



5 au 7 octobre 2011

PORTE MAILLOT / PALAIS DES CONGRES DE PARIS

Delphin Kuassi MEHINTO
COTONOU

Paris, le 7 octobre 2011

ATTESTATION DE PRESENTATION

Communication affichée n° CA 279

SESSION : Chirurgie digestive

Problèmes thérapeutiques dans les ictères rétentionnels chirurgicaux
au Bénin

Delphin Kuassi Mèhinto (1)

Françis Dossou (2)

Dansou Gaspard Gbéssi (1)

René Gayito (1)

Osséni Kémoko Bagnan (2)

Nazaire Padonou (1)

(1) Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A-CNHU 01BP386 Cotonou-Bénin

(2) Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B-CNHU 01BP386 Cotonou-Bénin

Nous avons le plaisir de confirmer que

Delphin Kuassi MEHINTO

a présenté la Communication affichée CA 279

lors du 113^{ème} Congrès de l'Association Française de Chirurgie

lepublicsysteme
PCO



ORGANISATEUR PROFESSIONNEL DE CONGRÈS

Le Public Système PCO - 38, rue Anatole France - 92594 Levallois-Perret Cedex - France
www.lepublicsystemepco.com - Tél. : +33 (0)1 70 94 65 35 - Fax : +33 (0)1 70 94 65 01

SAS au capital de 37 000 € - RCS Nanterre B422 322 479

**Problèmes thérapeutiques dans les ictères
rétentionnels chirurgicaux au Bénin
Therapeutic problems in surgical obstructive jaundice in Benin**

**DK. Mèhinto (1), F. Dossou (2), DG. Gbéssi (1), R. Gaito (1),
OK. Bagnan (2), N. Padonou (1).**

**(1) Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A-CNHU 01BP386
Cotonou-Bénin**

**(2) Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B-CNHU 01BP386
Cotonou-Bénin**

**Présentateur : Mèhinto DK. 01 BP 499 Cotonou. Email :
dmehinto@yahoo.fr**

Résumé

**Introduction : Les ictères rétentionnels chirurgicaux posent parfois des
problèmes thérapeutiques.**

**But : Exposer les problèmes thérapeutiques dans les ictères rétentionnels
chirurgicaux.**

**Méthode : Les dossiers de 22 cas d'ictères rétentionnels chirurgicaux
opérés au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, de
Janvier 1999 à Février 2011 ont été analysés à partir d'une étude
rétrospective.**

**Résultats : les ictères rétentionnels chirurgicaux opérés représentaient
0,8% des hospitalisés. L'âge moyen des patients était de 60,9 ans et la sex-
ratio de 1. Il s'agissait de lithiase du cholédoque (1/22) et
d'adénocarcinome de la tête du pancréas (18/22), de la convergence
biliaire (2/22) et de l'ampoule de Vater (1/22). Le diagnostic des cancers
était tardif au stade d'envahissement locorégional (18/21) et de métastase
(8/21) rendant impossible la résection hépato-biliaire ou exceptionnelle la
duodéno pancréatectomie céphalique (1cas). La chirurgie était surtout
palliative par dérivation bilio-digestive (16/21) et le refus de geste hépato-
biliaire (4/21) a été décidée pour cancers localement avancés. La morbidité
post-opératoire était de 5/22 liée à un hémopéritoine (2 cas), à une
insuffisance respiratoire (2 cas) ou rénale (1 cas). La mortalité hospitalière
était de 6/22 et la survie à 18 mois nulle.**

**Discussion : Un diagnostic précoce permettrait une chirurgie à visée
curative.**

**Conclusion : Les étiologies des ictères rétentionnels chirurgicaux ont été
dominées par les cancers de la tête du pancréas vus tard obligeant à une
chirurgie palliative avec un pronostic péjoratif.**

**Mots-clés : Ictère rétentionnel ; Cholestase ; Duodéno pancréatectomie ;
Dérivation bilio-digestive.**

Summary

**Introduction: The surgical obstructive jaundice pose sometimes
therapeutic problems.**

Aim: Expose therapeutic problems of surgical obstructive jaundice.

Method: The files of 22 cases of surgical obstructive jaundice operated in National Hospital and Teaching Center of Cotonou were analyzed retrospectively from January 1999 to February 2011.

Results: The surgical obstructive jaundice operated accounted for 0.8% of hospitalized patients. The average age of patients was 60.9 years and the sex ratio was 1. It was about common bile duct stones (1 / 22) and adenocarcinoma of pancreatic head (18/22), hilar convergence (2 / 22) and ampulla of Vater (1 / 22). The diagnosis of cancer was delayed at the stage of locoregional invasion (18/21) and metastasis (8 / 21) making it impossible to perform hepatobiliary resection and cephalic duodenopancreatectomy was rare (1cas). Surgery was especially palliative: biliary-digestive by-pass (16/21). In 4/21 of cases, because locally advanced cancers, hepatobiliary act were not performed. The postoperative morbidity was 5/22 due to hemoperitoneum (2 cases), respiratory failure (2 cases) and kidney failure (1 case). The hospital mortality was 6/22 and the 18-month survival was zero.

Discussion: Early diagnosis would allow curative surgery.

Conclusion: The causes of surgical obstructive jaundice were dominated by cancers of the head of the pancreas seen later forcing them to palliative surgery with a poor prognosis. **Keywords:** Obstructive jaundice, Cholestasis, Duodenopancreatectomy; biliary-digestive bypass.