



## Cas Clinique

## La Péritonite Stercorale par Perforation, une Complication Rare de Malformation Anorectale

### *Neonatal stercoral peritonitis: a rare complication of anorectal malformation*

Nyanit Bob Dorcas<sup>1,2</sup>, Gouag<sup>2</sup>, Mantho Fopa Pauline<sup>3</sup>, Kouna Tsala Irène Nadine<sup>2</sup>, Ntsobe Eric<sup>2</sup>, Ndongo René<sup>2</sup>, Essiene Agnès<sup>2</sup>, Mouafo Tambo Faustin Félicien<sup>1</sup>, Koki Ndombo Paul<sup>1</sup>

#### Affiliations

1 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I  
2 : Service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Central de Yaoundé

3 : Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala

#### Correspondance :

Dr Nyanit Bob Dorcas. 1 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

2 : Service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Central de Yaoundé

Email : [dorcas.nyanit@fmsb-uy1.cm](mailto:dorcas.nyanit@fmsb-uy1.cm)

#### RÉSUMÉ

La péritonite stercorale néonatale est une complication rare de malformation anorectale dont l'issue, difficilement évitable est quasi fatale. Nous rapportons ce cas particulier de perforation rectosigmoïdienne de découverte per-opératoire chez un nouveau-né présentant une malformation anorectale haute sans fistule.

**Mots-clés** : péritonite stercorale néonatale, malformation anorectale.

#### ABSTRACT

Neonatal stercoral peritonitis is a rare complication of anorectal malformation whose outcomes, difficult to avoid, is almost fatal. We report this particular case of rectosigmoid perforation of intraoperative discovery in a newborn presenting an anorectal malformation without fistula.

**Key words**: Neonatal stercoral peritonitis, anorectal malformation.

#### INTRODUCTION

L'inflammation du péritoine du fait des matières fécales est une entité connue en pratique quotidienne néonatale de par les nombreuses publications littéraires y afférentes. Il est généralement question de perforation intestinale touchant les grands prématurés<sup>(1)</sup>. Les péritonites stercorales néonatales par perforation colique sur malformation anorectale (MAR) sont des entités rares<sup>(2,3,4)</sup> dont l'incidence est estimée à 2% et 9,5% en cas de diagnostic tardif<sup>(5)</sup>. Il s'agit d'une situation très souvent fatale, tributaire du retard diagnostique et/ou thérapeutique de ces cas qui vient en assombrir le tableau.<sup>(3,4,6,7)</sup>

Nous rapportons ce cas particulier de découverte peropératoire, où la péritonite stercorale a compliqué une MAR haute sans fistule et dont l'issue a été fatale.

#### OBSERVATION CLINIQUE

Un nouveau-né de sexe masculin, d'un jour de vie, nous avait été adressé pour imperforation anale avec absence d'émission de méconium. Il était né d'une grossesse bien suivie de 41 semaines d'aménorrhée sans anomalies décelées in utéro. Son accouchement s'était fait normalement par voie basse. Son poids de naissance était de 3250 grammes et son score d'APGAR de 9 et 10/10 respectivement à la 1<sup>ère</sup> et la 5<sup>e</sup> minute. Le nouveau-né

avait été immédiatement mis au sein et, restant en pleurs, avait reçu l'équivalent de 10 millilitres d'eau sucrée. Le change du bébé 13 heures plus tard objectivait l'anomalie et le transfert du nouveau-né dans nos services. L'examen à l'admission montrait un nouveau-né bien rosé, quadri fléchi, avec une température à 37,4°C, une fréquence respiratoire à 58 cycles par minute, une fréquence cardiaque à 134 battements par minute et une SaO<sub>2</sub> de 98% à l'air ambiant. Son abdomen était distendu avec une circonférence abdominale initiale à 34 centimètres. Les bruits du péristaltisme étaient augmentés. L'examen du périnée mettait en évidence des organes génitaux matures, de type masculin, sans orifice anal et sans fistule. (Figure 1)



**Figure 1** : Aspect du périnée à l'examen initial

L'invertogramme, réalisé 48 heures après l'admission, montrait la projection du cul de sac rectal au-dessus de la ligne pubo-coxygienne (figure 2). Une urétéro-hydronephrose droite stade 3 a été révélée à l'échographie des voies urinaires. Le bilan biologique, réalisé 72 heures après l'admission relevait un taux de prothrombine à 58%, imposant l'administration initiale de vitamine K1 et la commande de plasma frais congelé. Le diagnostic de malformation anorectale (MAR) haute sans fistule, associée à une uropathie malformative était posé, indiquant une colostomie d'urgence.



Figure 2 : Invertogramme montrant la projection haute du cul de sac rectal

Les mesures thérapeutiques d'urgence consistaient en la pose d'une sonde naso-gastrique, une réhydratation électrolytique journalière avec surveillance de la diurèse par sonde urinaire à demeure. Une quadruple antibiothérapie était mise en route selon le protocole de néonatalogie pour ces cas fait de céfotaxime, Ampicilline, Tobramycine et Métronidazole aux doses correspondant au poids du nouveau-né.

Au moment où il était conduit au bloc opératoire, le nouveau-né présentait une distension abdominale importante (circonférence abdominale: 38 cm), avec abdomen luisant, circulation veineuse collatérale, tympanisme et abolition des bruits péristaltiques. Sous anesthésie générale et intubation orotrachéale, l'abord électif pour colostomie sigmoïdienne était fait laissant s'échapper à l'ouverture du péritoine de la matière fécale. Un second abord alors s'imposait, en transverse sus ombilical droit. Ce dernier avait permis de mettre en évidence une péritonite généralisée par perforation punctiforme du cul de sac rectal (figure 3).



Figure 3 : Lésions per opératoires. A : Péritonite stercorale ; B : Perforation du cul de sac rectal

Après une résection colique emportant la perforation, une colostomie terminale selon Hartman était réalisée associée à un lavage et drainage large de la cavité abdominale. Ne disposant pas de service de réanimation néonatale, le nouveau-né était directement renvoyé en salle de néonatalogie. Le nouveau-né est décédé 24 heures plus tard dans un tableau de septicémie.

## DISCUSSION

Il est connu de la littérature que toute stase intestinale est susceptible de perforation<sup>(1,8)</sup>. La malformation anorectale sans fistule réalise donc un tableau occlusif pouvant aboutir à une perforation<sup>(9)</sup>.

Cette complication, comme dans notre cas, est l'apanage des formes sans fistules<sup>(2,9)</sup> aussi bien hautes que basses. Certains auteurs rapportent cependant des cas de perforation dans les formes avec fistule<sup>(4,7,10)</sup>. Ils l'expliquent par le fait que ces fistules seraient de bas débit et donc peu décompressives, maintenant ainsi la pression digestive.

Les garçons semblent être les plus susceptibles à la perforation colique sur malformation anorectale<sup>(2,3,4,9)</sup>. Selon Parelkar et al<sup>(2)</sup>, la malformation anorectale chez la fille est généralement associée à une fistule recto-vaginale de taille relativement grande. De plus, les fistules chez le garçon sont quasiment recto-urétrales<sup>(11)</sup> et donc intériorisées alors que les fistules chez la fille sont extériorisées.

Le délai de survenue de la perforation sur MAR est variable allant de 24 heures à 48h<sup>(3,7,9)</sup>. Dans notre cas, bien que le diagnostic de MAR et les mesures de décompression aient été initiés dans les 24h, le geste chirurgical retardé (72 heures) ainsi que l'absence d'une réanimation adaptée ont été des éléments péjorés du pronostic.

La cause de la perforation la plus souvent retenue est le retard au diagnostic et/ou à l'initiation du traitement ; qui reste l'apanage des pays peu développés. Cependant, la description de formes anténatales et iléales<sup>(7)</sup>, ainsi que les formes post-opératoires semblent associer à cette réalité une origine embryologique<sup>(3)</sup> (anomalie de la musculature intestinale entraînant sa fragilité) et/ou vasculaire (ischémie iléale du fait de la pression causée par l'obstacle en aval). En conséquence, selon Tong et al<sup>(6)</sup>, il est impossible de prévenir ou d'éviter ce tableau de perforation.

L'imagerie au travers de l'abdomen sans préparation permet la certitude diagnostique<sup>(3,7)</sup>. Dans notre cas, les difficultés économiques des parents et l'absence d'assurance maladie n'ont pas permis un contrôle imagier pré opératoire immédiat qui aurait confirmé le diagnostic et changer l'attitude chirurgicale.

L'issue fatale de cette PEC est connue de la littérature faisant de cette entité une véritable urgence chirurgicale et de réanimation néonatale active et adéquate. Une telle réanimation fait encore défaut dans notre contexte où en plus, pauvreté des familles et absence de sécurité sociale<sup>(2)</sup> viennent limiter encore davantage les moyens indispensables à une prise en charge urgente et correcte de ces nouveaux-nés.

## CONCLUSION

La péritonite méconiale néonatale sur malformation anorectale (MAR), bien qu'étant une entité rare, mérite de par son pronostic incertain, une attention particulière. L'amélioration du plateau technique surtout les moyens de réanimation périopératoires, ainsi que la mise en place d'une sécurité sociale, non pour prévenir cette pathologie, contribueraient à en améliorer le pronostic. Sa détection in utéro, rendue aujourd'hui possible, par l'imagerie adaptée<sup>(12,13)</sup> reste également un défi à relever.

## REFERENCES

1. Harouna AD, Salahoudine I, Mahamoudi A, Madi AE, Khattala K, Bouabdallah Y. Perforation coecale néonatale inaugurale du diagnostic d'un mégacôlon congénital. *Pan Afr Med J* 2018 Dec 3;31:216
2. Parelkar SV, Kapadnis SP, Sanghvi BV, Joshi PB, Mundada DD, Oak SN. Neonatal sigmoid colon perforation: a rare occurrence in low anorectal malformation and review of the literature. *Ped Neonat* 2016;57:232–5.
3. Raveenthiran V. Spontaneous perforation of the colon and rectum complicating anorectal malformations in neonates. *J Pediatr Surg* 2012;47(4):720-6.
4. Assim OA, Sagoe R, Seidu SA, Amoah M. Rectosigmoid perforations in anorectal malformations with perineal fistulae: The case of contrasting outcomes. *J Pediatr Surg Case Rep* 2022;84:102370.
5. Turowski C, Dingemann J, Gillick J. Delayed diagnosis of imperforate anus: an unacceptable morbidity. *Pediatr Surg Int* 2010;26:1083–6.
6. Tong WD, Ludwig KA. Neonatal colon perforation due to anorectal malformations: Can it be avoided? *World J Gastroenterol* 2013;19:3915-7.
7. Olatunji TJ, Igoche M, Anyanwu P, Ameh EA. Spontaneous ileal perforation complicating low anorectal malformation. *Afr J Paediatr Surg* 2015; 12(2): 152-154.
8. Badhoka JK, Biselele TB, Mbayabo G, Mbala TB. Péritonite aigüe néonatale par perforation anténatale du tube digestif cliniques universitaires de Kinshasa: rapport de deux cas. *Ann Afr Med* 2023;16(3): e5249-e5253
9. Chan KW, Lee KH, Tsui SY, Wong YS, Pang KY, Mou JW, et al. Bowel perforation in newborn with anorectal malformation and no fistula at presentation. *J Pediatr Surg* 2014;49:390-4.
10. Gunadi, Oktavian A, Fauzi AR. Rectosigmoid perforation in an anorectal malformation neonate and perineal fistula. *J Pediatr Surg Case Rep* 2020;59(1): 101525.
11. Aschcraft KW, Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ. *Pediatric surgery*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2010. p. 1101.  
Sergent F, Marret S, Verspuck E, Liard A, Labadie G, Marpen L. Prise en charge de la péritonite méconiale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction* 2023;32(6):575-521.
13. Rakoto-Ratsimba HN, Rakotoarisoa B, Samison LH, Belalahy V, Ranaivozanany A. Perforation gastrique néonatale spontanée. A propos d'un cas. *Arch Pédiatrie* 2004;11(9):1067-1069.