

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE: RAPPELS..... | 4 |
| I. Anatomie chirurgicale du côlon transverse..... | 5 |
| 1. Définition..... | 5 |
| 2. Anatomie descriptive..... | 5 |
| 3. Rapports topographiques..... | 7 |
| 4. Vascularisation..... | 10 |
| II. Physiopathologie de la perforation colique par arrête de poisson..... | 11 |
| III. Diagnostic de la perforation colique par arrête de poisson..... | 11 |
| 1. Circonstances de découverte..... | 11 |
| 2. Interrogatoire..... | 11 |
| 3. Examen physique..... | 12 |
| 4. Examen para-clinique | 12 |
| IV. Diagnostic différentiel de la perforation colique..... | 14 |
| V. Traitement de la perforation colique..... | 15 |
| 1. But..... | 15 |
| 2. Moyens et méthode..... | 15 |
| 3. Indications..... | 16 |
| 4. Résultats..... | 16 |
| DEUXEME PARTIE : OBSERVATION..... | 17 |
| 1. Présentation clinique..... | 18 |
| 2. Biologie..... | 19 |
| 3. Imagerie..... | 19 |
| 4. Prise en charge thérapeutique..... | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 5. Evolution..... | 27 |
| TROISIEME PARTIE : DISCUSSION..... | 28 |
| 1. Aspects épidémiologiques..... | 29 |
| 2. Aspects diagnostics..... | 29 |
| 3. Aspects thérapeutiques..... | 30 |
| CONCLUSION..... | 32 |
| REFERENCES | 35 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|-----------|
| Figure 1 : Configuration externe du côlon..... | 5 |
| Figure 2 : Structure du côlon..... | 6 |
| Figure 3 : Cavité abdominale | 7 |
| Figure 4 : Vascularisation du côlon..... | 10 |
| Figure 5 : Arête de poisson dans le côlon transverse..... | 13 |
| Figure 6 : Perforation du côlon transverse par arête de poisson..... | 14 |
| Figure 7 : Image montrant la tuméfaction du flanc gauche..... | 19 |
| Figure 8 : Coupe scannographique longitudinale..... | 20 |
| Figure 9 : Coupe scannographique axiale..... | 21 |
| Figure 10 : Côlon transverse et épiploon adhérant au flanc gauche.... | 23 |
| Figure 11 : Cavité abdominale propre avec arête de poisson impactée dans la paroi abdominale | 24 |
| Figure 12 : Côlon transverse sans perforation..... | 25 |
| Figure 13 : Mise en place de la lame de Delbet..... | 26 |
| Figure 14 : L'arête de poisson extraite..... | 26 |

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|-------------|------------------------------|
| ASP | : Abdomen sans préparation |
| CE | : Corps étranger |
| CRP | : C ReactiveProtein |
| GB | : Globules blancs |
| FC | : Fréquence cardiaque |
| FR | : Fréquence respiratoire |
| HALD | : Hôpital Aristide Le Dantec |
| Hb | : Hémoglobine |
| ORL | : Oto-rhino-laryngologie |
| PO | : Post-opératoire |
| TD | : Tube digestif |
| TDM | : Tomodensitométrie |

Rapport-Gtuit.com

INTRODUCTION

Les perforations du côlon par arête de poisson sont rares, plus souvent méconnues devant un tableau d'abdomen aigu [3].

Pourtant elles sont de conséquences redoutables par leurs diverses formes de réactions dites de corps étrangers dans l'organisme. Tandis que certaines arêtes de poisson seront éliminées ou détruites par l'organisme-hôte, d'autres en raison de leur nature, de leur volume et de leur localisation persisteront et seront à l'origine de bien d'ennuis.

Les boulimiques, les sujets présentant un retard psychomoteur, les personnes âgées ayant des dents défectueuses ou les enfants sont exposés au risque d'ingestion de l'arête de poisson[19].

Ces arêtes de poisson, une fois ingérées, peuvent provoquer des perforations du côlon pouvant se présenter sous des tableaux cliniques extrêmement variés et prêtant à confusion avec d'autres tableaux d'abdomen aigu d'où la nécessité de l'imagerie radiologique, au premier rang de laquelle s'impose le scanner abdominal, qui joue un rôle de tout premier plan non seulement pour le diagnostic positif, mais également pour optimiser la prise en charge thérapeutique tant en ce qui concerne le moment que la manière [31].

Ces perforations entraînent l'irruption dans la cavité péritonéale ou rétro péritonéale de gaz, de contenu digestif, responsables de la péritonite[32].

Leur symptomatologie est souvent mal systématisée et parfois sous-estimée[3].

Le tableau clinique est rarement d'apparition brutale ; les symptômes s'installent en générale de façon subaigüe, voire chronique avec des perforations souvent bouchées[3].

La prise en charge est chirurgicale dans la majorité de cas.

Nous rapportons un cas de perforation bouchée du côlon transverse par une arête de poisson, révélée par un abcès du flanc gauche, du fait de la rareté de la pathologie et de son tableau clinique assez particulier. L'objectif de notre étude est de discuter les aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques de la perforation colique par arête de poisson.

Ce travail comporte trois parties :

- Une première partie portant sur une revue de la littérature ;
- Une deuxième partie qui comprendra l'observation de notre patient ;
- Et la troisième partie où nous discuterons nos résultats avant de conclure.

PREMIERE PARTIE :

RAPPELS

I-Anatomie chirurgicale du côlon transverse

1. Définition

Segment moyen du gros intestin, le côlon transverse est étendu de l'angle colique droit à l'angle colique gauche.

2. Anatomie descriptive [Figure 1]

Le côlon se distingue aisément de l'intestin grêle par son gros calibre, son apparence bosselée et sa coloration plus pâle, gris bleuté. Il présente des bosselures ou hastrulations qui sont séparées par des étranglements qui font saillie dans la lumière sous forme de plis semi-lunaires. La surface colique est en outre parcourue par des bandelettes blanchâtres qui résultent de la condensation de la couche musculaire externe longitudinale.

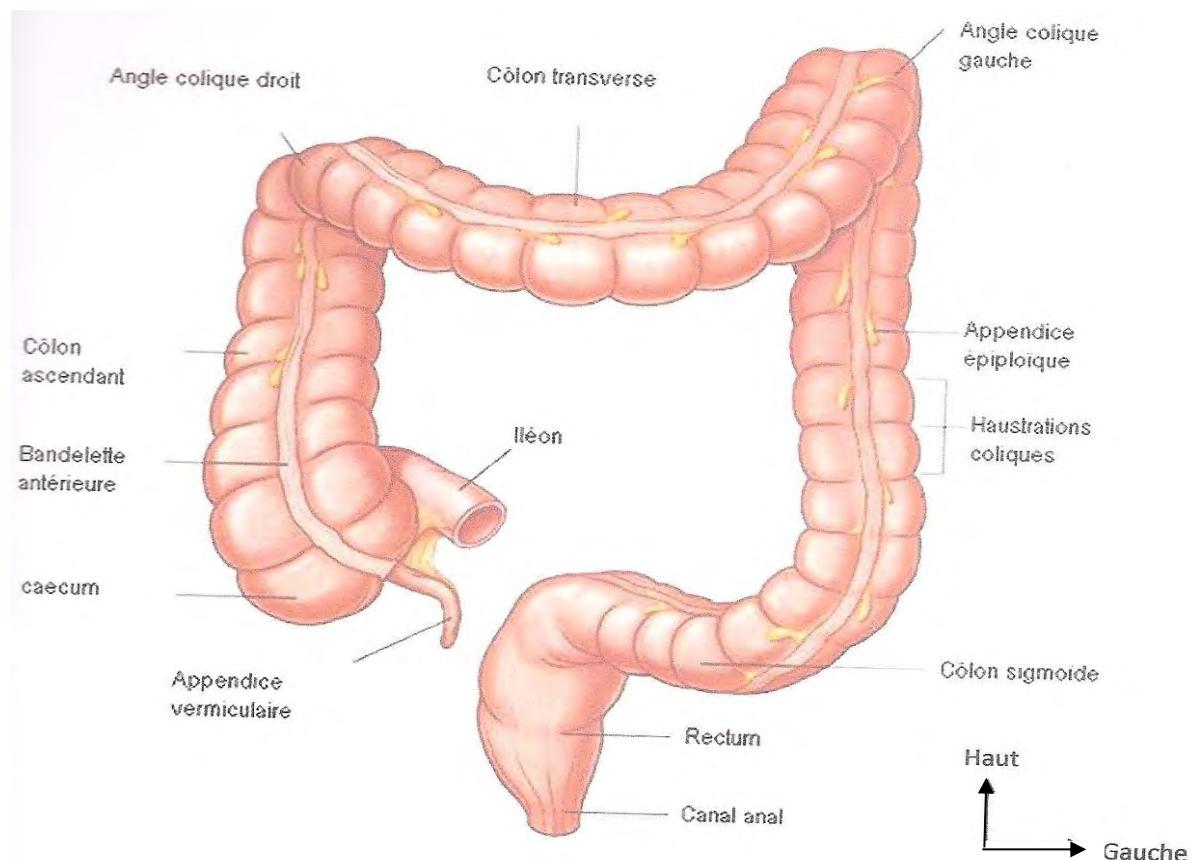


Figure1 : Configuration externe du côlon [9].

Sa structure est constituée de quatre tuniques qui sont de dehors en dedans [Figure 2] :

- La séreuse qui est péritonéale ;
- La musculeuse formée de deux couches (superficielles longitudinale et profonde circulaire) ;
- La sous muqueuse ;
- Et la muqueuse.

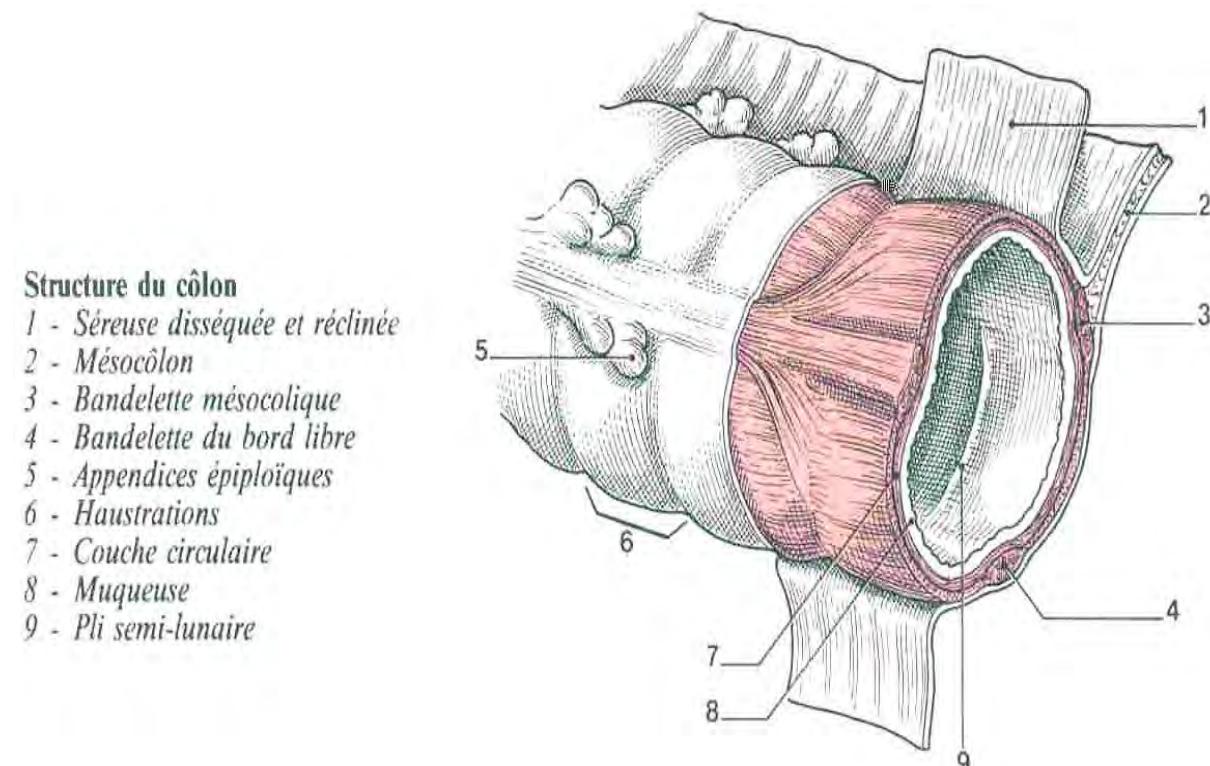


Figure 2 : Structure du côlon [16].

Le côlon transverse comprend une portion droite et une portion gauche.

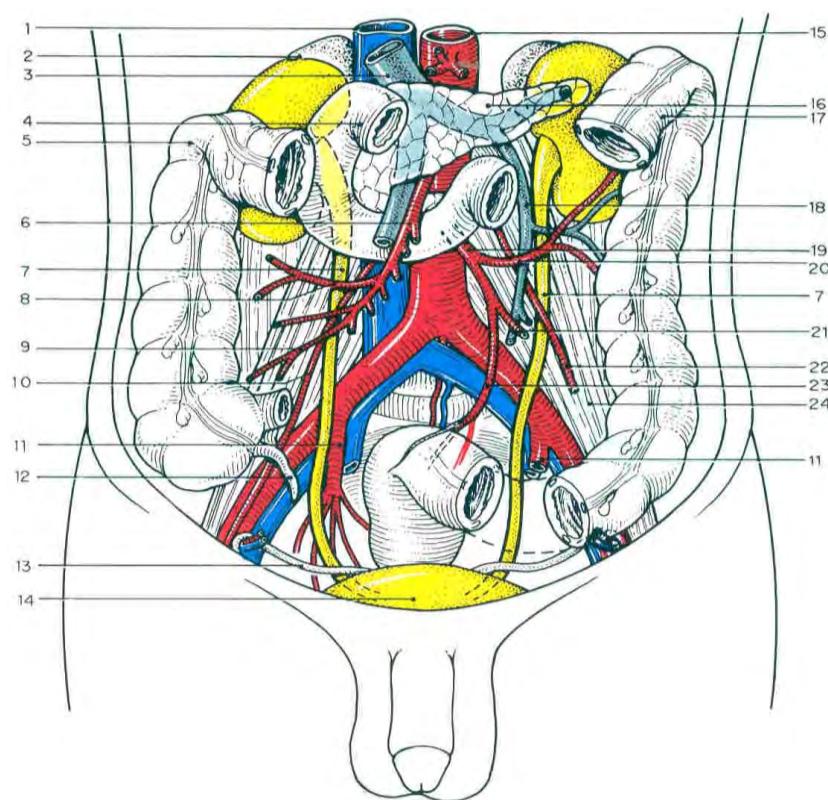
Sa portion droite fait suite à l'angle colique droit et se termine classiquement au croisement des vaisseaux mésentériques supérieurs à droite de l'angle duodéno-jéjunal formant la portion sous-hépatique ou portion fixe, reliée à la paroi postérieure par un méso court. Elle mesure environ 15 cm de long et 6 cm de diamètre [6].

Elle est fixée en dehors, au péritoine pariétal postérieur par le fascia de Toldt et en dedans par la racine du méso côlon transverse.

Les rapports postérieurs de cette portion droite du côlon transverse se font en dehors avec le bord interne du rein droit, à sa partie moyenne, le bassinet droit et l'origine de l'uretère et dedans avec la deuxième portion du duodénum et la tête du pancréas.

Ses rapports supérieurs se font avec le fond de la vésicule biliaire, souvent uni par le ligament cystico-colique.

Au plan antérieur, cette portion colique est en rapport avec la paroi abdominale, au niveau de l'hypocondre droit, séparée du côlon par la portion droite du grand épiploon [Figure 3].



Cavité abdominale
(vue antérieure de sa paroi postérieure après exérèse du péritoine et de nombreux viscères)

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1 - V. cave inférieure | 13 - Conduit déférent |
| 2 - Glande surrénale | 14 - Vessie |
| 3 - V. porte | 15 - Aorte abdominale |
| 4 - Duodénum | 16 - Pancréas |
| 5 - Angle colique droit | 17 - Angle colique gauche |
| 6 - A. et v. mésentériques supérieures | 18 - V. mésentérique inférieure |
| 7 - Uretère | 19 - A. mésentérique inférieure |
| 8 - A. colique droite | 20 - A. colique gauche |
| 9 - A. iléo-cacale | 21 - A. sigmoïdienne |
| 10 - A. testiculaire droite | 22 - A. testiculaire gauche |
| 11 - A. et v.iliaques internes | 23 - A. rectale supérieure |
| 12 - Appendice vermiciforme | 24 - M. psoas |

Figure 3: Cavité abdominale [16].

Lavascularisation artérielle de la portion droite du côlontransverse [Figure 4] est assurée par **la colica media**, branche ascendante de la colique supérieure droite qui forme l'arcade de RIOLAN ou artère marginale qui chemine dans le méso côlon transverse, à 3 cm du côlon et **la colica media accessoire**, qui renforce l'arcade de RIOLAN dans $\frac{1}{4}$ des cas et constitue l'artère du côlon transverse. Elle est la collatérale de la colica media ou branche directe de la mésentérique supérieure et monte dans le méso côlon transverse.

Son drainage lymphatique suit les vaisseaux du côlon transverse et rejoignent le relais pré-pancréatique et atteignent secondairement le confluent portal commun.

Quant à la portion gauche du côlon transverse, elle prolonge la portion droite jusqu'à l'angle colique gauche.

Elle commence classiquement sous le pylore, à gauche du croisement des vaisseaux mésentériques et forme la portion sous gastrique ou la portion mobile. Elle mesure environ 30 cm (soit les 2/3 du côlon transverse) de long et 4 à 5 cm de diamètre [6].

Sa fixité est assurée par la racine du méso côlon transverse et le méso côlon transverse. Les rapports topographiques de la portion gauche du côlon transverse se font (Figure 4) au plan postérieur de la portion gauche du côlon transverse se font en dedans avec le corps du pancréas et en dehors avec le pôle supérieur du rein gauche.

Ses rapports antérieurs avec la paroi abdominale au niveau de l'hypocondre gauche.

En haut et en dedans avec la grande courbure gastrique à laquelle le côlon transverse est uni par le ligament gastro-colique où circule le cercle vasculaire des gastro-épiploïques.

Mais aussi avec la face antéro-supérieure du méso côlon qui forme le plancher de l'arrière cavité des épiploons qui peut être atteinte chirurgicalement de trois façons :

Soit par ouverture du ligament gastro-colique,

Soit par décollement colo-épiploïque,

Ou soit encore par ouverture du méso côlon transverse.

En haut et en dehors, le côlon devient plus profond et s'engage derrière la portion verticale de l'estomac.

Les rapports inférieurs se font avec le méso côlonet le tablier graisseux du grand épiploon, recouvert les premières anses jéjunales.

La vascularisation artérielle de la portion gauche du transverse [**Figure 4**] est assurée par la colique supérieure gauche, par sa branche ascendante pénètre dans le méso côlon transverse et constitue le pilier gauche de l'arcade de RIOLAN qui vascularise le côlon transverse. Cette arcade de RIOLAN est formée par l'anastomose à plein canal des branches ascendantes de la colique supérieure droite et de la colique supérieure gauche.

Le retour veineux est assuré par la veine colique supérieure gauche, branche de la mésentérique inférieure.

Le drainage lymphatique se fait à partir des ganglions épi et para-coliques par les collecteurs lymphatiques.

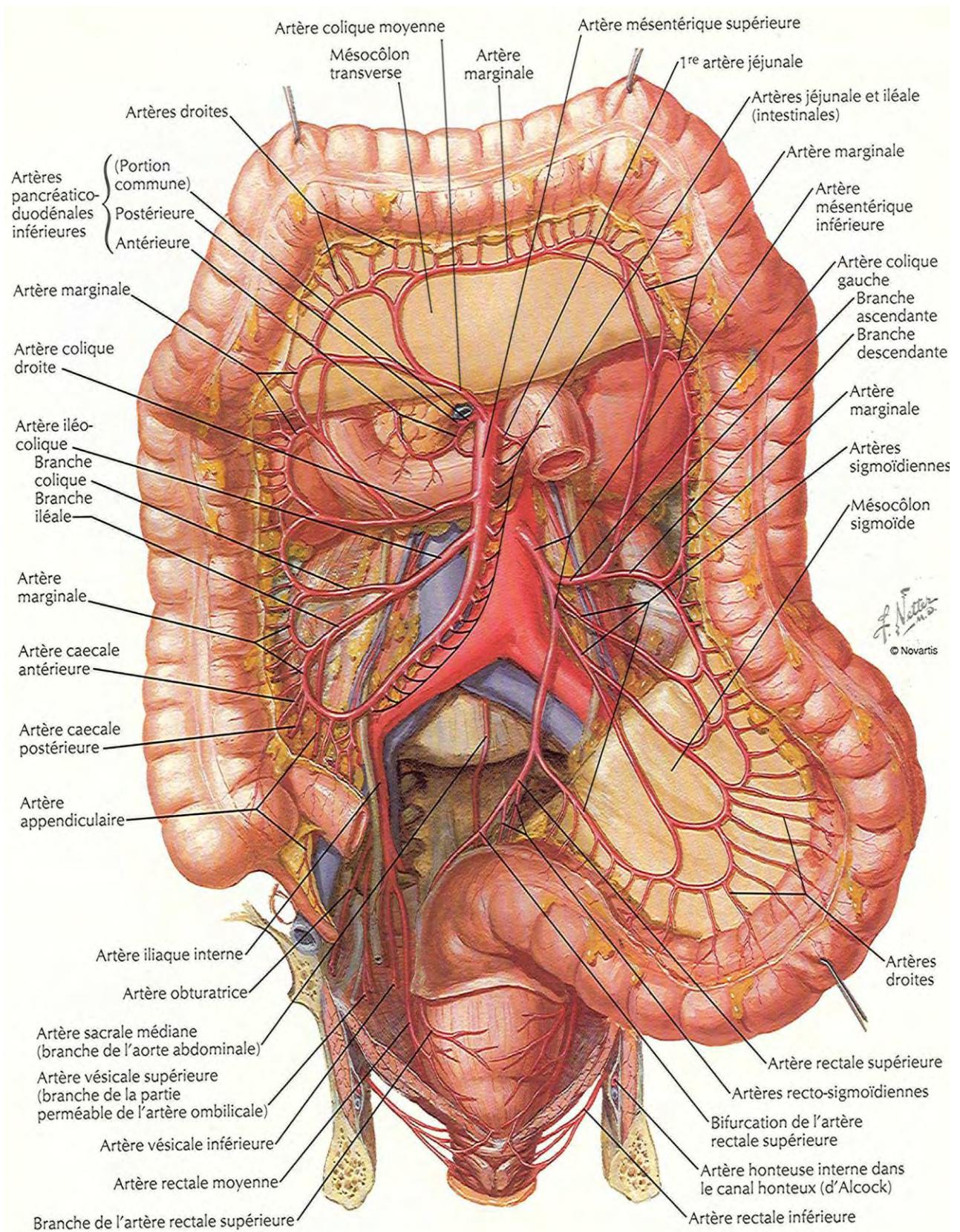


Figure 4 : Vascularisation du côlon[16]

I-Physiopathologie de la perforation colique par l'arête de poisson.

L'analyse permet de constater le rôle de certains facteurs favorisants notamment l'âge des patients ; l'ingestion de corps étranger étant l'apanage de sujets âgés présentant une mauvaise dentition et par conséquent un défaut de mastication et la débilité mentale intéressant des enfants, ou des adultes[4].

L'ingestion de l'arête de poisson n'est pas obligatoirement responsable de dégâts léSIONNELS puisque dans 80 % des cas le passage est anodin [6]. L'arête de poisson peut être éliminée par les selles. Mais, elle peut aussi entraîner une perforation du tube digestif responsable soit d'un abcès, soit d'une péritonite ou soit elle peut migrer en créant un trajet intra abdominal avec des formations de remaniements inflammatoires péritonéaux et aller se fixer dans la paroi abdominale créant ainsi un abcès pariétal.

II- Diagnostic de perforation colique par arête de poisson

1. Circonstances de découverte[11]

La perforation colique par arête de poisson est à évoquer devant un tableau d'abdomen aigu survenant chez un enfant, un sujet âgé ayant des dents défectueuses, ou encore chez un patient aux antécédents psycho-moteurs.

Le tableau peut être aigu dans le cas d'une péritonite aigue localisée ou généralisée; chronique avec perforation bouchée et abcès ou encore un plastron.

2. Interrogatoire

Il doit être minutieux en recherchant :

- l'âge du patient ;
- les signes fonctionnels à savoir douleur abdominale, nausées, vomissements, rectorragie, etc. ;
- la durée et l'évolution des symptômes ;
- le traitement entrepris avant l'admission ;
- l'heure de dernier repas ;
- les antécédents médicaux, chirurgicaux, les habitudes alimentaires et toxiques;

- la notion de l'ingestion d'une arête de poisson.

3. Examen physique[31]

L'examen physique est capital dans la prise de décision thérapeutique et permet une bonne orientation diagnostique.

Il permettra d'apprécier l'état général du patient en évaluant les constantes hémodynamiques et respiratoires à savoir : Etat des muqueuses, température, tension artérielle, pouls, fréquences respiratoire et diurèse.

L'examen physique respectera les 4 temps qui sont : Inspection, palpation, percussion et auscultation. Il recherchera :

- l'état bucco-dentaire ;
- une tuméfaction abdominale localisée ;
- le reste de l'abdomen peut être souple et indolore ou avec une sensibilité diffuse ;
- En cas de plastron, on peut palper une masse abdominale ;
- une matité des flancs en cas d'épanchement intra-péritonéal ;
- disparition de la matité pré-hépatique en cas de pneumopéritoine.

On termine l'examen physique par un examen génito-urinaire et le toucher rectal.

4. Paraclinique

Il permet le diagnostic en montrant le corps étranger.

4-1. Bilan sanguin

Elle n'est pas spécifique et dépend de la complication engendrée.

4-2. Bilan radiologique

4-2.1. Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) [11]

Elle doit être réalisée debout ou couché, de face prenant le pelvis et les coupoles diaphragmatiques. Elle permet de retrouver :

- ✓ des niveaux hydro-acériques par iléus réflexe ;
- ✓ un croissant gazeux par perforation digestive ;

- ✓ localiser l'arête de poisson et déterminer sa taille(**figure 5**) ;
- ✓ Rechercher les complications.

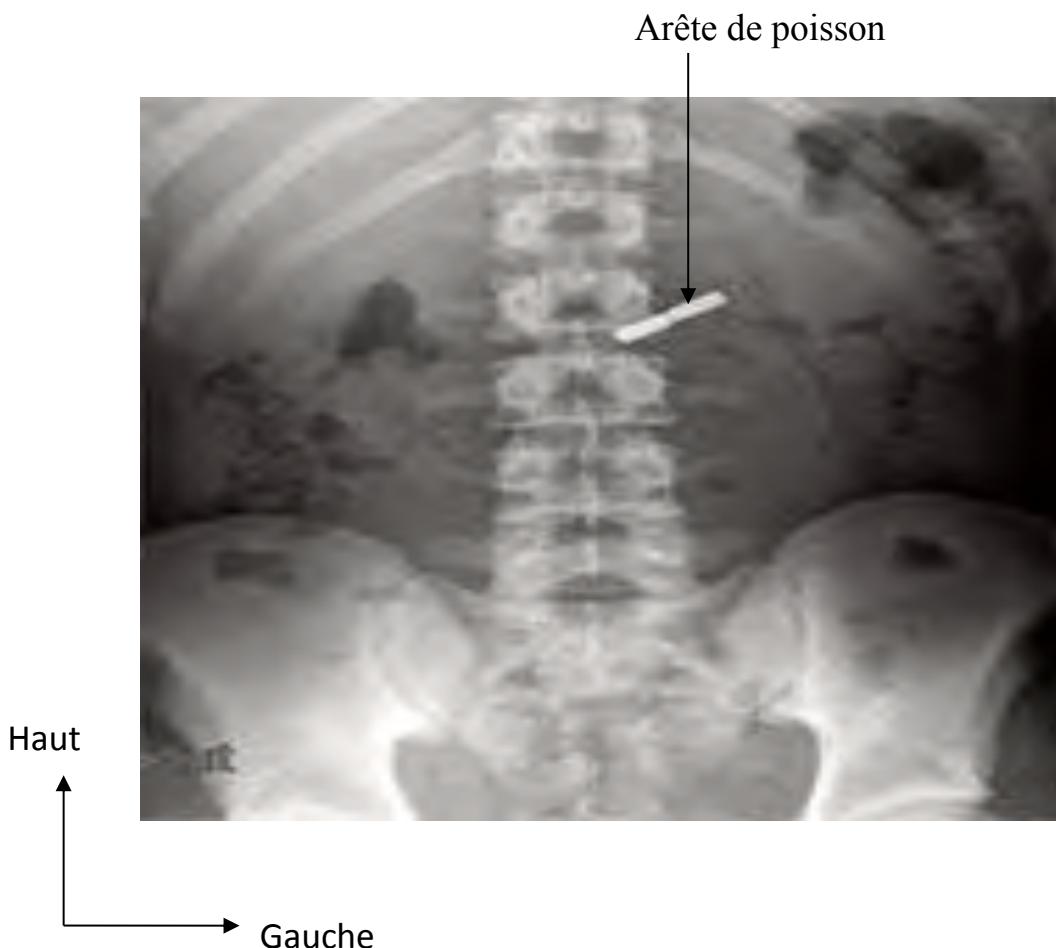


Figure 5 : Arête de poisson dans le côlon transverse [11]

5.2. Scanner (TDM) abdominal [3]

Sa sensibilité est de 100%. Elle recherche :

- ✓ l'arête de poisson(**figure 6:flèche**);
- ✓ la perforation ;
- ✓ un pneumopéritoine ;
- ✓ un épanchement intra-péritonéal ;
- ✓ l'aspect de la paroi des anses et de l'épiploon ;
- ✓ plastron dans le cas de perforation couverte ;
- ✓ à distance du foyer principal, la diffusion de l'atteinte infectieuse.



Figure 6: Perforation du côlon transverse par arête de poisson (flèche) [4]

5.3. Echographie abdominale [11]

Elle est peu contributive mais permet de rechercher :

- ✓ l'arête de poisson ;
- ✓ un épanchement intra-péritonéal ;
- ✓ des anses inflammatoires et dilatées.

5.4. Opacification aux hydrosolubles [11]

Elle recherche le trajet fistuleux de la perforation digestive.

III. Diagnostic différentiel de perforation du côlon [7 ; 10; 24]

La perforation colique par arête de poisson doit être distinguée de :

- ✓ perforations par autres corps étrangers ;
- ✓ perforation colique iatrogène, traumatique surtout lors d'une endoscopie réalisée pour une pathologie digestive ;
- ✓ perforations coliques dues aux pathologies inflammatoires digestives telles que la sigmoïdite diverticulaire, la colite, la maladie de crohn, la rectocolite hémorragique et la tuberculose péritonéale ;
- ✓ la perforation typhique fréquente dans nos régions tropicales et dont le diagnostic est basé sur la sérologie de Widal ;
- ✓ la perforation appendiculaire avec douleur débutant à la fosse iliaque droite ;
- ✓ la perforation d'ulcère gastro-duodénal chez un patient aux antécédents d'ulcère gastro-duodénal ou d'épigastralgie avec notion de la prise d'un anti-inflammatoire ;
- ✓ la perforation sur une hernie étranglée ou une occlusion intestinale ou encore sur une tumeur colique ;
- ✓ la perforation d'organe creux dans un contexte de contusion abdominale,
- ✓ et la perforation digestive par ischémie sur un terrain vasculaire.

IV. Traitement de la perforation colique par arête de poisson

1. But

- Extraire l'arête de poisson;
- Eviter et traiter les complications.

2. Moyens et méthodes

2.1. Moyens médicaux

C'est essentiellement la réanimation médicale comportant la mise en place :

- ✓ deux voies veineuses de bon calibre permettant les prélèvements sanguins pour l'analyse biologique et le remplissage vasculaire pour lutter contre l'hypo volémie;

- ✓ d'une sonde vésicale pour apprécier le remplissage vasculaire par la diurèse ;
- ✓ d'une sonde naso-gastrique pour drainer le tube digestif ;
- ✓ de l'administration d'antalgiques ;
- ✓ de l'administration d'antibiothérapie probabiliste en urgence puis secondairement adaptée aux prélèvements ;

Mais aussi l'administration de l'héparine de bas poids moléculaire pour prévenir les maladies thrombo-emboliques.

2.2. Moyens chirurgicaux

La voie d'abord est la laparotomie ou la voie cœlioscopique.

Le traitement des perforations intestinales par arête de poisson est exclusivement chirurgical. Il s'agit de :

- ✓ l'extraction de l'arête de poisson ;
- ✓ la réparation par suture de la perforation ;
- ✓ ou la résection segmentaire avec anastomose ou stomie [21] ;
- ✓ la toilette péritonéale et le drainage.

3. Indications

Les procédures opératoires en cas de perforations digestives sont fonction de l'étendue des lésions, et de l'état général du malade. Il s'agit dans un milieu septique de poser le geste rapide de sauvetage, mais surtout d'éviter l'anastomose dans de telles conditions. Elles vont de la suture simple à la résection-anastomose, ou la colostomie. La toilette péritonéale minutieuse et le drainages sont recommandés.

4. Résultats

Le taux de mortalité et de morbidité est d'autant plus faible que le diagnostic et le traitement chirurgical sont précoces [31].

DEUXIEME PARTIE:

OBSERVATION

Observation

Clinique

Il s'agissait d'un patient du nom RAYMOND M N., âgé de 46 ans, épileptique depuis l'enfance et sous Gardénal à raison de 100 mg par jour, avec notion d'ingestion accidentelle d'arête de poisson au cours d'un repas plusieurs jours auparavant.

Il était admis aux urgences le 20/01/2014 pour tuméfaction d'allure inflammatoire du flanc gauche.

Le début de la symptomatologie remontait au 23/12/2013 marqué par des douleurs à type de picotement dans le flanc gauche nécessitant une automédication à base de PARACETAMOL.

Vu la persistance de la douleur à laquelle s'était associée une tuméfaction du flanc gauche, le patient consultait dans un Cabinet Médical où son médecin traitant lui avait fait faire un scanner abdominal. Le résultat de celui-ci avait motivé la référence du patient pour l'Hôpital Aristide Le Dantec pour une meilleure prise en charge.

L'examen clinique à l'admission avait retrouvé un bon état général, une conscience claire, des muqueuses normocolorées.

La température était à 38,6°C, la tension artérielle à 100/60mmHg, le pouls à 88 battements/minute et la fréquence respiratoire à 20 cycles/minute.

Localement on notait une tuméfaction douloureuse occupant tout le flanc gauche, remontant jusqu'à l'hypocondre gauche et s'étendant jusqu'à l'ombilic avec une zone de fluctuation au milieu [figure 7].

Le reste de l'examen était sans particularités.

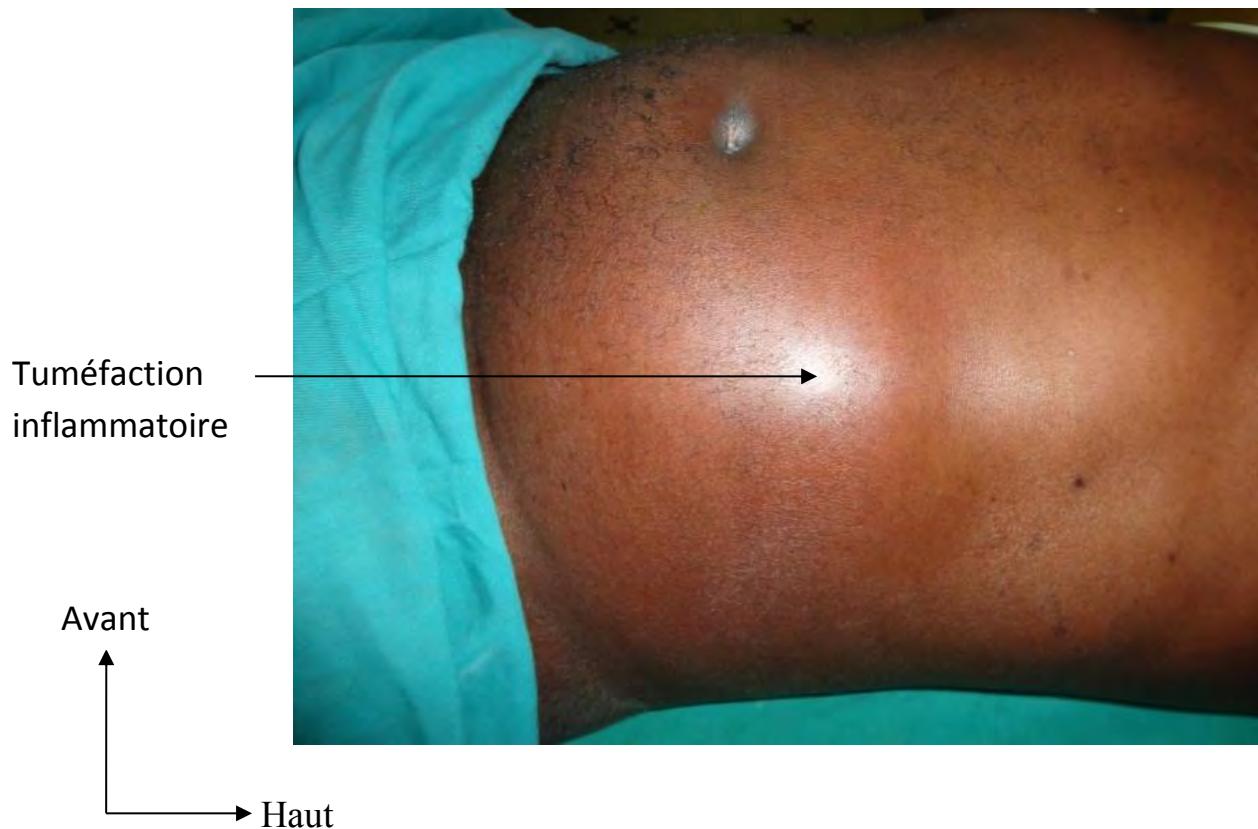


Figure 7 : Image montrant la tuméfaction inflammatoire du flanc gauche.
 (Photo du Pr Mamadou Cissé)

Para-clinique

➤ Biologie

- Le taux de globules blancs était de 17060/mm³, le taux d'hémoglobine à 13,30g/dl, les plaquettes à 387000/mm³.
- La créatininémie était à 7,48mg/l, l'urée à 0,20g/l, la Protéine C Réactive à 118,63mg/l.

➤ Imagerie

- Scanner abdominal

Au scanner on notait un abcès pariétal abdominal gauche contigu à une probable perforation bouchée d'une anse digestive par une arête de poisson [Figure 8].

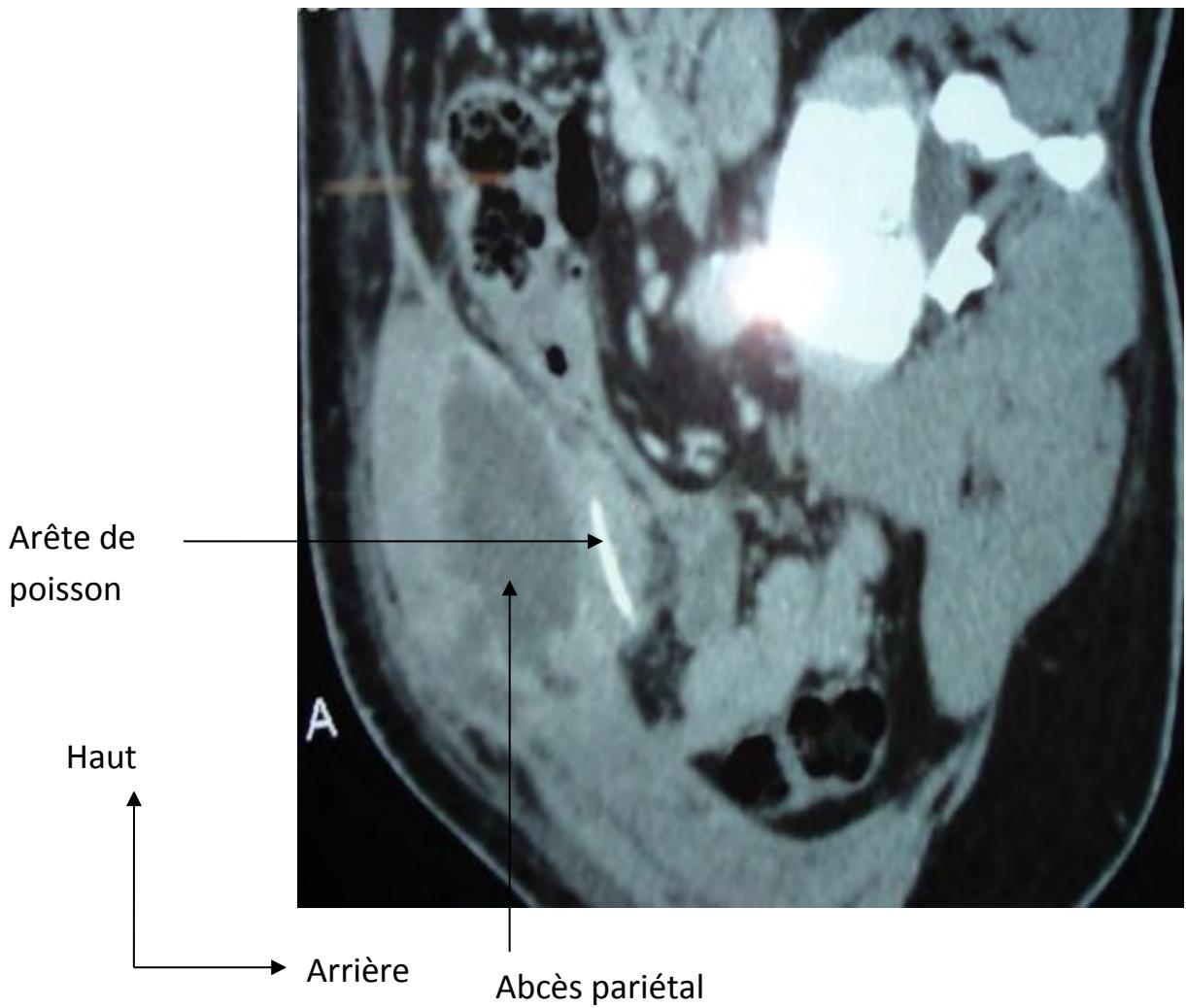


Figure 8 : Coupe scannographique longitudinale avec injection de produit de contraste montrant l'abcès pariétal et l'arête de poisson.

(Photo du Pr Mamadou Cissé).

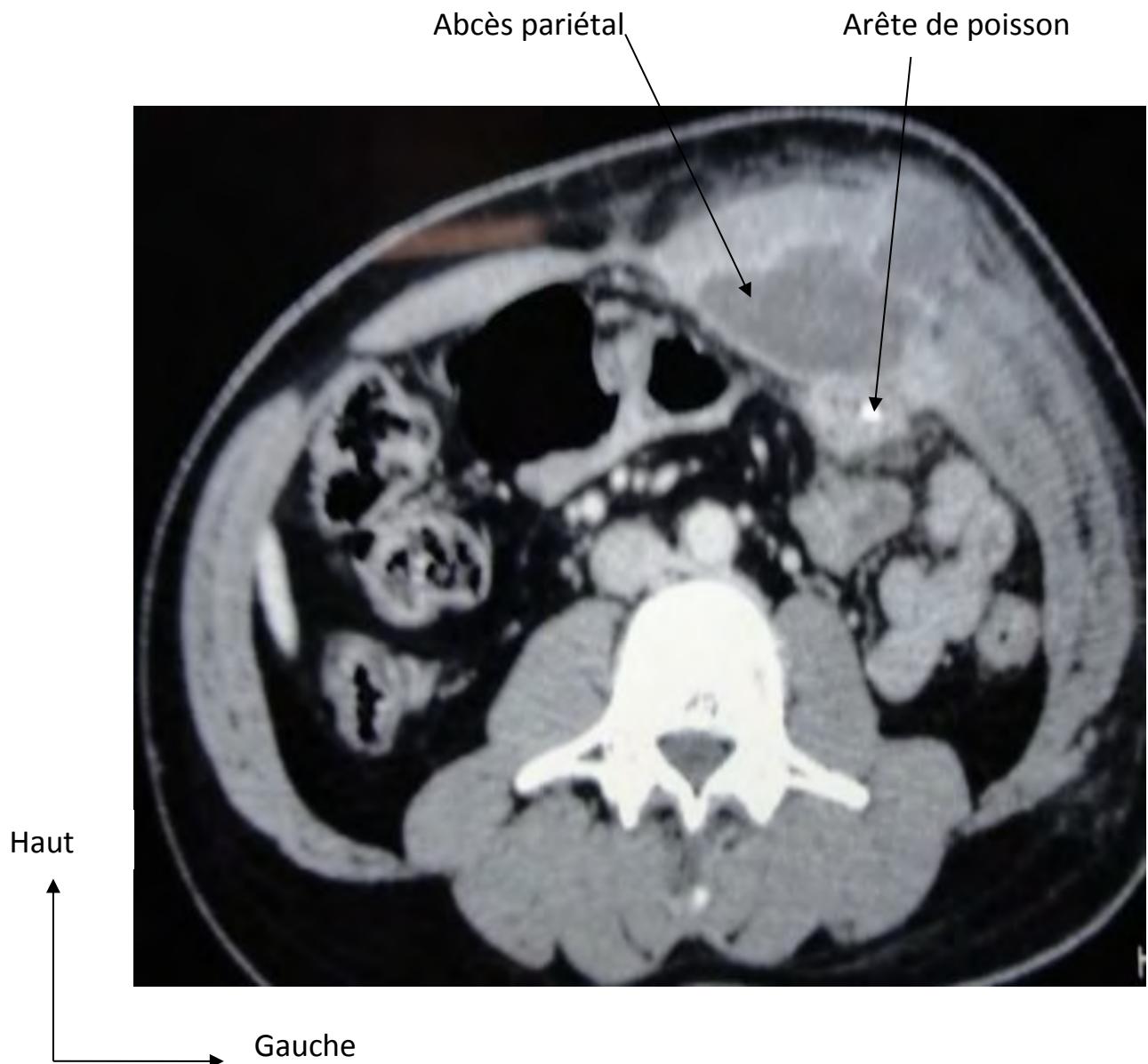


Figure 9 : Coupe scannographique axiale avec injection de produit de contraste montrant l'abcès pariétal et arête de poisson.
(Photo du Pr Mamadou Cissé).

Diagnostic

Le diagnostic d'une perforation intestinale révélée par un abcès pariétal a été retenu.

Indication

Une laparotomie médiane sus et sous ombilicale exploratrice a été indiquée.

Prise en charge thérapeutique

Le patient a été mis à jeun et a eu une mise en place d'une sonde naso-gastrique, d'une sonde urinaire et d'une voie veineuse périphérique de bon calibre.

Le remplissage vasculaire a été fait jusqu'à l'obtention d'une diurèse horaire normale avant son installation.

Le patient est installé en décubitus dorsal sur table ordinaire sous anesthésie générale plus intubation orotrachéale.

Une antibiothérapie à base d'Amoxicilline et Acide Clavulanique et de Métronidazole a été administrée.

Premier temps opératoire (T1)

Laparotomie médiane sus et sous ombilicale ;

Exploration

Multiples adhérences épiplo-pariétales gauches, colo-épiploïques et grêlo-pariétales [**figure 10**].

La cavité abdominale était propre.

Gestes

La dissection avec adhésiolyse permettait de découvrir au sein d'une gangue inflammatoire, une arête de poisson d'environ 3cm/2mm impactée dans la paroi abdominale en regard d'une zone cruentée faisant évoquer une perforation bouchée du côlon transverse qui était étanche [**figure 11 et 12**].

L'extraction de l'arête de poisson a été faite [**figure 13 et 14**] suivie d'une toilette abdominale au sérum physiologique chaud puis fermeture pariétale plan par plan.

Deuxième temps opératoire (T2) : Temps pariétal

Une incision transversale de la paroi abdominale d'environ 5 cm en pleine fluctuation a été réalisée suivie d'une dissection, hémostase de tissu cellulaire sous cutané laissant sourdre du pus franc nauséabond d'environ 50 cc prélevé pour l'analyse bactériologique puis aspiré.

La cavité abcédée était large et se prolongeait jusqu'à la fosse iliaque gauche.

Une toilette de la cavité abcédée au sérum salé tiède a été réalisée avec mise en place d'une lame de Delbet sortie par une contre incision [**figure 13**].

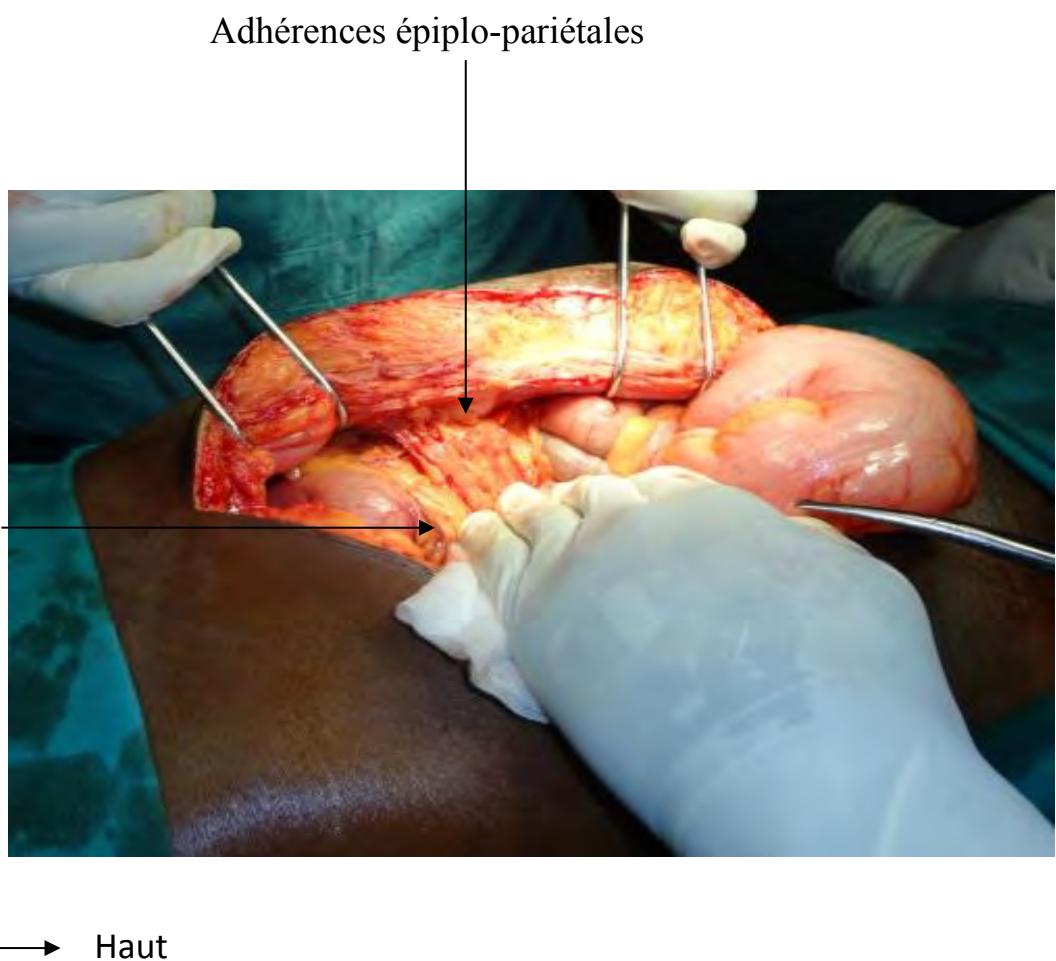


Figure 10: Côlon transverse et épiploon adhérant au flanc gauche.

(Photo du Pr Mamadou Cissé).

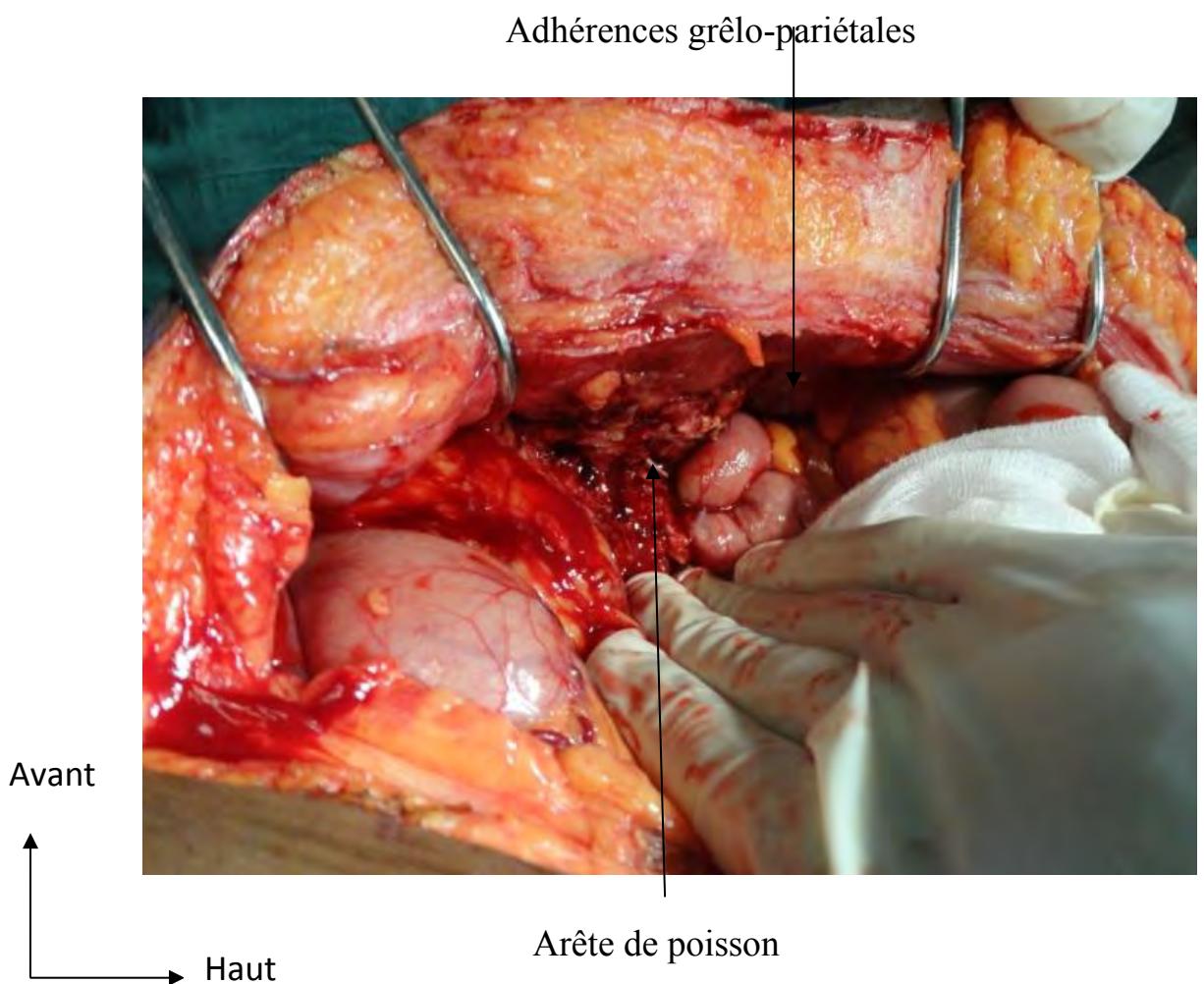


Figure 11 : Cavité abdominale propre avec arête de poisson impactée dans la paroi abdominale(Photo du Pr Mamadou Cissé).

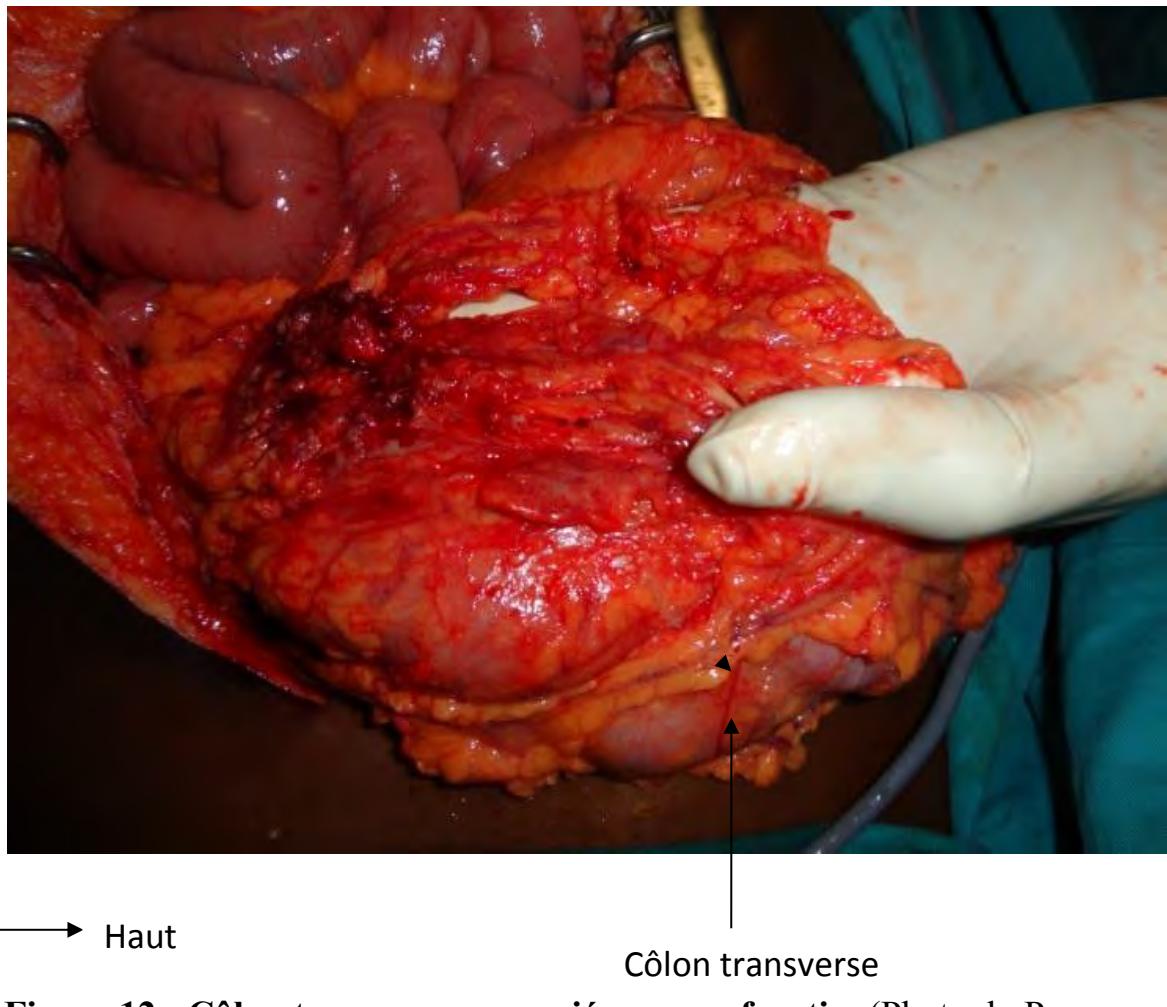


Figure 12 : Côlon transverse remanié sans perforation(Photo du Pr Mamadou Cissé).

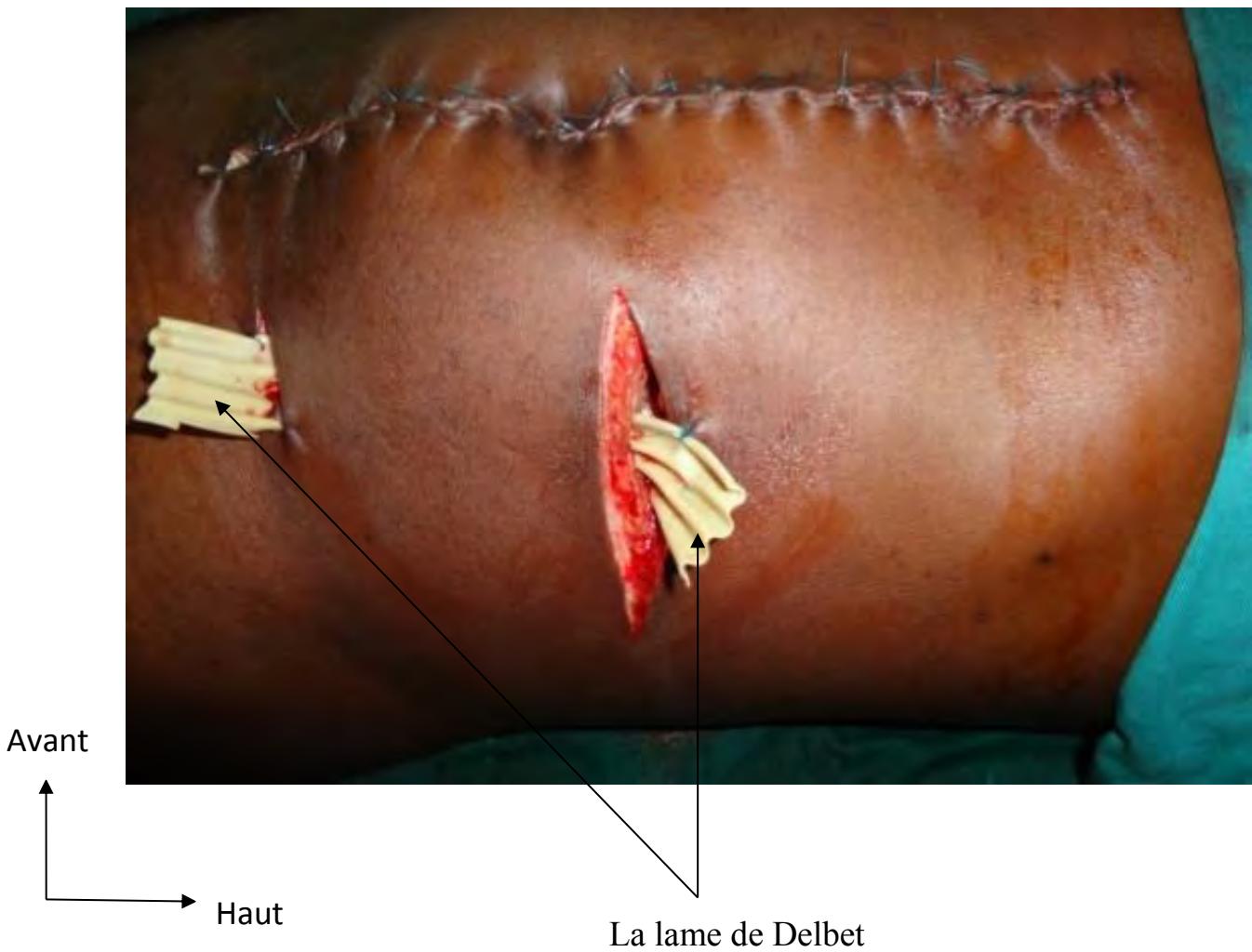


Figure 13 : Aspect final des incisions et du drainage.(Photo du Pr Mamadou Cissé).

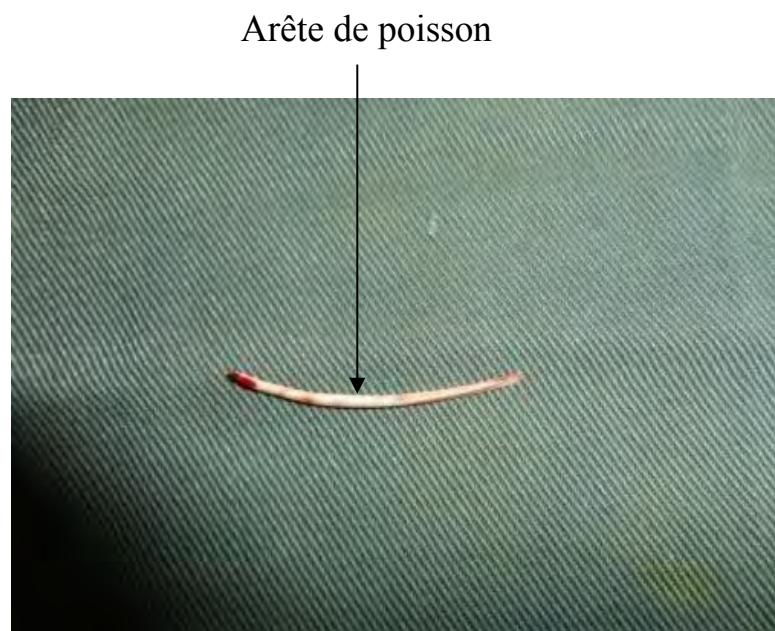


Figure 14 : L'arête de poisson extraite. (Photo du Pr Mamadou Cissé).

EVOLUTION

Le résultat bactériologique objectivait un Escherichia Coli. L'antibiothérapie à base de l'Amoxicilline plus Acide Clavulanique et de Métronidazole a été poursuivie pendant 10 jours. Les suites opératoires ont été simples et le patient était sorti de l'hôpital au 8ème jour post opératoire.

Il a été revu en consultation aux 1^{er} et 3^{ème} mois post-opératoires avec un examen clinique sans particularités.

TROISIEME PARTIE :

DISCUSSION

1. Aspects épidémiologiques

1.1. Fréquence

Les perforations intestinales par corps étranger sont rares et surtout occasionnées par les objets pointus [29]. Nous n'avions pas trouvé de chiffres sur la prévalence des perforations digestives par corps étrangers dans le service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Aristide le Dantec.

Les arêtes de poisson sont souvent en cause.

Ces perforations doivent être suspectées chez les sujets âgés ayant une dentition défectueuse [5 ; 13 ; 14], chez les enfants ou chez des sujets ayant un retard psychomoteur [3]. Mais notre patient ne présente aucun de ces tableaux.

Moins de 5% des corps étrangers sont responsables de complication à type de perforation, d'occlusion, d'hémorragie, d'abcès, de fistule[13].

1.2. Localisation et mécanisme

Dans la majorité des cas, les corps étrangers ingérés transitent dans le tube digestif et sont éliminés sans complication au cours de l'exonération [5]. Les arêtes de poisson, peuvent entraîner des perforations à tous les niveaux du tube digestif, et ceci dans moins de 1% des cas[5 ;13].

Elles peuvent migrer en dehors du segment digestif[3 ;13]. Kadowaki et al. [15]rapportent un cas où l'arête était complètement intégrée au sein du parenchyme hépatique après avoir traversé la paroi duodénale.

L'intestin grêle constitue le premier site de la perforation avec une prédominance au niveau de l'iléon terminal, dans 70% des cas [5 ;3], contrairement à notre patient où la localisation est colique.

1. Aspects diagnostiques

1.1. Clinique

Le diagnostic de la perforation digestive par corps étranger est difficile car le tableau est peu spécifique. C'est ce que préconise Goh et al[14] qui affirment que 90% du diagnostic se fait en per opératoire.

Le tableau peut se révéler tout autant de manière aiguë que chronique et dans ce cas, le diagnostic est retardé [13]. A la phase aiguë, le tableau est celui d'une

péritonite aiguë. Elle peut simuler une péritonite appendiculaire [14], une sigmoïdite diverticulaire perforée ou un ulcère gastro-duodénal perforé [2 ; 13]. Le tableau clinique d'une péritonite aigue est le plus souvent univoque [11] contrairement à notre observation où le patient présente une perforation bouchée révélée par un abcès pariétal.

En effet après un intervalle libre de plusieurs jours, le tableau clinique est celui d'une masse intra-abdominale correspondant soit à un granulome inflammatoire pseudo-tumoral [14] soit à un abcès [13] comme le cas de notre patient.

2.2. Aspects paracliniques

Pour notre observation, le patient présentait au scanner un abcès pariétal abdominal gauche, contigu à une probable perforation bouchée d'une anse digestive par une arête de poisson.

La tomodensitométrie abdominale [5] constitue l'examen de choix, permettant d'évoquer le diagnostic en montrant un épaississement de la paroi d'un segment intestinal, une infiltration du mésentère tout autour d'un corps étranger calcifié linéaire et la présence ou non d'un pneumopéritoine [5 ; 13]. Cela a été le cas pour notre patient. Toutefois, le Scanner a des limites notamment si les renseignements cliniques ne sont pas fournis au radiologue, il peut ne pas prêter attention à la calcification. L'ingestion orale et/ou intraveineuse du produit de contraste peut rendre la visualisation du corps étranger plus difficile. En effet, une perforation du côlon peut se présenter de la même manière qu'une maladie inflammatoire du tube digestif. Mais à défaut de TDM, l'ASP peut aider à poser le diagnostic.

3. Aspects thérapeutiques

Le cas de notre observation a été particulier par son aspect thérapeutique.

Le traitement curatif d'une perforation intestinale par corps étrangers est chirurgical. La réanimation et le traitement médical ne sont qu'adjutants à la chirurgie.

La voie d'abord est habituellement la laparotomie médiane sus et sous ombilical qui permet une bonne exposition. C'est également ce que préconisent **Gohet al[14]**.

En effet, la laparotomie permet une localisation précise de la perforation, la réparation du défaut pariétal et la réalisation d'une toilette péritonéale. Néanmoins, la laparoscopie a aussi ses avantages en diminuant le risque de morbidité moindre et raccourci la durée d'hospitalisation.

La mise à plat de l'abcès pariétal nous a permis d'obtenir 50cc de pus dont l'analyse bactériologique permettait d'isoler l'Escherichia Coli et le traitement antibiotique était à base de l'amoxicilline plus acide clavulanique (AUGMENTIN) à raison de 1g trois fois par jour et métronidazole (FLAGYL) à raison de 500 mg trois par jour, par la voie parentérale pendant 5 jours puis relayée par per os pendant aussi 5 jours.

Le drainage de cet abcès est fait à l'aide d'une lame de Delbet extériorisée par deux orifices. Ce drainage permettait une évacuation complète des sérosités lors des pansements quotidiens au Dakin®. Ce protocole est préconisé par la littérature [11].

Les méthodes chirurgicales sont nombreuses allant de la simple suture à la stomie. Les indications se font au cas par cas. Elles sont fonction de l'âge du patient, des symptômes cliniques présentés, de la nature et du type de corps étranger, de la localisation anatomique et de l'état de la cavité abdominale.

Le traitement préventif passe nécessairement par une prise en charge psychiatrique des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique. Cela permettrait d'éviter l'ingestion volontaire de corps étrangers. Pour les sujets ayant des dents défectueuses, la consultation chez le dentiste serait nécessaire pour éviter l'ingestion accidentelle de corps étrangers.

CONCLUSION

Les perforations du côlon par arête de poisson sont rares représentant moins d'1% des motifs de consultation. L'ingestion de l'arête de poisson est souvent oubliée par le patient lui-même. Dans le passé, le diagnostic se faisait essentiellement par la laparotomie mais de nos jours, grâce au progrès de l'imagerie, le diagnostic peut être suspecté avant l'acte opératoire. La tomodensitométrie est l'examen de référence. La chirurgie reste toutefois le seul traitement curatif.

Nous rapportons un cas de perforation bouchée du côlon transverse, par arête de poisson révélée par un abcès du flanc gauche. Cette perforation est particulière par sa rareté, son tableau clinique et sa prise en charge.

Il s'agissait d'un patient, âgé de 46 ans, épileptique depuis l'enfance et sous Gardénal à raison de 100mg par jour.

Il était admis aux urgences le 20/01/2014 pour une tuméfaction d'allure inflammatoire du flanc gauche.

Le début de la symptomatologie remontait au 23/12/2013 marqué par des douleurs à type de picotement dans le flanc gauche nécessitant une automédication à base de paracétamol.

Secondairement était apparue une tuméfaction du flanc gauche.

L'interrogatoire notait une notion d'ingestion accidentelle d'arête de poisson lors d'un repas, plusieurs jours auparavant.

L'examen clinique à l'admission retrouvait un bon état général, une conscience claire, les muqueuses normocolorées.

Son état hémodynamique et respiratoire était stable.

On notait une hyperthermie à 38,6°C, une tension artérielle à 100/60mmHg, le pouls à 88 battements/minute et une fréquence respiratoire à 20 cycles/minute.

Localement on avait retrouvé une tuméfaction douloureuse occupant tout le flanc gauche, remontant jusqu'à l'hypocondre gauche et s'étendant jusqu'à l'ombilic avec une zone de fluctuation au milieu de la tuméfaction.

Le reste de l'examen était sans particularités.

Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 17060/mm³ et une Protéine C Réactive à 118,63mg/l.

Au scanner abdominal on notait un abcès pariétal abdominal au flanc gauche contigu à une probable perforation bouchée d'une anse digestive par une arête de poisson.

Après une réanimation pré-opératoire, le patient était installé en décubitus dorsal sous anesthésie générale avec une intubation oro-trachéale. Une antibioprophylaxie à base d'amoxicilline - acide clavulanique et de métronidazole a été débutée.

L'intervention a été réalisée en deux temps.

Le premier temps opératoire était la laparotomie médiane sus et sous ombilicale qui permettait de découvrir de multiples adhérences épiplo-pariétales gauches, colo-épiploïques et colo-pariétales avec une cavité abdominale propre.

L'adhésiolyse permettait de retrouver une arête de poisson impactée dans la paroi abdominale contiguë à une zone cruentée du côlon gauche qui faisait penser à une perforation bouchée.

L'extraction de l'arête de poisson et une toilette abdominale ont été réalisées.

Le deuxième temps opératoire consistait à la mise à plat de l'abcès pariétal du flanc gauche par incision cutanée en pleine tuméfaction suivie d'une toilette au sérum salé et d'un drainage par la lame de Delbet.

Les suites opératoires ont été simples.

Au terme de cette étude, nous rappelons que les perforations du côlon transverse par arête de poisson sont rares. Elle se manifeste sous plusieurs formes allant de la péritonite à l'abcès de la paroi abdominale. Leur diagnostic pré opératoire est difficile obligeant à avoir recours à la tomodensitométrie abdominale qui demeure un examen de référence.

Leur traitement curatif reste toutefois la chirurgie avec plusieurs méthodes allant de la simple suture à la stomie.

REFERENCES

1. **Abid M, Derbel R, Annabi S, Guirat A, Mzali R, Frikha MF et al.** Un coup de poignard abdominal chez un tunisien. Med Trop 2010 ; **70** : 77-79
2. **Angelozi V, Brasseur E, Ghysen A, Secco D, Lacremans A, D'orio V.** L'image du mois: Perforation intestinale sin ingestion méconnue d'un corps étranger. Word J Gastro-enterol 2005; 11: 1884-1885.
3. **Balaj C, Otthien M-A, Gervaise A, Ropion- Michaux H, Pairise A, Laurent V et al.** Scanner des perforations couvertes de l'intestin grêle. EMC-Radiologie 2012; 15: 4 33-705
4. **Ben Rejeb A, Gammoudi A et Ben Alaya M.** Perforation intestinale par arête de poisson. A propos d'une observation avec revue de littérature. Acta Chir Belg 2007;107 :564-565.
5. **Bernard B, Mhanna T, Dugas B, Gasquez P, Valette P J, Max P et al.** Perforation jéjunale par arête de poisson diagnostiquée par la TDM abdominale : A propos de 2 observations. Ann Chir 2005; 130 : 636–639.
6. **Bouchet A, Cuilleret J.** Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle : Tome 4 : L'abdomen, la région retro péritonéale, le petit bassin et le périnée. Paris, Masson 2001, 2423 pages.
7. **Brian K P Goh, Yu-Meng Tan, Shuch-En Lin, Pierce K H chow, Foong-Kooncheah, London L P J Ooi et al.** CT in the Preoperative Diagnostic of fish Bone perforation of the Gastro-intestinal Tract. Am J Forensic Med Pathol 2000; 19: 133-1 35.
8. **Chein-Chung K, Tsu-Kang J, Cheng-Hsin W.** Medical treatment for a fish bone-induced ileal micro-perforation: A case report. World J Gastro-enterol 2012; 18 (41):5994-5998.
9. **Drake AI.** Gays anatomy for students. Elsevier Paris 2004; P279.
10. **Eleni D, Maria C, Konstantinos S, Georges P.** Actue abdomen caused by a small bowel perforation due to a clinically unsuspected fish bone. Elsevier SAS, Paris 2006; 40: 530-535.

- 11. Somia Ehua F, J B Esoh Sie, Coulibaly A, Diarra B, P Yapo Amon, B Konan Koffi et al.** Péritonite par arête de poisson. Feuillet de Radiologie 2014 ; 54 : 9-31.
- 12. Gitlin DF, Caplan JP, Rogers MP and al.** Foreign body ingestion in patients with personality disorders. Psychomatis 2007; 48:2.
- 13. Goh BK, Chow PK, Quah HM et al.** Perforation of the gastro-intestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. World J Surg 2006; 30(3):372-377.
- 14. Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PK, Cheah FK, Ooi LL et al.** CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastro-intestinal tract. AJR Am J Roentgenol 2006; 187: 710-4.
- 15. Kadowaki Y, Tamura R, Okamoto T, Hori T.** Rupture hepatic abscess caused by fish bone penetration of the duodenal wall: Report of case, Surg Today 2007; 21:1018.
- 16. Kamina P, Di Marino V.** Abdomen (Appareil digestif ET rein) ; Paris, Maloine 1998 ; Tome 2 : 59-82.
- 17. Karim Ibn Majdhoub Hassani, Imane Toughrai.** Péritonite par perforation grélique secondaire à une arête de poisson. Pan Afr Med J 2013 ; 15 : 107.
- 18. Kim MJ, Seo JM, Lee Y and al.** An unusual cause of duodenal perforation due to a lollipop stick. Korean J Ped 2013;56(4):182-185.
- 19. Law WL, Lo CY.** Fish bone perforation of the small bowel. Laparoscopic diagnosis and laparoscopically assisted management. Surg Laparosc Endosc Percutan tech 2003; 13:392.
- 20. Leguerrier A.** Nouveaux dossiers d'anatomie – abdomen. 2ème édition, Heures de France p.45-107.
- 21. Lenoble E et Dumontier C.** Perforation du grêle et parasitoses intestinales. A propos d'un cas de péritonite par perforation du grêle associée à un taenia saginata. J Chir 1988;125 : 350- 352.

- 22. L heureux P, Cavenaile J-C, Cornil A, Nouvelle M, Sermon F, Leduc D et al.** Ingestion de corps étrangers : Attitude pratique. Rean Urg 1996; 5(5) : 637-653.
- 23. Mesină C, Vasile I, Vîlcea DI and al.** Problems of diagnosis and treatment caused by ingested foreign bodies. Chirurgia 2013; 108(3):400-406.
- 24. Mesina C, Vasile I, Vîlcea D I, Pasalega M, Calota F, Pârvanesen H.** Problems of diagnostic and treatment caused by ingested foreign Bodies. Chirurgia 2013; 108: 400-406.
- 25. Meyer P.** Physiologie humaine. 2ème édition, Médecine Sciences Flammarion, 1983 p171-294.
- 26. Netter FH.** Atlas of human anatomy. 6ème édition, Planches 327, 328.
- 27. Ngom G, Amadou I, Ngaringuem O and al.** “PEN’ appendicitis”. J Indian Assoc Pediatr Surg 2010; 15(2):74-75.
- 28. Pages R.** Corps étrangers ingérés du tube digestif chez l'enfant. Paris, 2ème édition, Masson – 2001, P 2048 – 2055. Paris, Masson, 1991, 337- 342.
- 29. RegentD, Balaj C, Jausset F, Olivier A, Sellal-Aubriot C, Croise-Laurent V.** Perforation du tube digestif. EMC 2012 ; 15 : 33- 705.
- 30. Rubes SE, Levine MS.** Radiologic Diagnosis of gastro-intestinal perforation. Radiol Clin North Am 2003; 41: 1095-115.
- 31. Sanogo ZZ, Camara M, Doubia M M, Soumaré L, Koumare S, Keita S et al.** Perforation digestive. Med Trop 2010; 70: 77-79.
- 32. Sheng D H, De C C, Yao C.** Small-bowel perforation caused by fish bone. World J Gastro-enterol 2005; 11(12):1884-1885
- 33. Shibata H, Sato K, Tada T, Maekawa H, Sakurada M, Orita H et al.** Perforation of Meckel's diverticulum Caused by a fish bone: A cas report. Inter Med 2010; 49: 1041- 1042.
- 34. Sierra-Solís A.** Bowel perforations due to fish bones: rare and curious. Semergen 2013; 39:117-118.

- 35. Sockeel P, Massoure MP, Fixot K and al.** Perforation de l'œsophage thoracique par corps étranger. J Chir 2009;146:40-47.
- 36. Taourel P, Pages-Bouic E, Bowel perforation.** The Journal of Emergency Medecine 2009; 36(4):345-347.

PERFORATION BOUCHEE DU CÔLON TRANSVERSE PAR ARÊTE DE POISSON, REVELEE PAR UN ABCES DU FLANC GAUCHE. A PROPOS D'UN CAS.

RESUME

INTRODUCTION

Les perforations coliques par arête du poisson sont rares, souvent méconnues et oubliées devant le tableau d'un abdomen aigu. Leur diagnostic préopératoire est difficile. La tomodensitométrie joue un rôle déterminant dans le diagnostic. Et leur traitement est en général chirurgical.

Nous rapportons un cas de perforation bouchée du côlon transverse, révélée par un abcès du flanc gauche.

OBSERVATION : Il s'agit d'un patient du nom RAYMOND M N, âgé de 46 ans, épileptique depuis l'enfance et sous Gardénal à raison de 100 mg par jour.

Il est admis aux urgences pour une tuméfaction d'allure inflammatoire du flanc gauche avec notion d'ingestion accidentelle d'arête de poisson lors d'un repas plusieurs jours auparavant.

L'examen physique retrouvait une tuméfaction douloureuse, chaude et fluctuante occupant tout le flanc gauche, remontant jusqu'à l'hypocondre gauche et s'étendant jusqu'à l'ombilic.

Au scanner on notait un abcès pariétal abdominal gauche contigu à une probable perforation bouchée d'une anse grêle par une arête de poisson.

Le traitement était chirurgical et nous avons réalisé une extraction de l'arête de poisson, mise à plat de l'abcès pariétal et drainage par la lame de Delbet.

Les suites opératoires ont été simples et le malade était sorti de l'hôpital au 8^{ème} jour post opératoire puis revu en consultation au 1^{er} et 3^{ème} mois post-opératoires avec un examen clinique sans particularités.

CONCLUSION

La perforation digestive par arête de poisson est rare. Son diagnostic est posé par la TDM ou l'ASP. Le traitement curatif est chirurgical. La voie d'abord est la laparotomie xypho-pubienne. Les techniques sont nombreuses et variables.

Mots-clés : Perforation colique, arête de poisson, abcès du flanc gauche.

*Emmanuel BENADJI
moundabe@gmail.com*

Tel : 00221775906030

*Mémoire de DES Chirurgie Générale.
Année 2017, N°190.*