

Un coup de poignard abdominal chez un tunisien

Abid M, Derbel R, Annabi S, Guirat A, Mzali R, Frikha MF, Ben Amar M, Beyrouti MI

Service de chirurgie générale. EPS Habib Bourguiba Sfax - Tunisie

Med Trop 2010 ; **70** : 77-79

Observation

Une femme âgée de 77 ans, diabétique, hypertendue était hospitalisée en urgence pour syndrome péritonéal. Deux jours avant son admission, elle ressentait une douleur péri-ombilicale en coup de poignard apparue brutalement, suivie d'un arrêt des matières et des gaz sans vomissements et d'une fièvre sans altération de l'état général. L'examen physique montrait une fièvre à 38,5°C, avec la présence d'une défense généralisée à la palpation de l'abdomen. Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose à 23 300 éléments/mm³, une hémoglobine à 12,4 g/dL, une urée à 7,2 mmol/L, un taux de prothrombine à 80%. La radiographie de l'abdomen sans préparation était normale. Une tomодensitométrie abdominale était réalisée (figures 1, 2).

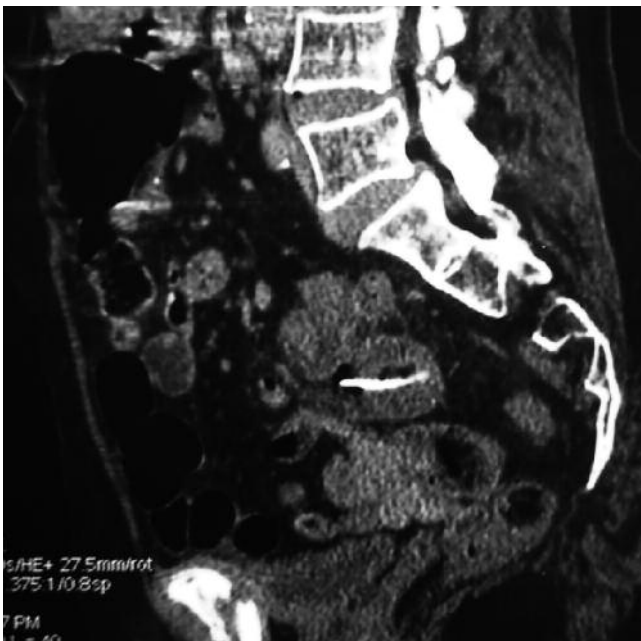


Figure 1. Tomodensitométrie abdominale : vue sagittale.

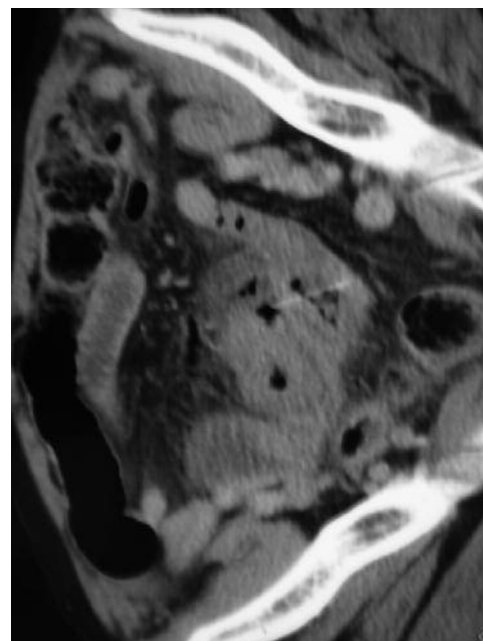


Figure 2. Tomodensitométrie abdominale : coupe transversale.

Quel est votre diagnostic ?

- Correspondance : abid_med_chu@yahoo.fr
- Article reçu le 29/01/2009, définitivement accepté le 17/02/09.

Réponse

Péritonite par arête de poisson

Le scanner abdominal visualisait l’empreinte d’un corps étranger linéaire de 26 mm de longueur et 2 mm d’épaisseur au sein d’une anse intestinale à paroi épaissie avec infiltration de la graisse mésentérique et présence de quelques bulles d’air adjacentes, sans pneumopéritoine ni épanchement intra péritonéal.

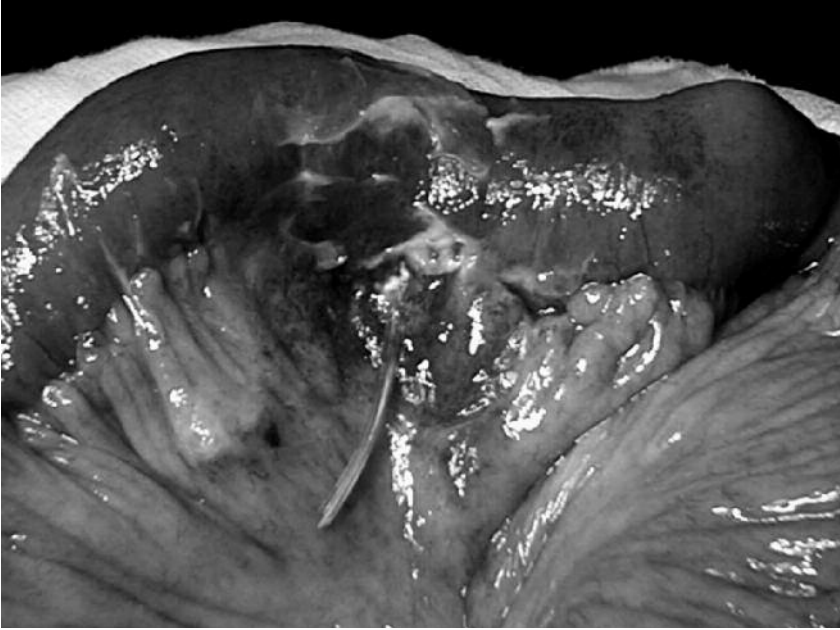


Figure 3. Vue peropératoire de l’arête de poisson perforant l’anse iléale.

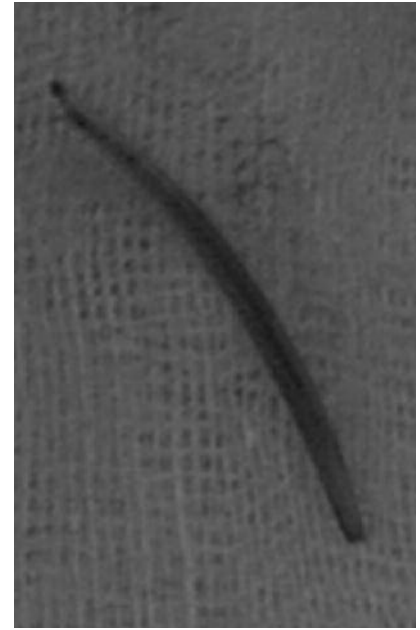


Figure 4. Arête de poisson pointue mesurant 2,5 cm de longueur

Une laparotomie en urgence s’imposait et l’exploration chirurgicale retrouvait un abcès mésentérique de 15 mm de diamètre, secondaire à une perforation du bord mésentérique de l’iléon par l’arête de poisson (figures 3, 4). Une résection de 10 cm du grêle avec une anastomose grélo-grélique après ablation du corps étranger était réalisée. Les suites opératoires étaient simples.

A la reprise de l’interrogatoire, on apprenait que la patiente avait mangé, deux jours avant, un filet de poisson frais mais n’avait pas présenté de douleurs lors du repas. Cette femme édentée avait retiré ses appareils dentaires pour manger !...

Discussion

Les perforations intestinales par corps étranger (CE) sont rares et surtout occasionnées par les objets pointus (1). Les arêtes de poisson sont souvent en cause. La grande majorité de ces corps étrangers est éliminée avec les aliments à travers le tractus digestif, sans complication, en quelques jours (1). Cette cause rare de péritonite doit être suspectée chez les sujets âgés ayant une dentition défectueuse (1-3), chez les enfants ou chez des sujets ayant un retard psycho-moteur (4). Moins de 5% des CE sont responsables de complication à type de perforation, d’occlusion, d’hémorragie, d’abcès, de fistule (1). Les arêtes de poisson, peuvent entraîner des perforations à tous les niveaux du tube digestif, et ceci dans moins de 1% des cas (2, 5). Elles peuvent migrer en dehors du segment digestif (4, 5). Kadowaki *et al.* (6) rapportent un cas où l’arête était complètement intégrée au sein du parenchyme hépatique après avoir traversé la paroi duodénale. L’intestin grêle constitue le premier site de la perforation avec une prédominance au niveau de l’iléon terminal, dans 70% des cas (1, 2). Cependant, la perforation peut siéger au niveau d’un diverticule de Meckel ou d’un sac herniaire (1). La symptomatologie clinique est variable selon le siège de la perforation. A la phase aiguë, le tableau est celui d’une péritonite aiguë lorsque la perforation siège au niveau d’un organe creux intra-abdominal ou bien d’une médiastinite en cas de perforation au niveau de l’œsophage thoracique. Elle peut simuler une péritonite appendiculaire (3), une sigmoïdite diverticulaire perforée (2) ou un ulcère gastro-duodéal perforé (1). Après un intervalle libre de plusieurs jours, le tableau clinique est celui d’une masse intra-abdominale correspondant soit à un granulome inflammatoire pseudo-tumoral (4) soit à un abcès (1, 5). Le diagnostic d’une péritonite par arête de poisson est rarement fait en préopératoire devant les données de l’imagerie standard du fait du caractère non radio-opaque du CE (1, 3, 4). La tomодensitométrie abdominale (5), constitue l’examen de choix, permettant d’évoquer le diagnostic en montrant un épaississement de la paroi d’un segment intestinal, une infiltration du mésentère tout autour d’un corps étranger calcifié linéaire et la présence ou non d’un pneumopéritoine (2, 5). Le traitement des péritonites secondaires à une perforation intestinale par CE est exclusivement chirurgical (réparation par suture primaire de la perforation ou résection segmentaire avec anastomose ou stomie) (1-3, 5), éventuellement par voie laparoscopique (7). Le taux de mortalité et de morbidité est d’autant plus faible que le diagnostic et le traitement chirurgical sont précoces.

Conclusion

L'arête de poisson est une cause rare de péritonite par perforation digestive. Elle doit être évoquée chez les sujets âgés présentant un mauvais état dentaire ou porteurs de prothèse dentaire. Le diagnostic préopératoire est facilité par la tomodensitométrie abdominale. Le geste chirurgical allant d'une simple suture à la résection intestinale doit être réalisé sans délai.

Références

1. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Ooi LL *et al.* Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg* 2006; 30 : 372-7.
2. 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. *Ann Chir* 2005; 130 : 636-9.
3. Hsu SD, Chan DC, Liu YC. Small-bowel perforation caused by fish bone. *World J Gastroenterol* 2005; 11 : 1884-5.
4. Somian FE, Sie Essoh JB, Coulibaly A, Diarra B, Yapo PA, Konan BK *et al.* Péritonite par arête de poisson. Revue de la littérature. Discussion pathogénique. *Bull Soc Pathol Exot* 1999; 92 : 18-9.
5. Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PK, Cheah FK, Ooi LL *et al.* CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *AJR Am J Roentgenol* 2006; 187 : 710-4.
6. Kadowaki Y, Tamura R, Okamoto T, Mori T, Mori T. Rupture hepatic abscess caused by fish bone penetration of the duodenal wall : report of case. *Surg Today* 2007; 1018-21.
7. Law WL, Lo CY. Fishbone perforation of the small bowel : laparoscopic diagnosis and laparoscopically assisted management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003; 13 : 392-3

UN COUP DE POIGNARD ABDOMINAL CHEZ UN TUNISIEN : PÉRITONITE PAR ARÊTE DE POISSON

RÉSUMÉ • Les perforations digestives par corps étranger ne sont pas de diagnostic facile. Les auteurs rapportent un cas de péritonite secondaire à la perforation d'une anse iléale par une arête de poisson, objectivée par la tomodensitométrie.

MOTS-CLÉS • Intestin. Péritonite. Arête de poisson. Tomodensitométrie. Tunisie.

PENETRATING ABDOMINAL WOUND IN A TUNISIAN MAN: PERITONITIS DUE TO A FISHBONE

ABSTRACT • Diagnosis of foreign body perforation of the gastrointestinal tract can be difficult. The purpose of this report is to describe a case of acute peritonitis after perforation of the ileum by a fish bone that was detected by computed tomography.

KEY WORDS • Small-bowel. Peritonitis. Fish bone. Computed tomography. Tunisia.