



Cas Clinique

Fécalome Géant Compliqué de Volvulus du Sigmoïde chez le Sujet Âgé : À Propos de trois Cas

Fecaloma complicated by sigmoid volvulus in the elderly subject: a report of three cases

Ngakani Offobo Silvère ⁽¹⁾, Nyamatsiengui Hilaire ⁽²⁾, Aseke Kundulunga J Albert ⁽³⁾, Choua Ouchiemi ⁽³⁾, François Ondo N'dong ⁽⁴⁾

- 1) Ngakani Offobo Silvère. General surgery department Amissa BONGO Regional Hospital of Franceville
- 2) Nyamatsiengui Hilaire Akanda Armed Forces Instructions Hospital
- 3) Aseke Kundulunga Jean Albert. Radiology department Amissa BONGO Regional Hospital Center of Franceville
- 4) Choua Ouchiemi Department of Surgery Central Reference Hospital of N'djamena Chad
François Ondo N'dong (4) Département de chirurgie CHU Libreville

Correspondance: Ngakani Offobo Silvère BP 150 Franceville Gabon. Silvereoffobo01@gmail.com

Mots clés : fécalome, occlusion, volvulus, chirurgie
Keywords: fecal impaction, occlusion, volvulus, surgery

RÉSUMÉ

La constipation est la principale plainte fonctionnelle du sujet âgé. Cependant, elle touche près de 20 % de sujets de plus de 75 ans. La constipation chronique et la réduction de la motricité colique sont les principaux facteurs prédisposant au volvulus du côlon sigmoïde dans la région. L'examen clinique est souvent médiocre au début. L'impaction fécale rectale peut entraîner un syndrome occlusif. Le traitement médical peut échapper à ce type d'occlusion mécanique et laisser place à la chirurgie en cas de persistance et/ou de complications. Nous rapportons trois cas de fécalome géant compliqué d'un volvulus sigmoïde.

ABSTRACT

Constipation is the main functional complaint in the elderly. However, it affects nearly 20% of subjects over 75 years old. Chronic constipation and reduced colonic motility are major predisposing factors for sigmoid colon volvulus in the region. The clinical examination is often mediocre at first. Faecal rectal impaction can lead to an occlusive syndrome. Medical treatment can escape this type of mechanical occlusion and give way to surgery in case of persistence and/or complications. We report three cases of giant fecal impaction complicated by sigmoid volvulus.

INTRODUCTION

La constipation est la principale plainte fonctionnelle du sujet âgé. L'occlusion est la manifestation clinique la plus sévère. Cependant, elle touche près de 20 % des patients de plus de 75 ans [1]. En effet, certains états neurologiques défailants peuvent favoriser la constipation [2]. L'examen clinique est souvent médiocre au début. L'impaction fécale rectale peut entraîner une occlusion mécanique. La persistance du syndrome occlusif et ou des complications nécessitent une intervention chirurgicale en urgence. La méconnaissance, la faible prévalence et la rareté des publications scientifiques sur cette affection ont justifié ce travail. Nous rapportons à travers trois observations collectées au Centre Hospitalier Régional Amissa Bongo de Franceville, des cas de fécalome géant compliqué d'un volvulus sigmoïde.

OBSERVATION 1

Il s'agissait d'un patient de 73 ans qui avait été référé pour douleur abdominale, vomissements alimentaires datant de trois jours. Il avait des antécédents de constipation chronique. À l'examen on retrouvait une asthénie

importante, des sueurs profuses, une déshydratation extracellulaire, ainsi qu'une rétention aigue d'urine, un arrêt des matières et des gaz de survenue brutale, un ballonnement abdominal avec tympanisme et un globe vésical. L'ampoule rectale était vide au toucher rectal. L'état hémodynamique était stable. La radiographie abdominale sans préparation a mis en évidence une image hydroaérique du sigmoïde en arceau. L'échographie n'était pas disponible. La biologie a retrouvé un groupe sanguin O positif, une anémie microcytaire à 7 g/dl, une insuffisance rénale fonctionnelle. Le traitement entrepris comprenait une réanimation hydro électrolytique et une transfusion sanguine iso groupe, une sonde naso gastrique et un cathéter sus pubien. La laparotomie médiane a trouvé à l'exploration une masse mobile à la palpation et un méga dolichocôlon (Figure 1). La manœuvre de taxi a permis de migrer progressivement du colon sigmoïde à l'anus, un gros fécalome de 23 cm de long sur 9 cm. Elle a été suivie d'une résection segmentaire avec colostomie selon Hartman. Les suites opératoires ont été marquées par une détresse respiratoire à la covid-19. A j 20 on notait un état satisfaisant.

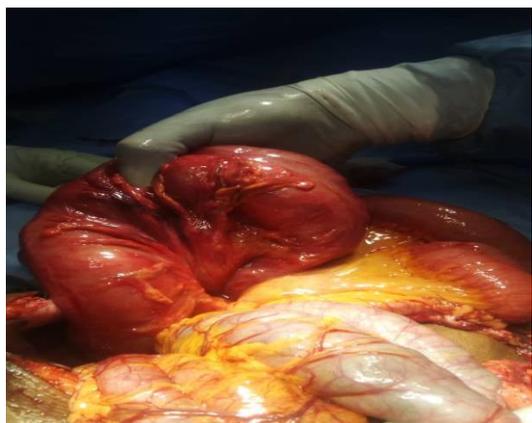


Figure 1 : gros fécalome obstruant la lumière colique gauche

OBSERVATION 2

Il s'agissait d'une patiente de 75 ans qui avait été admise pour douleur abdominale et des vomissements abondants datant d'une semaine. Elle avait des antécédents de constipation chronique. Plusieurs laxatifs avaient été administrés sans succès. A l'examen on retrouvait une asthénie importante, une déshydratation extracellulaire et un amaigrissement (45 kg). L'état hémodynamique était stable. À l'examen, on notait une rétention aiguë d'urine, un arrêt des matières et des gaz de survenue brutale et un ballonnement abdominal. L'ampoule rectale était vide au toucher rectal et a ramené du mucus. La radiographie abdominale sans préparation a mis en évidence des images hydro-aériques coliques gauches. L'échographie n'était pas disponible. La biologie a retrouvé un groupe sanguin O positif, une anémie microcytaire à 8,5 g/dl, une insuffisance rénale fonctionnelle. Le traitement entrepris était composé d'une réanimation hydro électrolytique, d'une sonde nasogastrique, d'une sonde urinaire et d'une transfusion sanguine iso groupe. La laparotomie médiane a trouvé à l'exploration une masse mobile à la palpation. La manœuvre de taxi a permis de migrer progressivement du colon sigmoïde à l'anus, un gros fécalome de 18 cm de long sur 8 cm. Les suites opératoires ont été simples.



Figure 2 : gros fécalome dans le colon sigmoïde

OBSERVATION 3

Il s'agissait d'une patiente de 71 ans qui avait été admise pour douleur abdominale, des vomissements abondants et un arrêt de matières et gaz évoluant depuis plusieurs jours.

Il avait entrepris des soins traditionnels durant 10 jours. Il avait des antécédents de constipation chronique. A l'arrivée, on retrouvait un état hémodynamique instable, une asthénie importante, une déshydratation globale et un amaigrissement (56 kg). A l'examen on notait une oligoanurie, un ballonnement abdominal, et un tympanisme. L'ampoule rectale était vide au toucher rectal. La radiographie abdominale sans préparation a mis en évidence des images hydro-aériques coliques gauches. L'échographie n'était pas disponible. La biologie retrouvait un groupe sanguin B positif, une anémie microcytaire à 6,8 g/dl et une insuffisance rénale fonctionnelle. Le traitement entrepris était constitué d'une réanimation hydroélectrolytique, d'une sonde nasogastrique, d'une sonde urinaire et d'une transfusion sanguine iso groupe. La laparotomie médiane a trouvé un volvulus et une portion du sigmoïde nécrosée et perforée. Il s'agissait d'un gros fécalome enclavé dans le colon gauche. Il n'y avait pas de tumeur intra ou extra luminale. Nous avons procédé à une résection segmentaire du colon descendant avec colostomie provisoire selon Hartmann. Les suites opératoires ont été simples après un séjour en réanimation.



Figure 3 : gros fécalome, volvulus, nécrose, perforation du colon gauche



Figure 4 : résection segmentaire du colon descendant ; colostomie Hartman

DISCUSSION

Nous avons enregistré trois cas de fécalome géant chez des sujets âgés ayant des antécédents de constipation chronique. Potter J. Bowel démontre dans son étude démontre que la constipation touche près de 20 % des

patients de plus de 75 ans et que la traduction clinique la plus sévère est le fécalome rectal [1]. L'incidence du volvulus du côlon est très variable selon les zones d'endémie, appelée le « volvulus belt » qui inclue l'Afrique, l'Amérique du Sud, la Russie, l'Europe de l'Est, le Moyen-Orient, l'Inde et le Brésil [18]. Le volvulus du sigmoïde est typiquement une pathologie du sujet masculin, cette prédominance est moins marquée dans les pays développés (Europe, Amérique du Nord et Australie), par contre l'écart est beaucoup plus prononcé en Afrique, Asie et Amérique Latine, avec une sex-ratio qui va de 1/0.6 en Australie [20] à 14,3/1 en Gambie .

Chez le sujet de plus de 75 ans des altérations des fonctions neuroendocrines, de l'innervation et de l'activité musculaire intrinsèque colique, pourraient expliquer la constipation du sujet ,agé. En effet, certains états neurologiques défailants peuvent favoriser la constipation. Ainsi, dans une étude récemment publiée, le transit colique était significativement plus long, en particulier dans le colon sigmoïde, chez les patients ayant une maladie de Parkinson ; en revanche, la pression anale et la capacité rectale avant défécation n'étaient pas modifiées [2]. D'autres facteurs ,la maladie d'Alzheimer, dont la prévalence atteint 5 % des patients de plus de 75 ans et double tous les cinq ans pour atteindre 35 % à 90 ans, l'immobilisation provisoire ou définitive, l'agnosie, l'inattention et la dyspraxie, les rhumatismes. De plus, certains médicaments, comme les antidépresseurs et les neuroleptiques, très fréquemment prescrits après 75 ans, sont également des facteurs aggravants [2,13]. Dans notre contexte l'impossibilité de se mouvoir par les rhumatismes chez notre cas féminin et des neuroleptiques constituent des facteurs favorisants et aggravants. Certaines maladies coliques surviennent de façon élective chez le sujet ,agé, hospitalisée en neurologie et grabataire ou en réanimation pour décompensation cardio-respiratoire. Il s'agit du syndrome d'Ogilvie (une dilatation aigue limitée au colon sans obstacle mécanique) [5,6]. Pour d'autres pathologies coliques, comme le polype adénomateux et le cancer colique, la colite ischémique, la diverticulose colique et l'angiodysplasie colique, l'âge est un facteur favorisant reconnu. [7, 8, 9, 10, 11,12]. Les maladies inflammatoires intestinales (MICI) sont l'apanage du sujet jeune, mais il existe un deuxième pic d'incidence entre 60 et 80 ans. Ainsi, 10 à 15 % des MICI sont diagnostiquées après 60 ans, dont 25 % entre 60 et 70 ans et 10 % après 80 ans et de mégacôlon toxique accrus [13,14].

Dans des sociétés africaines et du Moyen-Orient, une alimentation riche en fibres, augmentant la charge fécale, aboutit à la surcharge du côlon sigmoïde, qui se tord autour de son méso aboutissant au volvulus . Une masse pelvienne, l'association du volvulus du sigmoïde avec la grossesse et les tumeurs ovariennes volumineuse peut déplacer le colon sigmoïde, pour causer sa torsion [29]. Des facteurs génétiques et raciaux expliqueraient pourquoi certains groupes ethniques sont touchés plus que d'autres [30], la maladie de Chagas et la maladie d'Hirschsprung. JC Le Neel et al [27], démontrent que 60% des patients avaient des antécédents évocateurs de volvulus du sigmoïde et dont 2 sujets jeunes, avaient un

méga dolichocôlon connu. Nos patients ont été admis au-delà de trois jours. Ghariani et al [26] retrouvaient de 2,5 jours (allant de 4 heures à 5 jours). Dans la série de Mehari [28], la majorité des patients avaient des symptômes qui duraient depuis plus de 48 heures et la gangrène colique a été rencontrée dans 10 % de ces patients. La douleur abdominale et le syndrome occlusif étaient les motifs d'admission chez nos patients. Dans la série de Ouchemi C et al [66], la douleur abdominale était présente dans 92 %. Dans la série de CT Touré et al [25], le syndrome occlusif était franc dans tous les cas avec la présence de douleurs abdominales (100 %). L'altération de l'état générale a été observée, la déshydratation et un état de choc. Dans la série de CT Touré et al [25], l'état général était conservé dans 92% des cas. Dans la série de M. Alaoui [24] et JC Le Neel [27], l'abdomen montre un aspect typique avec image en arceau à double jambage dans 75% des cas. L'examen de référence est le scanner. Sa sensibilité diagnostique est évaluée à environ 90 % [18]. Le scanner n'est pas disponible.

Le traitement médical repose sur une alimentation adaptée, des réflexes exonérateurs, des laxatifs. Les laxatifs utilisés en Europe, sur des patients de plus de 75 ans (plus de la moitié des patients vivant en institution) consomment un laxatif de façon régulière : lactulose dans 26 % des cas, mais de laxatifs irritants (séné, bisacodyl) dans près de la moitié des cas [1, 4]. Plusieurs laxatifs ont été utilisés chez nos patients sans succès.

La gravité de la chirurgie des volvulus coliques en urgence, l'impossibilité fréquente de traiter le volvulus et de prévenir efficacement le risque de récurrence en un seul temps opératoire ont favorisé le développement de méthodes médicales et endoscopiques permettant de réduire le volvulus et d'envisager secondairement une chirurgie réglée [17,22]. Ceci ne concorde pas à notre contexte où les patients ont consulté avec des lésions viscérales avancées. La mésosigmoïdoplastie, l'extrapéritonisation différée comme l'a décrit Bhatnagar [17] en 1970 sont possibles. La résection colique, facilitée par la distension intestinale et par la longueur du mésosigmoïde, peut être envisagée en un ou plusieurs temps [17]. La colectomie en trois temps, Type Bloch-Mikuliez, reste la méthode de choix pour Kayabali [24,17]. La colectomie en deux temps, avec exérèse première du segment volvulé, fait appel aux procédés de Hartmann ; ou de Bouilly Volkman. [17]. C'est la méthode de Hartman que nous avons utilisé

Les complications rapportées dans la littérature sont [19,23]: la péritonite post-opératoire par lâchage des sutures chez les patients qui ont bénéficié d'une résection anastomose, les accidents thromboemboliques, l'insuffisance rénale fonctionnelle, la septicémie.

CONCLUSION

Le fécalome rectal est la traduction clinique la plus sévère de la constipation chez les sujets âgés. La constipation chronique constitue la principale plainte fonctionnelle. La présentation clinique est un syndrome occlusif franc. Le volvulus du sigmoïde est une urgence médico-chirurgicale qui représente une cause commune d'occlusions coliques. Le diagnostic positif et étiologique est posé en

peropérateur par la mise en évidence d'un fécalome géant. Après réanimation médicale, le traitement est chirurgical. La chirurgie en urgence est nécessaire. Le geste peut être une détorsion simple, une résection avec colostomie type Hartmann ou une résection avec anastomose primaire. La morbidité est marquée par des suppurations de paroi et la de détresse respiratoire.

RÉFÉRENCES

- Potter J. Bowel care in older people. *Clin Med* 2003 ; 3 : 48-51.
- Sakakibara R, Odaka T, Uchiyama T et al. Colonic transit time and rectoanal videomanometry in Parkinson is disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003 ; 74 : 268-72.
- Bennett G, Talley NJ. Irritable bowel syndrome in the edarly. *Best Pract R Clin Gastroenterol* 2002 ; 16 : 63-76.
- Motola G, Mazzeo F, Rinaldi B et al. Self-prescribed laxative use : a drug-utilisation review. *Adv Ther* 2002 ; 19 : 203-8.
- Guillemot F, Ben Ali H, Quinton JF et al. Syndrome d'Ogilvie. *Hepato-gastro* 2003 ; 10 : 123-8.
- Guttormson NL, Burrick MP. Mortality from ischemic colitis. *Dis Colon Rectum* 1998 ; 32 : 469-72.
- Connolly S, Brannigan AE, Heffernan E, Hyland JPM. Sigmoid volvulus : a 10-year audit. *Int J Med Sci* 2002 ; 171 : 216-7.
- Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE. Intra-abdominal sepsis in edarly persons. *Clin Infect Dis* 2002 ; 35 : 62-8.
- Buttenschoen K, Buttenschoen DC, Odermath R, Beger HG. Diverticular disease-associated hemorrhage in the edarly. *Langenbeck's Arch Surg* 2001 ; 386 : 8-16.
- Lingenfelser T, Ell C. Gastrointestinal bleeding in the edarly. *Best Pract R Clin Gastroenterol* 2001 ; 15 : 963-82.
- Jeandel C, Laurain MC, Decottignies F. Diarrhées infectieuses du sujet ,gÈ. *Rev Prat* 1996 ; 46 : 184-8.
- Tal S, Gurevich A, Guller V et al. Risk factors for recurrence of Clostridium difficile-associated diarrhea in the edarly. *Scand J Infect Dis* 2002 ; 34 : 594-7.
- Pardi DS, Loftus EV, Camilleri M. Treatment of inflammatory bowel disease in the edarly. *Drugs Aging* 2002 ; 19 : 355-63.
- Gurudu S, Fiocchi C, Katz JA. Inflammatory bowel disease. *Best Pract R Clin Gastroenterol* 2002 ; 16 : 77-90.
- Morrissey, Thomas B. et Deitch, Edwin A. Recurrence of sigmoid volvulus after surgical intervention *The American surgeon*, 1994, vol. 60, no 5, p. 329-331
- DE, Utpal et GHOSH, Shibajyoti. Single stage primary anastomosis without colonic lavage for left-sided colonic obstruction due to acute sigmoid volvulus: a prospective study of one hundred and ninety-seven cases. *ANZ journal of surgery*, 2003, vol. 73, no 6, p. 390-392
- Barth, X., Commegeille, P., Padet, J. M., Les volvulus aigus du clon: approche thrapeutique à propos de 57 observations. et al. *Lyon chirurgical*, 1987, vol. 83, no 6, p. 396-400
- Gingold, Daniel et Murrell, Zuri. Management of colonic volvulus *Clinics in colon and rectal surgery*, 2012, vol. 25, no 04, p. 236-244
- Saidi, Farrokh. The high incidence of intestinal volvulus in Iran *Gut*, 1969, vol. 10, no 10, p. 838-841
- LAU, Kevin CN, Miller, Brian J., Schache, David J., A study of large-bowel volvulus in urban Australia et al. *Canadian journal of surgery*, 2006, vol. 49, no 3, p. 203
- Touré, C. T., Dieng, M., Mbaye, M., Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du colon au centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar. In : et al. *Annales de chirurgie*. Elsevier Masson, 2003. p. 98-101
- Rob Bethune Medical voluter & UK Surgical Registrar September 2006. Saint Francis Hospital
- Melange, M. De la constipation à l'occlusion intestinale chez la personne âgée. *Louvain médical*, 1998, vol. 117, no 3, p. S53-S57
- Alaoui, M., Bennani, S., et Zerouali, O. N. Le volvulus du sigmoide: à propos de 38 cas. *Lyon chirurgical*, 1990, vol. 86, no 5, p. 392-394
- Touré, C. T., Dieng, M., Mbaye, M., Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du colon au centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar. In : et al. *Annales de chirurgie*. Elsevier Masson, 2003. p. 98-101.
- Ghariani, Brahim, Houissa, Hichem, et Sebai, Farouk. Prise en charge du Volvulus du sigmoïde. *Tunisie médicale*, 2010, vol. 88, no 3, p. 163-167.
- LE Neel, J. C., Farge, A., Guiberteau, B., Volvulus du côlon sigmoïde et al. *La Semaine des hôpitaux de Paris*, 1989, vol. 65, no 48-49, p. 2924-2927.
- Mehari, Habteab. Management of sigmoid volvulus in Eritrea. 2002 Thèse de doctorat. Université de Genève.
- Morrissey, Thomas B. et Deitch, Edwin A. Recurrence of sigmoid volvulus after surgical intervention *The American surgeon*, 1994, vol. 60, no 5, p. 329-33
- Chung, Y. F. A., EU, K.-W., Nyam, D. C. N. K., OT OTet al. Minimizing recurrence after sigmoid volvulus *British journal of surgery*, 1999, vol. 86, no 2, p. 231-233