

ACTIVITE CHIRURGICALE EN MISSION EXTERIEURE : EXPERIENCE DU 7^{IE}ME DETACHEMENT SENEGALAIS A BISSAU

Surgical Activity in external Mission: Experience of the 7TH senegalese Detachment in Bissau

Mboup M¹, Sow O², Coundoul C³, Keita I³, Mbow A³, Ndao M, Niang B³, Seye A, Barro R³, Ka A.

Résumé

Objectif Cette étude examine les impacts des interventions chirurgicales sur la santé publique en zone de maintien de paix.

Patients et méthodes

Nous avons effectué une étude prospective et descriptive, sur les diverses interventions chirurgicales réalisées à l'HN2 et l'HMP de Bissau.

Résultats : 306 interventions ont été entreprises entre le 1^{er} novembre 2018 et le 30 octobre 2019. La population était composée de 214 hommes (69,94 %) et 92 femmes (30,06 %) avec un âge moyen de 34,07 ans (1 mois à 83 ans). Les urgences représentaient 32,75 %. Selon le type de chirurgie, la chirurgie pariétale était la plus pratiquée avec un taux de 39,31 %, suivie de la chirurgie viscérale (13,8 %). Le type d'anesthésie le plus utilisé était la rachi-anesthésie (50,03 %). La mortalité globale a été de 1,72 %.

Conclusion: L'équipe chirurgicale du 7^{ième} détachement Sénégalais a fortement assuré une offre chirurgicale diversifiée pendant son séjour à Bissau.

Mots clés : Bissau ; Chirurgie ; ECOMIB

Abstract

Goal This study examines the impacts of surgical procedures on public health in the peacekeeping area.

Patients and methods

We carried out a prospective and descriptive study on the various surgical procedures performed at HN2 and the HMP in Bissau.

Results: 306 interventions were undertaken between November 1, 2018 and October 30, 2019. The population was made up of 214 men (69.94 %) and 92 women (30.06 %) with an average age of 34.07 years (1 month to 83 years). Emergencies accounted for 32.75 %. Depending on the type of surgery, parietal surgery was the most performed with a rate of 39.31 %, followed by visceral surgery (13.8 %). The most commonly used type of anesthesia was spinal anesthesia (50.03 %). The overall mortality was 1.72 %.

Conclusion: The surgical team of the 7th Senegalese detachment strongly assured a diversified surgical offer during their stay in Bissau.

Keywords: Bissau; Surgery; ECOMIB

Introduction

La mission humanitaire de l'hôpital niveau 2-Ecowas Mission In Bissau (ECOMIB) de Bissau avait pour but, le rapprochement des soins à la population locale et aux différentes troupes déployées sur le terrain par la Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Les pathologies rencontrées chez les populations locales étaient diverses et le plus souvent négligées. Ceci serait en rapport avec divers facteurs tels que le niveau socio-écono-

mique bas, l'accès difficile aux soins et la précarité du plateau technique. Cette étude examine les impacts des interventions chirurgicales sur la santé publique en plus des suggestions pour les organisations non gouvernementales et les volontaires soutenant la chirurgie en zone de maintien de paix.

Patients et méthodes

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive sur une période de 12 mois, allant de novembre 2018 à octobre 2019. L'étude s'est déroulée au service de chirurgie de l'hôpital niveau 2-ECOMIB de Bissau. Ont été inclus dans ce travail tous les patients opérés par l'équipe chirurgicale du

service de santé des forces armées sénégalaises déployée à Bissau. Les paramètres étudiés étaient : la fréquence, l'âge, le sexe, la nationalité, le mode de recrutement, le type de chirurgie, le type d'anesthésie et l'évolution. Les données étaient recueillies et traitées sur le logiciel Excel 2016.

Résultats

Durant notre séjour à Bissau, nous avons opéré 306 patients sur une durée de 12 mois ; soit une fréquence de 25,5cas/mois. Notre série comportait de 214 hommes (69,94 %) et 92 femmes (30,06 %) ; soit une sex-ratio de 2,3. L'âge moyen de nos malades était de 34,07ans avec des extrêmes de 1mois et 83ans. La tranche

¹ Chirurgie pédiatrique CHU Aristide Le Dantec de Dakar

² Hôpital de la Paix de Ziguinchor

³ Hôpital Principal de Dakar

d'âge la plus représentative était celle comprise entre 16 et 40ans (50,34%). La population pédiatrique (0-15ans) et les personnes âgées (plus de 65ans) représentaient respectivement 16,65 % et 6,89 % (figure 1). Les Bissau Guinéens étaient prédominants dans notre série avec une proportion de 84,50 %, suivis des Sénégalais (9,31 %), et des Guinéens (3,10 %). La majeure partie des patients étaient des civils (98,28 %) et les militaires ne représentaient que 1,72 %. Les urgences représentaient 31,04 % : avec 0 blessé de guerre (BG) ; 9,47 % d'urgences traumatiques non de guerre (UTNG) et 90,53 % d'urgences non traumatiques (UT). La chirurgie réglée (CR) était prédominante et correspondait à 68,96 % de nos activités. 179 patients ont été opérés au bloc opératoire de l'hôpital niveau 2 contre 127 cas qui ont été opérés au bloc de l'hôpital militaire principal de Bissau.

Selon le type de chirurgie, la chirurgie pariétale était la plus pratiquée avec un taux de 41,50 %, suivie de la chirurgie viscérale (13,07 %) puis de la chirurgie orthotraumatologique (12,41 %). Après viennent les autres spécialités : l'uro-andrologie (10,45 %), la gynécologie (8,49 %), la chirurgie cervico-faciale (7,84 %), la chirurgie plastique (2,28 %), la proctologie (1,96 %) et la cancérologie (1,96 %) (Figure 2).

Le type d'anesthésie le plus utilisé était la rachi-anesthésie (50,03 %), suivie de l'anesthésie locale (26,55 %), puis l'anesthésie générale (22 %).

Les suites opératoires étaient compliquées chez 6 patients ; soit une morbidité globale estimée à 2 %. Les principales complications étaient : l'éventration (2cas), la fistule iléale (1cas), l'éviscération (1cas), l'hématome scrotal (1cas) et la suppuration pariétale (1cas). La mortalité globale était de 1,72 % ; la principale cause des décès était le choc septique.

La chirurgie pariétale

L'effectif était de 127 patients avec une sex-ratio de 4,3. Elle représentait 41,50 % de nos activités. L'âge moyen était de 34,81ans (1 et 80 ans). La chirurgie réglée était majoritaire (89,76 %) ; les urgences représentaient 10,23 % des cas et toutes non traumatiques. Dans ce groupe, la pathologie la plus rencontrée était les hernies de l'aine avec une proportion de 59,32 % (68 simples et 10 compliquées ; 73 unilatérales et 5 bilatérales), suivies de la hernie ombilicale et le lipome qui représentaient chacune 14,40 % des cas. Les autres pathologies étaient : les

infections des parties molles (4,23 %), les kystes sébacés (2,54 %), les hernies de la ligne blanche (2cas), l'éventration (1cas) et l'Angiofibrome grand dorsal (1cas). Le geste le plus réalisé était la cure herniaire (77,11 %) : cure selon Désarda (26cas), cure selon Bassini (21cas), Aponévrotomie (18cas), cure selon Lichtenstein (15cas), Fermeture canal péritonéo-vaginal (7cas) et la technique de Mac Vay (1cas) (Figure 3). Les

types d'anesthésie utilisés étaient : la rachi-anesthésie (79cas), l'anesthésie locale (20cas) et l'anesthésie générale (15cas). Les suites opératoires étaient compliquées chez un seul patient, il s'agissait d'une suppuration pariétale jugulée par l'antibiothérapie et les soins locaux. Nous avons enregistré un cas de décès (0,84 %) survenu sur table opératoire (Arrêt cardiaque peropératoire).

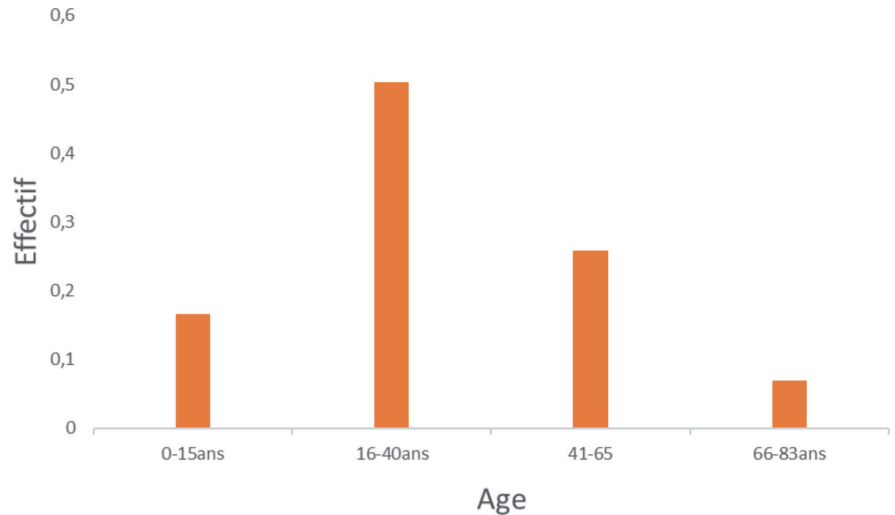


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

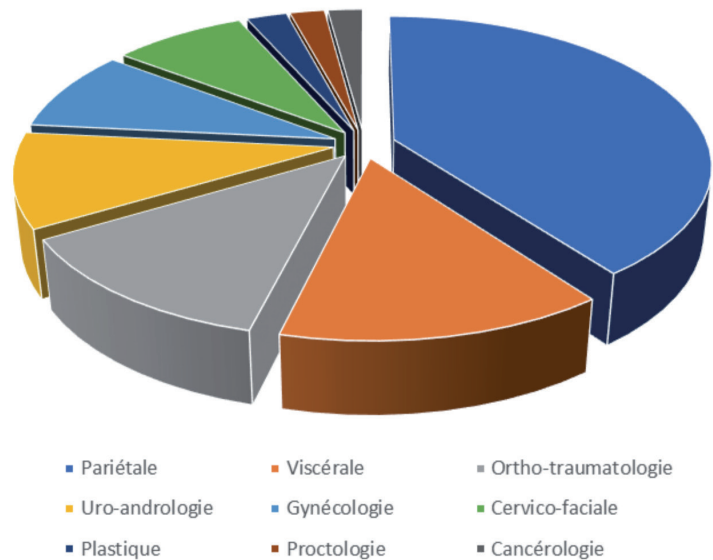


Figure 2 : Répartition en fonction des spécialités chirurgicales pratiquées

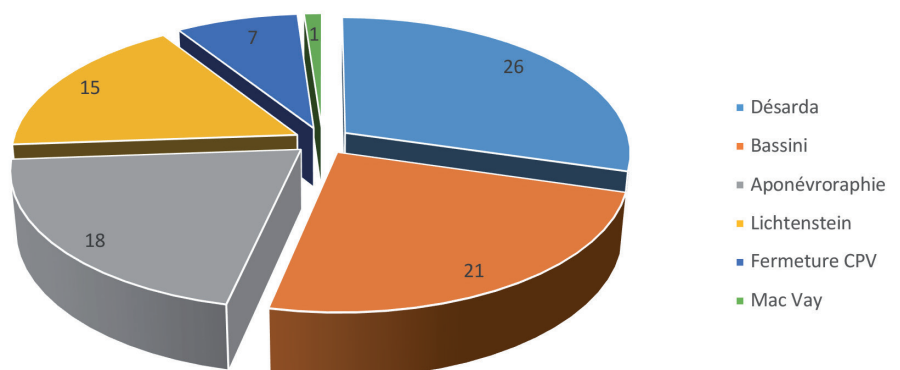


Figure 3 : Les différentes techniques de cure herniaire

La chirurgie viscérale

Nous avons recensé 40 patients avec une sex-ratio de 4. Elle représentait 13,07 % de

nos activités. L'âge moyen était de 31,5ans (8-79ans). Les urgences étaient majoritaires 95 % (0 blessés de guerre, 6 urgences trau-

matiques non de guerre et 34 urgences non traumatiques) et la chirurgie réglée représentait 5%. Les appendicites étaient prédominantes avec 42,5 % des cas, suivies les péritonites par perforation (gastrique ou iléale) et les occlusions intestinales organiques (brides, volvulus sigmoïde, Hirschsprung) qui représentaient respectivement 20 % et 17,5 % (Tableau I). La rachi-anesthésie et l'anesthésie générale ont été réalisées chacune dans 50 % des cas. Les suites opératoires étaient compliquées dans 5 % des cas. Les complications post opératoires étaient l'éviscération et la fistule iléale dirigée. Dans ce groupe nous déplorons un cas de décès post opératoire (2,5 %) dû à un sepsis sévère.

Tableau I : les pathologies viscérales et gestes réalisés

Pathologies	Effectif(n)	Gestes
Appendicites (Appendicite aigue, Abcès et Péritonite appendiculaire)	15	-Appendicectomie drainage
Péritonite par perforation (Gastrique, Duodénale et Iléale)	8	-Lavage, suture et drainage
Occlusion intestinale organique (Brides, Volvulus sigmoïde et Hirschsprung)	7	-Section bride (4cas) -Swenson (1cas) -Détorsion, Résection colique et anastomose termino-terminale (2cas)
Péritonite primitive	2	-Lavage et biopsie
Volvulus gastrique	1	-Détorsion et gastropexie
Rupture diaphragmatique post trauma	1	-Réduction, phrénoraphie et drainage thoracique
Fistule omphalo-mésentérique	1	-Résection segmentaire et anastomose termino-terminale
Lithiase vésicule biliaire	1	-Cholécystectomie

Tableau II : Pathologies ortho-traumatologiques et gestes réalisés

Pathologies	Effectif(n)	Gestes
Gangrène segment de membre	8	-Amputation Jambe (5cas) -Désarticulation orteil (2cas) -Amputation Bras (1cas)
Kyste arthro-synovial	6	-Exérèse
Plaie traumatique	7	-Parage et suture
Phlegmon et Panaris	3	-Débridement
Rétraction tendineuse	3	-Plastie tendineuse
Ongle incarné	1	-Onisectomie
Ostéomyélite chronique	1	-Séquestrectomie
Arthrite septique	1	-Arthrotomie
Chondrome	1	-Exérèse
Myosite ossifiant	1	-Exérèse
Corps étrangers main	1	-Extraction
Brulures	1	-Pansement
Fracture	2	-Embroschage

Tableau III : Les pathologies urologiques et gestes réalisés

Pathologies	Effectif	Gestes
Hydrocèle	14	-Cure selon Bergman (9cas) -Cure selon Winckelmann (1cas) -Fermeture CPV (4as)
Phimos serré	7	-Posthextomie
Kyste du cordon	2	-Fermeture CPV
Torsion du cordon	2	-Détorsion et orchidopexie
Priapisme	2	-Cure selon Ebbohej (1cas) -Cure selon Alghorab (1cas)
Varicocèles	2	-Varicocélectomie voie basse
Hypospadias	1	-Cure en 2 temps selon Braqua
cryptorchidie	1	-Abaissement et orchidopexie
Traumatisme ouvert bourse	1	-Parage et suture

La chirurgie ortho-traumatologique

Nous avons colligé 36 patients qui représentaient 11,76 de la population d'étude. L'âge moyen des patients était de 39,05 ans (2 et 70 ans). La sex-ratio était de 2,6. La chirurgie réglée était prédominante (52,77%). Dix-sept patients ont été pris en charge en urgence avec 7 urgences traumatiques non de guerre et 10 non traumatiques (Tableau II). La pathologie la plus fréquente était la gangrène d'un segment de membre avec une proportion de 22,22%. La mortalité était de 5,56%.

La chirurgie uro-andrologique

Nous avons recensé 32 patients (représentait 10,45 % de nos activités) avec un âge moyen de 30,28 ans (2 et 83 ans). La chirurgie réglée représentait 87,5 % des cas. Les urgences correspondaient 12,5 % des cas (3 cas non traumatiques et 1 cas traumatique non de guerre). La pathologie urologique la plus fréquente était l'hydrocèle avec un taux de 40,62 % des cas urologiques (Tableau III). Le type d'anesthésie le plus pratiqué était la rachi-anesthésie (65,62%). La morbidité et la mortalité étaient nulles.

La chirurgie gynécologique (Tableau IV)

Nous avons colligé 26 patientes avec un âge moyen de 28,16 ans (28jours et 48ans). Elle représentait 8,49 % de nos activités. La chirurgie réglée était prédominante (53,84%). Les urgences étaient obstétricales dans 2 cas et non obstétricales dans 10 cas. Les kystes ovariens étaient prédominants avec une proportion de 35 %, suivis des myomes utérins (20 %). La rachi anesthésie était pratiquée dans 56 % des cas. L'anesthésie locale et l'anesthésie générale étaient pratiquées respectivement dans 24 % et 25 % des cas. Les suites opératoires étaient

Tableau IV : les pathologies gynécologiques et les gestes réalisés

Pathologies	Effectif	Gestes
Kystes ovariens	7	-Ovariectomie (4cas) -Annexectomie (2cas) -Ablation kyste (1cas)
Myomes utérins	5	-Myomectomie (3cas) -Hystérectomie totale et Annexectomie (2cas)
Adénome mammaire	4	-Exérèse élargie (4cas)
Abcès sein	4	-Mise à plat (4cas)
Rupture utérin gravidique	2	-Hystéroraphie et ligature des trompes (1cas) -Hystérectomie totale d'hémostase (1cas)
Tératome ovarien	1	-Annexectomie bilatérale
Kyste clitoridien	1	-Exérèse
GEU (abdominale) rompu	1	Hystérectomie subtotale

Tableau V : les pathologies cervico-faciales et les gestes réalisés

Pathologies	Effectif	Gestes
Kystes cervicaux	8	-Exérèse
Goitres thyroïdiens	6	-Lobo-isthmectomie (5cas) -Thyroïdectomie totale (1cas)
Traumatisme ouvert du larynx par autolyse	4	-Laryngographie et trachéotomie (3cas) -Laryngographie et drainage (1cas)
Lipome de la nuque	3	-Exérèse
Uvulomégalie	1	-Uvulectomie
Fasciite cervicale nécrosante	1	-Débridement
Fracture OPN	1	-Réduction

simples chez toutes les patientes. La mortalité était aussi nulle.

La chirurgie cervico-faciale (Tableau V)

Dans ce groupe, l'effectif était de 24 patients (7,84% de nos activités) avec un âge moyen de 41,2 ans (5 et 70ans). Le sexe féminin était prédominant avec un ratio de 0,84. La chirurgie réglé représentait 70,83% contre 29,17% pour les urgences (5 urgences traumatiques non de guerre et 2 urgences non traumatiques). Les pathologies les plus fréquentes étaient les kystes cervicaux (33,33%) suivis des goitres thyroïdiens (25%). L'anesthésie générale était effectuée dans 54,16% des cas et l'anesthésie locale dans 45,84% des cas. Les suites opératoires étaient compliquées chez deux patients. Le taux de mortalité était estimé à 8,33%.

La chirurgie plastique

Dans ce groupe nous avons recensé 7cas (2,28% de nos activités). Les pathologies rencontrées étaient la chéloïde (3cas), la gynécomastie (2cas) et la bride cicatricielle (2cas). L'anesthésie locale était utilisée dans 5cas et l'anesthésie générale dans 2cas. Les gestes réalisés étaient: une chéloïdectomie (3cas), une mastectomie sous cutanée et

drainage (2cas) et une plastie en Z (2cas). Les suites opératoires étaient simples dans tous les cas. Nous n'avons recensé aucun décès.

La chirurgie proctologique

Dans ce groupe nous avons colligé 6 patients (1,96% de nos activités); 3 femmes et 3 hommes. Tous les patients ont été opérés en chirurgie réglé. Les pathologies rencontrées étaient: La fistule anale (2cas), Hémorroïdes grade 4(2cas), le prolapsus rectal (1cas) et le polype anal (1cas). La rachianesthésie était pratiquée chez 4 patients et un seul patient était opéré sous anesthésie générale. Les gestes réalisés étaient: une hémorroïdectomie selon Milligan Morgan (2cas), Une Fistulectomie et ligature élastique (1cas), une «Ligation of Intersphincteric Fistula Traject» (1cas), une cure de prolapsus rectal (1cas) et une exérèse de polype rectal (1cas). Les suites opératoires étaient simples chez tous les patients. La mortalité était nulle.

La chirurgie oncologique

Nous avons dénombré 6 cas (1,96% de nos activités) avec trois cancers coliques, deux cancers utérins et un cancer testiculaire. Les gestes réalisés étaient: la résection colique

avec curage ganglionnaire (3cas), la chirurgie régionale de l'ovaire (2cas) et l'Orchidectomie totale (1cas). Les suites étaient simples dans tous les cas. La mortalité était nulle dans ce groupe.

Discussion

L'ECOMIB est créée en 2012 à la suite du coup d'État en Guinée Bissau. Plusieurs nations s'engagent dans cette mission de maintien de paix. Parmi eux il y'a le Sénégal qui gère le «Level-2-Hospital» dont la vocation première est d'assurer un soutien médico-chirurgical aux troupes de la CEDEAO engagées. Il devait aussi apporter une aide médicale aux populations locales. L'hôpital disposait un service de chirurgie générale doté d'un bloc opératoire et un personnel médical et paramédical qualifié. Notre équipe était polyvalente, composée d'un chirurgien viscéraliste, d'un chirurgien pédiatre, d'un chirurgien ortho-traumatologue et trois anesthésistes-réanimateurs. Les interventions chirurgicales effectuées dans ce service étaient diverses et entièrement gratuites. Elles concernaient essentiellement les populations civiles qui représentaient 98,28% des patients pris en charge. Nos Résultats sont similaires à ceux notés dans les séries de Diaw(1) et Bonnet(2), ou les populations civiles constituaient respectivement 96% et 90%. Nous n'avons pris en charge aucun cas de blessé de guerre; les urgences étaient dominées par les urgences non traumatiques et les urgences traumatiques non de guerre. Par contre durant le conflit Afghan, les blessés de guerre représentaient 31% des patients



Image 1: Intervention chirurgicale au bloc opératoire de l'hôpital militaire principal

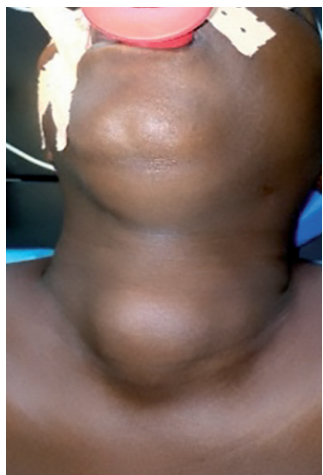


Image 2a :Goitre thyroïdien



2b:Hydrocèle bilatérale



image 2c: Hernie inguinoscrotale



Image 2d: Traumatisme membre supérieur



image 2e: Fistule omphalo- mésentérique

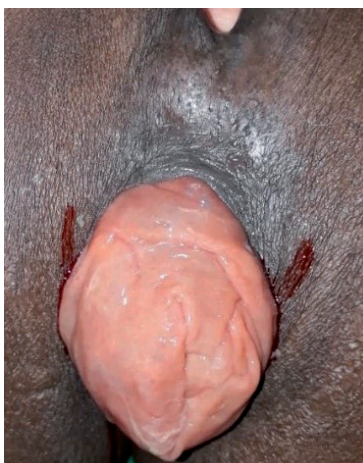


Image 2f: Prolapsus rectal image



2g: Bride cicatricielle



Image 2h : Pièce d'hystérectomie sur utérus polymyomateux avec col anormalement long

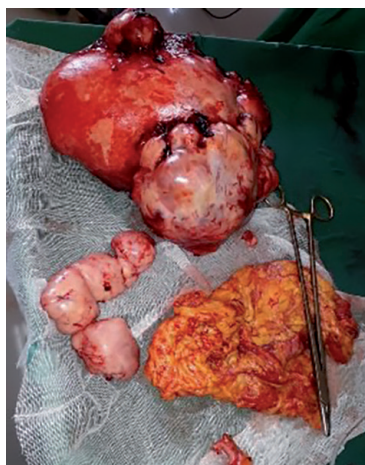


Image 2i : Pièces de chirurgie régionale de l'ovaire pour tumeur ovarienne

pris en charge par l'antenne chirurgicale française(3). Les urgences traumatiques non de guerre concernaient surtout les civils Bissau Guinéens, sous la forme de plaies par arme blanche ou d'arme à feu. Dans notre série comme celles de Bonnet(1) et Alimoglu(4), La majorité des patients présentaient les maladies chirurgicales les plus courantes telles que la hernie, les urgences digestives et l'hydrocèle. Notre présence au sein de cette mission de

maintien de paix via notre hôpital, a permis d'offrir une proximité de soins chirurgicale aux populations locales. La plupart des pathologies rencontrées étaient souvent négligées. Le retard à la consultation s'explique d'une part par l'absence de formation hospitalière, de médecins spécialistes et d'infrastructure pour les laboratoires d'analyse médicale et d'anatomie pathologique. D'autre part, l'isolement social, le niveau socio-économique bas et l'absence

de couverture sociale adéquate empêchent ces patients d'aller solliciter des soins dans les pays de voisinage (5).

La polyvalence et la compétence de notre équipe, nous ont permis de prendre en charge un large panel de pathologies chirurgicales balayant de nombreuses spécialités chirurgicales. Cela confirme davantage que le chirurgien militaire aussi bien que l'anesthésiste- réanimateur militaire, qui sont appelés à servir en mission extérieure, doivent acquérir des compétences techniques variées, dépassant même leurs domaines de compétence habituel en métropole, et doit également disposer d'éléments de réflexion sur les pathologies qu'il va rencontrer. C'est ainsi qu'en 2007, un « Cours avancé de chirurgie en mission extérieure » (Cachirmex) a été créé en France. Ce cours répond aux besoins des chirurgiens militaires et comprend l'enseignement de la chirurgie de guerre, de la chirurgie traumatologique, des soins aux populations civiles(2).

Néanmoins, certaines difficultés ont été rencontrées sur le terrain. Il s'agissait surtout du déficit du plateau technique, qui nous poussait à établir des indications simples, adaptées à nos moyens et béné-

fiques aux patients. La barrière linguistique était aussi une difficulté non négligeable. La collaboration avec l'équipe de l'hôpital militaire principal de Bissau nous a été très utile. En effet cet hôpital disposait un bloc opératoire assez bien équipé qui nous permettait d'effectuer des interventions lourdes et de garantir un suivi post opératoire acceptable. En retour notre équipe assurer une capacitation à son personnel médical et paramédical dans plusieurs domaines.

Conclusion

L'équipe chirurgicale du 7^{ème} détachement Sénégalais avait assuré une offre chirurgicale diversifiée durant son séjour en Guinée Bissau. Donc l'implantation de bloc opératoire en zone de maintien de paix constitue un réel soulagement aux populations locales. La réalisation d'activités chirurgicales au sein d'une mission de maintien de paix nécessite des bases théoriques, techniques et éthiques solides afin d'en garantir le succès.

Mots clés : Bissau; Chirurgie; ECOMIB

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

1. Diaw M, Sine B, Ba PA, Barboza D. Anesthésie en opérations extérieures: Cas de l'hôpital de niveau 2 du contingent Sénégalais à Bissau. *International Review Armed Forces Medical Services*, 2019, 92/4 (p10-14):
2. Bonnet S, Gonzalez F, Savoie PH, Bertani A, Hornez E, Mocellin N. Dix ans d'activité des antennes chirurgicales françaises en Côte-d'Ivoire (Opération LICORNE): bilan de l'activité chirurgicale et réflexions sur l'aide médicale à la population. *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2015, 14 (1): 025-032.
3. Bonnet S, Gonzalez F, Poichotte A, Duverger V, Pons F. Lessons learned from the experience of visceral military surgeons in the French role 3 Medical Treatment Facility of Kabul (Afghanistan): An extended skill mix required. *Injury*. 2012;43:1301-6.
4. Alimoglu O, Sagiroglu J, Eren T, Kinik K. Rural Surgery in Guinea Bissau: an experience of Worldwide Turkey. *North Clin Istanbul*. 2015; 2(3): 196-202.
5. Laraqui H, Sair K. Expérience marocaine sur les goîtres négligés en mission humanitaire en Guinée Bissau: à propos de quatre observations. *Pan Afr Med J*. 2015; 22: 72.



Madawase Mboup

Monsieur Madawase Mboup a intégré l'école militaire de santé de Dakar en qualité d'élève officier médecin par voie de concours en octobre 2010. Son cursus dans cette école a duré 7 ans durant lesquels, il a effectué une formation médico-militaire. Il a eu le brevet parachutiste en 2011 et le permis de conduire militaire en 2012.

Il a été recruté comme interne des hôpitaux de Dakar en décembre 2014 par voie de concours. Il a obtenu son diplôme de docteur d'état en médecine en décembre 2017 à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD) avec mention « très honorable et félicitations du jury ».

Nommé médecin-lieutenant en janvier 2017, le Dr Madawase Mboup a séjourné à l'école d'application du service de santé des armées (ESSSA) au Sénégal en 2018. Il a participé à la mission de maintien de paix de la CEDEAO en Guinée Bissau (ECOMIB) comme chirurgien adjoint à « l'hôpital level 2 ».

En juillet 2020, le Dr Mboup a soutenu son mémoire pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées de chirurgie pédiatrique à l'UCAD.

Depuis Mai 2021, il est nommé assistant des hôpitaux des armées à l'hôpital principal de Dakar où il mène principalement des interventions chirurgicales chez les enfants mais également de l'enseignement.

Correspondence :

Madawase Mboup

Médecin Lieutenant; Chirurgien Pédiatre

E-Mail: madawase@gmail.com

Tel: +221 77 226 21 68

Hôpital Principal De Dakar à Dakar, numéro de téléphone 338395050, adresse: Avenue Nelson Mandela Dakar, code postal: 3006 Dakar