

## FAIT CLINIQUE

### PERFORATION COLIQUE MEDICAMENTEUSE : UNE CAUSE RARE DE PERITONITE AIGUE GENERALISEE

#### MEDICATED COLONIC PERFORATION: A RARE CAUSE OF GENERALIZED ACUTE PERITONITIS

Y IMOROU SOUAIBOU<sup>1</sup>, I LAWANI<sup>2</sup>, MUB MEGNINO<sup>1</sup>, H NATTA N'TCHA<sup>3</sup>, GR ATTOLOU<sup>3</sup>, CS  
METCHIHOUNGBE<sup>4</sup>, R TAKIN<sup>5</sup>, S KANGNI<sup>6</sup>, P ASSOUTO<sup>6</sup>, G GBESSI<sup>1</sup>, F DOSSOU<sup>2</sup>, DK MEHINTO<sup>3</sup>, J-L  
OLORY TOGBE<sup>1</sup>

1 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale A du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (Cotonou - BENIN) 2 Service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Départemental Ouémé-Plateau (Porto-Novo - BENIN),  
3 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (Cotonou - BENIN) 4 Clinique Universitaire de Chirurgie Pédiatrique du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (Cotonou - BENIN), 5 Centre Adechina Anatomie Pathologique (Cotonou - BENIN)  
6 Clinique Universitaire d'Accueil des Urgences du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga.

## RÉSUMÉ

Les effets secondaires des anti-inflammatoires non stéroïdiens sur le tractus digestif supérieur sont bien connus ; ils le sont moins sur le tractus digestif inférieur allant d'une simple ulcération à la perforation colique. Nous rapportons un cas de péritonite aiguë généralisée par perforation colique liée au diclofénac, observé au CNHU HKM de Cotonou chez un jeune homme de 16 ans.

**Mots clés:** perforation colique, péritonite aiguë, diclofénac

## SUMMARY

The side effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on the upper GastroIntestinal Tube (GIT) are well known, however on the lower GIT the effect is lowest and the manifestation can go from an ulcer to colonic perforation. Here we reported a case of a generalized acute peritonitis by colonic perforation due to consumption of diclofenac, observed on a young man of 16 year old at CNHU HKM of Cotonou.

**Keywords:** Colonic perforation, acute peritonitis, diclofenac

### Tirés à part

IMOROU SOUAIBOU Yacoubou, Maître-Assistant, Chirurgie générale, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, Université d'Abomey-Calavi. Email : imorouyacoubou@yahoo.fr, Tél : +229 95 63 06 95

## INTRODUCTION

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont de puissants analgésiques très prescrits du fait de leurs propriétés anti-pyrétique et anti-inflammatoire. Leur utilisation reste limitée par les nombreux effets secondaires sur le tube digestif [1]. Ces effets sur le tractus digestif supérieur sont bien connus ; par contre, ils le sont moins sur le tractus digestif inférieur à savoir les inflammations, les ulcérations, les saignements occultes, la sténose de l'intestin grêle et les abdomens aigus avec obstruction et perforation intestinales [2]. Cette perforation intestinale est rare ou le plus souvent méconnue.

Nous rapportons ici un cas de péritonite aiguë généralisée par perforation du côlon ascendant liée au diclofénac, un effet secondaire souvent méconnu mais grave des anti-inflammatoires non stéroïdiens sur le tractus digestif inférieur.

## OBSERVATION

Il s'agit d'un adolescent de seize ans, élève en classe de première, sans antécédent particulier, admis en urgence au CNHU HKM pour une douleur abdominale aiguë diffuse, à type de brûlure, d'intensité cotée à 5/10 à l'échelle verbale simple, associée à une fièvre. Cette douleur, évoluant depuis environ six heures avant l'admission, est apparue à la fin d'un traitement par du diclofénac non encapsulé par voie orale, à la dose 50 mg toutes les douze heures durant trois jours. Il s'agissait d'un traitement symptomatique d'une douleur ostéo-articulaire généralisée prescrit dans un centre de santé. A l'admission, on notait un état général peu altéré et classé OMS 1, la température à 38,4 degrés Celsius, la fréquence cardiaque à 113 battements par minute et la tension artérielle à 130/90 mm Hg, les muqueuses palpébrales normalement colorées, les bulbaires anictériques et un syndrome d'irritation péritonéale avec douleur et défense généralisées, cri de l'ombilic et cri du Douglas. A la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) il y avait une grisaille diffuse sans

croissant gazeux inter-hépto-diaphragmatique (figure 1). Le diagnostic de péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire ou par perforation d'ulcère gastrique ou duodénal probable a été évoqué d'où l'indication opératoire.

Après une réanimation pré opératoire, sous anesthésie générale, notre voie d'abord était une laparotomie médiane sus et sous ombilicale. Les découvertes opératoires étaient du pus franc dont on aspire 1000 ml, des fausses membranes sur les anses grêles, une double perforation du tiers moyen du côlon ascendant. L'une des perforations était sur le bord anti-mésocolique (figure 2A) et l'autre sur le bord mésocolique (figure 2B). Par ailleurs il y avait plusieurs adénopathies sur le méso-côlon droit. Une hémicolectomie droite a été réalisée avec une anastomose iléo-transverse termino-latérale, un lavage et un double drainage de la cavité péritonéale, l'un en regard de l'anastomose et l'autre dans le cul-de-sac de Douglas. En post opératoire, le traitement médical était fait de ceftriaxone (1g toutes les 12 heures), metronidazole (500mg toutes les 12 heures), hydratation (2L par 24 heures), esoméprazole (40mg/jour), paracétamol (1g toutes les 8 heures) et tramadol (50 mg toutes les 12 heures). L'évolution a été marquée par une suppuration profonde avec écoulement de pus à travers le drain posé dans le cul-de-sac de Douglas au troisième jour post opératoire. L'examen bactériologique du pus a isolé *Klebsiella pneumoniae* sensible à Imipenem et la Gentamycine. L'antibiothérapie adaptée a duré 10 jours pour l'Imipenem (500 mg toutes les huit heures) et 5 jours pour la Gentamycine (160 mg toutes les vingt-quatre heures) avec succès. L'ablation des drains était faite au huitième jour post-opératoire. La durée d'hospitalisation était de douze jours avec reprise des activités académiques trois mois plus tard.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire n'a pas montré de signe de malignité (figure 3) ; les vingt ganglions isolés étaient réactionnels.

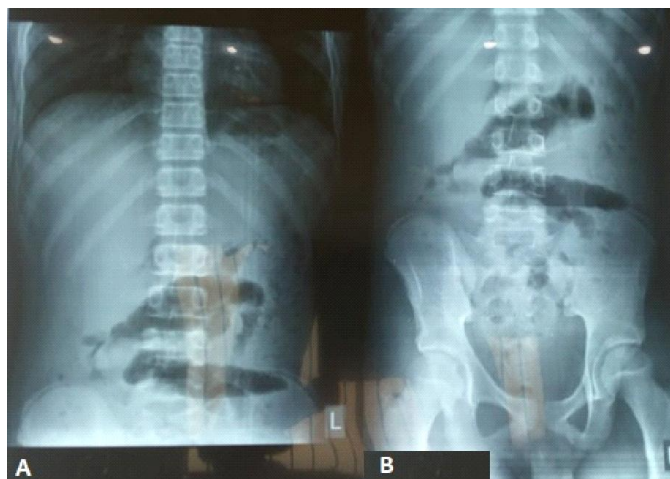


Fig 1 : Radiographie de l'abdomen sans préparation, cliché de face A : absence de pneumopéritoine, B : grisaille diffuse.

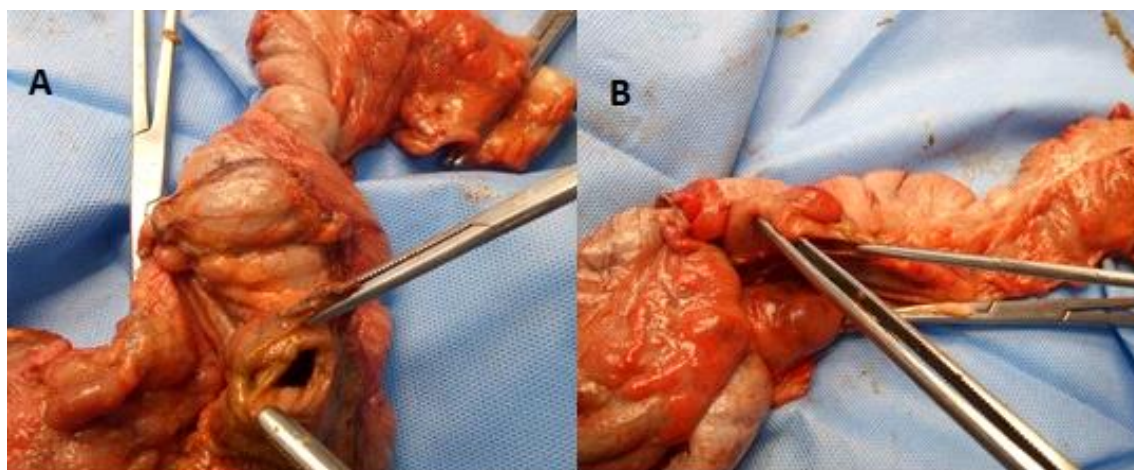


Fig 2 : Perforations coliques sur pièces opératoires A : sur le bord anti mésocolique, B : sur le bord mésocolique.

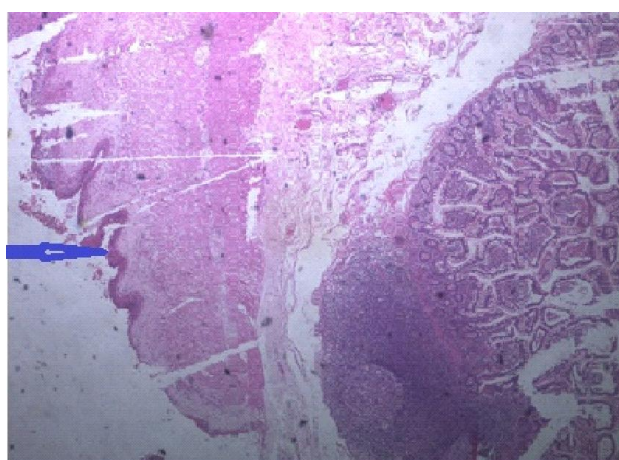


Fig 3 : Paroi colique avec muqueuse d'aspect peu modifié (flèche bleue), sans prolifération tumorale. Enduit fibrino leucocytaire de la séreuse (flèche bleue) (grossissement x 20)

## DISCUSSION

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens notamment le diclofénac sont connus pour leurs effets secondaires sur le haut appareil digestif. Par contre, très peu de cas de complications de ces drogues sur le bas appareil digestif sont rapportés. Il s'agit essentiellement des érosions, ulcérations, des hémorragies digestives minimales et les sténoses [2]. Très exceptionnellement, des cas de perforation colique, compliquant les suites de la prise des AINS, sont publiés.

L'âge des patients est variable selon les auteurs, allant de 2,7 ans à 74 ans avec une prédominance des sujets jeunes [2-7]. Ce jeune âge est retrouvé chez notre patient.

Le mécanisme d'action des AINS occasionnant la perforation colique est de deux types : une action locale et une action systémique si l'AINS présente un cycle entérohépatique [8]. L'action locale est une action directe des comprimés encapsulés gastro-résistants ou à libération prolongée sur la muqueuse colique du fait du contact prolongé. L'action systémique consiste

en une inhibition de la cyclo-oxygénase qui entraîne une réduction de la synthèse des médiateurs de l'inflammation notamment les prostaglandines. Cette baisse des prostaglandines prédispose la paroi colique à une inflammation voire une perforation [8]. Dans notre cas, c'est le mécanisme systémique qui semble en cause car le comprimé de diclofénac n'était ni encapsulé ni gastro-résistant. Notre patient a pris du diclofénac comprimé à la dose de 50 mg deux fois par jour durant 72 heures avant le début de la symptomatologie. Des auteurs ont rapporté des durées variables allant de cinq à plus de 10 jours [2, 5-7]. La dose de diclofénac prise par notre patient était de 100 mg par jour en deux prises. Cette dose journalière est variable selon les auteurs, allant de 25 mg à 200 mg [2, 5-7].

Le tableau de péritonite aiguë généralisée était franc chez notre patient. Il associait un syndrome infectieux, un syndrome d'irritation péritonéale et une grisaille diffuse sans pneumopéritoine à l'ASP (figure 1). Cette même symptomatologie a été retrouvée chez l'ensemble des auteurs [2-7] qui ont objectivé par contre le pneumopéritoine à l'ASP. L'absence de pneumopéritoine malgré une perforation du tube digestif n'est pas rare. En effet, même dans des conditions techniques satisfaisantes, la sensibilité de l'abdomen sans préparation varie entre 50 et 70% dans la recherche de pneumopéritoine [9]. Dans une série incluant 170 patients avec perforation digestive, la sensibilité de l'abdomen sans préparation, avec un cliché réalisé chez un patient debout prenant bien les coupes diaphragmatiques, atteignait 78% au prix d'une spécificité médiocre autour de 50% [10]. Comme chez notre patient, la laparotomie médiane était la voie d'abord utilisée par la plupart des auteurs [2,5,6]. Seuls Seon et al., ont préféré une laparoscopie en urgence pour le nourrisson de 2,7 ans [7]. Nous avons retrouvé une double perforation du côlon ascendant. Dans le cas de Seon et al. [7] la perforation du colon ascendant était unique. Par contre, Nobuki

Shioya et al. [5] et Schiffmann et al. [6] ont retrouvé la perforation au niveau du colon transverse tandis que Noman Shahzad et al. [2] ont noté la perforation au niveau du sigmoïde. La perforation colique médicamenteuse peut donc intéresser tout le cadre colique.

Vu la hantise d'une perforation colique tumorale quoiqu'exceptionnelle à 16 ans, nous avons réalisé une hémicolectomie droite suivie d'une anastomose iléo transverse termino-latérale immédiate. Seon et al, ayant décrit un même siège de perforation, ont réalisé une excision suture et une iléostomie puis rétablissement de continuité deux mois plus tard [7]. Les autres auteurs ont réalisé une excision suture ou une résection segmentaire selon le cas, protégée par une stomie puis rétablissement de continuité digestive plus tard [2,5,6]. Les conséquences locales de l'iléostomie, le coût du bilan paraclinique pour la surveillance et le coût lié à l'achat des poches d'iléostomie sont autant de facteurs qui ont déterminé

le choix du rétablissement immédiat de la continuité digestive dans notre cas.

Les suites opératoires étaient marquées par une suppuration profonde traitée avec succès. La durée d'hospitalisation était de 12 jours et la reprise des activités s'était faite après trois mois. Cette évolution se rapproche de celle rapportée par Noman Shahzad et al. [2] qui a décrit une péritonite post opératoire ayant nécessité une reprise au bloc avec une durée d'hospitalisation de 13 jours.

## CONCLUSION

Il s'agit d'une péritonite aiguë généralisée par perforation du colon ascendant chez un adolescent de 16 ans, secondaire une prise de diclofénac de courte durée. Le traitement a consisté en une hémicolectomie droite avec rétablissement immédiat de continuité, lavage et double drainage de la cavité péritonéale.

## REFERENCES

1. Scarpignato C, Hunt RH. Non-steroidal anti-inflammatory drug related injury to the gastrointestinal tract: clinical picture, pathogenesis and prevention. *Gastroenterol Clin North Am* 2010;39: 433-64.
2. Noman S, Asif M, Tooba M. G, Khwaja M. A. Colonic Perforation Induced by Short Term Use of Slow Release Diclofenac. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2012; 22 (5): 328-9.
3. Adhiyaman V, Asghar M, White AD. Colonic perforation associated with slow-release diclofenac sodium. *Int J Clin Prac* 2000; 54: 338-9.
4. Chinnusamy P, Muthukumaran R, Subbiah R, Gobi S, Maheshkumaar M, Velusamy M. Perforation of Jejunal Diverticula in Steroids and Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug Abusers: A Case Series. *World J Surg* 2008; 32 :1420-4.
5. Nobuki S, Shigehiro S, Masahiro K, Shigeatsu E. Multiple Transverse Colonic Perforations Associated with Slow-Release Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and Corticosteroids: A Case Report. *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Critical Care* 2011, doi:10.1155/2011/824639.
6. Schiffmann L, Kahrau S, Berger G, Buhr H. J. Colon perforation in an adolescent after short-term diclofenac intake. *Anz J. Surg.* 2005; 75 :726-7.
7. Kuan-Ai S, Sheng-Hong T, Chia-Chee W, Yun C. Colonic Perforation After Non steroidal Anti-Inflammatory Drug Use in a 2.7-Year-Old Boy. *JPGN* 2015; 60 : 5.
8. Bjarnason I, Hayllar J, MacPherson AJ, Russell AS. Side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. *Gastroenterology* 1993; 104 : 1832-47.
9. Cho KC, Baker SR. Extarluminal air. Diagnosis and significance. *Radiolclin North Am* 1994;32/829-44.
10. Chen SC, Yen ZS, Wang HP, Lin FY, Hsu CY, Chen WJ. Ultrasonography superior to plain radiography in the diagnosis of pneumoperitoneum. *Br J Surg* 2002 ;89.351-4