



Cas Clinique

Perforation Iléale sur un Os Ingéré, Une Cause Inhabituelle de Péritonite : À Propos d'un Cas à Libreville

Ileal Perforation on an Ingested Bone, An Unusual Cause of Peritonitis: A Case Report from Libreville

Nguélé Ndjota^{1,3}, Dyatta Mayombo KC^{1,3}, Nyamatsiengui H², Orendo Sossa J², Sougou E², Kassa Boukat A², Owono Mbouengou JP^{3,4}.

Affiliations

1. Service de chirurgie Viscérale. Centre hospitalier Universitaire de Libreville.
2. Service de chirurgie générale et spécialités. Hôpital d'instruction des Armées d'Akanda.
3. Département de Chirurgie. Université des Sciences de la Santé de Libreville.
4. Service de chirurgie générale et spécialités. Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba.

Auteur correspondant

Nguélé Ndjota

Email : nguelendjota@yahoo.fr

Tél : 0024177359190 / 0024162964842

Mots clés : péritonite – perforation – Iléon – os poulet

Keywords: peritonitis – perforation – Ileum – chicken bone.

RÉSUMÉ

En Afrique, la péritonite aiguë est fréquemment infectieuse. Ce cas interpelle sur le danger d'un os ingéré entièrement, source peu décrite de péritonite. Un patient de 39 ans adressé pour douleur abdominale généralisée fébrile rapportait l'ingestion accidentelle d'un pilon de poulet. L'examen notait une irritation péritonéale avec au scanner un épanchement hydro-aérique péritonéale et une structure tubulaire hyperdense pelvienne. L'exploration chirurgicale retrouvait une péritonite purulente sur perforation iléale et un os dans le Douglas. Nous réalisons une suture, un lavage et drainage péritonéale. L'ingestion d'un os entier occasionne volontiers une occlusion intestinale mais doit faire craindre une péritonite.

ABSTRACT

In Africa, acute peritonitis is frequently infectious. This case raises concerns about the danger of an entirely ingested bone, a little-described source of peritonitis. A 39-year-old patient referred for generalized febrile abdominal pain reported the accidental ingestion of a chicken drumstick. The examination noted peritoneal irritation with peritoneal hydro-aerial effusion and a hyperdense pelvic tubular structure on the CT scan. Surgical exploration revealed purulent peritonitis on ileal perforation and bone in the Douglas. We performed peritoneal suturing, washing and drainage. Ingesting a whole bone often causes intestinal obstruction but should raise the risk of peritonitis.

INTRODUCTION

En Afrique, l'infection du péritoine par le contenu digestif survient au cours d'une perforation digestive d'origine typhique [1] ou liée à une perforation appendiculaire [2]. A l'image de plusieurs pays, au Gabon, la perforation digestive par un corps étranger y est rarement évoquée ou incriminé [3]. L'objectif de cette présentation est d'interpeller sur la dangerosité d'un os ingéré entièrement, source peu décrite de péritonite.

OBSERVATION

Patient de 39 ans, aux antécédents de microcéphalie, avec un déficit cognitif modéré, alcoolique, assisté de sa mère et référé d'un hôpital de Libreville pour une péritonite aiguë par perforation digestive. Les symptômes auraient débuté une semaine avant la consultation dans les suites de l'ingestion accidentelle d'un pilon de poulet, au cours d'une dispute lors du repas. Cela était suivi d'une dysphagie, de douleurs

abdominales généralisées puis localisée à la fosse iliaque droite. Le patient rapportait des nausées et des vomissements sans arrêt des matières ou des gaz avec une notion d'hyperthermie. Quarante-huit heures avant l'admission la douleur se généralisait de nouveau et conduisait à la consultation aux urgences. L'examen à l'admission trouvait un bon état de conscience, des conjonctives bien colorées, une tachycardie à 109 battements par minutes et une hyperthermie à 39°C. Le patient était sthénique contrastant avec une contracture abdominale généralisée, une diarrhée et une hernie inguinale droite non compliquée. La Numération Formule sanguine montrait une hyperleucocytose à 17.000 à prédominance neutrophile. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne avec reconstruction frontales, coronales et sagittales mettait en évidence un pneumopéritoine, un épanchement intrapéritonéal pelvien de moyenne abondance contenant un élément tubulaire hyperdense (**figure 1**), une distension colique transverse gauche en particulier avec

une discrète pneumatose pariétale caecale. Par ailleurs, elle décrivait un orifice herniaire inguinal droit de 14 mm avec un sac herniaire contenant de l'air et du liquide. Le scanner suspectait, en résumé une péritonite par perforation digestive, appendiculaire, par un corps étranger ou sur une hernie étranglée. Une laparotomie médiane exploratrice était réalisée en urgence.

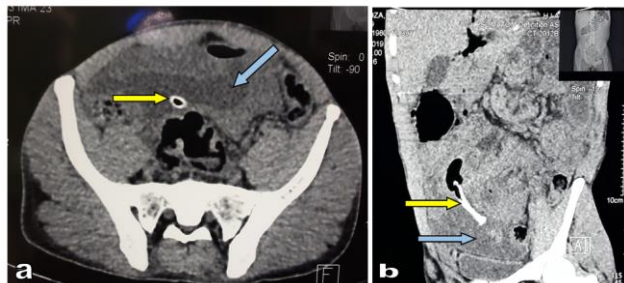


Figure 1 : coupes scanographiques transversale (a) et longitudinale (b) présentant une image hyperdense longitudinale représentant l'os (flèche jaune) et un épanchement intrapéritonéale (flèche bleu).

Après une réanimation faite d'une hyperhydratation, d'une bi-antibiothérapie (amoxicilline-acide clavulanique-métronidazole), et d'une analgésie bimodale (paracétamol, néfopam), l'exploration trouvait un épanchement purulent de grande abondance prédominant dans le pelvis avec agglutination d'anses en fosse iliaque droite et dans le pelvis, autour d'une perforation punctiforme de l'iléon, à moins de 10cm de la jonction iléo caecale (**figure 2a**). Nous notions également une zone ischémique punctiforme sur le bord opposé et un os de poulet de 5cm dans le douglas (**figure 2b**). La réparation était faite par suture simple de la perforation et enfouissement de la zone ischémique. Le lavage abondant et du drainage du cul de sac de Douglas clôturaient l'intervention. Une appendicectomie de principe était également réalisée. Les suites opératoires immédiates étaient simples. L'alimentation et la sortie étaient respectivement autorisées au 2^{ème} et 7^{ème} jour post opératoire. Le patient était revu à 1 et 3 mois post opératoire en consultation avec un examen clinique normal.

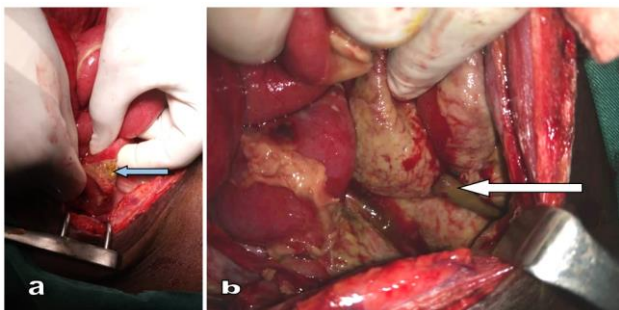


Figure 2 : exploration chirurgicale dévoilant un os de poulet (flèche blanche) dans le cul de sac de Douglas et la perforation de l'iléon terminale (flèche bleue)

DISCUSSION

La péritonite aigue est la deuxième urgence chirurgicale digestive à Libreville [2]. Dans notre contexte,

l'appendicite aigue compliquée en est la première étiologie [2] à la différence de certains pays ouest-africains où la perforation non traumatique, supposée typhique prédomine [4,5]. La péritonite aigue généralisée par perforation digestive due à un corps étranger est rare. La majorité des perforations gréliques sont « couvertes », conséquence de la très grande mobilité des structures intestino-mésentériques qui couvrent facilement ces perforations, quel qu'en soit le siège anatomique [6]. Elle semble intéresser autant les adultes que les enfants. L'ingestion est généralement accidentelle, au cours d'une activité ludique chez l'enfant [7] ou intentionnelle voire accidentelle devant de mauvaises habitudes alimentaires (repas rapide, dispute lors du repas...) chez l'adulte [8, 9]. Le déficit cognitif n'est pas incriminé dans la littérature.

La nature et la forme du corps étranger à l'origine de la perforation est variable. Il peut s'agir d'objets effilés tels que des cure-dents [9], des arêtes de poisson [6, 10, 11, 12], des fragments osseux acérés des viandes coupées au hachoir, les aiguilles métalliques, les tiges végétales [6] ou de corps étrangers moins agressifs, piles « bouton » [3] et enfin des os de poulet entier [13], à l'image de notre patient.

Cliniquement, la douleur abdominale demeure le maître symptôme [3,7,9,10]. Les corps étrangers pointus entraînent plus fréquemment le tableau de péritonite « couverte » [6] plus précoce. Elle est, ici, généralement localisée, décrivant volontiers un tableau d'abdomen subaigu fébrile, plutôt qu'aigu, dominé par un syndrome occlusif en raison de l'iléus réflexe ou de phénomènes d'adhérences consécutifs à l'agglutination d'anses autour de la perforation [6]. L'ingestion d'os de poulet entier, unique [13] ou multiples [14] peut générer un tableau d'occlusion par obstruction à l'inverse de notre patient. Dans ce cas, au vu du des délais écoulés et du tableau clinique nous n'excluons pas l'hypothèse d'un tableau occlusif ayant précédé la perforation. La zone d'ischémie et le siège de la perforation de l'iléon témoigneraient de l'enclavement transversal de l'os avant son expulsion extraluminaire. L'enclavement du corps étranger en région iléocœcale et l'inflammation consécutive peuvent mimer une maladie chronique inflammatoire intestinale notamment [15]. La tomодensitométrie abdominale est l'examen de choix [6,11,16] pour localiser le corps étranger, en donner la nature mais également l'épanchement péritonéal et son abondance. Dans notre pratique, à l'image de certains pays africains, en raison notamment de l'indisponibilité relative de la tomодensitométrie, la radiographie de l'abdomen sans préparation reste l'examen de première intention [9,15,17] complétée dès que possible par la tomодensitométrie abdominale.

La laparotomie médiane, à l'image de notre cas, reste l'abord chirurgical la plus rapportée [1, 3, 10, 17]. Cependant, la laparoscopie est une alternative désormais recommandée en cas de péritonite aigue et utilisée par certains auteurs dans cette indication [9] afin de suturer la perforation. Le seul frein à cet abord, dans notre contexte, résiderait dans la viscérolyse laborieuse en cas de péritonite négligée encore trop fréquente dans nos

pays mais également dans l'absence d'expérience de l'équipe chirurgicale.

CONCLUSION

La péritonite aigue par perforation digestive peut et doit être évoqué dans les suites de l'ingestion d'un corps étranger, tel qu'un os de poulet. Dans notre pratique son diagnostic repose sur la tomodensitométrie et le traitement chirurgical sur une suture digestive idéalement réalisable par cœlioscopie.

DÉCLARATIONS

Contributions des auteurs

Conception : Nguélé Ndjota **Recueil:** Nyamatsiengui Hilaire, Sougou Emery. **Recherche bibliographique :** Orendo Sossa Jolin. **Photographie** Kassa Boukat Aymar : **Rédaction :** Nguélé Ndjota, Dyatta Mayombo Kevin Cédric. **Correction finale:** Owono Mbouengou JP.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Consentement

Le consentement préalable du patient a été obtenu pour la publication du cas et de l'iconographie utilisée.

RÉFÉRENCES

- Coulibaly M, Traoré D, Togola B et al. Perforation digestive non traumatique à Koutiala : aspects épidémiologiques et thérapeutiques. *Mali Med* 2019; 34(3) : 20-23.
- Diallo FK, Dyatta Mayombo KC, Nguélé Ndjota et al. Urgences chirurgicales digestives au centre hospitalier Universitaire de Libreville : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *RECAC* 2018; 3(18): 28-34.
- Bayonne Manou LS, Owono Mbouengou J, Nguéma Mvé R, Ogowet Igumu N. Perforation iléo-caecale par corps étranger ingéré chez l'enfant. A propos d'un cas à Libreville. *Rev Afr Chir Spéc.* 2015;9(1):29-32.
- Sambo BT, Allodé SA, Wekpon DS et al. Prise en charge des péritonites aiguës dans un Hopital de District en Afrique sub-saharienne : cas du Benin. *European Scientific Journal* 2017 ; 13 (36) :388-95.
- Amadou Magagi MI, Adamou H, Habou O, Magagi A, Hilabou M, Ganiou K. Urgences chirurgicales digestives en Afrique subsaharienne : étude prospective d'une série de 622 patients à l'Hopital Natiolal de Zinder, Niger. *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 2017 ;110 (3), 191.
- Regent D, Balaj C, Jausset F, Oliver A, Sellal-Aubriot C, Croise-Laurent V. Perforations du tube digestif. *Feuill Radiol.* 2014;54(1):9-31.
- Arana A, Hauser B. Management of ingested foreign bodies in childhood and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2001; 160: 468-72.
- Fraga M, Nydegger A, Abdelrahman K, et al. Risques et bénéfices d'une approche interventionnelle face aux corps étrangers digestifs. *Rev Med Suisse* 2015; 11: 1592-5.
- Kaimba BM, Edzimbé A, Akouya SD, Hervé P. Perforation intestinale sur ingestion volontaire de cure-dents : à propos d'un cas à Ndjamen. *Rev Médicale Madag.* 2016;6(1):716-8.
- Cissé M, Kaptue EC, Seck M et al. Colon perforation by fish bone revealed by an abscess of the left flank: A case report. *Surg Chron.* 2015;20:278-9.
- Bernard B, Mhanna T, Dugas B, Gasquez P, Valette PJ, Marx P, et al. Perforation jéjunale par arête de poisson diagnostiquée par la tomodensitométrie abdominale : à propos de deux observations. In: *Annales de chirurgie.* Elsevier; 2005. p. 636-9.
- Hassani KIM, Toughrai I. Péritonite par perforation grêlique secondaire à une arête de poisson. *Pan Afr Med J.* 2013;15.
- Mahmoudi A, Abdelali M. Acute intestinal obstruction by a chicken bone. *Pan Afr Med J.* 2015;22:91-91.
- Nowotny DJ, Aaland M. Acute Small Bowel Obstruction Caused by Ingestion of Chicken Bones: A Case Report. *ACS Case Reviews.* 2021;3(4):49-52.
- El Montacer K, Haddad F, El Mansouri S, Tahiri M, Hliwa W, Bellabah A, et al. Corps étranger iléo-caecal mimant une maladie de Crohn: rapport de cas. *Pan Afr Med J.* 2018;31(1).
- Balaj C, Ottenin MA, Gervaise A, Ropion-Michaux H, Fairise A, Laurent V, et al. Scanner des perforations couvertes de l'intestin grêle: les 10 commandements. *Journ Francoph Radiol.* 2011.
- Solo CE, Rabemanantsoa T, Randrianandrasana S, Rasoaherinomenjanahary F, Rakototiana AF, Samison LH. Perforation du colon par un corps étranger révélant un adénocarcinome du colon : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Rev. Anesth.-Réanim. Med. Urg. Toxicol.* 2019;11(2) : 20-21.