

UNE PSEUDOTUMEUR COLIQUE ANECDOTIQUE PRIS EN CHARGE A L'HOPITAL DE LA PAIX DE ZIGUINCHOR.

Management Of Colonic Pseudotumor Anecdotal In Peace Hospital Of Ziguinchor.

Omar Sow¹, Mamadou Ndiaye³, Maguette Faye², Madawase Mboup³, Ibrahima Sall², Eugene Dieme², Madieng Dieng³.

1. Service de Chirurgie, Hôpital de la Paix, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal ; 2. Service de Chirurgie Viscérale et Digestive, Hôpital principal de Dakar, Sénégal ; 3. Service de Chirurgie Viscérale et Digestive, hôpital Aristide Le Dantec, Sénégal.

Auteur correspondant : Omar Sow, enseignant chercheur UFR 2S de l'université Assane Seck de Ziguinchor, Service de Chirurgie Générale, Hôpital la Paix de Ziguinchor, Sénégal. Tél : 00221 779175059, e-mail : o.sow@univ-zig.sn, sowomar506@gmail.com.

RESUME : les pseudotumeurs coliques secondaires à une perforation par arête de poisson sont rares et ne sont pas de diagnostic facile, car le tableau clinique est souvent trompeur. Nous rapportons le cas d'un patient de 61 ans, aux antécédents d'épigastralgie, dont le tableau clinique était en faveur d'une tumeur colique. Le diagnostic de perforation colique par arête de poisson n'a pas été possible en pré opératoire par faute de scanner. Le diagnostic a été retenu en peropératoire par la visualisation d'une perforation colique par arête de poisson. L'examen anatomopathologie de la pièce opératoire a confirmé la pseudotumeur inflammatoire du côlon sans signe histologique de malignes. **Mots clés** : pseudotumeurs, côlon, arête de poisson, anatomopathologie, chirurgie.

ABSTRACT

Colonic pseudotumors secondary to fishbone perforation are rare and not easily diagnosed, as the clinical presentation is often misleading. We report the case of a 61-year-old man patient with no medical history, whose clinical picture was in favor of a colonic tumor. The diagnosis of colonic perforation by fishbone was not possible preoperatively due to lack of CT scan. The diagnosis was made intraoperatively by the visualization of a colonic perforation by fishbone. Pathological examination of the surgical specimen confirmed the inflammatory pseudotumor of the colon without histological sign of malignancies. **Keywords**: pseudotumors, colon, fishbone, histopathology, surgery.

INTRODUCTION

Les pseudotumeurs coliques secondaires à une perforation par un corps étranger sont très rares, d'étiologies souvent inconnues. Le diagnostic différentiel est souvent difficile avec les vrais cancers coliques. Les arêtes de poissons en sont une cause classique bien que rarement reconnue en préopératoire [1]. Nous rapportons un cas de pseudotumeur du côlon transverse secondaire à une perforation par une arête de poisson dont le diagnostic a été posé en peropératoire.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 61 ans, aux antécédents d'épigastralgie mal suivi depuis 10 ans, tabagique à raison de 10 paquets/année. Il a été reçu aux urgences pour une douleur abdominale péri-ombilicale gauche, associée à des nausées et un arrêt des matières sans arrêt des gaz. L'examen avait retrouvé une masse du flanc gauche, sensible à la palpation profonde, fixe sans défense abdominale. Les aires ganglionnaires étaient libres. Le toucher rectal mettait en évidence une ampoule rectale vide avec une hypertrophie de la prostate lisse, indolore, homogène. Devant ce tableau, nous avons réalisé une échographie abdominale qui montrait une inflammation et une agglutination des anses intestinales para-ombilical avec une collection purulente de 20 cc environ. Il y avait un syndrome inflamma-

toire biologique non spécifique. La C-protéine réactive était de 96 mg/l et une hyperleucocytose à 19000/mm³ prédominance neutrophile. Devant l'absence de la tomomodensitométrie et la coloscopie (en panne) et la persistance du tableau clinique nous avons décidé de faire une laparotomie exploratrice. L'exploration chirurgicale montrait une tumeur du côlon transverse perforée par une arête de poisson mesurant 1,5 mm de large et 8 cm de long, avec agglutination des anses et du côlon sigmoïde autour de la lésion (**figure 1**). On notait la présence de pus environ 50 cc dans cette masse. Le pus a été prélevé puis aspiré dont l'analyse bactériologique a montré de multiples *Escherichia coli* sensibles aux céphalosporines de 3^{ème} génération. Une résection segmentaire du côlon transverse emportant le grêle adhérent suivi d'une anastomose terminale manuelle au Vicryl 3/0 a été réalisée. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montrait un remaniement inflammatoire chronique non spécifique du côlon sans signes histologiques de malignité. Le traitement post opératoire était à base de paracétamol 60 mg/kg/j, ceftriaxone 100 mg/kg/j, métronidazole 30 mg/kg/j, Lovenox 0,4/j, oméprazole 20 mg/j et les apports de base (SSI, SG5%+2g NaCl + 1g KCl). La sortie fut autorisée à J7 post opératoires.

Les suites opératoires étaient simples avec un recul de 10 mois.

COMMENTAIRES

Les perforations du tube digestif par des corps étrangers sont rares. Elles sont causées le plus souvent par des objets pointus comme les épingles, les cures dents, les arêtes de poissons [2]. Ces objets peuvent traverser tout le long du tube digestif sans occasionner de complications. Les arêtes de poissons peuvent entraîner des perforations tout le long du tube digestif allant de l'œsophage au rectum. Les localisations les plus fréquentes de ces perforations sont l'œsophage, le duodénum, les régions de rétrécissement anatomique de l'intestin tel que la jonction iléocœcale et recto sigmoïdienne [1, 3, 4]. Dans notre cas la perforation était localisée au niveau du tiers gauche du côlon transverse. Au Sénégal un cas de perforation du côlon transverse par une arête de poisson révélé par un abcès a été rapporté par Cissé et al chez un patient de 46 ans [4]. Des formes rares de lésions extradigestifs ont aussi été décrits dans la littérature. Kessler et al, Bruvère et al rapportent respectivement un abcès du foie, perforations du diverticule de Meckel par arêtes de poisson [5, 6]. Des facteurs favorisants ont été décrits dans la littérature. Il s'agit de l'âge avancé des patients, une mauvaise dentition, un défaut de mastication lié aux troubles psychiatriques ou psychomoteurs, un obstacle à la progression du transit intestinal [1, 3, 4]. A côté d'un mode de révélation aiguë comme une péritonite associée à un pneumopéritoine, des formes pseudo tumorales ont été décrites comme fut dans notre cas. La TDM abdominale a un intérêt capital pour le diagnostic des corps étrangers du tube digestif. Depuis l'apparition du mode d'acquisition hélicoïdale, la TDM permet la visualisation notamment volumique de l'arête surtout dans les images de reconstructions sous la forme d'une structure linéaire calcifiée. Ces perforations ne sont d'ailleurs pas forcément associées à un pneumopéritoine [7, 8]. La prise en charge des pseudotumeurs du côlon par arête de poisson est chirurgicale par voie laparotomie ou coelioscopie, avec résection anastomose emportant la lésion [1, 2, 3, 4]. L'examen de la pièce opératoire doit être impératif pour éliminer une lésion néoplasique sous-jacente.

CONCLUSION

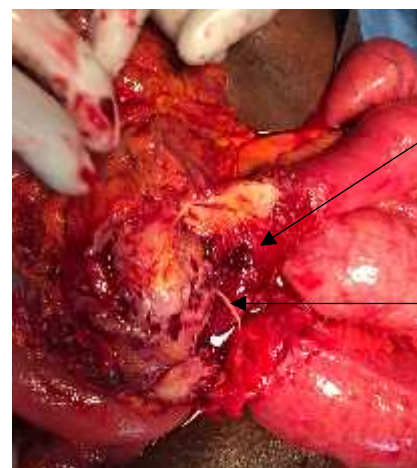
Les pseudotumeurs coliques secondaires à une perforation par arête de poisson sont rares. Elles peuvent simuler un cancer colique. La TDM abdominale est fondamentale pour le diagnostic en préopératoire. Toute masse colique n'est pas cancer. L'examen histologique de la pièce opératoire a permis d'éliminer formellement un cancer colique.

Conflit d'intérêt : non

Contributions des auteurs : ils ont tous contribué à la version finale de ce manuscrit.

REFERENCES

1. Bernard B, Mhanna T, Dugas B, Gasquez P, Valette P-J, Marx P et al. Perforation jéjunale par arête de poisson diagnostiquée par la tomographie abdominale : à propos de deux observations Jejunum perforation by a fishbone diagnosed by CT-Scan: report of two cases. *Annales de chirurgie* 2005 ; 130 : 636-639.
2. Goh BK, Chow PK, Quah HM, Ong HS, Eu KW, Qoi LL et al. Perforation of the gastro-intestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J surg* 2006; 30 :372-7.
3. Hewett PJ, Young JF. Toothpick injuries to the gastrointestinal tract. *Aust N Z J Surg* 1991 ;61(1) :35-37.
4. Cisse M, Kaptue EC, Seck M, Toure AO, Gueye ML, Thiam O et al. Colon perforation by fishbone revealed by an abscess of the left flank : a case report. *Surg Chron* 2015 ;20(2) :278-279.
5. Kessler AT, Kourtis AP. Images in clinical medicine. Liver abscess due to Eikenella corrodens from a fishbone. *N Engl J Med* 2001;345:5.
6. Bruvère F, Agathe-Nerine J, Baste JM. Diverticule de Meckel et arête de poisson font mauvais ménage. *J Chir (Paris)* 2002;139:165
7. Takada M, Kashiwagi R, Sakane M, Tabata F, Kuroda Y. 3D-CT diagnosis for ingested foreign bodies. *Am J Emerg Med* 2000;18:192-3.
8. Gonzalez JG, Gonzalez RR, Patino JV, Garcia AT, Alvarez CP, Pedrosa CS. CT findings in gastrointestinal perforation by ingested. *J Comput Assist Tomogr* 1988;12:88-90.



Agglutination du côlon transverse et du grêle autour de l'arête de poisson

L'arête de Poisson

Figure 1 : image peropératoire avec une pseudotumeur inflammatoire du côlon transverse avec agglutination des anses sur arête de poisson.