

Une cause inattendue d'une gangrène rétropéritonéale.

An unexpected cause of retroperitoneal gangrene

Sami Daldoul, Ikram Massoudi, Aymen Mabrouk, Imen Ksontini, Walid Abid, Mounir Ben Moussa.

Service de chirurgie générale A, Hôpital Charles Nicolle/ Faculté de Médecine de Tunis. Université Tunis El Manar

RÉSUMÉ

La gangrène rétropéritonéale est une affection grave dont les étiologies sont nombreuses.

Nous rapportons trois cas, jusqu'à là jamais décrit dans la littérature, de suppuration ano-rectale à l'origine d'une gangrène rétropéritonéale sans gangrène de Fournier.

Le diagnostic a été fait dans tous les cas sur la TDM devant une présentation clinique toujours atypique. L'abord chirurgical a été réalisé de différentes manières pour traiter les lésions périnéales et rétropéritonéales.

Mots-clés

Gangrène ; Rétropéritoine ; Suppuration ano-rectale.

SUMMARY

Retroperitoneal Gangrene is a serious condition whose causes are many. We report three originally cases of anorectal suppuration complicated by retroperitoneal gangrene without Fournier's gangrene until there ever described in the literature.

The diagnosis was made in all cases on CT because of atypical clinical presentation.

The surgical approach was carried out in different ways to treat perineal and retroperitoneal lesions.

Key- words

Gangrene; Retroperitoneum; anorectal suppuration.

L'abcès de la marge anale est une urgence proctologique classique, dont le diagnostic et le traitement sont souvent faciles. Non traitée à temps, cette affection bénigne risque d'évoluer vers la gangrène de Fournier dont le pronostic vital puis fonctionnel est mis en jeu et dont le traitement nécessite parfois de larges excisions et peut aboutir à un délabrement important du périnée [1]. À notre connaissance, l'extension de la suppuration de la loge ischio-rectale vers l'espace sous péritonéal puis vers le rétropéritoine est une forme évolutive qui n'a jamais été rapportée. À travers trois observations originales, nous décrivons les particularités cette forme évolutive de la suppuration périnéale, les modalités chirurgicales et ses voies d'abord.

Case 1

C'est un patient de 23 ans, sans antécédents, qui avait consulté en urgence pour des douleurs de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite évoluant depuis 48h.

Le patient était fébrile à 39°C, il avait une défense de tout l'étage sous ombilical. Le toucher rectal était très douloureux.

À la biologie, il existait une hyperleucocytose à 14700. Le diagnostic retenu était celui d'une péritonite appendiculaire. Il a été opéré en urgence après mise en condition. Il a été abordé par une laparotomie médiane. La cavité péritonéale était propre mais il y'avait une infiltration purulente de l'espace de Retzius et de l'espace de Bogros droit. La dissection de cet espace avait permis de retrouver une gangrène sous péritonéale avec la constatation d'un pertuis qui fusait le long de la vessie jusqu'à l'espace pelvi-rectal. L'origine précise de cette gangrène n'a pu être identifié par les constatations opératoires.

Il a été réalisé une excision des tissus nécrotiques, une toilette et un drainage de l'espace du Retzius par une lame multi-ondulée. Le prélèvement de pus avait retrouvé un *Escherichia coli* et *Claustidium Perfringens*.

En post opératoire, le patient rapportait la notion de douleurs anales qui avaient précédé le tableau abdominale de 24h et qui les avait négligées. Le patient demeure fébrile.

Une TDM abdominale a été réalisée et avait mis en évidence une infiltration importante de la graisse sous péritonéale avec des bulles d'air. L'infiltration remontait jusqu'à l'espace rétropéritonéal droit [Fig.1].

Il a été décidé de réintervenir par une double voie d'abord. La laparotomie médiane avait permis de constater en premier lieu une péritonite débutante par diffusion et avait confirmé l'extension de la gangrène sous péritonéale vers l'espace rétropéritonéal droit. Il a été réalisé une excision de la nécrose. L'ancien pertuis a été retrouvé en latéro-vésical gauche.

L'abord périnéal, avait permis de retrouver un abcès ischio-rectal fusant vers l'espace pelvi-rectal et qui se continuait avec le trajet découvert à la laparotomie.

L'abcès a été mis à plat et drainé par une lame. L'espace de Retzius et du Bogros ont été drainé par un sac de Mickulicz. L'espace rétropéritonéal droit a été drainé par un Penrose. Les suites ultérieures étaient simples.

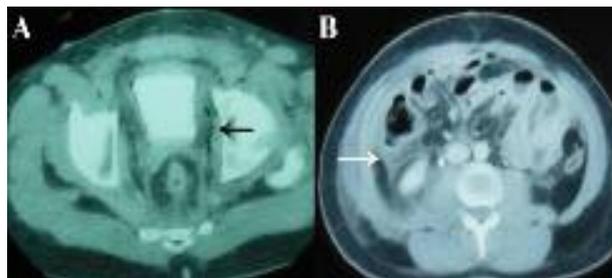


Figure 1: A. Infiltration importante de la graisse sous péritonéale avec des bulles d'air. B. L'infiltration remonte jusqu'à l'espace rétropéritonéal droit

Case 2

C'est un patient de 35 ans, sans antécédents, qui a été opéré dans un autre centre pour un abcès de la marge anale. Il avait eu une mise à plat sans drainage. Il nous consulte le 2ème jour post opératoire devant la persistance de la fièvre, un écoulement purulent persistant par la plaie et la survenue d'une rétention urinaire.

Nous avons réalisé une révision de la plaie sous anesthésie générale. On découvrait une rétention au niveau de la cavité de l'ancien abcès. Celui-ci était en fer à cheval, de siège ischio-rectal et il existait une fusée vers l'espace pelvi-rectal droit. Il a été réalisé une large mise à plat avec un effondrement du raphé ano-coccygien pour libérer tout l'espace de Courtney et un drainage par deux lames. Le patient demeurait fébrile durant les 24 h qui avaient suivi l'intervention chirurgicale avec persistance d'un écoulement d'un liquide fétide par les drainages associés à l'apparition de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. La radiographie de l'abdomen sans préparation avait mis en évidence des bulles d'air en arrière de l'angle colique droit et en péri-vésical [Fig.2]. Une TDM abdominale a été réalisée et avait objectivé une collection de sept centimètres contenant des bulles d'air siégeant au niveau de l'espace pré sacré et fusant vers l'espace pelvi-rectal associé à une infiltration de la graisse. Les bulles d'air remontaient le long des axes vasculaires jusqu'à l'espace rétropéritonéal droit [Fig.3].

On a été décidé de réintervenir. Au premier temps périnéal, on retrouvait une rétention purulente occupant tout l'espace pré sacré. Elle a été mise à plat. On découvrait un pertuis qui faisait communiquer cette collection avec l'espace rétro-péritonéal droit. Le patient a été ensuite abordé par une lombotomie droite. Tout le rétropéritoine droit était occupé par une gangrène extensive du tissu cellulo-graisseux. Il a été réalisé une large excision des tissus nécrosés et un drainage de cet espace par deux modules ainsi qu'un module d'irrigation-

aspiration à travers la plaie périnéale. Les suites ultérieures étaient cliniquement favorables. La TDM abdomino-pelvienne de contrôle avait objectivé un nettoyage radiologique quasi complet. Le patient avait développé en post opératoire des troubles de l'éjaculation probablement dus à une lésion nerveuse lors de l'excision des tissus nécrotiques du rétropéritoine.



Figure 2 : L'ASP avait mis en évidence des bulles d'air en arrière de l'angle colique droit (Flèche blanche) et en péri-vésical (Flèche noire).

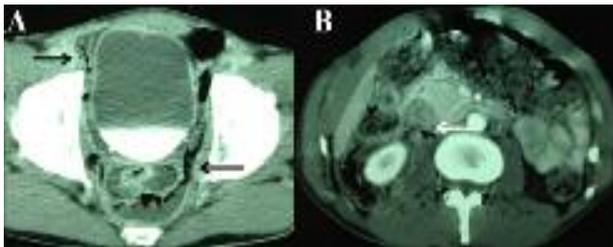


Figure 3 : A. Collection contenant des bulles d'air au niveau de l'espace pré sacré et fusant vers l'espace pelvi-rectal associé à une infiltration de la graisse. B. Les bulles d'air au niveau de l'espace rétropéritonéal droit

Case 3

C'est une patiente de 65 ans, en insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse et ayant une arythmie complète par fibrillation auriculaire sous anti-arythmiques. Elle avait consulté en urgence pour une douleur anale évoluant depuis 48h et qui s'est associée secondairement à des douleurs de la fosse iliaque droite.

À l'examen, la patiente était en mauvais état général, ayant des signes de sepsis sévère avec une défense à la palpation de la fosse iliaque droite. L'examen de la marge anale était normal et le toucher rectal était douloureux. À la biologie, les leucocytes étaient à 9500. Une TDM abdomino-pelvienne a été réalisée et avait objectivé des bulles d'air au niveau de la fosse ischio-rectale droite, remontant le long du muscle obturateur interne droit avec

une infiltration de la graisse péri rectale et pré sacrée [Fig.4].

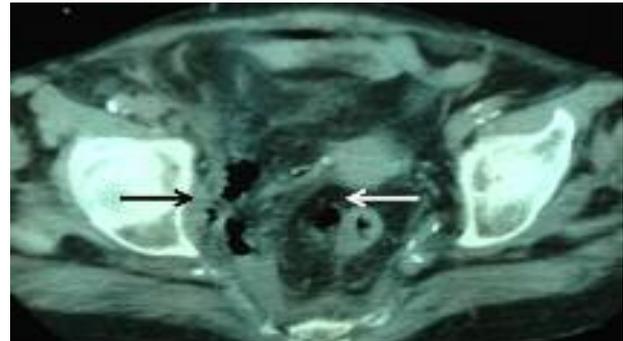


Figure 4 : Des bulles d'air au niveau de la fosse ischio-rectale droite, remontant le long du muscle obturateur interne droit avec une infiltration de la graisse péri-rectale et pré-sacrée.

La patiente a été opérée en urgence. Au temps périnéal, on avait retrouvé un abcès ischio-rectal droit détruisant les muscles du plancher et fusant dans l'espace pelvi-rectal droit et vers l'espace pré-pubien. Il a été mis à plat et drainé par une lame multi ondulée. Puis, et par un abord iliaque droit extrapéritonéal, on avait retrouvé la fusée purulente qui se prolongeait vers l'espace rétropéritonéal droit jusqu'à la loge rénale. Il a été réalisé une mise à plat et une excision des tissus nécrotiques avec un drainage de ces espaces par lame.

La patiente est décédée au deuxième jour post opératoire dans un tableau de choc septique grave.

DISCUSSION

Le plancher pelvien représente une barrière musculo-aponévrotique à l'extension en hauteur d'un abcès de l'étage sous lévathorien. Le dépassement de cette barrière peut être dû à une longue fistule chronique supra sphinctérienne, jusque là asymptomatique ou par une destruction infectieuse des fibres musculaires par le processus infectieux local au niveau de la loge ischio-rectale. La rapidité de l'extension de l'infection est due au caractère lâche et non cloisonné du tissu cellulograsseux sous et rétropéritonéal et par la virulence des germes en cause [1- 4]. Une condition anatomique semble cependant être nécessaire ; il s'agit de l'ouverture congénitale de la portion caudale du cône du fascia péri rénal réalisant une communication entre l'espace sous péritonéal avec l'espace rétropéritonéal [5].

Le traitement de cette complication nécessite impérativement un temps périnéal pour mettre à plat la suppuration et son drainage. L'abord de la suppuration rétropéritonéale est nécessaire mais doit faire éviter l'inoculation de la cavité péritonéale. La voie médiane est donc à proscrire. La voie iliaque permet d'avoir une meilleure exposition sur l'espace de Retzius et du Bogros

mais l'abord du compartiment supérieur du rétro-péritoine reste très limité.

La lombotomie est donc la seule voie d'abord qui permet une exposition complète de tout l'espace rétro-péritonéal pour réaliser une large excision des tissus gangrénés et une toilette adéquate mais elle ne permet pas d'accéder

au Retzius s'il est intéressé par la gangrène.

Le choix entre la voie iliaque et la lombotomie sera fait en fonction de la hauteur et la direction de l'extension de la gangrène sous et rétro-péritonéale et sera donc dicté par les données du scanner.

Références

- 1- Cadot P, Rouquette I, Szym P, Andre JI. Life-Threatening Cellulitis, Or Fournier's Gangrene Of The Perineum. J Chir (Paris). 2003; 140:22-32.
- 2- Amitai A, Sinert R. Necrotizing Fasciitis As The Clinical Presentation Of A Retroperitoneal Abscess. J Emerg Med. 2008; 34:37-40.
- 3- Czymek R, Frank P, Limmer S Et Al. Fournier's Gangrene: Is The Female Gender A Risk Factor? Langenbecks Arch Surg. 2010; 395:173-80.
- 4- Elliott Dc, Kufera Ja, Myers Ra. Necrotizing Soft Tissue Infections. Risk Factors For Mortality And Strategies For Management. Ann Surg. 1996; 224:672-83.
- 5- Mindell Hj, Mastromatteo Jf, Dickey Kw Et Al. Anatomic Communications Between The Three Retroperitoneal Spaces: Determination By Ct-Guided Injections Of Contrast Material In Cadavers. Ajr Am J Roentgenol. 1995; 164:1173-8.