



Cas clinique

Colectomie subtotale pour colite ischémique gangreneuse à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : à propos d'un cas

Subtotal colectomy for gangrenous ischemic colitis at Nianankoro Fomba hospital in Segou: a case report

M Keita^{*1}, B Samaké¹, MA Togo², A Coulibaly², B Traoré¹, SI Koné³, BM Dramé⁴, A Bah⁵, A Kassogué⁵, T Traoré⁶, DS Coulibaly⁷, TB Bagayoko⁸, A Fofana⁹, A Sanogo¹⁰

Résumé

Nous rapportons un nouveau cas de colite ischémique gangreneuse diagnostiqué en per opératoire. Il s'agissait d'un patient de 47ans ayant consulté pour douleur abdominale évoluant depuis 2 semaines, avec antécédent d'épisodes douloureux de l'abdomen et la prise de médicaments traditionnels non spécifiés, chez qui l'examen physique a retrouvé : une fébricule à 38°8C, un abdomen sensible, une masse dans la fosse iliaque droite, mal limitée, immobile, ferme et douloureuse avec sensation de blindage et un Douglas douloureux à droite au TR. La numération formule sanguine a montré une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. L'échographie a conclu à un plastron appendiculaire. Après une semaine de traitement à base d'antalgiques et d'antibiotiques, le tableau clinique était stationnaire, l'hyperleucocytose persistait au contrôle de la NFS.

Une laparotomie réalisée, a décelé des dépôts de fibrines sur les anses grêles avec un épanchement séreux trouble de faible abondance, des bandes de nécrose colique espacées de zones saines allant du caecum à la jonction colo-sigmoïdienne. Une colectomie subtotale avec iléostomie et drainage a

été réalisée. Le rétablissement de la continuité a été réalisé un mois plus tard sans complications.

Le diagnostic de la colite ischémique gangreneuse en milieu chirurgical dans un contexte clinique pauvre associé au manque de spécificité des examens morphologiques demeure per opératoire. Une prise en charge chirurgicale adéquate peut améliorer le pronostic.

Mots clés : colite ischémique gangreneuse, colectomie, colostomie.

Abstract

We report a new case of gangrenous ischemic colitis diagnosed during surgery. This was a 47-year-old patient who had seen a 2-week progressing abdominal pain with a history of painful episodes in the abdomen and taking unspecified traditional medicines. In whom the physical examination found: a low fever at 38 ° 8C, a tender abdomen, a mass in the right iliac fossa, poorly limited, immobile, firm and painful with a feeling of shielding and a painful Douglas on the right at the TR. The blood count showed polynuclear neutrophilic leukocytosis. The ultrasound found an appendicular plastron. After one week of treatment

with analgesics and antibiotics, the clinical picture was stationary, the hyperleukocytosis persisted under CBC control.

A laparotomy performed, detected fibrin deposits on the slender loops with cloudy serous effusion of low abundance, bands of colonic necrosis spaced from healthy areas from the cecum to the colosigmoid junction. A subtotal colectomy with ileostomy and drainage was performed. Restoration of continuity was achieved a month later without complications.

The diagnosis of gangrenous ischemic colitis in a surgical setting in a poor clinical context associated with the lack of specificity of the morphological examinations remains intraoperative. Adequate surgical management can improve the prognosis.

Keywords: gangrenous ischemic colitis, colectomy, colostomy.

Introduction

La colite ischémique (CI) est un ensemble de lésions secondaires à une anoxie d'origine hémodynamique aiguë ou chronique, de la paroi du côlon et/ou du rectum. Elle constitue l'accident vasculaire digestif le plus fréquent avec 50 à 60% des pathologies vasculaires du tractus digestif et 3 à 10% des hémorragies digestives basses [1, 2, 3, 4].

La première description a été faite par Marston et al en 1966. Elle regroupait sous le terme générique de CI, trois types d'atteinte colique selon l'importance de la nécrose tissulaire [5] :

- Transitoire et réversible quand la nécrose est limitée à la muqueuse ou à la sous-muqueuse, constituant la forme la plus fréquente (65% des cas) ;
- Sténose quand la nécrose est plus importante et atteint la musculature, avec fibrose cicatricielle rétractile. Elle est observée dans 15% des cas ;
- Gangreneuse quand l'atteinte est transmurale avec des lésions irréversibles, évoluant vers la perforation et représente 20% des cas.

Cette pathologie présente un grand polymorphisme

clinique et l'existence de tableaux souvent peu spécifiques tend à en faire sous-estimer l'incidence [6] d'où le but de ce travail.

Cas clinique

Nous rapportons un nouveau cas de colite ischémique gangreneuse diagnostiqué en per opératoire.

Mr B.B, 47ans, cultivateur a consulté pour douleur abdominale évoluant depuis 2 semaines sans antécédent médico-chirurgical. En effet, le début de la maladie remonterait à un an environ marqué par des épisodes douloureux de l'abdomen. La douleur était type de piqûre, siégeant dans l'épigastre, d'intensité modérée, sans facteurs déclenchant mais calmée par des prises de médicaments traditionnels non spécifiés. Ces épisodes douloureux étaient accompagnés souvent de nausées sans vomissements. Deux semaines avant son admission, la douleur devint permanente, et se généralisa à tout l'abdomen avec association de vomissements. Il se rendit alors au centre de santé de sa localité qui nous le référa.

A l'examen physique, on notait une fébricule à 38°8C. L'examen cardio-pulmonaire était sans particularité. L'abdomen était symétrique, pas de cicatrice de laparotomie, pas de circulation veineuse collatérale, la palpation a noté : un abdomen sensible, une masse dans la fosse iliaque droite, mal limitée, immobile, ferme et douloureuse avec sensation de blindage. Une matité des flancs ainsi que des bruits hydro-aériques ont été observés. Au TR, la marge anale était propre, l'ampoule rectale pleine de selle et le Douglas douloureux à droite.

La numération formulaire sanguine a montré une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. L'échographie a conclu à un plastron appendiculaire. Après une semaine de traitement à base d'antalgiques et d'antibiotiques, le tableau clinique était stationnaire, l'hyperleucocytose persistait au contrôle de la NFS. Une laparotomie médiane sus et sous ombilicale avait été décidée pour abcès appendiculaire.

L'exploration a décelé des dépôts de fibrines sur les anses grêles avec un épanchement séreux

trouble de faible abondance, des bandes de nécrose colique espacées de zones saines allant du caecum à la jonction colo-sigmoïdienne. Une colectomie subtotale avec iléostomie et drainage a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples, le drain a été enlevé à J4, le patient exécuté à J9. Le rétablissement de la continuité a été réalisé un mois plus tard sans complications.

Discussion

Les colites ischémiques se caractérisent par un tableau clinique aspécifique. Dans un contexte étiologique évocateur [7], l'apparition brutale d'un syndrome douloureux abdominal localisé au flanc ou à la fosse iliaque gauche (85 % des cas) suivi d'une diarrhée sanglante (75 % des cas) associé à une distension abdominale doit faire rechercher une colite ischémique [8]. Dans notre cas il n'a été retrouvé ni de diarrhée sanglante, ni de distension abdominale mais un blindage de la fosse iliaque droite cela dénote du caractère sournois de la symptomatologie.

L'échographie réalisée a conclu à un plastron appendiculaire. Cette conclusion est similaire à certains auteurs qui ont montré que les examens morphologiques sont aspécifiques dans le diagnostic de la CI [9,10].

Les classiques dilatations sur obstacle organique et les dilatations fonctionnelles majeures par inertie colique secondaires à certains médicaments, et notamment les psychotropes, peuvent gravement compromettre la circulation pariétale intestinale : quelques cas de nécrose colique totale ont été en effet décrits après neuroleptiques [11]. Cette dernière étude est semblable à notre cas où le patient aurait eu usage de médicament traditionnel non spécifié une année durant.

Moszkowicz D et al trouvent que la chirurgie est nécessaire dans certains cas, associe une colectomie avec le rétablissement de continuité est possible chez environ un tiers des survivants [12]. C'était le cas de notre patient qui a subi une colectomie subtotale avec rétablissement de la continuité. La CI survient chez 1 à

3 % des malades après chirurgie réparatrice de l'aorte abdominale. Son pronostic reste sombre puisque sa mortalité oscille entre 30 et 50 % dans la plupart des séries publiées, surtout lorsque le diagnostic est porté au stade de perforation [13]. La suite post opératoire de notre malade était favorable.

Conclusion

Le diagnostic de la colite ischémique gangreneuse en milieu chirurgical dans un contexte clinique défavorable associé au manque de spécificité des examens morphologiques demeure per opératoire. Une prise en charge chirurgicale adéquate peut améliorer le pronostic.

*Correspondance

Keita Mahamoudou

drkeitus10@gmail.com

Disponible en ligne : 10 Janvier 2023

- 1 : Service de chirurgie générale de l'HNF, Ségou, Mali
- 2 : Service d'ophtalmologie de l'HNF, Ségou, Mali
- 3 : Service d'urologie de l'HNF, Ségou, Mali
- 4 : Service de chirurgie Maxillo faciale de l'HNF, Ségou, Mali
- 5 : Service de Pédiatrie de l'HNF, Ségou, Mali
- 6 : Service de gynécologie de l'HNF, Ségou, Mali
- 7 : Service de médecine générale de l'HNF, Ségou, Mali
- 8 : Service de médecine légale/travail de l'HNF, Ségou, Mali
- 9 : Service d'otorhinolaryngologie de l'HNF, Ségou, Mali
- 10 : Service de Cardiologie de l'HNF, Ségou, Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Brandt LJ, Boley SJ. Colonic ischemia. *Surg Clin North Am* 1992; 72: 203-229.

- [2] GANDHI SK, HANSON MM, VERNAVA AM, KAMINSKI DL, LONGO WE. Ischemic colitis. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 88-100.
- [3] Petit A, Guedon C, Duhamel C, Lerebours E, Colin R. Colites ischémiques ambulatoires. Aspects cliniques, évolutifs et étiologiques de 88 cas. *Gastroenterol Clin Biol* 1990; 14: 739-743.
- [4] Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part II: etiology, therapy, and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 228-238.
- [5] Marston A, Pheils M T, Thomas L, Morson B C. Ischaemic colitis. *Gut* 1966; 7: 1-15.
- [6] Robert JH, Mentha G, Rohner A. Ischaemic colitis: two distinct patterns of severity. *Gut* 1993; 34: 4-6.
- [7] Bower TC. Ischemic colitis. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 1037-51.
- [8] Abel ME, Russel TR. Ischemic colitis. Comparison of surgical and non-operative management. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 113-5.
- [9] Williams LF, Wittenberg J. Ischemic colitis: a useful clinical diagnosis, but is it ischemic? *Ann Surg* 1975; 182: 439-48.
- [10] Marson A, Pheils MT, Thomas ML, Morson BC. Ischemic colitis. *Gut* 1966; 7: 1-15.
- [11] Feneyrou B, Alausen M, Bourguine N, Carabalona R. Colite nécrosante due aux neuroleptiques. *Gastroenterol Clin Biol* 1985; 9: 635-6.
- [12] Moszkowicz D, Mariani A, Trésallet C, Menegaux F. Colite ischémique : prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Journal de chirurgie viscérale* 2013; 150: 22-32.
- [13] Brewster DC, Franklin DP, Cambria RP, Darling RC, Moncu re AC, Lamu raglia GM et al. Intestinal ischemia complicating abdominal aortic surgery. *Surgery* 1991; 109: 447-54.

Pour citer cet article :

M Keita, B Samaké, MA Togo, A Coulibaly, B Traoré, SI Koné et al. Colectomie subtotale pour colite ischémique gangreneuse à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : à propos d'un cas. *Jaccr Africa* 2023; 7(1): 55-58