



CAS CLINIQUE / CASE REPORT

Rev int sc méd Abj - ISSN 1817-5503 - RISM 2021;23,4:325-329.
© EDUCI 2021.

Péritonite secondaire à une perforation colique par une arête de poisson : à propos d'un cas
Peritonitis secondary to colonic fishbone perforation: a case report

ZOUZOU Ange Eric; GNAOULE Débato Tina; N'DJA Ange Patrick

RESUME

Contexte. Les auteurs rapportent un cas d'errance diagnostique de péritonite secondaire à une perforation colique par une arête de poisson diagnostiquée à la tomographie assistée par ordinateur (TDM).

Méthodes. Le tableau clinique évoquait une appendicite aiguë. La patiente a été explorée par une TDM complémentaire sans puis avec injection intra veineuse de produit de contraste iodé avec des reconstructions multiplanaires et MIP (maximum Intensity Projection)

Résultat. L'appendice était normal. Le diagnostic a été corrigé par la visualisation d'une perforation digestive colique ascendante droite par une arête de poisson avec péritonite et un abcès abdominal. Une colectomie segmentaire et une anastomose a été réalisée. L'évolution postopératoire a été favorable.

Conclusion. L'intérêt de cette observation réside dans le caractère inhabituel du site de perforation digestive par arête de poisson responsable d'errance diagnostique, sa gravité et le rôle de l'imagerie dans sa prise en charge.

Mots clés :

-Péritonite;
-Perforation;
-Arête de poisson
-Tomodensitométrie

325

ABSTRACT

Background. The authors report a case of misdiagnosis of peritonitis secondary to colonic fishbone perforation diagnosed on CT scan.

Methods. The clinical presentation was suggestive of acute appendicitis. The patient was explored by additional CT scan without and with intravenous injection of iodinated contrast with multiplanar and MIP (maximum intensity projection) reconstruction.

Result. The appendix was normal. The diagnosis was corrected by visualization of a right ascending colonic digestive perforation by a fishbone with peritonitis and an abdominal abscess. A segmental colectomy and anastomosis was performed. The postoperative course was favourable.

Conclusion. The interest of this observation lies in the unusual character of the site of digestive perforation by fishbone responsible for erroneous diagnosis, its gravity and the role of imaging in its management.

Key words

-Peritonitis;
-Perforation;
-Fishbone;
-Modalities

INTRODUCTION

La perforation des arêtes de poisson n'est pas une cause fréquente de perforation gastro-intestinale[1] Bien que l'ingestion de corps étrangers soit relativement courante. La perforation peut se produire n'importe où le long du tractus gastro-intestinal, mais elle se produit généralement dans les zones d'angulation ou de rétrécissement telles que le grêle. Selon le type de corps étranger ingéré et la

localisation de la perforation, les signes cliniques peuvent varier considérablement, entraînant de nombreux diagnostics différentiels. Dans cette étude, nous présentons un cas de perforation par arête de poisson du colon ascendant ayant fait penser à une appendicite aiguë . Nous ferons une revue de la littérature afin de rechercher des cas similaires et leurs difficultés diagnostics.

OBSERVATION

Une patiente de 58 ans sans antécédant particulier a été vue en urgence pour douleurs abdominales de la fosse iliaque droite évoluant depuis deux semaines , calmées par les antalgiques. Les constantes notaient une TA :17 /9mmHg, pouls : 103 bpm, poids : 99 kg , T° : 38 °c avec des marqueurs biologiques de l'inflammation élevés.

L'examen physique retrouvait un abdomen souple dépressible mais sensible. Une TDM

abdominale sans puis avec injection de produit de contraste à la recherche d'un appendicite aiguë a été réalisée à l'aide d'un scanner multicoups de 64 barrettes .

L'examen a objectivé une appendice normale au sein de la fosse iliaque droite .Mais retrouvait une lésion inflammatoire intra péritonéale au sein de l'hypocondre droit au voisinage du colon ascendant , d'aspect hypodense et qui se rehaussait après injection faisant évoquer un abcès (Fig 1).

326



Fig 1 . Scanner avec injection en coupe axiale (a) et reconstruction coronale (b) , montrant une masse inflammatoire intrapéritonéale de l'hypocondre droit (flèche blanche) en regard du colon ascendant renfermant un corps étranger hyperdense ponctiforme(flèche rouge)/

CT scan with injection in axial section (a) and coronal reconstruction (b) , showing an inflammatory intraperitoneal mass in the right hypochondrium (white arrow) opposite the ascending colon hypochondrium (white arrow) opposite the ascending colon containing a punctiform hyperdense foreign body (red arrow)

On notait au sein de la masse une formation linéaire hyperdense de 3 cm de long mieux visible sur les coupes en reconstruction coronale MIP

(maximum intensity pixel). Lésion faisant évoquer un corps étranger type arête de poisson (Fig 2).



Fig 2 . Scanner coupe coronale reconstruite MIP, montrant clairement l'arête de poisson au sein de l'abcès sous forme d'un corps étranger linéaire hyperdense (flèche rouge) / MIP coronal reconstructed CT scan, clearly showing the poison ridge within the abscess as a hyperdense linear foreign body (red arrow).

Sur la base des résultats nous avons évoqué un abcès secondaire à une perforation colique par un corps étranger confirmé par la laparotomie réalisée en urgence (Fig. 3,4) .



Fig. 3 : Pièce de colectomie
Colectomy specimen

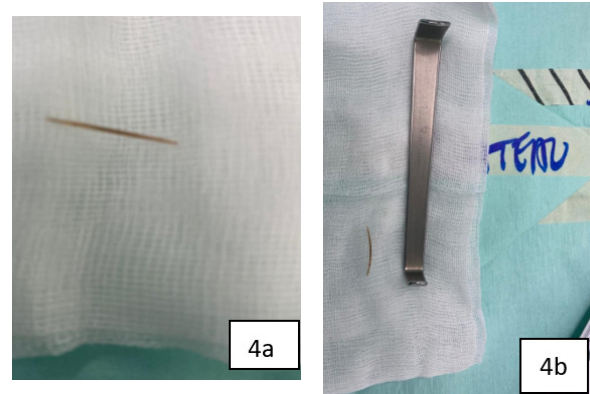


Fig 4 :Arête de poisson retirée de la collection (a,b) responsable de la perforation (mesurant 3 cm de long) / Fish bone removed from the collection (a,b) responsible for the perforation (measuring 3 cm long).

L'arête a été retiré et une colectomie segmentaire + anastomose a été réalisée. Le post opératoire a été simple.

Rétrospectivement, on apprenait que la patiente avait mangé, les jours avant l'épisode, du poisson frais et qu'elle avait ingéré accidentellement une arête de poisson, mais n'avait pas présenté de douleurs lors du repas.

DISCUSSION

Ce cas illustre une présentation tardive rare de perforation colique par arête de poisson. En effet la présentation clinique de la perforation intestinale secondaire à l'ingestion d'arête de poisson peut être extrêmement variée. Le diagnostic est souvent difficile en raison de la grande variété des sites de perforation, de la méconnaissance fréquente d'avoir ingéré un corps étranger et des diverses manifestations cliniques de la perforation.

Les patients peuvent présenter de la fièvre et des douleurs abdominales. Dans certains cas, le patient peut présenter un abdomen aigu. A l'inverse, la douleur abdominale peut être trainante, cas de notre patiente. À l'examen physique il peut y avoir des signes d'inflammation péritonéale avec un abdomen sensible ou une défense.

Les signes cliniques sont généralement accompagnés d'une élévation des marqueurs biologiques de l'inflammation. La perforation peut survenir dans n'importe quelle partie du tube digestif. Selon la littérature 83 % de toutes les perforations causées par des corps étrangers se produisent dans l'iléo-caecum, suivi du côlon rectosigmoïde^[2]. Ces perforations pouvant se compliquer d'abcès et de péritonite^[3], comme observé dans notre cas.

Les complications associées sont causes de difficultés diagnostiques surtout quand le patient ne peut pas se souvenir de l'ingestion de l'arête de poisson, avec des diagnostics différentiels qui peuvent masquer le vrai diagnostic. En règle générale, il est évoqué une appendicite, une diverticulite, un ulcère gastroduodéal, ou une cholécystite aiguë selon le siège de la douleur et le diagnostic préopératoire n'est posé que dans seulement 23 % des cas^[4].

Les arêtes de poisson, contrairement à d'autres corps étrangers, ne sont pas facilement diagnostiquées sur un abdomen sans préparation (ASP) en effet sa détection dépend de la densité de l'arête.

L'échographie peut être utile pour détecter la présence d'arête de poisson et

CONCLUSION

Les perforations coliques par arête de poisson sont une cause rare de perforation digestive, mais dont le diagnostic préopératoire

ses complications associées. Cependant si l'échographie est très sensible pour détecter les corps étrangers calcique, quelle que soit leur orientation, y compris les corps étrangers radio-transparents, n'en demeure qu'elle est opératoire dépendant et limitée chez les sujets obèses ou en cas d'abondance de gaz intestinaux surtout quand le site de perforation n'est pas clairement identifié.

Aujourd'hui la TDM demeure l'examen de choix des abdomen aigus en raison de sa rapidité et d'une meilleure résolution spatiale

En générale les signes TDM de la perforation par arête de poisson sont la visualisation d'un corps étranger curviligne au sein de la paroi intestinale, une infiltration de la graisse abdominale, la formation d'abcès, un épanchement péritonéal et un pneumopéritoine inconstant^[5]. Chez notre patiente, il s'agissait d'une perforation avec migration secondaire extra intestinale de l'arête de poisson engendré par les mouvements péristaltiques intestinaux avec développement d'un abcès. Notre cas démontre que la TDM est un outil sensible pour la détection des arêtes de poisson^[5]. L'intérêt de la TDM abdominale pour le diagnostic de perforation digestive par arête de poisson a déjà été souligné, en particulier depuis l'apparition du mode d'acquisition hélicoïdale permettant la visualisation notamment volumique de l'arête (images reconstruites en pixel d'intensité maximum (ou MIP)).

Cependant le diagnostic par perforation des arêtes de poisson peut s'avérer difficile ou infructueux. La faible calcification des arêtes de poisson peut également être masquée par de la matière fécale. Et en cas d'injection de produit de contraste iodé intraveineux, l'arête peut être prise pour un vaisseau sanguin.

De ce fait malgré les progrès de l'imagerie, de nombreux diagnostics sont encore posés au cours de l'intervention chirurgicale.

peut être fait par la TDM abdominale réalisée en urgence.

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

ADRESSES DES AUTEURS ET RÉPARTITION DES TÂCHES :

- **Ange Eric ZOUZOU** (aegzouzou@ gmail.com): conception du travail de recherche, recherche bibliographique, rédaction, lecture critique et approbation de la version finale

- **Tina Debato GNAOULÉ** (debatog@hotmail.fr): lecture critique et approbation de la version finale.
- **Ange Patrick N'DJA** (ndjpatrick@gmail.com) : lecture critique et approbation de la version finale

RÉFÉRENCES

1. **Suzanne M. Beecher , Donal Peter O'Leary et Ray McLaughlin.** Diagnostic dilemmas due to fish bone ingestion: Case report & literature review . Int J Surg Case Rep. 2015 ; 13 : 112-115.
2. **Chiu JJ, Chen TL, Zhan YL Perforation du côlon transverse par une arête de poisson : à propos d'un cas.** J. Émerger. Méd. 2009 ; 36 (4) : 345-347
- 3 . **Konaté Issa ,Sangare Sory,kouassi Kouamé P.B. Bravo-tsri .et al .** Corps étranger pelvien à trajet atypique chez une fille de 16 ans au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké ;J Afr Imag Méd 2019; 1(4):54-58
4. **Goh BKP, Chow PKH, Quah HM.** Perforation du tractus gastro-intestinal secondaire à l'ingestion de corps étrangers. Monde J. Surg. 2006 ; 30 (3) : 372-377.
5. **Costa Almeida CE, Rainho R, Gouveia A.** La morue peut provoquer un abdomen aigu. Int. J. Surg. Rapport de cas 2013 ; 4 (11) : 969-971.