



Cas Clinique

Perforation de la Charnière Recto-Sigmoïdienne Due à un Fécalome Calcifié : À Propos d'un Cas

Recto-Sigmoid Hinge Perforation Due to Calcified Fecaloma: A Case Report

Boka T. Y.¹, Ide K.¹, Zabeirou A. A³, Saidou A.^{3,5}, Younsa H.^{2,5}, James D. L.^{1,5}, Chaibou M. S.^{4,5}, Sani R.^{1,5}

Affiliations

- Département de chirurgie ; Hôpital National de Niamey
- Département de chirurgie, Hôpital National Amirou Boubacar Diallo
- Département de chirurgie, Hôpital Général de Référence de Niamey
- Département d'anesthésie et réanimation de l'hôpital national de Niamey
- Faculté des sciences de la santé/Université Abdou Moumouni de Niamey

Auteur correspondant

BOKA TOUNGA Yahouza ; Médecin résident de chirurgie générale ; Hôpital National de Niamey. BP : 238
Mail : yahouzabokatounga@gmail.com
Tel : +22798597850

Mots clés : Perforation, charnière recto-sigmoïdienne, fécalome calcifié

Key Words: Perforation, rectosigmoid hinge, calcified fecal impaction

RÉSUMÉ

Les perforations stercorales recto-sigmoïdiennes touchent les patients âgés sur terrain de diverticules sigmoïdiens. Les perforations sur fécalomes sont très rares et peu décrites dans la littérature médicale. Elles surviennent souvent chez les patients âgés, alités souvent fragiles ayant une longue histoire de géophagie ; constipation chronique et sévère. Elle constitue une urgence médico-chirurgicale dont le pronostic, souvent sombre, dépend du terrain et de la rapidité de la prise en charge. Nous rapportons le cas d'une perforation stercorale de la recto-sigmoïdienne survenu chez une patiente âgée de 65 ans due à un fécalome calcifié lié à une géophagie. La symptomatologie clinique était celle d'une péritonite aiguë évoluant depuis une semaine environ. Le diagnostic n'était posé qu'en peropératoire. Le geste avait consisté en une excision-suture de la perforation et une iléostomie de protection. Les suites étaient malheureusement marquées par un état de choc septique résistant aboutissant au décès de la patiente à 36 heures de postopératoire. Le diagnostic de perforation stercorale de la recto-sigmoïdienne, souvent difficile et retardé, doit être connu par tous les médecins qui prennent en charge une population de patients de plus en plus âgés ; ayant une constipation chronique et une notion de géophagie.

ABSTRACT

Recto-sigmoid stercoral perforation affects elderly patients with sigmoid diverticula. Perforations of faecal impaction are very rare and rarely described in the medical literature. They often occur in frail, bedridden elderly patients with a long history of geophagia; chronic and severe constipation. It is a medical and surgical emergency whose prognosis, which is often poor, depends on the patient's condition and the speed of treatment. We report the case of a stercoral perforation of the recto-sigmoid in a 65-year-old female patient due to a calcified faecal impaction associated with geophagia. The clinical symptoms were those of acute peritonitis that had been evolving for about a week. The diagnosis was only made intraoperatively. The procedure consisted of excision and suture of the perforation and a protective ileostomy. Unfortunately, the postoperative period was marked by a state of resistant septic shock, leading to the patient's death 36 hours postoperatively. The diagnosis of stercoral perforation of the recto-sigmoid, which is often difficult and delayed, should be familiar to all doctors caring for an increasingly elderly patient population with chronic constipation and a history of geophagia.

INTRODUCTION

La perforation stercorale, ou sur fécalome est une complication très rare de la constipation chronique ou géophagie chronique. Elle touche surtout les personnes âgées avec comorbidités, exceptionnellement les sujets jeunes immunocompétents. Sur le plan physiopathologique, une faiblesse musculaire s'associe aux phénomènes mécaniques qui apparaissent au contact

du fécalome calcifié engendrant ainsi une perforation digestive [1-2]. Elle constitue une urgence chirurgicale dont le pronostic, souvent sombre, dépend du terrain et de la rapidité de la prise en charge. Une situation très souvent fatale, tributaire du retard diagnostique et/ou thérapeutique de ces cas qui vient en assombrir le tableau. Nous rapportons le premier cas d'une perforation stercorale du côlon survenu chez une patiente âgée de 65 ans dont le diagnostic n'était posé qu'en peropératoire et

nous essayons de rappeler la physiopathologie, les caractéristiques cliniques ainsi que les modalités thérapeutiques dans un contexte à ressources limités de cette entité et une brève revue de la littérature.

OBSERVATION CLINIQUE

Patiente âgée de 65 ans multipare et ménopausée depuis 15ans, hypertendue sous traitement médical depuis 6 ans, admise aux urgences chirurgicales de l'Hôpital National de Niamey pour douleur abdominale diffuse, nausée remplacée par des vomissements alimentaires puis fécaloïdes et arrêt de matières et des gaz. Cette symptomatologie évoluait depuis une semaine. L'interrogatoire avait retrouvé une longue histoire de constipation chronique évoluant par des crises paroxystiques similaires ayant cédé spontanément dont la dernière remonte il y a un mois. On note également une notion de géophagie chronique depuis 30ans plus accentuée dans les deux derniers mois. A son admission La température était à 39 °C, on note une instabilité

hémodynamique et ventilatoire. L'état générale était altéré stade IV de l'OMS. La palpation abdominale avait trouvé une défense abdominale généralisée à maximum au niveau de la fosse iliaque gauche et la region hypogastrique. Le toucher rectal avait provoqué des douleurs dans le cul-de-sac de Douglas avec des gros fécalomes calcifiés. Sur le plan biologique, il existait un syndrome infectieux à prédominance neutrophile avec 20500 leucocytes/ml. Le bilan rénal et l'ionogramme sont sans particularité. Le scanner abdominopelvien avec injection des produits de contraste en coupes multi-planaires avait objectivé des microcalcifications (fécalomes calcifiés) pariétales digestives prédominantes sur le colon droit associées à une disparité de calibre entre des anses dilatées et d'autres plates. Il s'y associe du gaz extra-digestif (pneumopéritoine) témoignant d'une perforation d'organe creux, ici la charnière recto-sigmoïdienne un épanchement péritonéal liquidien peri-hepatique et de cul sac de Douglas. Fécalome calcifié avec de l'aire dans le pelvis à son égard (figure 1).

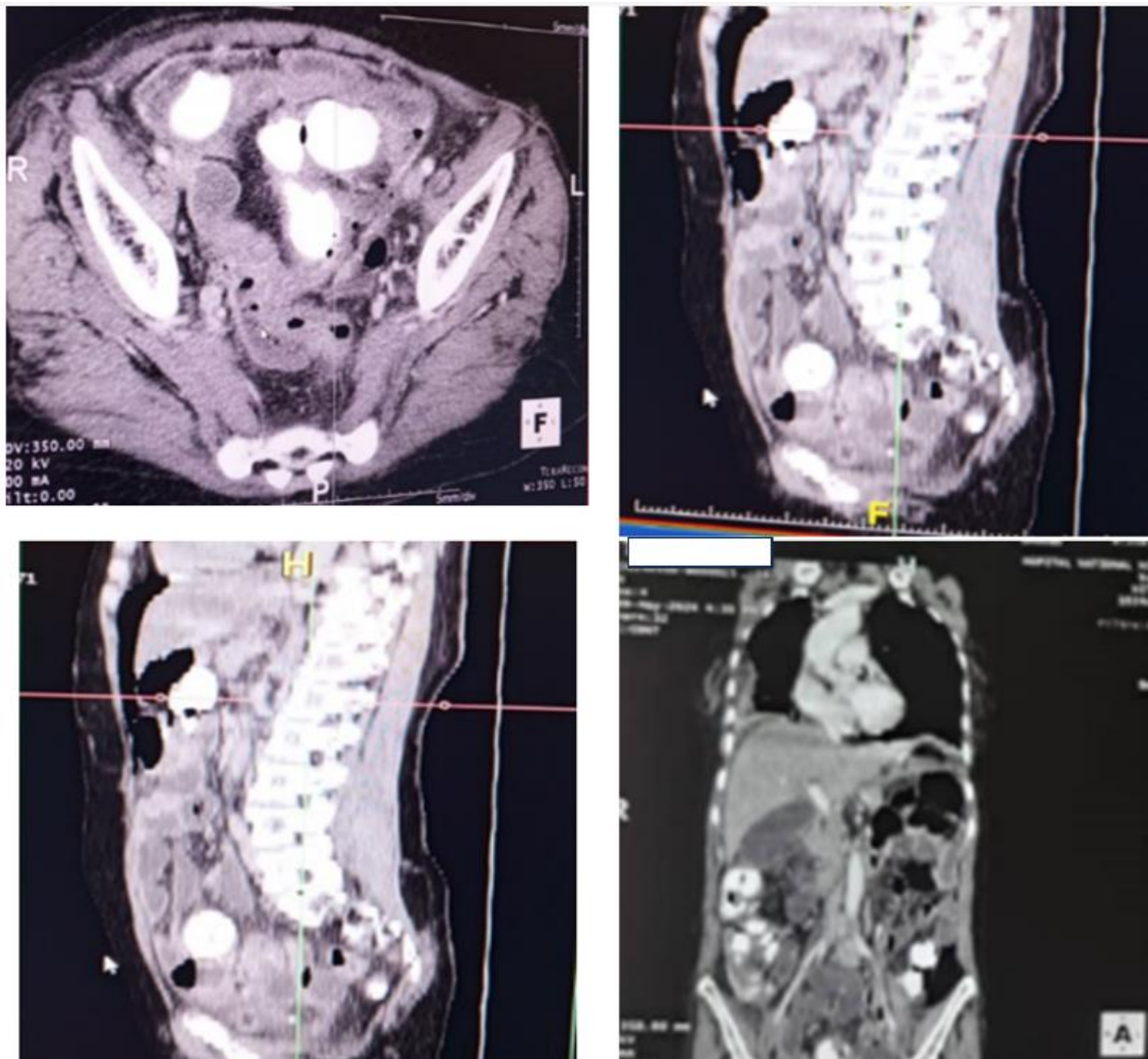


Figure 1 : Le scanner abdominopelvien avec injection des produits de contraste en coupes multi-planaires avait objectivé des microcalcifications (fécalomes calcifiés) pariétales digestives prédominantes sur le colon droit associées à une disparité de calibre entre des anses dilatées et d'autres plates, pneumopéritoine, épanchement peri-hepatique.

La patiente a été opérée par une laparotomie médiane après une brève réanimation hydroélectrolytique avec une diurèse conservée et d'une antibiothérapie en préopératoire. La patiente a été mise sous tri antibiothérapie (Ceftriaxone+ Flagyl+ Gentamycine). L'exploration de la cavité péritonéale avait mis en évidence une péritonite généralisée avancée avec présence de fausses membranes et d'un liquide stero-purulent, prélevé pour examen bactériologique. Il a été constaté une perforation de la face antérieure de la charnière recto-sigmoïdienne (figure 2), sur le bord anti mésentérique, avec un fécalome très dur impacté dans celle-ci et selles dures et calcifiées tout au long du cadre colique.

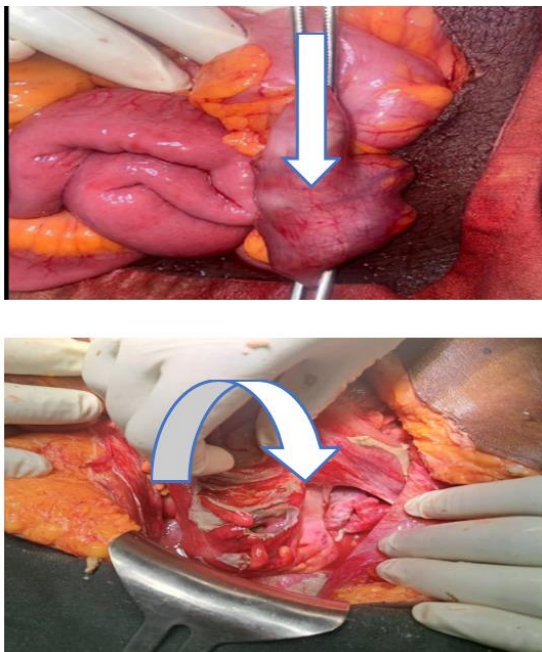


Figure 2 : image per-opératoire montrant des selles calcifiées au niveau du sigmoïde(A) et la perforation situant sur la face antérieure de la charnière recto-sigmoïdienne après ablation du fécalome sur la perforation(B).

Après une toilette péritonéale abondante, il lui a été réalisé une intervention de Hartmann avec une résection du colon perforé, une fermeture du moignon rectal, et abouchement du colon proximal en stomie. L'intervention s'est terminée par un drainage de la cavité péritonéale. La pièce opératoire était envoyée pour examen anatomopathologique. Les suites étaient marquées par un état de choc septique réfractaire aboutissant au décès de la patiente à 36 heures postopératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était sans particularité.

DISCUSSION

Une perforation du côlon est exceptionnelle, et est habituellement causée par une diverticulite, un traumatisme, une tumeur maligne, une colite amibienne, une colite ischémique, ou une rectocolite ulcéro-hémorragique. La perforation stercorale, ou sur fécalome, en est une complication très rare depuis sa première description par Berry en 1894 [1]. Nous apportons un cas

perforation stercorale du côlon sur fécalome, constitue une complication de la constipation et de la géophagie de notre patiente. Il constitue le premier cas documenté dans les pays subsahariens et particulièrement le Niger. La constipation constitue une affection très fréquente, bénigne et relevant le plus souvent d'un traitement médical. Les géophagies sont des habitudes des femmes nigériennes surtout pendant la grossesse. Une perforation du côlon est exceptionnelle [2]. À ce jour, à notre connaissance, moins de 188 cas de perforation stercorale du côlon ont été rapportés dans la littérature mondiale. La perforation stercorale du côlon touche essentiellement les sujets âgés souvent fragiles [3,4]. C'était le cas de notre patiente qui avait 65 ans et ayant des comorbidités type hypertension artérielle. Elle peut aussi survenir exceptionnellement chez des malades jeunes [3,4]. Le point commun de tous les cas décrits dans la littérature est une constipation chronique, très ancienne, sévère et répondant mal aux traitements médicaux [5-7]. Dans plus de 90 % des cas, les perforations sont situées sur la charnière recto-sigmoïdienne. Dans notre cas aussi, la perforation siégeait sur la face antérieure de la charnière recto-sigmoïdienne. Différentes hypothèses semblent pouvoir expliquer la fragilité de la jonction recto-sigmoïdienne à savoir l'annulation de la charnière recto-sigmoïdienne réalisant un aspect en « pseudo-sphincter », une vascularisation précaire du bord anti mésentérique et une sensibilité élevée aux contraintes mécaniques [6,7]. Ceci explique que les perforations se situent toujours sur le bord anti mésentérique du côlon. La présence d'un ralentissement du transit iatrogène ou idiopathique, le siège le plus fréquent des fécalomes sur le côlon distal et la pression intraluminaire qui y est plus importante, augmentent la pression sur les capillaires sous-muqueux et ainsi les phénomènes ischémiques pariétaux [6,8]. La physiopathologie exacte de la perforation stercorale n'est pas encore bien élucidée, il semblerait que les phénomènes mécaniques au contact de fécalomes pétrifiés et calcifiés vont créer une ulcération muqueuse qui va induire une souffrance pariétale colique par ischémie, résultant de la compression entre le fécalome et le pelvis lors de longs efforts de défécation [5,6]. La rupture de la continuité de la paroi colique peut être facilitée par une faiblesse de la musculature qui peut lui être associé un phénomène lié à l'âge [6]. La présentation clinique des perforations stercorales est très variable, avec des formes classiques de perforation d'organe creux associant une défense abdominale, un syndrome inflammatoire biologique et un pneumopéritoine radiologique ou au scanner [5-7]. La fréquence des formes peu symptomatiques et trompeuses, car la longue histoire de constipation chronique peut faire négliger les plaintes de douleur abdominale, et l'absence de pneumopéritoine radiologique ou au scanner rendent le diagnostic positif souvent très difficile [1, 8, 2, 9]. L'examen le plus utile pour le diagnostic de perforation stercorale du côlon est le scanner abdomino-pelvien qui peut montrer une discontinuité de la paroi intestinale en regard d'une distension fécale de la lumière colique [10]. Le diagnostic différentiel de la perforation stercorale du côlon se pose

avec les autres causes de perforation colique à savoir les lésions néoplasiques, diverticulaires, inflammatoires, infectieuses, ischémiques ou traumatiques [2,10,11]. Le traitement est évidemment une urgence chirurgicale et sa rapidité influence le pronostic. Le geste le plus souvent réalisé est une intervention de Hartmann avec drainage de la cavité abdominale et antibiothérapie [5, 6]. Une extériorisation simple sur baguette du côlon perforé est possible [7], mais une biopsie doit être systématique afin d'écartier les autres diagnostics, principalement celui de lésion néoplasique. En cas de faible contamination péritonéale, une anastomose colorectale peut être effectuée d'emblée [4]. Notre patiente avait trainé ses signes depuis une semaine ; qu'elle avait liée à sa constipation. Le scanner réalisé en urgence avait mis en évidence des calcifications tout au long du cadre colique avec un énorme pneumopéritoine et gros fécalome avec une image évoquant une perforation à son égard confirmé en peropératoire. Les suites opératoires étaient défavorables avec décès de notre patiente à 36ème heure de post-opératoire qui pourrait s'expliquer par un retard de prise en charge et la fragilité du terrain.

CONCLUSION

La perforation colique stercorale sur fécalome est exceptionnelle au Niger et en Afrique subsaharienne et rare sur le plan mondiale. Une urgence chirurgicale de diagnostic difficile due à la longue histoire de constipation et de douleur abdominale. Nous rapportons le premier cas de perforation du colon sur fécalome documenté dans notre pays. La géophagie est un facteur qui s'ajoute à la constipation et la fragilité du terrain. Les signes cliniques étaient dominés par la douleur abdominale généralisée. Le scanner abdomino-pelvien nous a permis de poser le diagnostic en per-opératoire. L'évolution était défavorable liée au retard du diagnostic et la fragilité liée au terrain. L'amélioration du plateau technique surtout les moyens de réanimation peropératoires, ainsi que la mise en place d'une sécurité

sociale, sensibilisation sur l'arrêt de la géophagie, consultation à moindre symptôme pour prévenir cette pathologie, contribueraient à en améliorer le pronostic.

RÉFÉRENCES

1. Berry J. Dilatation and rupture of sigmoid flexure short report. *BMJ*. 1894 ; 1 :301.
2. Kumar P, Pearce O, Higginson A. Imaging manifestations of faecal impaction and stercoral perforation. *Clin Radiol*. 2011 Jan ;66 (1) :83-8.
3. Kang J, Chung M. A stercoral perforation of the descending colon. *J Korean Surg Soc*. 2012 Feb ;82(2) :125-127.
4. Toufik Joulali, Naoufal Houari, Abderrahim Bouazzaoui, Brahim Boukatta, Hicham Sbai, Nabil Kanjaa 2015 pages 304 à 306 2269-0530 DOI 10.3917/heg.054.0304
5. Huang WS, Wang CS, Hsieh CC, Lin PY, Chin CC, Wang JY. Management of patients with stercoral perforation of the sigmoid colon : report of five cases. *World J Gastroenterol*. 2006 Jan 21 ; 12(3) :500-3.
6. Tessier DJ, Harris E, Collins J, Johnson DJ. Stercoral perforation of the colon in heroin addict. *Int J Colorectal Dis* 2002 ;17 :435-7.
7. Sharma, M. Agrawal A. Case report : Stercoral sigmoid colonic perforation with fecal peritonitis. *Indian Journal of Radiology and Imaging* 2010 ;20 :126-2.
8. Lundy J, Gadacz R. Massive fecal impaction presenting with megarectum and perforation of the stercoral ulcer at the rectosigmoid junction. *South Med J* 2006 ;99 :525-7.
9. Sato K, Maekawa H, Sakurada M. Pathophysiological analysis and strategy for stercoral perforation of the colon. *Open Journal of Gastroenterology* 2012 ;2 :45-50.
10. Ammar Mahmoudi1, & Mezri Maâtouk2, Faouzi Noomen1, Mohamed Nasr1, Khadija Zouari1, Abdelaziz Hamdi. La perforation stercorale du côlon : à propos d'un cas et revue de la littérature *Pan African Medical Journal*. 2015 ; 22 :249 doi :10.11604/pamj.2015.22.249.8114.
11. T. Lachguer, I. Ennouhi, Y. El Oukli, M. El Absi, EH. El Faricha El Alami, M. El Ouanani, EM. Echarrab, M. El Amraoui, A. Errougani : Un Cas Rare De Peritonite Stercorale Par Perforation Colique Sur Constipation Chronique Chez Un Sujet Jeune *Journal Marocain des Sciences Médicales* 2020, Tome 22 ; N°4.