-7. doi:10.5435/00124635-200703000-00007. PMID:17341674.
- [4] De la Calva C, Jover N, Alonso J, Salom M. Pediatric pelvic fractures and differences compared with the adult population. *Pediatr Emerg Care.* 2020 May;36(5):519-22. doi:10.1097/PEC.0000000000001771.
- [5] Lewallen LW, McIntosh AL, Sems SA. Pediatric pelvic ring injuries. *Orthopedics.* 2018 Sep 1;41(5):e701-4. doi:10.3928/01477447-20180820-01.
- [6] Zwingmann J, Lefering R, Maier D, et al. Pelvic fractures in severely injured children: results from the TraumaRegister DGU. *Medicine (Baltimore).* 2018 Jun;97(24):e11955. doi:10.1097/MD.00000000000011955.
- [7] Nabaweesi R, Arnold MA, Chang DC, et al. Prehospital predictors of pelvic fracture risk in pediatric trauma patients. *Pediatr Surg Int.* 2008 Nov;24(10):1053-6. doi:10.1007/s00383-008-2206-1.

- [8] Amorosa LF, Kloen P, Helfet DL. High-energy pediatric pelvic and acetabular fractures. *Orthop Clin North Am.* 2014 Oct;45(4):483-500. doi:10.1016/j.ocl.2014.06.009. PMID:25199420.
- [9] Fahmy M, Abdelmoneim MA. Operative intervention of unstable paediatric pelvic fracture: radiological and functional assessment. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2022 Feb;48(1):187-94. doi:10.1007/s00068-021-01793-y. Epub 2021 Sep 25. PMID:34562134.
- [10] Idé G, Abdoulwahab MA, Boka Y, Kanta O, Ndonodji KPG, Illé S. Femoral diaphyseal fractures in children at the National Hospital of Niamey. *Health Sci Dis.* 2023 Jun;24(6):150-2.
- [11] Quick TJ, Eastwood DM. Pediatric fractures and dislocations of the hip and pelvis. *Clin Orthop Relat Res.* 2005 Mar;(432):87-96. doi:10.1097/01.blo.0000149859.84792.54.
- [12] Kpangni AJB, Bony NU. Traumatic dislocation of the child's hip. *Health Sci Dis.* 2025 Jan;26(1):110-2.
- [13] Guillaumondegui OD, Mahboubi S, Stafford PW, Nance ML. The utility of the pelvic radiograph in the assessment of pediatric pelvic fractures. *J Trauma.* 2003 Aug;55(2):239-40. doi:10.1097/01.TA.0000075349.56996.7B. PMID:12913641.
- [14] Silber JS, Flynn JM, Katz MA, et al. Role of computed tomography in the classification and management of pediatric pelvic fractures. *J Pediatr Orthop.* 2001 Mar-Apr;21(2):148-51. doi:10.1097/01241398-200103000-00006. PMID:11242244.
- [15] Tuovinen H, Söderlund T, Lindahl J, Laine T, Åström P, Handolin L. Severe pelvic fracture-related bleeding in pediatric patients: does it occur? *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2012 Apr;38(2):163-9. doi:10.1007/s00068-011-0140-0.
- [16] Shaath MK, Koury KL, Gibson PD, Adams MR, Sirkin MS, Reilly MC. Associated injuries in skeletally immature children with pelvic fractures. *J Emerg Med.* 2016 Aug;51(2):246-51. doi:10.1016/j.jemermed.2016.04.006.
- [17] Cazzulino FJ, Sankar WN. Traumatic pelvic fractures in children and adolescents. *Semin Pediatr Surg.* 2017 Feb;26(1):27-35. doi:10.1053/j.sempedsurg.2016.09.002. PMID:28081865.
- [18] Zwingmann J, Aghayev E, Südkamp NP, et al. Pelvic fractures in children: results from the German pelvic trauma registry. *Medicine (Baltimore).* 2015 Oct;94(43):e2325. doi:10.1097/MD.0000000000002325.
- [19] Sridharan SS, You D, Ponich B, Parsons D, Schneider P. Outcomes of pelvic ring fractures in children: a systematic review. *J Clin Orthop Trauma.* 2020 Jul-Aug;11(4):963-9. doi:10.1016/j.jcot.2020.04.054.

To cite this article

G Ide, H Moustapha, HMS Issoufou, NA Sabiou Arzika, S Ille, H Adamou et al. Pelvic fracture associated with hip dislocation in a 2-year-old child: About a case. *Jaccr Surgery* 2025; 1(2): 28-33 <https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.006L012308>

JaccrSURGERY



Cas clinique

Péritonite par perforation du grêle par corps étrangers multiples ingérés : à propos d'un cas

Peritonitis due to perforation of the small bowel by multiple ingested foreign bodies: about a case

HN Natta N'Tcha*^{1,2}, E Lawin², MEM Gbessi³, V Ewassadja², MA Hodonou¹

Résumé

L'ingestion de corps étrangers métalliques multiples chez l'adulte est rare et survient habituellement sur des terrains particuliers de débilite. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 57 ans, résident en institution psychiatrique, admis aux urgences pour des douleurs abdominales et chez qui le diagnostic de péritonite par perforation digestive sur corps étrangers ingérés a été retenu. Une laparotomie a été réalisée avec résection anastomose du grêle et gastrotomie pour extraction de multiples corps étrangers (cuillères et pièces d'argent). Les suites opératoires ont été simples. Ce cas suggère la nécessité d'une surveillance des personnes en institution psychiatrique vis-à-vis des objets de leur environnement pour éviter qu'ils ne les ingèrent accidentellement.

Mots-clés : corps étrangers, ingestion, péritonite, gastrotomie, rapport de cas.

Abstract

The ingestion of multiple metallic foreign bodies in adults is rare and usually occurs in particular debilitating conditions. We report the case of a 57-year-old patient, resident in a psychiatric institution, admitted to the emergency department with abdominal pain and diagnosed with peritonitis due to digestive perforation by ingested foreign bodies. A laparotomy was performed with anastomosis of the small bowel and gastrotomy to remove multiple foreign bodies (spoons and silver coins). The postoperative course was straightforward. This case suggests the need to monitor people in psychiatric institutions with regard to objects in their environment, to prevent them from accidentally ingesting them.

Keywords: Foreign bodies, ingestion, peritonitis, gastrotomy, case report.

Introduction

La péritonite par perforation digestive sur corps étrangers multiples ingérés chez l'adulte est rare compte tenu d'une part que l'ingestion de corps étranger est plus fréquente chez les enfants ; et d'autre part parce que 80 à 90% des corps étrangers ingérés soient éliminés spontanément [1–3]. La survenue de cette perforation est fortement corrélée aux caractéristiques du corps étranger ingéré [1,3]. Sa prise en charge constitue une urgence chirurgicale et l'évolution après traitement est souvent favorable. Nous rapportons un cas clinique suivi d'une revue de littérature sur les aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des corps étrangers ingérés chez l'adulte.

Cas clinique

Monsieur B.P. âgé de 57 ans, souffrant d'une psychose chronique à type de schizophrénie est pensionnaire d'un centre psychiatrique. Il est hypertendu et porteur d'une volumineuse hernie inguino-scrotale droite. Dans ces antécédents on retrouvait une notion de laparotomie avec résection-anastomose du grêle pour péritonite par perforation du grêle sur corps étrangers ingérés (trombone). Il a été admis aux urgences pour prise en charge d'une ingestion de corps étrangers découverts sur un radiographie de l'abdomen sans préparation (Figure 1) réalisée dans le cadre de l'exploration d'une douleur abdominale évoluant depuis 4 jours avec fièvre, sans vomissement, ni arrêt des matières et des gaz. A son admission, le patient était conscient, mais incohérent dans ces propos et présentait un état général altéré. Il était apyrétique à 36°8 C, stable sur le plan hémodynamique (TA 130/80 mmHg, et un pouls à 88 pulsations/minute). L'examen de l'abdomen retrouvait une cicatrice de laparotomie médiane, un syndrome d'irritation péritonéale généralisée (douleur et défense généralisées). A la biologie, on notait une hyperleucocytose (14.700/mm³) à prédominance neutrophile (10.800/mm³), le bilan rénal et l'ionogramme étaient normaux. La

radiographie de l'abdomen sans préparation faite avant l'admission du patient objectivait de multiples corps étrangers (4 cuillères et une pièce de monnaie), un pneumopéritoine n'était pas franchement objectivé sur la radiographie. Le diagnostic de péritonite aigue généralisée par perforation digestive avait été retenu. Après une brève réanimation hydroélectrolytique et une administration de 2 grammes de ceftriaxone et 500 mg de métronidazole, le patient a été admis en urgence au bloc opératoire. En per opératoire il a été découvert environ 200 cc de liquide purulent, quelques fausses membranes, une perforation jéjunale d'environ 2 cm de diamètre (Figure 2) au milieu d'un magma d'anses au fond duquel on palpaît 3 cuillères ; et une cuillère et une pièce de monnaie dans l'estomac. Après prélèvement du liquide péritonéal pour examen bactériologique et aspiration-lavage de la cavité abdominale, il a été réalisé une résection-anastomose du jéjunum emportant la perforation (Figure 3) et les 3 cuillères et une gastrotomie permettant l'extraction de la cuillère et de la pièce de monnaie situées dans l'estomac et enfin une fermeture de la gastrotomie, lavage abondant de la cavité abdominale puis drainage péritonéale. Les suites opératoires sur le plan chirurgical ont été simples avec reprises du transit intestinal au 3ème jour post opératoire et le patient fut sorti au 9ème jour post opératoire après reprise progressive de l'alimentation qui était bien supportée. Par ailleurs toute tentative de savoir les réelles motivations de cette ingestion ont été vaines. Le patient a été renvoyé dans son institution psychiatrique avec pour recommandation de mettre en place une meilleure surveillance pour le patient et surtout de mettre hors de sa portée les objets métalliques qu'il pourrait ingérer.

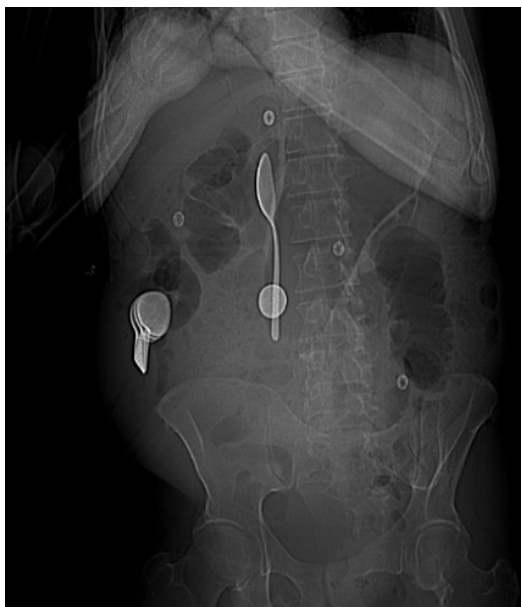


Figure 1 : Radiographie de l'abdomen sans préparation montrant les corps étrangers

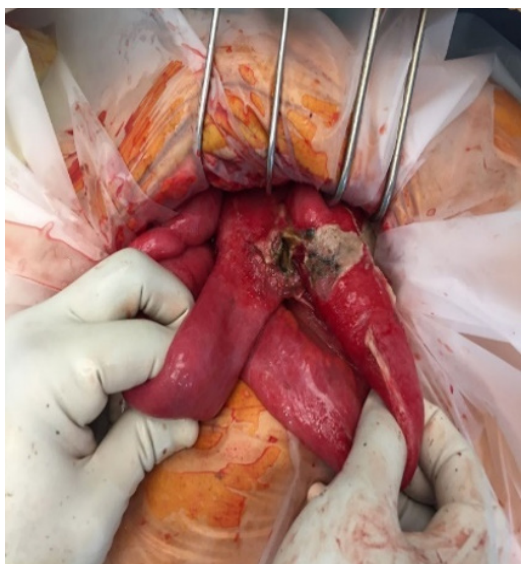


Figure 2 : Perforation du jéjunum objectivée en per opératoire



Figure 3 : Pièce opératoire et corps étrangers

Discussion

L'ingestion de corps étrangers est un motif fréquent de consultation aux urgences. Elle intéresse dans 80% des cas les jeunes enfants de 3 mois à de 3 ans et dans 15% des cas les adultes ; où l'ingestion contrairement à celle rencontrée en milieu carcéral chez des adultes jeunes, est le plus souvent accidentelle [1,4,5]. Un autre groupe est représenté par les malades souffrant de psychose chroniques comme notre patient qui souffrait de schizophrénie, chez qui l'ingestion de corps étrangers s'intégrant dans les troubles des conduites alimentaires avec parfois une composante hallucinatoire ne saurait être qualifiée d'emblée de volontaire ou non [3,6].

Les corps étrangers ingérés accidentellement sont le plus souvent unique, et parfois multiples. Multiples, ils sont parfois pourvoyeurs de complications graves comme chez notre patient [7,8]. Ils sont de tailles et dimensions variables, les bords des corps étrangers peuvent être réguliers ou non, tranchants ou au contraire mous [1]. Une fois ingérés, 80 à 90% de ces corps étrangers traversent la filière et sont éliminés par l'anus ; 10 à 20% vont nécessiter la réalisation d'une extraction endoscopique et moins de 1% le recours à une intervention chirurgicale [1,3]. Les corps étrangers non éliminés spontanément peuvent être bloqués le long du tube digestif et ceci en rapport avec les caractéristiques du tube digestif d'une part et les caractéristiques du corps étranger ingéré d'autre part. Ainsi donc, les rétrécissements physiologiques et acquis du tube digestif, la taille, le nombre des corps étrangers ingérés conditionnent leur élimination spontanée ou non [1,5]. Chez notre patient, les facteurs favorisant l'arrêt de la progression des corps étrangers étaient probablement liés à la taille des corps étrangers et à l'antécédent de laparotomie avec résection du grêle du fait des adhérences inter-anses occasionnées. L'expression clinique de ces corps étrangers ingérés est variée en rapport avec le niveau d'incarcération et la lésion anatomopathologique induite. Il peut s'agir d'une dyspnée, d'une hémorragie digestive, d'une fistule

digestive, d'une occlusion intestinale aiguë, d'une péritonite aiguë généralisée [1,5]. Le mécanisme de la péritonite aiguë généralisée est une perforation du tube digestif en rapport avec le caractère tranchant ou piquant du corps étranger ou alors secondaire à l'ischémie pariétale induite par l'incarcération de ces corps étrangers comme cela a été le cas chez notre patient [9,10].

Le diagnostic de l'ingestion des corps étrangers est porté par un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques et radiologiques [4,5]. L'interrogatoire doit préciser le contexte de l'ingestion (notamment la vie en institution) et les caractéristiques du ou des corps étranger(s), les antécédents notamment digestifs du patient. L'examen physique recherche les signes d'obstruction et de complications telles qu'une douleur rétrosternale, une dyspnée, une dysphagie, une hypersialorrhée, une douleur et défense abdominale [5]. En fonction des manifestations cliniques, des examens de radiologie conventionnelle tels que la radiographie du thorax et l'abdomen sans préparation (ASP) seront réalisés en première intention pour situer le ou les corps étrangers et préciser si possible leur nature. Cependant, dans certaines circonstances où la symptomatologie est bruyante, un scanner thoracique et/ou abdominopelvien est réalisée pour le diagnostic topographique et lésionnel [3,4]. L'endoscopie digestive occupe de plus en plus une place importante dans la prise en charge des corps étrangers ingérés de par sa double fonction diagnostique et thérapeutique [2,3,10].

Sur le plan thérapeutique, seuls les corps étrangers incarcérés nécessitent une surveillance, une extraction par voie endoscopique et rarement par une intervention chirurgicale [3,5]. Les corps étrangers incarcérés sont extraits la plupart du temps par voie endoscopique. Cette extraction doit être suivie d'une exploration endoscopique du tractus digestif et d'une mise en observation pendant 24 à 48 heures afin de détecter le plus précocement les complications liées à cette incarcération [2,4,5]. Cependant, l'ingestion de sachets contenant des stupéfiants "Body packing" constituent une contre-indication à l'extraction endoscopique

à cause du risque d'effraction des sachets et de l'overdose [4,8]. Dans ce contexte, et dans les autres complications notamment les occlusions intestinales et les perforations digestives ; la chirurgie constitue l'essentiel du traitement de ces corps étrangers. L'intervention chirurgicale est faite par laparotomie ou thoracotomie [3,10]. Les actes opératoires varient en fonction du siège des corps étrangers. Il peut s'agir entre autres d'une suture digestive, d'une gastrotomie, d'une résection-anastomose d'anse après extraction des corps étrangers [1,3]. Les suites opératoires sont en générale simple comme chez notre patient. Mais des complications liées à la nature du corps étranger, au type de chirurgie et aux comorbidités des patients peuvent survenir [3]. L'ingestion des corps étrangers chez les patients atteints de troubles psychiatriques est un véritable problème de santé qui interpelle sur la nécessité de la surveillance attentive et continue de ces patients qui malheureusement s'heurte à la pénurie d'agents de santé. A défaut de cette, l'accent doit être mis sur un meilleur contrôle de leurs troubles psychiatriques et d'autre part sur la sécurisation de leur environnement en mettant hors de leur vue les corps étrangers susceptibles d'être ingérés.

Conclusion

La péritonite par perforation du grêle sur corps étrangers multiples ingérés est une urgence chirurgicale rare les patients atteints de troubles psychiatriques et relève d'un manque de vigilance dans leur surveillance surtout en cas de récurrence. La survenue de la perforation après ingestion de ces corps étrangers est favorisée par leur caractéristiques notamment : la nature (métallique), propriétés (tranchant ou piquant), leur grande taille et leur nombre.

Contribution des auteurs

Habib N'Domè Natta N'Tcha : a participé à la prise en charge du patient, a initié et rédigé l'article.

Victor Ewassadja : a participé à la prise en charge du patient.

Edwige Lawin et Mahugnon Emmanuel Martino

Gbessi : ont effectué la récession des écrits et leur synthèse.

Montcho Adrien Hodonou : a relu l'article et y à apporter des corrections.

***Correspondance :**

Habib N'Domè Natta N'Tcha

habidome@gmail.com

Disponible en ligne : 23 Août 2025

1 : Service de chirurgie générale du CHUD/Borgou-Alibori, BP 02 Parakou, Bénin.

2 : Service de chirurgie viscérale et digestive de l'Hôpital Saint Camille, 94366 Bry Sur Marne, France

3 : Clinique Universitaire de Chirurgie viscérale du CNHU-HKM de Cotonou, 01 BP 386, Bénin

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Sola C, Pico J, Dadure C. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant : mise au point et nouveautés. *Anesth Réanimation*. 2022;8(6):566-75.

[2] Yao CC, Wu IT, Lu LS, Lin SC, Liang C-M, Kuo Y-H, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract of adults. *Biomed Res Int*. 2015;2015:1-6.

[3] Jgounni R, Louzi A, Finech B, Gharaba S, Elfadil K, Samlani-Sebbane Z, et al. Ingestion de corps étrangers chez l'adulte : approche épidémiologique, clinique et thérapeutique dans la région de Marrakech. *J Afr Hépatogastroentérol*. 2011;5:232-5.

[4] Lachaux A, Letard J-C, Laugier R, Gay G, Arpurt

J-P, Boustière C, et al. Les corps étrangers ingérés. *Acta Endosc*. 2007;37(1):91-3.

[5] Haennig A, Bournet B, Jean-Pierre O, Buscaïl L. Conduite à tenir devant une ingestion de corps étrangers. *Hépatogastro Oncol Dig*. 2011;18(3):249-57.

[6] Alao AO, Ibrahim B. Foreign body ingestions in a schizophrenic patient. *West Afr J Med*. 2006;25(3):239-41.

[7] Gonzalez F, Concheiro-Coello P, Brenlla-Gonzalez J. Ingestion d'un nombre anormalement élevé de corps étrangers chez un homme souffrant de troubles mentaux. *J Chir Viscérale*. 2025;162(1):54-6.

[8] Guidarelli M, Mazevet M, Deveaux M, Hamiche K, Franchi A. Intoxication aiguë mortelle à la cocaïne chez une mule guyanaise : à propos d'un cas et état des lieux de ce phénomène. *Rev Med Légale*. 2023;14(1):100370.

[9] Keita A, Abdou Bacharou H, Diallo I, Fofana M, Diallo M, Diallo M, et al. Nécrose de la carotide commune secondaire à un corps étranger migrant. *Health Sci Dis*. 2021;22(6):1-3.

[10] Sockeel P, Massoure M-P, Fixot K, Chatelain E, De Saint Roman C, Bredin C. Perforations de l'œsophage thoracique par corps étranger. *J Chir (Paris)*. 2009;146(1):40-7.

Pour citer cet article

HN Natta N'Tcha, E Lawin, MEM Gbessi, V Ewassadja, MA Hodonou. Péritonite par perforation du grêle par corps étrangers multiples ingérés : à propos d'un cas. *Jaccr Surgery* 2025; 1(2): 34-38

<https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.007L012308>



Article original

Aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des urgences urologiques au CHU de Cocody

Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of urological emergencies at the Cocody University Hospital

AP Gnabro Gnakouri*¹, CC Vodi¹, A Fofana¹, F Kramo Nykan¹, A Drabo¹, I Coulibaly¹,
K Konan¹, B Kouamé¹, PG Konan¹, A Dekou¹

Résumé

Objectif : était de décrire le profil épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des urgences urologiques au service d'urologie du CHU de Cocody

Méthodologie : il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive qui s'est déroulée sur une période de 5 ans (2018-2022) portant sur des patients de plus de 16 ans reçus pour des urgences urologiques.

Les paramètres étudiés étaient les données socio-démographiques, le motif de consultation, le diagnostic et le traitement

Résultats : 563 cas ont été étudiés ; la population est à prédominance masculine avec un âge moyen de 55,58 ans. Les rétentions aiguës d'urine (RAU) représentent 47,42% des motifs de consultation. Le sondage vésical et le drainage urinaire sus-pubien constituaient l'essentiel des gestes thérapeutiques d'urgence.

Conclusions : les urgences urologiques sont dominées par les rétentions d'urine compliquant les tumeurs prostatiques et leur prise en charge en urgence repose sur le sondage vésical.

Mots-clés : urgences urologiques, RAU, homme âgé, sondage vésical, CHU Cocody.

Abstract

Objective: To describe the epidemiological, diagnostic, and therapeutic profile of urological emergencies in the urology department of Cocody University Hospital.

Methodology: This was a retrospective, descriptive study conducted over a 5-year period (2018–2022) on patients over 16 years old presenting with urological emergencies. The parameters studied included socio-demographic data, reason for consultation, diagnosis, and treatment.

Results: 563 cases were studied; the population was predominantly male with an average age of 55.58 years. Acute urinary retention (AUR) accounted for 47.42% of consultations. The main emergency therapeutic procedures were bladder catheterization and suprapubic urinary drainage.

Conclusion: Urological emergencies are dominated by urinary retention secondary to prostate tumors, with emergency management relying primarily on bladder catheterization.

Keywords: Urological emergencies, AUR, elderly male, bladder catheterization, Cocody University Hospital.

Introduction

Les urgences urologiques correspondent aux affections de l'appareil urinaire dans les deux sexes et de l'appareil génital masculin mettant en jeu le pronostic fonctionnel et/ou vital en l'absence d'une prise en charge rapide et adaptée. Elles occupent une place importante dans l'activité de l'urologue. De plus elles sont nombreuses et variées pouvant être réparties en cinq grandes catégories : obstructives, hémorragiques, traumatiques, infectieuses et génito-scrotales [1]. Bien que pouvant intéresser les deux sexes et tous les âges, on note dans les séries africaines subsahariennes sa nette prédominance chez le sujet âgé de sexe masculin en rapport avec les obstructions du bas appareil urinaire ; A contrario les séries rapportées en Afrique du nord et en occident révèlent une nette prédominance de la colique néphrétique [2,3]. En Côte d'Ivoire malgré des études réalisées sur des urgences urologiques spécifiques peu de données sont disponibles sur l'ensemble des urgences urologiques.

Ainsi le but de notre travail était de préciser les particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des urgences urologiques dans un hôpital de troisième qu'est le CHU de Cocody.

Méthodologie

Cadre de l'étude : les urgences médico-chirurgicales et le service d'urologie du CHU de Cocody (Abidjan), structure sanitaire de niveau trois.

Type et durée d'étude : il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui s'est déroulée du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2022 soit une durée de 60 mois

La population d'étude : tous les patients des deux sexes âgés d'au moins 16 ans, admis aux urgences médico-chirurgicales du CHU de Cocody pour une urgence urologique.

Les paramètres étudiés étaient l'effectif, les données socio-démographiques (âge, sexe, la profession), les données cliniques (motif d'admission, diagnostic) et les données thérapeutiques (médical, chirurgical, instrumental)

Les données ont été collectées à partir des registres et dossiers médicaux des services des urgences médico-chirurgicales et du service d'urologie ; le recueil et l'analyse de celles-ci ont été effectués respectivement avec les logiciels Microsoft Excel 2020 et Epi Info 7.2.2.0. Les variables qualitatives ont été données en effectif et en pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type.

Résultats

• Effectif

Durant la période d'étude, 563 cas ont été admis pour une urgence urologique. L'année 2022 est celle ayant enregistré le plus d'urgences urologiques avec 139 cas soit 24,69% et l'année 2020 le moins d'urgences urologiques avec 50 cas soit 8,8%.

• Les caractéristiques épidémiologiques

- Sexe : la population étudiée incluait 526 hommes (93,43%) et 37 femmes (6,57%) soit un sex ratio=14,21. (figure 1)
- Age : l'âge moyen des patients était de 55,58 ans avec des extrêmes allant de 15 à 97 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 60-75 ans avec 39,08% de l'effectif et la moins représentée

était celle de 15-30 ans avec 13,5% (figure 2).

- Profession : les retraités étaient les plus représentés avec 24,87%.
- *Les données cliniques*
- La rétention aigue d'urine (RAU) était le motif le plus observé avec 47,42% des motifs de consultations, suivies des hématuries (20,78%) (tableau 1)
- Les grosses bourses douloureuses et fébriles étaient les motifs de consultation des pathologies infectieuses les plus retrouvées (7,82%).
- Le faux pas du coït était le motif des urgences traumatiques le plus observé (3,55%).
- Les complications de l'HBP représentaient 43,16% des pathologies des urgences urologiques suivi de celles liées au cancer de la prostate (16,87%).
- Les étiologies de la RAU étaient dominées par les tumeurs prostatiques (82,5%)

- (HBP 64,2% et cancer de la prostate 20,60%).
- La principale étiologie de l'hématurie était l'hypertrophie bénigne de la prostate qui représentait 56,41%
- Les orchépididymites représentaient 61,70% des urgences urologiques d'origine infectieuses.
- *Les données thérapeutiques*
- Les traitements instrumentaux étaient les plus réalisés en urgence dominés par le sondage vésical qui représentait 62,87% des gestes thérapeutiques. (Figure 3)
- L'association antibiotiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens représentait la majorité des traitements médicamenteux administré en urgence (44,07%)
- La pose de cysto-cathéter sus-pubien était le geste chirurgical le plus réalisé (30,94%), suivie des fistules caverno-spongieuse (20,44%).

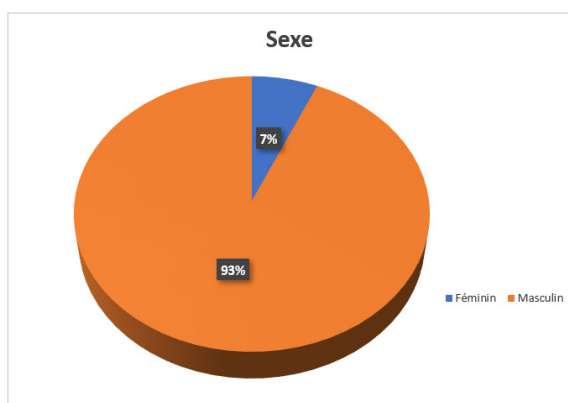


Figure 1 : répartition selon le sexe.

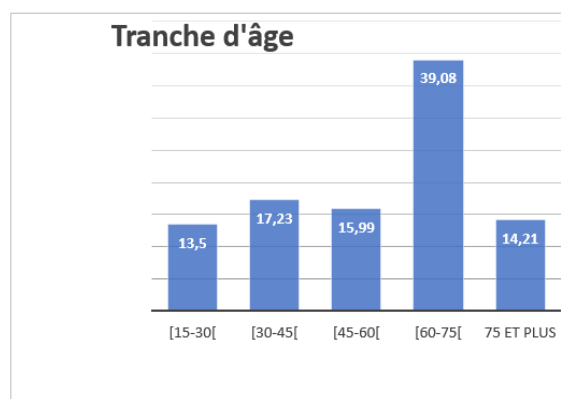


Figure 2 : Répartition par tranche.

Tableau 1 : Répartition selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
RAU	267	47,42
Hématurie	117	20,78
Grosse bourses douloureuse et fébrile	44	7,82
Erection permanente et douloureuse	37	6,57
Faux pas du coït	20	3,55
Urétéro-hydronephrose bilaterale+iro	19	3,37
Grosse bourses douloureuse et non fébrile	14	2,49
RCU	14	2,49
Douleur lombaire/colique néphrétique	11	1,95
Uretrorragie	9	1,60
Tuméfaction pénienne post traumatique	5	0,89
Autres	4	0,71
Amputation- section de verge	2	0,36

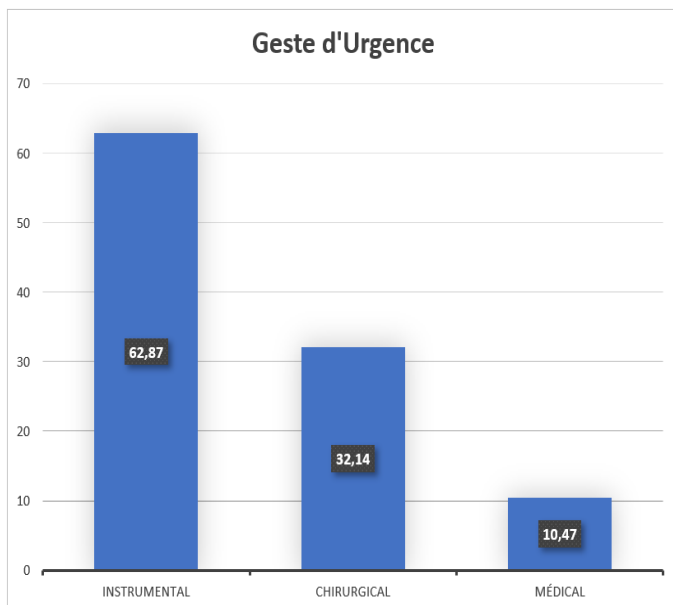


Figure 3 : Répartition des patients selon les gestes d'urgence

Discussion

• L'effectif

Nous avons fait le constat qu'en 2020 le nombre de patients reçus en urgence urologique est de 8,8%, soit trois fois moins que l'année la plus représentative 2022 avec 24,69%. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'en 2020, la pandémie au COVID-19 battait son plein et que la première barrière contre elle était le confinement.

• Les caractéristiques épidémiologiques

Sexe : Dans notre étude, nous avons constaté une prédominance masculine avec un sex ratio de 14,21. Ce résultat correspond aux données de la littérature qui ont suggéré une variation entre 3,6 et 41 [4,5,6]. Notre résultat se superpose avec celui de Talreja en Inde [7] qui retrouvait un sex ratio de 14, celui de Tfeil et al en Mauritanie [8], Fall et al au Sénégal. [15] et Topaktas et al en Turquie. [9] qui retrouvaient respectivement 20,32 ; 20,32 et 27,1. Cette prédominance masculine est due à la grande fréquence des urgences urologiques causées par les pathologies prostatiques.

Age : Des études ont montré que les pathologies urologiques touchent essentiellement le sujet d'âge mûr et sont rares avant 50 ans, et que leur fréquence augmente avec l'âge [4,10]. Ce qui confirme le

résultat de notre étude qui montre que l'homme âgé était le plus touché. Plus de cinquante-trois pour cent de nos patients avaient un âge supérieur ou égal à 60 ans. L'âge moyen était de 55,58ans avec des extrêmes de 15 à 97ans. En Guinée, deux études ont confirmé ce résultat [4,20]. En Espagne, Parra et al. [12] ont trouvé un âge moyen de 53 ans ; Tengue et al au Togo [13] ont trouvé une plus grande incidence chez les hommes de plus de 60 ans.

Profession : La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée dans notre étude était celle des retraités avec 24,87%. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Makon et al. [14] à Douala qui retrouvaient 28,7%. Ceci peut s'expliquer par le fait que, les urgences urologiques touchant majoritairement le sujet masculin âgé de plus de 50ans, survient à l'âge de la retraite

• Les données cliniques

Différents types d'urgence urologique : La configuration des urgences urologiques n'est pas la même selon qu'on se trouve en Europe ou en Afrique. En effet dans les séries européennes [10,15,16] c'est la colique néphrétique qui prédomine alors que dans les séries africaines c'est la rétention aigue d'urine qui prédomine en témoigne les études de Fabienne au Madagascar [17] qui en retrouvait 85%, Tengue au Togo [13] avec 64% et Owon'Abessolo et al. au Cameroun [18] qui notaient 29,9%. Ces résultats confirment ceux de notre étude qui retrouvait 47,42%. Cela s'explique d'une part par la fréquence élevée de la lithiase urinaire en Europe, d'autre part par le fait que les patients européens porteurs de pathologie prostatique en particulier l'hypertrophie bénigne de la prostate consultent avant le stade de complications dont la RAU.

Dans notre contexte, les principales circonstances de découverte des tumeurs prostatiques et de la sténose de l'urètre sont les RAU. En effet, pour des raisons socioéconomiques et culturelles la plupart de personnes porteuses de ces pathologies ne consulte qu'à la phase de complications.

Aspect étiologique

Étiologies des rétentions urinaires

La rétention vésicale complète ou RAU correspond à l'impossibilité totale et douloureuse d'uriner malgré l'envie impérieuse. La rétention urinaire chronique ou RCU quant à elle, se définit par une incapacité à vider totalement la vessie. Elles traduisent le plus souvent la présence d'un obstacle sous la vessie empêchant l'évacuation des urines. Elles sont différentes de l'anurie qui est souvent indolore et sans globe vésical. La RAU est une urgence en raison de la douleur et de l'aggravation rapide de la distension vésicale avec risque de retentissement sur le haut appareil urinaire. Non traitée tôt, la RAU peut entraîner un claquage vésical ou une insuffisance rénale aiguë (IRA). L'état de rétention urinaire n'est pas une maladie mais un syndrome urinaire qui relève de l'état pathologique sous-jacent qui est la cause. Il s'agit d'une situation fréquente chez le genre masculin dont les principales étiologies sont les tumeurs prostatiques et le RU. Ces deux pathologies sont également les principales pourvoyeuses de RAU dans la grande majorité des études [19,1, 20,21,22].

L'incidence annuelle de la RAU chez les patients ayant une HBP symptomatique est évaluée entre 0,4 et 6 % [17]. L'âge et la sévérité des symptômes obstructifs apparaissent également comme des facteurs augmentant le risque de RAU [23]. En cas de HBP, la gêne à l'évacuation des urines provient d'un défaut d'ouverture du col vésical, qui peut être plus important lorsqu'il existe un lobe médian faisant clapet, ou une composante fibreuse importante de l'adénome.

La RAU est l'urgence urologique la plus fréquente dans notre étude avec 47,42% des cas et la RCU est la 7^e urgence la plus fréquente avec 2,49% des cas. Cela s'explique par le fait que la RAU constitue l'une des principales circonstances de découverte des tumeurs prostatiques et des sténoses de l'urètre [23]. La plupart de nos patients ayant présenté des troubles urinaires du bas appareil ne consultent qu'à la phase de complications. La majorité d'entre eux ont souvent un niveau socio-économique ou intellectuel plutôt

bas. Cependant, dans les pays européens, la RAU n'est pas l'urgence urologique la plus fréquente. Elle représentait 22% des motifs de consultations en France [10] tandis que son incidence annuelle était de 0,30 % en Angleterre [24]. Au Sénégal, la RAU constituait également la première urgence urologique avec une fréquence à 57% [21]. En France comme en Croatie, elle ne vient qu'en deuxième position après les lombalgies ou les CN [10,25]. L'incidence des RAU dans notre série s'expliquerait également par le fait que la plupart des patients commencent souvent par confier leur maladie au guérisseur traditionnel.

Étiologies des hématuries

Dans notre étude, l'hématurie a représenté 20,78% des urgences urologiques, elle occupait ainsi la seconde place des urgences urologiques dans notre série. Le même constat a été fait au Cameroun par Owon'Abessolo et al [18] qui les retrouvaient dans 18,7% des cas. Cependant pour d'autres études précisément au Sénégal et au Togo, elle n'occupe respectivement que la sixième et la quatrième place avec 1,18% et 1,4% [5,13]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans certaines pratiques les hématuries intermittentes minimales, sans caillot vésical ne sont pas enregistrées comme urgence [26]. Néanmoins, l'étiologie la plus retrouvée reste la même dans les différentes séries à savoir les tumeurs prostatiques (HBP 56,41% et cancer de prostate 20,51%) et vésicales avec 16,24%. Leur prise en charge nécessite un décaillotage et une irrigation vésicale en urgence par sonde à double courant. Ces étiologies tumorales des hématuries ont été notées par Dawam au Nigeria et par Errando Smet en Espagne [31,32].

Étiologies des infections urogénitales

Les étiologies des infections urogénitales étaient dominées par les orchépididymites (61,70%). Ces résultats sont comparables à ceux de TOURE et al [27] qui avaient retrouvé 77,5% de cas d'orchépididymites comme étiologies des infections urogénitales.

- *Les données thérapeutiques*

Gestes non chirurgicaux d'urgence

La fréquence des gestes non chirurgicaux dans notre étude était dominée par le sondage vésical en urgence avec 66,95%. Elle coïncide avec la prédominance des RAU sur HBP et cancer de la prostate. La prédominance du sondage vésical était également retrouvée chez la plupart des auteurs sur les urgences urologiques [33,17,21,27,28,29]. Ce geste thérapeutique nous permettait de lever la majorité des obstacles urinaires occasionnés par l'HBP. La maîtrise de la mise en place d'une sonde vésicale est donc très importante. En d'autres termes, elle doit être posée dans des strictes conditions d'asepsie afin d'éviter les complications infectieuses [30]. Il est conseillé de maintenir un système clos avec interdiction de déconnecter la sonde de la poche collectrice.

Pour les choix entre le type et la taille de la sonde, il est préférable d'éviter les sondes de petits calibres en première intention et utiliser une sonde de Foley charrière 18 ou 20 [23].

L'utilisation des sondes à double courant est préférable lorsqu'une irrigation ou un lavage est nécessaire devant une hématurie. Il est également conseillé de réaliser une vidange vésicale progressive et de clamber la sonde quelques minutes tous les 300 à 500 ml [23]. En cas de vidange vésicale trop rapide, il peut survenir une hématurie macroscopique, appelée hématurie à vacuo.

A côté du sondage vésical, qui est souvent associé au décaillotage vésical généralement lors des hématuries caillotantes, l'utilisation des antalgiques et des antibiotiques jouent un rôle important dans la prise en charge des urgences urologiques pour améliorer le confort du patient et entamer une antibiothérapie probabiliste dans les cas d'infections urogénital.

Gestes chirurgicaux d'urgence

Dans notre étude, les gestes chirurgicaux étaient moins fréquents mais occupaient une indication importante avec 27,53% des gestes réalisés en urgence. Le principal geste posé en urgence était le drainage urinaire par voie sus-pubienne (cystostomie sus pubienne/cystocatéter) 30,94% ; la réparation

chirurgicale se faisant à distance du traumatisme ce résultat est similaire à celui de Owon'Abessolo et al [18] avec 25,4% de cystostomie réalisée en urgence. Ce taux élevé est directement lié aux échecs de sondage vésical rencontrés en cas de sténose de l'urètre, de traumatisme de l'urètre, des GOGÉ et parfois au cours des pathologies tumorales prostatiques.

En second venait La fistule caverno-spongieuse représentant 20,44% des gestes chirurgicaux réalisés en urgence.

Conclusion

Les patients reçus pour urgence urologique étaient majoritairement des personnes de sexe masculin, d'âge moyen de 55,58 ans.

Les principaux types d'urgences urologiques étaient nombreux mais on note une forte prédominance des RAU et des hématuries (47,42% et 20,78%) dont les principales causes étaient les hypertrophies prostatiques.

Les types de soins apportés aux malades étaient multiples et variés. Cependant le drainage urinaire était la principale préoccupation en urgence : la pose de sonde vésical sur le plan instrumental et sur le plan chirurgical, le drainage urinaire sus-pubien.

*Correspondance :

GNABRO GNAKOURI Alain-Pacôme

alaingnabro@yahoo.fr

Disponible en ligne : 23 Août 2025

1 : Service d'urologie du CHU de Cocody, Abidjan

© Journal of african clinical cases and reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Bouteyine A. Les urgences urologiques au centre hospitalier provincial Prince Moulay Abdellah de Salé (Maroc) [thèse]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2020.
- [2] Boissier R, Savoie PH, Long JA. Épidémiologie des urgences urologiques en France. *Prog Urol*. 2021 Nov 1;31(15):945-55.
- [3] Ouskri S. Les urgences urologiques de l'hôpital Ibn Sina de Rabat [thèse]. Rabat : Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat; 2019.
- [4] Bobo Diallo A, Bah I, Diallo TMO, Bah OR, Amougou B, Bah MD, et al. Le profil des urgences urologiques au CHU de Conakry, Guinée. *Prog Urol*. 2010 Mar;20(3):214-8.
- [5] Fall B, Diao B, Fall PA, Diallo Y, Sow Y, Ondongo AAM, et al. Les urgences urologiques en milieu hospitalier universitaire à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Prog Urol*. 2008 Nov;18(10):650-3.
- [6] Diabaté I, Ondo CZ, Sow I, Ba A, Mboup C. Les urgences urologiques au centre hospitalier de Louga, Sénégal : aspects épidémiologiques et évaluation de la prise en charge. *Afr J Urol*. 2015 Sep 1;21(3):181-6.
- [7] Talreja S. A spectrum of urological emergency reported at a tertiary care teaching hospital: an experience. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2015 [cité 2024 Jan 11]; Disponible sur: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=11&page=PC12&id=6821
- [8] Tfeil YO, Elmoctar CAO, Ca MO, Jdoud CO. Les urgences urologiques au centre hospitalier national de Nouakchott : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Basic Clin Androl*. 2010 Jun;20(2):144-7.
- [9] Topaktas R, Altin S, Aydin C, Akkoc A, Yilmaz Y. Retrospective evaluation of urological admissions to emergency service of a training and research hospital. *Turk J Urol*. 2014 Dec 10;40(4):216-20.
- [10] Mondet F, Chartier-Kastler E, Yonneau L, Bohin D, Barrou B, Richard F. [Epidemiology of urological emergencies in a teaching hospital]. *Prog Urol*. 2002 Jun;12(3):437-42.
- [11] Diallo MB, Bah I, Baldé I. Les urgences urologiques au CHU Ignace Deen : étude rétrospective. *Guin Med*. 1996;10:9-14.
- [12] Parra ML, López PJ, Piñeiro FM, Sanchez MJ, Menéndez CM, Astorgano de la PC, et al. [Urologic disease emergency. Clinico-epidemiologic analysis at a district hospital]. *Arch Esp Urol*. 2001 Jun 1;54(5):411-5.
- [13] Tengue K. Prise en charge des urgences urologiques au Togo. *Rev Afr Urol Androl* [Internet]. 2017 Mar 2 [cité 2023 Oct 30];1(7).
- [14] Makon ASN, Essomba NE, Beyeme TS, Ngandeu JM, Nwachap JJ, Edjenguele THS, et al. Profil des urgences urologiques à l'hôpital Laquintinie de Douala. *Rev Médecine Pharm*. 2021;11(3):1279-82.
- [15] Belvis EVM, Merenciano CF, Torrus TP, Mira LA. Urologic emergency: our difficult experience with care service. *Actas Urol Esp*. 1994;18(8):775-81.
- [16] Amsellem D, Guetta T, Arvis G. Tratamiento medicamentoso y quirúrgico del priapismo. *EMC Urol*. 2002 Jan 1;34(1):1-9.
- [17] Ouattara A, Botcho G, Paré AK, Yaméogo C, Ky B, Rouamba M, et al. Les urgences urologiques à l'hôpital de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : aspects épidémiologiques et prise en charge. À propos de 303 cas. *J Rech Sci Univ Lomé*. 2019;21(4-1):236-44.
- [18] Owon'Abessolo PF, Mayopa CF, Mekeme J, Fouda JC, Biyouma MDC, Dongmo G, et al. Urgences urologiques : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à l'Hôpital Central de Yaoundé. *Health Sci Dis* [Internet]. 2020 Jul 28 [cité 2023 Mar 8];21(8).
- [19] Goyema WO. Évaluation des urgences urologiques : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques [thèse]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2019.

- [20] Paré AK, Yaméogo C, Ky B, Bako A, Rouamba M, Kaboré FA, et al. Les urgences urologiques à l'hôpital Universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : aspects épidémiologiques et prise en charge. *J Rech Sci Univ Lomé*. 2019;21(4-1):236-44.
- [21] Diallo TO, Diabaté I, Barry M, Bah OR. Le profil des urgences urologiques dans un hôpital régional au Sénégal : étude rétrospective de 20 mois. *Pan Afr Med J*. 2022 Aug 22;42:302.
- [22] Sarr M. Les urgences urologiques au centre hospitalier national de Pikine : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques [thèse]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2019.
- [23] Terrier JE, Ruffion A, Rouprêt M. Rétention aiguë d'urine. *Prog Urol*. 2013;13(342):1-6.
- [24] Cathcart P, van der Meulen J, Armitage J, Emberton M. Incidence of primary and recurrent acute urinary retention between 1998 and 2003 in England. *J Urol*. 2006 Jul;176(1):200-4.
- [25] Saratlija Novaković Ž, Librenjak D. Only a minority of patients in the urological emergency unit need urgent urology care. *Acta Med Acad*. 2014;43(2):155-9.
- [26] Sidi U, Ben M. Les urgences urologiques : guide pratique. *Afr J Urol*. 2015;11(3):306-12.
- [27] Touré CT, Dieng M. Urgences en milieu tropical : état des lieux, l'exemple des urgences chirurgicales au Sénégal. *Med Trop (Mars)*. 2002;62(3):237-41.
- [28] Traoré MT, Yaméogo CAMKD, Kaboré M, Ouedraogo S. Epidemiology of urological emergencies at the Regional University Hospital Center of Ouahigouya, Burkina Faso. *Open J Urol*. 2020 May 13;10(6):177.
- [29] Halidou M, Adamou H, Ibrahim A, Roua A, Habou O, Amadou Magagi I, et al. Les urgences urologiques à l'Hôpital National de Zinder : aspects épidémiologiques, étiologiques et thérapeutiques. *Ann Univ Abdou Moumouni*. 2017 Oct 17;22:136-43.
- [30] Yapo KP. Évaluation de la technique de sondage vésical chez le sujet masculin dans les hôpitaux généraux du district d'Abidjan [thèse]. 2023.
- [31] Dawam D, Kalayi GD, Osuide JA, Muhammad I, Garg SK. Haematuria in Africa: is the pattern changing? *BJU Int*. 2001 Mar;87(4):326-30.
- [32] Errando Smet C, Martinez De Hurtado J, Regalado Pareja R, Huguet Pérez J, Montlleó Gonzalez M, López Duesa L, et al. [Analysis of 895 consultations for hematuria in the emergency department in an urology unit]. *J Urol (Paris)*. 1996;102(4):168-71.
- [33] Bori M, Hodonou F, Darate R, Yevi M, Avakoudjo J. Aspects épidémiologiques, diagnostics et thérapeutiques des urgences urologiques à l'Hôpital Sounon Sero de Nikki. *ESI Prepr*. 2023 Apr 11;15:538-8.

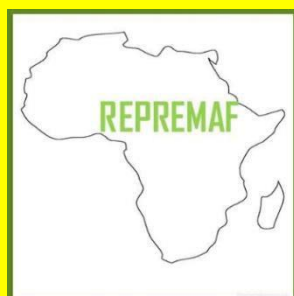
Pour citer cet article

AP Gnabro Gnakouri, CC Vodi, A Fofana, F Kramo Nykan, A Drabo, I Coulibaly et al. Aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des urgences urologiques au CHU de Cocody. *Jaccr Surgery* 2025; 1(2): 39-46

<https://doi.org/10.70065/2512.jaccrSurg.008L012308>

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.