

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE  
Union, Discipline, Travail

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION  
TECHNOLOGIQUE



FACULTE DE MEDECINE

Année 1995-1996

N° .....

## THESE

*Pour le*

**DOCTORAT D'ETAT EN MEDECINE**  
(DIPLOME D'ETAT)

**INTERET DE LA CHIRURGIE  
DANS LE TRAITEMENT  
DE LA CONSTIPATION  
OPINIATRE DE L'ADULTE  
EXPERIENCE DE 11 CAS DE  
DOLICHOMEGACOLONS OPERES**

*Présentée et soutenue publiquement le 4 juillet 1996*

*Par*

**BLEGOLE OBLE CLEMENT**

*Interne des Hôpitaux  
Né le 1<sup>er</sup> janvier 1965*

### COMPOSITION DU JURY :

*Président :* Monsieur le Professeur CORNET Lucien  
*Directeur de Thèse :* Monsieur le Professeur Agrégé N'GUESSAN Henri Alexandre  
*Assesseurs :* Monsieur le Professeur Agrégé ABBY BLAQUET Clément  
Monsieur le Professeur Agrégé ADOM Ahoussi Hilaire

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION  
TECHNOLOGIQUE



FACULTE DE MEDECINE

Année 1995-1996

N° .....

## THESE

*Pour le*

**DOCTORAT D'ETAT EN MEDECINE**

(DIPLOME D'ETAT)

### **INTERET DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION OPINIATRE DE L'ADULTE**

**EXPERIENCE DE 11 CAS DE  
DOLICHOMEGACOLONS OPERES**

*Présentée et soutenue publiquement le 4 juillet 1996*

*Par*

**BLEGOLE OBLE CLEMENT**

*Interne des Hôpitaux*

*Né le 1<sup>er</sup> janvier 1965*

#### COMPOSITION DU JURY :

*Président :* Monsieur le Professeur CORNET Lucien  
*Directeur de Thèse :* Monsieur le Professeur Agrégé N'GUESSAN Henri Alexandre  
*Assesseurs :* Monsieur le Professeur Agrégé ABBY BLAGUET Clément  
Monsieur le Professeur Agrégé ADOM Ahoussi Hilaire

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT**  
**DE LA FACULTE DE MEDECINE**

**1995-1996**

DOYENS HONORAIRES :

P. PENE - E. BERTRAND - TH. KOFFI ALLANGBA - A. YANGNI-ANGATE - L.K. MANLAN  
- A.TH. DJEDJE

PROFESSEURS HONORAIRES

A. ASSALE	ASSI-ADOU J	H. AYE	J. BADOUAL
. BONDURAND	J. BONHOMME	F. BONNET-DE-PAILLERETS	A. BOURGEADE
. BOUVRY	J.B. BRETTE	J.P. BUREAU	R. CABANNES
. CLERC	L. CORNET	N. COULIBALY	P.K. COWPLI-BONY
. DANON	W. DJIBO	S. DIARRA	P. DELORMAS
. DOUCET	M. DUCHASSIN	A. ETTE	M. ETTE
. FADIGA	H. GALAIS	CHR. GIORDANO	G.K. GUESSENND
. HAFFNER	M. HAZERA	P. HEROIN	J.B. KEBE
. S. KETEKOU	M. KOUASSI	M. LEBRAS	A. LEGUYADER
. LOUBIERE	METRAS	G. MORLIER	J.D. RAIN
. RENAUD	K. OUATTARA	J. RITTER	S. SANGARE
. SANGARE	J.J. SATINI	R.J. SOUBEYRAND	J. VILASCO
. WAOTA			

YEN : KADIO AUGUSTE

ESSEURS : KOUASSI BEUGRE  
BOGUI PASCAL  
KOUASSI JEAN-CLAUDE

PROFESSEURS TITULAIRES

1	- ANDOH	Joseph	Pédiatrie
2	- ATTIA	Yao Roger	Hépatogastro-Entérologie
3	- BAMBA	Méma	O.R.L.
4	- BEDA	Yao Bernard	Médecine Interne
5	- BOHOUSSOU	Kouadio M.	Gynécologie-Obstétrique
6	- COULIBALY	Ouezzin André	Chirurgie Cardiaque et Vasculaire
7	- DAGO	Akribi Augustin	Anatomie-Pathologique
8	- DJEDJE	André-Théodore	Imagerie Médicale
9	- DJEDJE	Mady Alphonse	Urologie
10	- DOSSO-BRETIN	Mireille	Bactério-Virologie
11	- EHOUMAN	Armand	Histo-Cyto-Génétique
12	- GADEGBEKU	Amani Samuel	Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale
13	- KADIO	Auguste	Maladies Infectieuses et tropicales
14	- KANGA	Jean-Marie	Dermatologie Vénérologie
15	- KANGA	Miessan	Chirurgie Générale et Digestive
16	- KEITA	Abdoul Kader	Imagerie Médicale
17	- KONE	Nouhou	Gynécologie-Obstétrique
18	- KOUAKOU	N'zué Marcel	Rhumatologie
19	- KOUAME	Konan Joseph	Pédiatrie
20	- LAMBIN	Yves	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
21	- MANLAN	Kassi Léopold	Hépatogastro-Entérologie
22	- MOBIOT	Mandou Léonard	Chirurgie Pédiatrique
23	- N'DORI	Raymond	Cardiologie
24	- N'DRI	Koffi Dominique	Anesthésie-Réanimation
25	- N'GUESSAN	Konan Gabriel	Anatomie-Urologie
26	- NIAMKEY	Ezani Kodjo	Médecine Interne

37 - ODEHOURI	Koudou Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
38 - ODI	Assamoi Marc	Cardiologie
39 - ROUX	Constant	Chirurgie Pédiatrie
40 - SANGARE	Amadou	Hématologie
41 - SANGARE	Ibrahima Séga	Urologie
42 - SOMBO	Mambo François	Immunologie
43 - TEA	Daignekpo	Hématologie
44 - TIMITE-KONAN	A. Marguerite	Pédiatrie
45 - WELFFENS-EKRA	Christiane	Gynécologie-Obstétrique
46 - YAO-DJE	Christophe	Urologie

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

1 - ABISSE	Agba	Hématologie-Transfusion Sanguine
2 - ABBY	Blaguet Clément	Imagerie Médicale
3 - ADOH	Adoh	Cardiologie
4 - ADOM	Ahoussi Hilaire	Médecine Interne
5 - AGUEHOUNDE	Cosme	Chirurgie Pédiatrie
6 - AMANI	N'goran	Psychiatrie
7 - ANONGBA	Danho Simplicie	Gynécologie-Obstétrique
8 - AOUSSI	Eba François	Maladies Infectieuses et Tropicales
9 - ASSA	Allou	Stomatologie et Chirurgie maxilo-faciale
10 - ASSE	N'dri Henri	Chirurgie Plastique et Réparatrice

1 - ASSOUMOU	Aka	Parasitologie
2 - BA	Zézé Vincent	Neurologie
3 - BANA	Abdoulaye	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
4 - BISSAGNENE	Emmanuel	Maladies Infectieuses et Tropicales
5 - BOA	Yapo Félix	Neurologie
6 - BOGUI	Pascal	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
7 - BONNY	Jean Sylvain	Médecine du Travail
8 - CAMARA	Benoît Mathieu	Hépto-Gastro-Entérologie
9 - COFFI	Dick Sylvain	Anesthésie-Réanimation
10 - D'HORPOCK	Ahoua François	Anatomie-Pathologie
11 - DA SYLVA-ANOMA	Sylvia Hélène	Chirurgie Pédiatrique
12 - DAH	Cyrille Serge	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
13 - DANGUY-AKA	Vangah E.	Pneumo-phtisiologie
14 - DANHO-BASSIMBIE	Jeannette	Hématologie
15 - DECHAMBENOIT	Gilbert	Neurochirurgie
16 - DELAFOSSE	Roger Charles	Psychiatrie
17 - DIALLO	Amadou Demba	Néphrologie
18 - DIE-KACOU	Henri Maxime	Pharmacologie Clinique
19 - DIOMANDE	Mohenou Isidore	Anatomie-Pathologie
20 - DJEHA	Djokouehi	Dermatologie-Vénérologie
21 - ECHIMANE	Kouassi A.	Cancérologie
22 - EDOH	Vincent	Bactério-Virologie
23 - EHOUC	Florent	O.R.L.
24 - EHUA-SOMIAN	Françis	Chirurgie Digestive
25 - EKRA	Alain	Cardiologie
26 - FANY	Adama	Ophtalmologie
27 - FAYE-KETTE	Achi Hortense	Bactério-Virologie
28 - GNAGNE	Yadou Maurice	Anatomie
29 - GNIONS AHE	Daze Appolinaire	Néphrologie
30 - HONDE	Michel	Anatomie-Pathologique

1 - ASSOUMOU	Aka	Parasitologie
2 - BA	Zézé Vincent	Neurologie
3 - BANA	Abdou Faye	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
4 - BISSAGNENE	Emmanuel	Maladies Infectieuses et Tropicales
5 - BOA	Yapo Félix	Neurologie
6 - BOGUI	Pascal	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
7 - BONNY	Jean Sylvain	Médecine du Travail
8 - CAMARA	Benoît Mathieu	Hépto-Gastro-Entérologie
9 - COFFI	Dick Sylvain	Anesthésie-Réanimation
10 - D'HORPOCK	Ahoua François	Anatomie-Pathologie
11 - DA SYLVA-ANOMA	Sylvia Hélène	Chirurgie Pédiatrique
12 - DAH	Cyrille Serge	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
13 - DANGUY-AKA	Vangah E.	Pneumo-phtisiologie
14 - DANHO-BASSIMBIE	Jeannette	Hématologie
15 - DECHAMBENOIT	Gilbert	Neurochirurgie
16 - DELAFOSSE	Roger Charles	Psychiatrie
17 - DIALLO	Amadou Demba	Néphrologie
18 - DIE-KACOU	Henri Maxime	Pharmacologie Clinique
19 - DIOMANDE	Mohenou Isidore	Anatomie-Pathologie
20 - DJEHA	Djokouehi	Dermatologie-Vénérologie
21 - ECHIMANE	Kouassi A.	Cancérologie
22 - EDOH	Vincent	Bactério-Virologie
23 - EHOUC	Florent	O.R.L.
24 - EHUA-SOMIAN	François	Chirurgie Digestive
25 - EKRA	Alain	Cardiologie
26 - FANY	Adama	Ophtalmologie
27 - FAYE-KETTE	Achi Hortense	Bactério-Virologie
28 - GNAGNE	Yadou Maurice	Anatomie
29 - GNIONSABE	Daze Appolinaire	Néphrologie
30 - HONDE	Michel	Anatomie-Pathologique



1 - HOUENOU-AGBO	Yveline	Pédiatrie-Néo-Natalogie
2 - KAKOU	Guikahué Maurice	Cardiologie
3 - KANGAH	Diékouadio	Pédiatrie Néo-Natalogie
4 - KASSANYOU	Salami	Anatomie-Chirurgie
5 - KATA	Kéké Joseph	Urologie
6 - KEITA	Cheikh	Ophtalmologie
7 - KOKOUA	Alexandre	Anatomie Chirurgie
8 - KONE	Drissa	Psychiatrie
9 - KONE	Mamourou	Gynécologie-Obstétrique
10 - KONE	Safédé	Ophtalmologie
11 - KOUASSI	Beugré Ernest	Neurologie
12 - KOUASSI	Jean-Claude	Chirurgie Générale et Digestive
13 - KOUASSI	Kanga	Chirurgie Thoracique
14 - KOUASSI	Konan Bertin	O.R.L.
15 - LOKROU	Lohourignon A.	Endocrinologie
16 - MANZAN	Konan	Urologie
17 - MIGNONSIN	David	Anesthésie-Réanimation
18 - N'DRI-YOMAN	A. Thérèse	Hépto-Gastro-Entérologie
19 - N'GUESAN	Henri Alexandre	Chirurgie Générale
20 - NAMA-DIARRA	Alimata Jeanne	Santé Publique
21 - OUATTARA	Dilaï Noël	Imagerie Médicale
22 - OUEGNIN	Georges Armand	Urologie
23 - OULAI	Soumahoro	Pédiatrie
24 - SANOGO	Ibrahima	Hématologie
25 - SEKA	Assi Rémi	Imagerie Médicale
26 - SESS	Essagne Daniel	Biochimie
27 - TAGLIANTE-SARACINO	Chapman Janine	Santé Publique et Médecine Sociale
28 - TANAUH	Yves Raymond	Chirurgie Thoracique
29 - TOURE	Stanislas André	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
30 - TOURE-COULIBALY	Karidiata	Gynécologie-Obstétrique
31 - TOUTOU	Toussaint	Médecine Interne

12 - TURQUIN-TRAORE	Henri	Chirurgie Générale
13 - VARANGO	Guy Gaston	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
14 - YAPI	Achy	Pneumo-phtisiologie
15 - YAPOBI	Yves René	Anesthésie-Réanimation
16 - YOBOUJET-YAO	Pauline	Dermato-Vénéro-Allergologie

MAITRES ASSISTANTS

1 - ADINGRA-GROGA	Bada Nicole	Médecine Interne
2 - ADJOBI	Ello René	Gynécologie-Obstétrique
3 - ADJOUA	Rith Pascal	O.R.L.
4 - ADO-ADO-MENSAH	Marie Isabelle	Histo-Cyto-Embryologie
5 - AHNOUX	Ahnsanoux Antoine	Cancérologie
6 - AKA	Boussou Romain	Dermatologie-Vénérologie
7 - AKE	Evelyne	Cardiologie Pédiatrique
8 - AMON-DICK	Flore	Pédiatrie
9 - AMONKOU	Akpo	Anesthésie-Réanimation
10 - BANKOLE-SANI	Roumanatou	Chirurgie Pédiatrique
11 - BONI	Ehouman Serge	Gynécologie-Obstétrique
12 - COULIBALY	Mankan	Maladies Infectieuses et Tropicales
13 - CREZOIT	Greberet E.	Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale
14 - DICK	Kobinan Rufin	Chirurgie Pédiatrique
15 - DJANHAN	Yao	Gynécologie-obstétrique
16 - DJE	Koffi	Urologie
17 - DO REGO	Anicet	Pédiatrie
18 - FAL	Arame	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
19 - KAKOU	Aka Rigobert	Maladies Infectieuses

		et Tropicales
00 - KODJO	Richard	Gynécologie-Obstétrique
01 - KOFFI	N'Goran B.	Pneumo-phtisiologie
02 - KOUAKOU	Firmin	Gynécologie-Obstétrique
03 - KPLE-FAGET	Paul	Hématologie
04 - MALEOMBHO	Jean-Pierre	Chirurgie Orthopédique
05 - N'DHATZ-EBAGNITCHI	Méliane	Pneumo-phtisiologie
06 - N'DRI	N'guessan	Hépto-Gastro-Entérologie
07 - OREGA	Marc Euloge	Pédiatrie
08 - OUHON	Jean	Parasitologie
09 - PLO	Kouié Jeannot	Pédiatrie
10 - PRINCE	Agbodjan Adjété	Pédiatrie
11 - SEKA	Séka Joseph	Immunologie
12 - TANO	Amenan Laure	Gynécologie-Obstétrique
13 - TOURE	Managbè	Pédiatrie
14 - VILASCO	Brigitte Emma	Anesthésie-Réanimation
15 - YANGNI-ANGATE	Koffi Hervé	Chirurgie Cardiaque
16 - YAO	Toutoukpo	Hématologie
17 - YAVO	Jean-Claude	Pharmacologie Clinique

MAITRES ASSISTANTS MONO-APPARTENANTS

1 - N'KO	Marcel	Biochimie
----------	--------	-----------

ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE

- -	ADJORLOLO-SANOGO	Adjoua Christiane	Ophtalmologie
- -	ADONIS	Laurence Ya	Pédiatrie
- -	AGOH	Serge Antoine	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- -	AHNOUX-ZABSONRE	Agbatouhabeba	Ophtalmologie
- -	AISSI	Alain Germain	Gynécologie-Obstétrique
- -	AKA	Gblanh Kassy	Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale
- -	AKA-KOFFI	Viviane	O.R.L.
- -	AKAFFOU-ADJA	Evelyne	Pédiatrie-Néo-Natalogie
- -	AKANI	Ayé François	Neurologie
10 -	ANKOTCHE	Amos	Médecine Interne
11 -	ASSI AMONCHYEPO	Ablan B.	Neurologie
12 -	ATTIA	Koffi Alain	Hépto-Gastro-Entérologie
13 -	BAKASSA	Traoré	Chirurgie Cardiaque
14 -	BAMBA	Inza	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15 -	BASSA	Kouadio Modeste	Cardiologie
16 -	BINLIN-DADIE	A. Renée H.	Anesthésie-Réanimation
17 -	BOKOSSA-MAMBO	Ernestine	Gynécologie-Obstétrique
18 -	BONI	N'guessan R.	Neurochirurgie
19 -	BROUH	Yapo	Anesthésie-Réanimation
20 -	CASANELLI	D'Istria J. M.	Chirurgie Générale et Digestive
21 -	COULIBALY	Abou	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
22 -	COULIBALY	Bakary (Etranger)	Chirurgie Pédiatrique
23 -	COULIBALY	Adama	Chirurgie Générale et Digestive
24 -	COULIBALY-CAMARA	Ramata	Pédiatrie
25 -	COULIBALY-ZERBO	Férima	Pédiatrie

6 - DABOIKO	Félix	Rhumatologie
7 - DAGNAN	N'cho Simplicie	Santé Publique et Médecine Sociale
8 - DATIE	Ange Michel	Rééducation Fonctionnelle
9 - DIETH	Atafy Gaudens	Chirurgie Pédiatrique
10 - DIOMANDE	Abdoulaye	Stomatologie
11 - DOMOUA	Kouao Médard S.	Pneumo-phtisiologie
12 - DREESSEN	Alice Julienne	Anesthésie-Réanimation
13 - EBOULE-ABOA	Alloua Corinne	Cardiologie
14 - EHOLIE	Serge Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
15 - EHOUNO-U	Hyacinthe	Anesthésie-Réanimation
16 - EHUA-AMANGOUA	Evelyne Sylvia	Pédiatrie
17 - ELOIFLIN	Banga	Anesthésie-Réanimation
18 - ETI	Edmond	Rhumatologie
19 - ETTE-AKRE	Evelyne	O.R.L.
20 - ETTIEN	Félicien	Neurologie
21 - GBAZI	Gougou Casimir	Imagerie Médicale
22 - GBERI	Ildevert Patrice	Dermatologie-Vénérologie
23 - GOGOUA	Dallo R.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
24 - GONDO	Diomandé	Gynécologie-Obstétrique
25 - GUEDEGE	Félix S.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26 - KACOUCHIA	Niamké B.	O.R.L.
27 - KADIO	Richard M.	Chirurgie Plastique et Réparatrice
28 - KADJO	Kouamé	Médecine Interne
29 - KELI	Elie	Chirurgie Générale et Digestive
30 - KENDJA	Kouassi F.	Chirurgie Thoracique
31 - KODJO	Richard	Gynécologie-Obstétrique
32 - KODO	Michel	Chirurgie Orthopédique
33 - KOFFI	Eric Martin S.	Chirurgie Générale

4 - KOFFI	Konan Virgile	et Digestive Ophtalmologie
5 - KOFFI	Kouakou	Anesthésie-Réanimation
6 - KOFFI	Kouamé	Santé Publique et Médecine Sociale
7 - KOFFI	N'guessan	Santé Publique et Médecine Sociale
8 - KONAN	Alexis	Imagerie Médicale
9 - KONAN	Blé Rémy	Gynécologie-Obstétrique
10 - KONAN	Kouamé Paul G.	Urologie
11 - KONAN	Yao Lucien M.	Chirurgie Générale et Digestive
12 - KONAN-TOURE	Akissi Marie-Louise	Ophtalmologie
13 - KONE	Brahima	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
14 - KONE	Moumini	Hématologie
15 - KOSSOKO	Hyppolite	Chirurgie Plastique et Réparatrice
16 - KOUADIO	Koffi	Chirurgie Générale et Digestive
17 - KOUAME	Kouassi René	Anatomie Neurochirurgie
18 - KOUAME	Yao Julien	Chirurgie Générale et Digestive
19 - KOUYATE	Salif	Gynécologie-Obstétrique
20 - LOHOUES-KOUACOU	Marie Jeanne d'Arc	Médecine Interne
21 - N'DRI	Kouadio	Imagerie Médicale
22 - N'GBESSO	Roger Daniel	Imagerie Médicale
23 - N'GOAN	Anne-Marie	Imagerie Médicale
24 - N'GOM	Abdoukarim S.	Pneumo-phtisiologie
25 - N'GUESSAN-KOFFI	Isabelle Léa	O.R.L.
26 - N'ZI	Kouassi Paul	Imagerie Médicale
27 - NANDJUI	Mansé B.	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
28 - NIANGUE	N'dri Martine	Pédiatrie

89 - OUATTARA	Doignan	Médecine Interne
90 - OUATTARA	Ossénou	Chirurgie Pédiatrique
91 - OUEDRAOGO	Yolafde	Médecine Interne
92 - QUENUM	Guillaume David C.	Gynécologie-Obstétrique
93 - SENI	Konan	Gynécologie-Obstétrique
94 - SISSOKO	Souleymane J.	Anesthésie-Réanimation
95 - SONAN	Affoundah Thérè. A.	Neurologie
96 - SORO-KONE	Mariam	Pédiatrie
97 - SORO	Lacina	Anesthésie-Réanimation
98 - TANON	Bla Marie J.	O.R.L.
99 - TETCHI	Yavo Denis	Anesthésie-Réanimation
100 - TOTO	Amani	Nutrition
101 - TRAORE	Fasseli	Pneumo-phtisiologie
102 - VARLET	Guy Gervais Aka	Neurochirurgie
103 - YAO	Blaise	Urologie
104 - YAPI	Chia Paulette	Neurologie
105 - YAPO	Patrice	Chirurgie Générale et Digestive
106 - YAPO-AEVOUELIE	Kouassi Florence	Cardiologie
107 - YEBOUE-KOUAME	Brou Yves	Médecine du travail
108 - YENON	Kacou Sébastien	Chirurgie Générale et Digestive
109 - YEO	Ténéna	Anesthésie-Réanimation
110 - YOFFOU-ANDRE	Liliane	Ophtalmologie

ASSISTANTS-CHEFS DE BIOCLINIQUE

- ACHY	Ossey Bertin	Biophysique
- ADOU-BRYN	Koffi Daho	Parasitologie
- AKA	Joseph	Biosta-Informatique Médicale
- BOKA	Boni Michel	Anatomie Pathologique

9 - CISSE-CAMARA	Massara	Biochimie
10 - DAUBREY-POTÉY	Thérèse C.	Pharmacologie-Clinique
11 - DJESSOU	Sossé Prosper	Biochimie
12 - ETTE-DIENG	Elisabeth	Anatomie Pathologique
13 - GOTTA	Sery Fréjus	Anatomie
14 - KACOU-NDOUBA	Adèle	Bactériologie-Virologie
15 - KAKOU	Konan Médard	Anatomie Neurochirurgie
16 - KOFFI	Kouakou	Anatomie Pathologique
17 - OUATTARA	Souhalio	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
18 - SAKHO	Sidi Samba	Hist-Cyto-Embryologie
19 - SYLLA-KOKO	Fatoumata	Bactériologie-Virologie
20 - TRE-YAVO	Mireille	Histo-Cyto-Embryologie
21 - TUO	Nalourgo	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
22 - YAPO-CREZOIT	Chiayé Claire	Immunologie
23 - YAPO-ETTE	Hélène A.	Médecine Légale



**DEDICACES**

*Je dédie cette thèse ...*

## *A MON PERE, AMI*

*Cher père, très tôt tu as compris la nécessité de la chose scolaire et à tous tes enfants, tu as, indiqué le chemin de l'école. Mais malheureusement beaucoup se sont arrêtés en cours de route.*

*Moi, j'ai pu accéder là où tu souhaitais que tous tes enfants arrivent. Tu as toujours approuvé et encouragé mon choix d'exercer la médecine. Alors permets-moi cher ami, de te dire merci, oui merci du fond du coeur pour la confiance que tu as toujours eu en moi, et cela depuis ma plus tendre enfance. Mais surtout pour ton amitié riche d'humour et de générosité.*

*Cette oeuvre est donc totalement la tienne.*

*Qu'elle t'apporte joie, profond soulagement et consolation.*

## *A MA MERE*

Brave mère, tu as toujours été soucieuse du devenir de tes enfants.

Malgré mes caprices, tu n'as jamais cessé de me porter dans ton coeur.

Je sais que tu es très heureuse aujourd'hui et je voudrais tant que ce modeste travail qui est aussi le tien puisse compenser toutes ces longues années de sacrifices que tu as consenties pour tes enfants. Sois fière de tes enfants.

Que le Seigneur te bénisse.

A tous les deux, chers parents, je demande au Tout Puissant de vous garder encore longtemps parmi nous.

IN MEMORIUM  
A MES PARENTS DEFUNTS

FEU TANTE SEMI SUZANNE « maman »  
FEU BLEGOLE ZIBIKOU dit « ADJAWANNE »  
FEU MAZIE ALBERT « tonton »

Chers parents, voici enfin le grand jour et malheureusement vous ne serez pas des nôtres car, cela fait déjà quelques années que vous avez été arrachés cruellement à notre affection. Tout au long de ce travail, j'ai eu des yeux plein de larmes.

Chers parents, vous ne serez point une étoile filante car vous êtes immortels comme l'amour, comme le soleil qui renaît chaque jour.

Aussi pour moi vous demeurez toujours puisque votre mémoire restera à jamais gravée dans mon cœur.

Par la grâce de l'Eternel, reposez en paix et que la terre vous soit légère.

**A MES ONCLES ET TANTES**

En particuliers :

AKA DJEDJE LOPEZ

Le « seul blé » qui donne des grains à toute la famille GOUEPA a Sahiété. Ta bonté est immense. Je te dédie cette thèse pour tout ce que tu as fait, tu continues de faire et je suis certains que tu feras encore pour moi.

Puisse l'Eternel te garder encore longtemps pour le bien de cette famille.

A toi mon « Père » DIMIZO ROBERT

Toute ma reconnaissance pour l'affection et le soutien que tu m'as donnés. Sache que toute la famille t'admire et te souhaite beaucoup de courage. Que le Seigneur te donne sa grâce.

### **A MES FRERES ET SOEURS**

*Jean, Jeannette, Michel, Brigitte, Roger, Albertine, Marcel, Léontine, Mathieu, Véronique, Hubert, Jeanne d'Arc, ce travail est aussi le votre.*

*Je voudrais seulement que vous vous montriez plus acharnés au travail afin de gagner honorablement votre place dans cette société où la vie n'est déjà pas facile.*

*Je vous adore tous.*

### **A MES COUSINES CHERIES**

*Maître KONE OBRE SIMONE et DJEDJE HENRIETTE*

*Mes sincères remerciements pour tous les sacrifices que vous avez consentis pour moi.*

*Que le Seigneur vous bénisse.*

## A MES COUSINS ET COUSINES

En occurrence :

DJEDJE JEAN

YORO JEAN

DJEDJE COLOMBE

DOUZA REMI

LAHON ALBERTINE

OKOU GEORGETTE

ZABA CLARISSE

Vous avez été toujours disponible chaque fois que je vous ai sollicité.

Vos conseils m'ont été très utiles.

Je vous dédie cette thèse pour vous exprimer mon profond attachement.

### A MON BEAUFREERE ARZOUMA DJIMMY

Tu es d'un calme et d'une gentillesse inestimable, bien plus qu'un beau, tu es pour moi un grand-frère.

J'aurai tant aimé te ressembler mais hélas...

Ce travail est aussi le tien, que ALLAH t'accorde la longévité.

### A MES NEVEUX ET NIECES

Que ce travail soit pour vous un exemple de courage, de persévérance.

## **A MON AMI ET FRERE DAKAUD K. JOSEPH**

Tu es d'une bonté et d'une disponibilité légendaire.

Ton soutien m'a été précieux dans l'élaboration de ce travail qui est aussi ton oeuvre.

Permetts-moi de te l'offrir, gage de mon affection.

## **A MES AMIS SOW KOUAME ET ASSE KOUADIO VINCENT**

Nous avons passé des moments agréables.

Que nos liens d'amitié ne se brisent jamais et deviennent éternels.

## **A LA FAMILLE GUEPA**

Pour une famille unie.

## **A TOUS LES DEFUNTS DE LA GRANDE FAMILLE**

Reposez en paix.



## **A Mademoiselle REBECCA NICOLE ADJA**

Tu as été pour moi d'un apport inestimable,  
Ton courage et ta disponibilité m'ont permis  
d'élaborer ce travail qui est le couronnement  
de mes études.

Permetts-moi de te l'offrir, gage de mon affection.

Merci pour tout, que le Seigneur guide tes pas  
et qu'il t'accorde un merveilleux époux.

## **A MES AMIS**

TAGO VABIE

KOUADIO N'DRI SERGE

GOLI ALFRED

NIGUE LUC

KACOU WAN-YOUG

DATTIE BERTIN

YA PASCAL

OKPO BONIFACE

BOB LITHIE

MANOUA NOGBOU J.M

KOUADIO KOFFI LAMBERT

DJEDJE DANIEL.

Plus que des amis, vous êtes mes frères.

Je sais qu'à tout moment je peux compter sur vous.

Continuons de vivre ainsi dans cette sincère amitié.

**A MON MAITRE ET CO-DIRECTEUR  
DE THESE DOCTEUR YAPO PATRICE**

Ton dynamisme, ton courage,  
ton ardeur au travail et ta rigueur scientifique,  
ont été déterminants dans l'élaboration de ce travail  
qui est aussi le tien.

Permetts-moi de te l'offrir.

Toute ma reconnaissance et mon affection.

**A MES CAMARADES (PROMOTIONNAIRES ET INTERNES)**

Je ne vous oublierai pas.

**NOS  
REMERCIEMENTS**

*A tous ceux qui de près ou de loin  
m'ont aidé à me hisser à ce niveau  
de ma profession, encore une fois que l'Eternel vous bénisse.*

***Aux Professeurs***

YAO DJE CHRISTOPHE  
DJEDJE MADI  
OUEGNIN ARMAND  
MANZAN

Pour avoir fait preuve de sollicitude et de disponibilité à mon égard lors de mon passage dans votre service.

***Aux Docteurs***

KELI ELI  
CASANELLI J.M  
KOUASSI DANIEL  
DIANE B.  
MOUSSA BAKARY  
SIDIBE ALAIN  
COULIBALY NOEL  
TRAORE LOSSENI  
OLLET LAZARE  
MIEZAN EGNANKOU  
ASSEBIAN CHRISTIAN  
LATTES JEAN-LOUIS  
ANOMA SERGE ARTHUR  
NANDIOLO ROSE  
WAWAYOU BRIGITTE

Pour votre collaboration.

***Aux malades***

Merci pour tout.

***A tout le personnel de la clinique chirurgicale 3ème étage***

Pour votre étroite collaboration

***A tout le personnel des urgences chirurgicales, du bloc opératoire, de la Chirurgie I et de la Chirurgie II***

Pour votre sollicitude.

***A tout le personnel de la Nouvelle Clinique du Belvedere***

Auquel nous restons attaché.

***A tout le personnel de la clinique médicale Trade Center***

Pour votre disponibilité.

***A tout le personnel du service d'Urologie du C.H.U de Cocody***

Pour votre aide inestimable.

***A tous ceux qui auraient été oubliés par inadvertance.***

**A NOS MAITRES  
ET JUGES**

A nos éminents MAITRES,  
qui ont accepté de juger notre travail,  
nous sollicitons votre indulgence.

MERCI.



**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY**  
**MONSIEUR LE PROFESSEUR LUCIEN CORNET**

- *Professeur titulaire de Chirurgie générale*
- *Membre de l'Académie Française de Chirurgie*
- *Officier de la Légion d'Honneur Française*
- *Officier de l'Ordre National du Mérite Français*
- *Officier des Palmes Académiques*
- *Médaille d'argent du service des Armées*
- *Commandeur de l'Ordre National de la Santé Publique de Côte d'Ivoire*
- *Commandeur de l'Ordre de l'Education Nationale de Côte d'Ivoire*
- *Professeur Emérite de l'Université Nationale de Côte d'Ivoire*

*Nous n'avons pas eu le privilège de travailler longtemps à vos côtés. Mais à travers votre enseignement à la faculté, nous avons découvert en vous le Professeur ouvert, simple, aux immenses qualités humaines.*

*Et vous êtes un grand homme, un Universitaire de classe exceptionnelle.*

*Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre profonde admiration.*

## A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

**Monsieur le Professeur Agrégé N'GUESSAN Henri-Alexandre**

- Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Générale
- Chef de Service de Chirurgie Digestive et endocrinienne du C.H.U de Treichville
- Président du Club Chirurgical Bordeaux Wilson Afrique
- Membre de l'Association Française de Chirurgie
- Membre du Comité National Scientifique
- Membre de l'Académie Française de Chirurgie
- Vice Président de l'Association Ivoirienne de Chirurgie
- Président du GIEMTHY (Groupe Ivoirien pour l'Etude des Maladies de la Thyroïde)

*Votre aisance chirurgicale, votre grande expérience clinique, l'ampleur de votre culture font de vous l'un des Maîtres les plus appréciés de notre Faculté.*

*Votre présence à l'Académie Française de chirurgie n'est que le reflet de votre savoir faire et vous faites ainsi la fierté de toute la Nation Ivoirienne.*

*Tous ceux qui vous connaissent et qui vous ont approché sont frappés par votre simplicité et votre humilité. Toute notre reconnaissance pour l'intérêt constant que vous avez quotidiennement porté à notre travail. Votre entière disponibilité à notre égard, l'indéfectible support moral et l'affection paternelle dont vous ne cessez de nous entourer, témoignent de votre grand humanisme.*

*Nous voudrions relever ici la note personnelle que vous avez apportée à l'orientation de notre carrière. Veuillez trouver ici, cher Maître l'expression de toute notre admiration et de notre profond respect.*

*Puisse cet ouvrage se hisser à la hauteur de votre espérance et par la même occasion traduire l'expression d'une reconnaissance infinie.*

*Que le tout Puissant veille sur vous.*

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Monsieur Le Professeur ABBY BLAGUET CLEMENT**

- *Maître de Conférences agrégé de Radiologie*
- *Chef de service de Radiologie du CHU de Cocody*

*Votre bonne humeur, votre entière disponibilité et votre simplicité ont suscité notre admiration.*

*Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.*

A NOTRE MAITRE ET JUGÉ

**Monsieur Le Professeur Agrégé ADOM AHOUSI HILAIRE**

- *Maitre de conférence agrégé de Médecine Interne*

*Modèle de courtoisie, de simplicité et de cordialité, vous savez mettre à l'aise ceux qui vous approche.*

*Ce comportement est une leçon nécessaire à notre carrière.*

*Vous avez accepté spontanément de juger notre travail. Soyez en remercier.*

**INTERET DE LA CHIRURGIE DANS LE  
TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION  
OPINIATRE DE L'ADULTE**

**EXPERIENCE DE 11 CAS DE  
DOLICHOMEGACOLONS OPERES**

# SOMMAIRE

	<u>PAGES</u>
<u>INTRODUCTION</u> .....	1
I) <u>GENERALITES</u> .....	3
- Historique.....	4
- Considérations - Anatomo-Radiologiques.....	7
- Etiopathogéniques.....	11
- Cliniques.....	14
- Thérapeutiques.....	20
II) <u>NOTRE TRAVAIL</u> .....	27
II-1 Méthodes .....	28
II-2 Observations.....	32
II-3 Analyse.....	56
III) <u>DISCUSSIONS</u> .....	67
III-1 Comparaisons avec la littérature.....	68
III-2 La place de la chirurgie dans le traitement de la constipation opiniâtre de l'adulte.....	77
<u>CONCLUSION</u> .....	81
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	83

# INTRODUCTION

Le terme constipation opiniâtre s'applique à un trouble fonctionnel. Elle se traduit par l'émission de moins de 3 selles par semaine ou par un écart de temps entre chaque selle d'au moins 4 jours.

Une telle définition, bien que arbitraire, est nécessaire en raison du caractère très subjectif de la notion de constipation dans la population.

La constipation opiniâtre est une véritable infirmité faisant errer le patient de guérisseur en guérisseur, de médecin en médecin, traînant avec lui un dossier médical impressionnant par son épaisseur, témoin infailible d'une psycho-somatization poussée à un degré élevé.

L'étiologie de la constipation opiniâtre de l'adulte est dominée par le dolichomégacolon. Selon J. POISSON (87), exception faite de certaines entités comme la maladie de HIRSCHSPRUNG où le rôle de la chirurgie n'est pas contesté, l'approche thérapeutique de la constipation a surtout été de nature médicale jusqu'à présent.

Les résultats souvent décevants des attitudes non interventionnistes d'une part, et les conséquences désastreuses d'une attitude chirurgicale à outrance d'autre part, devraient nous orienter vers la recherche de solution chirurgicale mais en proposant des procédures chirurgicales sûres basées sur une sélection rigoureuse de ces malades qui ont le plus souvent perdu toute confiance dans les prescriptions médicales et diététiques. Ils ont en effet tout essayé, et c'est avec un ultime espoir de guérison qu'ils acceptent la sanction chirurgicale salvatrice.

Notre travail se propose à travers 11 cas de dolichomégacolon colligiés dans les 2 services de chirurgie générale et digestive du CHU de Treichville d'Abidjan sur une période de 7 ans (Novembre 1988 à Novembre 1995) de préciser la place de la chirurgie dans le traitement des dolichomégacôlons pathologiques primitifs de l'adulte responsables de constipation opiniatre. Notre travail exclut par conséquent la maladie de HIRSCHSPRUNG qui réalise un dolichomégacolon secondaire.



# **GENERALITES**

## **I-1 HISTORIQUE**

Le DUC de SAINT SIMON fut le premier à décrire un excès de longueur et de volume du côlon. Par la suite FLEISCHMAN en 1815 a fait état des anomalies coliques. WALTHER quant à lui rapporta en 1888 un cas de côlon pelvien long de 70 centimètres. Ce n'est qu'en 1914 avec l'introduction des produits d'opacification radiologique que l'on a pu étudier de façon précise les anomalies morphologiques du côlon. Se basant sur une série de lavements barytés, LARDENOIS et AMBOURG ont proposé dans cette même période, le terme de dolichocôlon pour désigner l'allongement du côlon par opposition au mégacôlon ou dilatation du côlon.

Dès lors, BECHERE en 1923, SLESSINGER en 1926, KANTOR en 1929, LARDENOIS et LOMON en 1932 multiplient leurs travaux pour essayer de déterminer les limites du dolichocôlon et d'en connaître les signes cliniques. Mais l'entreprise est difficile du fait de la complexité du sujet. En effet :

- le dolichocôlon est dépourvu d'une estampille anatomique sûre et de franchise clinique (LAURENCE),
- le dolichomégacôlon où coexiste allongement et dilatation partage aussi le caractère ambigü du dolichocôlon,

Le dolichomégacôlon est l'une des principales causes de constipation opiniâtre chez l'adulte. Du fait de la longueur excessive et du calibre dilaté, il allonge ainsi le temps du transit qui sera aggravé par l'existence d'une perturbation fonctionnelle de l'activité motrice du cadre colique à type d'hypomotricité propulsive et d'hypermotricité segmentaire caractérisant la constipation de transit.

La notion de colectomie pour traitement de la constipation, a été introduite il y a presque un siècle en 1908 aux Etats Unis par Monsieur ARBUTHNOT W. LANE qui préconisait la colectomie totale avec anastomose iléorectale dans plusieurs maladies, y compris la condition ou syndrome appelé « stase intestinale chronique ».

Faute d'indications valables basées sur la physiopathologie de la constipation, cette chirurgie a été frappée de discrédit.

En 1968 grâce au développement des méthodes permettant l'étude du transit colique et de la fonction de défécation, la résection colique dans certains cas de constipations graves est redevenue licite. (72)

Cependant, il convient de souligner que l'incidence globale de la colectomie pour constipation demeure faible.

HUGHES(42) au cours d'une trentaine d'années pendant lesquelles il a fait plus de 2.000 colectomies pour cancer, n'a pratiqué que 27 colectomies pour constipation.

En Côte d'Ivoire, en revanche sur une période de 5 ans de 1971 à 1976, KEBE et collaborateurs ont pratiqué 42 colectomies pour constipation sévère.

Depuis les indications de colectomie pour constipation sévère ont diminué au point d'être contestées par les médecins et gastroentérologues. Néanmoins, l'échec du traitement médical dans certains cas a reposé fortement la question de la place de la chirurgie dans le traitement de la constipation opiniâtre.

**I-2    CONSIDERATIONS  
ANATOMO-  
RADIOLOGIQUES**

Deux critères, l'un anatomique et l'autre physiologique caractérisent le mégadolichocôlon à savoir l'allongement excessif du côlon en totalité ou de l'un de ses segments avec augmentation de son calibre pour le premier critère et la constipation qui en résulte pour le second critère. En ce qui concerne le critère anatomique, il existe normalement des variations de longueur des différents segments coliques comme en témoigne le tableau n°1.

**TABLEAU N° 1**      **DIMENSIONS DES DIFFERENTS  
SEGMENTS COLIQUES A  
TRAVERS QUELQUES  
OUVRAGES D'ANATOMIE  
HUMAINE (51)**

Auteurs	Total (en cm)	Coeco-Colon ascendant	Colon Transverse	Colon descendant	Sigmoïde
Rouvière	150	14-21	48-80	12	40
Grégoire Oberlin	170	14-21	35-100	20-25	45-80
Beloq	120	16-18	50	14	45-50
Poirier Nicolas	160	16-18	50	14	34-40
Charpy Testut	140-180	18-20	50-60	14	50-60

-9-

La très grande variation de longueur constatée, s'explique par le fait que les mensurations ont été effectuées sur des cadavres, donc sur un côlon devenu hypotonique et distendu par les matières. Cependant, les auteurs s'accordent à dire que le côlon normal varie de 150 à 250 centimètres.(41)

Le lavement opaque est l'examen essentiel permettant de porter le diagnostic de dolichomégacôlon. En France, le seul produit utilisé pour le double contraste reste le Micropaque, soit sous forme de suspension préparée, soit sous forme de poudre à diluer en extemporané.

Une hypotonie est parfois nécessaire au cours d'un lavement baryté. Elle peut être réalisée par administration d'antispasmodiques ou de glucagon.

En pratique, ces produits sont utilisés dans deux circonstances différentes :

- il faut obtenir une hypotonie modérée : les antispasmodiques sont alors administrés per os, environ un quart d'heure avant l'examen ;

- la nécessité d'une hypotonie importante apparaît au cours de l'examen (spasme persistant par exemple) : on a alors recours, soit au glucagon intraveineux (une demi-ampoule), soit à la Viscéralgine\* intraveineuse (deux ampoules).

Un lavement baryté effectué sur un côlon mal préparé est un examen coûteux et inutile. Une règle est absolue : tout examen de mauvaise qualité (notamment parce que la préparation est insuffisante) doit être refait.

La préparation utilise trois moyens : le régime sans résidus, les purgatifs, le lavement évacuateur à l'eau. Leur association donne les meilleurs résultats mais, dans un but d'allègement, certaines préparations ne retiennent que deux de ces moyens.

Dans notre région, la préparation préconisée est la suivante : deux jours avant l'examen :

sont interdits : légumes, pommes de terre, salade, fruits, pain, attiéké, riz, foutou, pâtisserie, laitage, boissons gazeuses.

Ces produits ont comme point commun leur non-digestibilité.

sont autorisés :

*petit déjeuner* : café sans lait, thé, jus de fruits, biscottes, oeufs durs.

Boire beaucoup d'eau ;

*déjeuner* : bouillon de légumes, viande maigre ou grillée, poulet braisé ou grillé, poisson maigre, tô, placali (en petite quantité).

Boire beaucoup d'eau.

Faire tous les soirs : un lavement évacuateur à l'eau tiède additionnée de deux cuillères à soupe d'huile de table.

La veille de l'examen : en plus du régime pauvre en résidus prendre deux sachets de séné (X-prep\*) dilués dans un demi-verre d'eau avant de se coucher.

Le jour de l'examen : se présenter à jeûn ou bien prendre une tasse de thé ou de café sans lait.

Il est indispensable que ce régime soit respecté, la qualité de l'examen en dépend.

**N.B** : les diabétiques sous insuline consommeront davantage de biscotte et de fromage.

Au cours de la réalisation de cet examen, il est souhaitable que soient observées et appréciées certaines notions concernant :

- la pression et la rapidité d'injection ;
- le minutage et l'appréciation volumétrique du remplissage progressif ;



- l'appréciation de souplesse et de tonicité des parois coliques (97).

De plus les incidences doivent être variées et la progression de l'index baryté doit être suivie sur l'écran. Le lavement baryté objective l'allongement pathologique segmentaire ou généralisé par des boucles ou coudures anormales persistant même après évacuation. Par ailleurs, il renseigne sur la valeur fonctionnelle des parois intestinales qui peuvent être le siège de colites aux images radiologiques multiples et variées telles que :

- . la disparition des haustrations coliques ;
- . la disparition du liséré de sécurité avec crénelure, spicules ou dentelures des bords ;
- . le flou des contours, les doubles contours ;
- . l'aspect marécageux des parois ;
- . les spasmes étagés.

La quantité de liquide baryté nécessaire au remplissage des différents segments coliques doit être notée avec soin, car elle est un élément de valeur dans l'interprétation des clichés.

HOLLENDER (40) propose :

Pour :

- le sigmoïde 150-500cc ;
  - le sigmoïde, le descendant 250 à 750cc ;
  - le sigmoïde, le descendant et le transverse 500 à 1500cc ;
- l'ensemble du cadre colique 2000 à 2500cc.

Les valeurs supérieures à ces chiffres sont pathologiques. Il considère comme normal les dimensions de projection radiologiques suivantes :

Pour :

- le côlon pelvien : 50 à 60 cm ;
- le côlon descendant 20 à 25 cm ;
- le côlon transverse 40 à 50 cm ;
- le côlon ascendant 20 à 30 cm.

Au delà de ces chiffres, on peut parler de dolichocôlon.

On peut se rendre compte que la définition du dolichomégacôlon est imprécise voire même controversée. Compte tenu des variations importantes de ses limites, il est parfois difficile d'effectuer des comparaisons objectives entre différents travaux.

Nous pensons qu'on peut s'en tenir aux dimensions proposées par HOLLENDER pour accorder les points de vue entre radiologues, médecins et chirurgiens.

**I-3      CONSIDERATIONS ETIO  
            PATHOGENIQUES**

La pathogénie du dolichomégacôlon en dehors de la maladie de HIRSCHSPRUNG n'est pas encore élucidée.

La théorie de l'origine congénitale repose sur le fait que chez le tout jeune enfant, le dolichocôlon est un état anatomique normal, dont la persistance chez l'adulte serait un signe d'infantilisme. D'autre part, le dolichomégacôlon prend volontiers une allure familiale et héréditaire caractérisée par une anomalie de fixation et de croissance des mésos.

La théorie de l'origine acquise s'ordonne autour de la notion de dysharmonie neurovégétative secondaire :

- à des lésions nerveuses : lésions des plexus myentériques, lésions des ganglions sympathiques, encéphalopathies diverses ;
- à des troubles endocriniennes : hypothyroïdie (38) insuffisance hypophysaire ;
- à des habitudes alimentaires :
  - . alimentation trop riche en cellulose crue qui entraînerait une quantité énorme de selles dont le poids créerait un allongement des mésocôlons et une stase favorable au développement de l'infection ;
  - . avitaminose B1 ;
- aux infections : qui lèsent les cellules intramurales et les ganglions myentériques.

Arrêtons-nous quelques instants sur les habitudes alimentaires et les infections qui prennent une importance toute particulière en Afrique.

Les traditions alimentaires de nos populations se singularisent par un excès de glucides et de lipides. Les glucides tels qu'ils sont livrés à la consommation, fournissent, soit une trop grande quantité de cellulose non résorbable (riz, mil, maïs, blé, sorgho), soit un excès glucidique non attaqué par les ferments digestifs. La digestion s'en trouve donc ralentie.

Les déchets considérablement augmentés de volume s'accumulent et le distendent. Les lipides, par leur abondance, leur nature végétale et leur mode de préparation en général cuisson trop prolongée, inhibent les sucs digestifs et entraînent un ralentissement du transit.

La stase stercorale se développe dans un côlon bourré de déchets glucidiques, favorise la pullulation de la flore bactérienne in situ ou apportée par les lavements médicamenteux fréquents en Côte d'Ivoire.

La colite s'installe alors et se répétant, laisse des lésions scléro-inflammatoires au niveau des plexus myentériques. Ces lésions nerveuses entraînent un trouble du fonctionnement de l'appareil neuro-musculaire, cette dystonie neurovégétative se traduisant soit par :

- une hypersympathicotonie (le sympathique est inhibiteur des fonctions motrices et sécrétoires) avec contracture des zones sphinctériennes, inhibition du péristaltisme et relâchement du tonus musculaire ; ou
- une hypopara sympathicotonie (le para sympathique est excitomoteur) ou une diminution du tonus vagal.

En conclusion, dans la genèse du dolichomégacôlon, nous retenons avec SPAY (101) « une prédisposition anatomique développée par des facteurs adjuvants » à l'incidence myo-neurogénique, qui font du dolichomégacôlon latent, un dolichomagacôlon cliniquement parlant.

**I-4**

**CONSIDERATIONS  
CLINIQUES**

## CLINIQUES

Les circonstances de découverte de dolichomégacôlon sont le plus souvent univoques. Le malade se présente dans le tableau décrit par CHIRAY et comprenant : constipation, ballonnement abdominal et crises douloureuses.

L'évolution du dolichomégacôlon est généralement longue et s'étale sur une dizaine d'année. HUTET(43) distingue trois périodes :

- une période de latence,
- une période de début,
- une période d'état.

a) une première période dite de latence dont l'existence est discutable car les sujets dolichomégacoliques naissent généralement constipés ;

b) une deuxième période correspondant à la phase de début dite de tolérance où habituellement est découvert le dolichomégacôlon : CHIRAY en décrit le tableau clinique typique, associant :

### La constipation

Symptôme révélateur qui de nos jours devrait bénéficier d'un bilan complet incluant : un interrogatoire minutieux mené avec patience, un examen physique complet comprenant un examen de l'abdomen, un examen proctologique et périnéal dont le temps essentiel est représenté par les touchers pelviens. L'examen clinique sera complété par le lavement baryté standard ou mieux à double contraste, la rectosigmoïdoscopie ou la colonoscopie, la manométrie anorectale et le transit aux marqueurs radio-opaques.

Au début de la maladie, la constipation est intermittente, puis permanente pouvant durer 3 à 4 jours, sensible de moins en moins à l'action des laxatifs habituels.

### Le ballonnement abdominal

Il n'est pas toujours présent, mais quand il existe, il réalise le tableau d'un léger météorisme diffus ou localisé à l'épigastre, volontiers post-prandial, soulagé par l'émission des gaz. L'aérocolie en est la traduction radiologique.

## Les douleurs abdominales

Ce sont des douleurs de types coliques, siégeant sur le trajet du cadre colique, à topographie assez fixe : fosse iliaque droite « en ceinture » ou « en barre épigastrique » ou la fosse iliaque gauche réalisant alors une épreinte sigmoïdienne. L'intensité en est variable, allant de la tension douloureuse aux véritables coups de poignard atroces, syncopales, se résolvant dans un borborygme suivi d'une émission de gaz ou d'une débâcle diarrhéique fétide.

c) Une troisième période dite de déséquilibre correspondant à la période d'état. Elle est marquée par la survenue de troubles, conséquences de la colite qui se surajoute.

Ces troubles sont :

- l'accentuation de la constipation qui devient extrême, opiniâtre plus de 5 jours sans selles. Les laxatifs habituels sont inefficaces, la constipation s'accompagne de céphalées, vertiges, de palpitations ;

- le ballonnement, toujours marqué, considérable dans certains cas, accentué en fin de journée ;

- la crise douloureuse de subocclusion ; elle est très caractéristique. Le début est brutal, survenant sur une constipation de plusieurs jours avec météorisme. La crise est formée de douleurs coliques intenses qui se succèdent, siégeant à gauche ou au milieu de l'abdomen, tordant le malade en deux ou en le faisant se rouler, accompagnée de nausées, voire de vomissements.

Mais les gaz ne sont pas complètement bloqués, après quelques heures parfois après deux jours, la crise cède souvent après un lavement par l'émission de gaz et d'une selle volumineuse.

Cette crise peut se répéter à intervalles très variables d'années, de mois ou de jours. La crise douloureuse de subocclusion, représente l'élément majeur dans la décision du traitement chirurgical ;

- la colite, caractérisée par des selles mal formées, des alternances de diarrhée et de constipation, ou une fausse diarrhée continue avec émission de glaire évoluant dans un tableau douloureux et fébrile. La douleur colitique, fixée sur la même région, pour le même malade, prend l'allure d'un point ou de brûlure. Elle est chronique, durable soit continue, soit périodique, le soir, la nuit, au petit matin, (c'est l'intestin réveille-matin).



## FORMES CLINIQUES

Elles sont extrêmement nombreuses, car la prédominance de certains symptômes peut imprimer un aspect particulier au dolichomégacôlon. C'est ainsi qu'on décrit :

- des formes dyspeptiques se traduisant par des difficultés digestives, de l'anorexie, des nausées, une fétidité de l'haleine ;
- les formes pseudo-ulcéreuses réalisant des épigastralgies plus ou moins rythmées par les repas mais sans périodicité.

Cependant, SEROR (97) signale l'association fréquente (11/38) de l'ulcère duodénal au dolichomégacôlon.

- des formes entéro-renales avec douleurs lombaires, cystites à répétition, orchite ou prostatite ;
- des formes pseudo-appendiculaires ou pseudo-hépto-vésiculaires avec subictère ;
- des formes trompeuses faites de troubles respiratoires (dyspnée d'effort, douleurs thoraciques), des troubles cardiaques (palpitations, douleurs pseudo-angineuses, lipothymies), des troubles psychiques à tonalité dépressive.

Devant une symptomatologie aussi polymorphe, un examen clinique minutieux comportant surtout un toucher rectal qui éliminera une lésion tumorale appuyé par des explorations radiologiques et histologiques qui s'attacheront à rechercher l'existence d'une autre lésion (gastro-duodénale, hépatique ou vésiculaire) associée.

L'affirmation du diagnostic du dolichomégacôlon revient au lavement baryté pratiqué dans les conditions que nous avons déjà évoquées. Il permet également d'éliminer une lésion tumorale associée.

## Evolution

Il existe des facteurs aggravants favorisant la survenue des complications.

### Les facteurs aggravants

Les facteurs aggravants du dolichomégacôlon surviennent à la période de déséquilibre ; ils ont une origine à la fois mécanique, inflammatoire et psychique :

La colite (déjà décrite) peut évoluer sur le mode aigu vers l'abcédation périodique réalisant le tableau d'une péritonite cloisonnée. Mais le plus souvent elle prend une allure chronique entraînant une périviscérite et une mésocolite rétractile. Cette mésocolite rétractile, cause des douleurs permanentes et localisées rétrécit le pied de l'anse, accentuant ainsi sa tendance au volvulus ;

◊ la crise subocclusive traduit une torsion incomplète, en général du sigmoïde, spontanément résolutive.

De colite en colite et de subocclusion en subocclusion, l'état général du sujet se dégrade avec asthénie, amaigrissement et souvent un retentissement psychique dépressif.

### Les complications

La seule vraie complication du dolichomégacôlon est le volvulus, redoutable par son pronostic.

La longueur de l'anse et de son méso dont le pied est rétréci par une mésocolite rétractile, favorisent la torsion par une sorte de capotage de l'anse autour de la racine de son méso. C'est alors le drame : brutalement, le malade ressent une vive douleur dans la fosse iliaque gauche accompagnée de nausées, rarement de vomissements et d'un arrêt des gaz.

L'examen clinique constate :

- l'absence de mouvements péristaltiques ;

- le ballonnement tympanique, oblique, ovalaire de VON WAHL qui correspond à un météorisme asymétrique de résistance élastique à la palpation. Une ampoule rectale vide au toucher rectal.

La radiographie de l'abdomen sans préparation, pratiquée en urgence visualise une anse volumineuse distendue en arceau, avec parfois à son pied la présence de deux niveaux liquides (image classique en arceau à double jambage). Devant un tel tableau, l'intervention chirurgicale s'impose de toute urgence.

KEBE (51) citant CARNOT rapporte une complication exceptionnelle du dolichomégacôlon : l'invagination colo-colique et plus particulièrement sigmoïdo-sigmoïdienne avec prolapsus du boudin d'invagination à l'anus.

Un cas de rupture spontanée de la jonction recto-sigmoïdienne, complication rare des constipations chroniques a été évoqué par DEVRET (26).

**I-5    CONSIDERATIONS  
THERAPEUTIQUES**

Le traitement du dolichomégacôlon responsable d'une constipation opiniâtre comprend deux volets :

- le traitement médical ;
- le traitement chirurgical.

## **I) LE TRAITEMENT MEDICAL**

### **A) Les mesures hygiéno-diététiques**

C'est par cela qu'il faut commencer. Le régime est l'élément essentiel. Il vise à supprimer de l'alimentation tout ce qui peut favoriser la formation des gaz intestinaux et celle des déchets celluloseux en trop grande quantité.

Les aliments visés sont les suivants, :

- les féculents (farine, pomme de terre, haricots, riz, pâtes, bananes, manioc, ignames etc.) ;
- les épices, les aliments fermentés et fumés ;
- les graisses cuites ;

Le régime recommande en revanche :

- les albuminoïdes ;
- les graisses simples (beurre, huile d'olive) ;
- les viandes domestiques ;
- le poisson ;
- les légumes verts très cuits ;
- les fruits non farineux.

Par ailleurs, l'alcool et le tabac sont proscrits. Les agents physiques : gymnastique, infra-rouge, électrothérapie peuvent être également envisagés. Mais selon certains auteurs, ils n'auraient pas eu de résultats satisfaisants.

## **B) Le traitement médicamenteux**

Il a pour but de régulariser le transit, de calmer les accès douloureux et de combattre éventuellement les infections. Il associe :

### **1) Les laxatifs : ont une mécanique d'action variable**

a) Les laxatifs mécaniques sont la plupart du temps indiqués. Parmi eux, le son de blé, les fibres alimentaires ralentissent les transits rapides et accélèrent les transits lents. La dose généralement efficace de son brut est de 15 à 20 g par jour, ce qui permet d'apporter un supplément en fibres de 6 à 8 grammes par jour.

L'enrichissement du régime en fibre devra être progressif afin d'éviter les effets secondaires à type de flatulences et ballonnements qui accompagnent généralement le traitement.

L'amélioration sous traitement par dérivés du son est généralement retardée et le patient devra être prévenu afin de calmer son impatience bien compréhensible.

Les spécialités commercialisées ont une teneur en fibres plus faibles que le son brut et une teneur calorique non négligeable.

Parmi elles, retenons ACTISON (400 kg/calorie/100 g, 4,5 g de son par galette), JACK'SON (3,5 g de son par tranche de pain de Mie).

b) Les Mucilages augmentent l'hydratation, le volume et le poids des selles. Ils sont administrés avant les repas, toujours accompagnés d'eau pour éviter le syndrome obstructif. Parmi les principaux, retenons l'hémicellulose de psyllium (TRANSILANE), qui possède un pouvoir hydrophile très important : 1 g de psyllium absorbe 55 fois plus d'eau qu'1 g de haricots verts et 12,5 plus qu'1 g de son ; l'ispaghul (SPAGULAX), la gomme guar (MUCIPULGITE).

c) Les huiles minérales : elles agissent par lubrification du contenu colique, mais ne sont pas dénuées d'effets secondaires ; diminution de l'absorption des vitamines liposolubles, suintements anaux, inhalation nocturne. Parmi elles, la plus utilisée est l'huile de paraffine.

d) Les laxatifs sucrés : très efficaces dans les constipations de stase colique, ils agissent par un effet osmotique : le plus anciennement utilisé est le lactulose (DUPHALAC). Une nouvelle molécule, le LACTITOL, (importal \*) a été mis sur le marché récemment. Son pouvoir sucrant est faible. Elle semble mieux tolérée et d'efficacité comparable.

e) Les purgatifs sont à proscrire au long cours car ils sont très irritants et risquent de conduire à une colite aux laxatifs.

2) **les petits lavements d'huile d'olive (200cc), rarement les grands lavements d'eau tiède.**

3) **les sulfamides ou antibiotiques intestinaux en cure discontinue d'une quinzaine de jours, en cas de colite ;**

4) **les agents pharmacodynamiques :**

a) les vagomimétiques (prostigmine, esérine, généricine, qui sont des excitants du péristaltisme intestinal et qui ont donné des résultats spectaculaires selon CATTAN (14) )

b) les antispasmodiques pour calmer les douleurs ;

c) la dihydro-ergotamine ;

d) les tranquillisants, (à cause du terrain psychique particulier de certains malades ) ;

e) les extraits thyroïdiens (préconisés par HILLEMAND (38).

En effet, la constipation se définit comme un allongement du temps de transit, facilement mesurable par le test des marqueurs radio-opaques.

La mesure du temps de transit permet de distinguer plusieurs entités dont la physiopathologie et le traitement sont probablement différents :

- 1) l'inertie colique où il existe un trouble diffus du transit avec des marqueurs repartis tout le long du cadre colique ;
  - 2) l'obstruction terminale où les marqueurs s'accumulent dans le sigmoïde et le rectum ;
- la constipation de transit est traitée par des mesures hygiéno-diététiques, les fibres alimentaires et les mucilages. Les antispasmodiques sont associés s'il existe des phénomènes douloureux ;

L'inertie colique résiste en général à tous les traitements médicaux habituels ; les laxatifs irritants ou osmotiques sont parfois efficaces.

En cas de dyschésie rectale prédominante, le traitement repose sur la rééducation (biofeedback) d'où l'intérêt de la manométrie anorectale et la défécographie dans le bilan de la constipation.

Chez certains malades tous ces moyens thérapeutiques, hygiéno-diététiques et médicamenteux se révèlent inefficaces d'emblée ou à plus ou moins brève échéance. Pour ces derniers, une solution chirurgicale doit être envisagée.



## II) LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

On distingue des méthodes indirectes et des méthodes modernes.

### A) **Les Méthodes classiques ou indirectes :**

Il s'agit de méthodes indirectes à visée fonctionnelle. Elles agissent sur la motricité colique par l'intermédiaire d'une action inhibitrice sur le sympathique.

LERICHE et MALLET GUY (92) ont obtenu de bons résultats avec les infiltrations du sympathique lombaire ou du splanchnique par la novocaïne au début du 19ème siècle. Par la suite, ADSON et RANKIM (92) à l'étranger, puis LERICHE (92) en France se sont faits les défenseurs de la méthode proposant la sympathectomie lombaire bilatérale, la résection du nerf pré-sacré, qui n'a pas honoré les espoirs qu'on attendait d'elle.

CATTAN (15) en 1947, explique ainsi la raison de cet échec : « à une diminution de l'activité vagale, on répond par la suppression de l'activité sympathique. Ce n'est qu'un pis aller... ; il faudrait non pas diminuer l'activité du sympathique, mais bien chercher à augmenter celle du vague... ». C'est une médication vagomimétique qu'il faut trouver. A l'heure actuelle, les méthodes classiques ou indirectes sont abandonnées au profit des méthodes modernes ou directes.

### B- **Méthodes modernes ou directes :**

Elles sont dites radicales. Il s'agit de la colectomie qui peut être soit totale soit de réduction.

- La colectomie totale : elle est exceptionnellement indiquée même en cas de dolichomégacolon généralisé.

Dans certaines conditions bien précises, elle est la seule susceptible de rendre la santé à certains patients.

La colectomie de réduction ou colectomie segmentaire:

On a le choix entre :

a) la colectomie droite qui a été pratiquée avec des résultats satisfaisants par HOLLENDER (40)

b) la sigmoïdectomie emporte la boucle sigmoïdienne. Elle est de réalisation simple.

c) l'hémi-colectomie gauche à la RAYBARD préférée par de nombreux auteurs à la colectomie segmentaire et emporte les 2/3 du sigmoïde, le côlon descendant, l'angle gauche et le 1/3 gauche du transverse. NEIDHARDT (101) a signalé dans sa thèse la fréquence des anomalies de l'angle splénique (dolicho angle gauche et angle gauche fixé) dans le dolichomégacôlon et préconise son exérèse systématique.

Le rétablissement immédiat de la continuité colique est aujourd'hui la règle ; on comprend donc l'impérieuse nécessité d'une bonne préparation colique. Pour une plus grande sécurité, certains chirurgiens pratiquent une coecostomie ou un anus transverse.

Le choix de la voie d'abord sans avoir un grand intérêt dépend des écoles ou des habitudes de chacun. En effet, en France, l'incision médiane est couramment utilisée alors que les anglo-saxons préconisent l'incision transrectale.

D'autres auteurs tels que NARD et SEROR (97) proposent une laparotomie transverse qui permet une exploration colique complète, la libération facile des angles coliques et la confection facile de l'anastomose à quelques endroits qu'elles doivent être pratiquées.

**NOTRE TRAVAIL**

## **II - 1    METHODES**

1) Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective :

- Rétrospective : couvrant une période de 5 ans allant de novembre 1988 à novembre 1993 et qui a consisté au recensement des dossiers de malades opérés pour dolichomégacôlon primitif.

Ils étaient au nombre de 7.

- Prospective : effectuée sur une période de 2 ans, de novembre 1993 à novembre 1995. Cette étude a permis d'opérer et de suivre 4 malades présentant une constipation opiniâtre de transit sur un dolichocôlon. La totalité des malades sont venus consulter en chirurgie d'eux même devant l'échec du traitement médical.

2) Nous avons pratiqué chez ces malades :

a) - Un interrogatoire qui est le temps essentiel de la démarche diagnostique. Il est long, minutieux, mené patiemment permettant l'ébauche de la différenciation entre une constipation de transit et une constipation d'évacuation.

Lorsque l'on interroge un patient constipé, on s'efforce de comprendre ce qu'il entend par constipation. On lui demande s'il éprouve le besoin d'aller à la selle mais sans parvenir à évacuer, ou seulement à l'aide de manoeuvres digitales, ce qui est un argument en faveur d'une constipation d'évacuation, ou encore s'il n'éprouve pas le besoin d'aller aux toilettes alors qu'il est constipé, ce qui est un argument en faveur d'une constipation de transit(cas de la totalité de nos malades).

Dans tous les cas, on s'enquérera de l'identité du patient, de la durée de la constipation, de son mode de début, des troubles associés(ballonnements, douleurs, ou des manifestations extra-digestives : céphalées, troubles urinaires, anorexie etc), les interventions chirurgicales antérieures, les médicaments prescritset des antécédents personnels et les renseignements sur la famille pouvant fournir des éléments en faveur d'une maladie générale endocrinienne ou neurologique par exemple.

b) - l'examen physique :

L'examen du constipé est complet afin de ne pas méconnaître une pathologie dont la constipation n'est qu'une expression. Certains éléments ont mérité cependant une attention particulière.

\* l'examen de l'abdomen :

qui apprécie la qualité de la paroi abdominale (cicatrice, éventration, hernie) dont l'intégrité conditionne l'efficacité des efforts de poussée lors de la défécation. Il recherche une masse ou une zone douloureuse.

\* l'examen proctologique et périnéal :

La position idéale du malade est la position genu-pectorale : le malade repose sur la table par les genoux, cuisses verticales, et par l'une des deux joues en creusant le dos en lordose. Cette position est relativement inconfortable et peut choquer certains patients ; il faut donc au préalable les informer.

L'inspection de la marge anale se fait en dépliant les plis radiés avec les pouces. Cette manoeuvre permet de visualiser une éventuelle lésion : fissure, fistule, thrombose hémorroïdaire externe...

On demande par la suite au malade de pousser pour chercher un prolapsus rectal et dans le cas échéant objectiver un bombement du périnée, témoin d'un syndrome du périnée descendant.

L'examen neurologique du périnée n'est détaillé que lorsqu'il existe des arguments pour une cause neurologique entraînant une constipation distale.

En cas d'atteinte centrale, le tonus est augmenté et les reflexes périnéaux trop vifs.

En cas d'atteinte périphérique, le tonus est diminué et les reflexes abolis : anomalie observée en cas de syndrome du périnée descendant.

Les touchers pelviens : outre l'appréciation du tonus musculaire, le toucher rectal recherche une masse, (là encore, l'effort de pousser améliore la rentabilité du geste) et précise l'état de la vacuité de l'ampoule rectale ; la constipation du transit est une constipation à ampoule rectale vide et la constipation distale est une constipation à ampoule rectale pleine.

c) L'examen paraclinique à visée diagnostic a consisté à la réalisation d'un lavement baryté standard ou mieux en double contraste qui a l'avantage de dépister d'éventuelles lésions associées au dolichomégacôlon. Dans notre série le transit aux marqueurs, la défécographie et la manométrie anorectale n'ont pu être pratiqués.

d) Le traitement :

- Les malades ont systématiquement eu une préparation colique.

Les soins pré-opératoires consistent en un régime sans résidu, une dose quotidienne d'un litre de manitol par voie orale, une antibio-prophylaxie à visée intestinale (FLAGYL, RICRIDENE ou NEOMYCINE) pendant 3 jours complétés par des lavements bi-quotidiens les 48 heures.

- Il a été pratiqué chez tous nos malades une colectomie segmentaire jugée sur la morphologie radiologique colique de façon non seulement à réduire le côlon mais à éliminer les boucles, les coudures et les zones de dilatation.

- Les pinces mécaniques pour les sutures digestives n'ont pu être utilisées. Aucune résection colique sous coelioscopie n'a été pratiquée.

e) Le suivi

Après traitement, tous nos malades ont été suivis pendant une période plus ou moins longue. Les consultations post-opératoires ont précisé :

- la fréquence et l'aspect des selles ;
- l'existence ou non de douleur abdominale ;
- l'état psychologique du malade ;
- le confort digestif du malade et son degré de satisfaction.

Un lavement baryté de contrôle a été pratiqué chaque fois que possible.

## II - 2    OBSERVATIONS



## OBSERVATION N° 1:

Il s'agit d'un sujet de 46 ans de sexe masculin se plaignant de constipation chronique évoluant depuis 8 ans environ. L'évolution du tableau clinique est marquée par la survenue de douleurs abdominales de type colitique de plus en plus intenses malgré les multiples tentatives thérapeutiques. Le malade est habitué aux lavements et il signale une selle tous les 10 jours.

Son examen clinique est normal avec une vacuité de l'ampoule rectale au toucher pelvien.

Le lavement baryté montre un dolichocôlon gauche avec d'importantes boucles. L'angle splénique est haut situé avec présence d'haustrations marquées.

L'indication d'une réduction de la longueur colique est posée pour combattre la constipation opiniâtre et soulager le malade.

Après une préparation colique minutieuse, l'intervention est pratiquée le 20 novembre 1988.

L'exploration retrouve un dolichocôlon gauche avec deux boucles sigmoïdienne et du côlon descendant associé à une mésentérite rétractile. On note également la présence de quelques adhérences pariéto-coliques qu'on libère progressivement.

On pratique une hémicolectomie gauche emportant la boucle sigmoïdienne le côlon descendant et le 1/3 gauche du côlon transverse suivi d'une anastomose immédiate colo-rectale.

Les suites opératoires ont été simples :

- \* la reprise du transit au 3ème jour ;
- \* la reprise de l'alimentation au 6ème jour ;
- \* la durée de l'hospitalisation est de 8 jours ;
- \* par ailleurs on montre une cicatrisation parfaite.

Les différentes visites de contrôle périodiques jusqu'à 5 ans ont permis de noter une absence de douleurs abdominales avec un transit régulier, une à deux selles bien moulées par jour.

## OBSERVATION N°2 :

Il s'agit d'un patient de 29 ans de sexe masculin constipé chronique l'ancienneté des troubles est estimée à 14 ans. Il présente des accidents sub-occlusifs résolutifs spontanément. C'est un malade habitué aux lavements et qui émet les selles tous les 8 jours.

Son tableau clinique n'est pas amélioré par les différents traitements médicaux.

Devant les crises sub-occlusives de plus en plus rapprochées, le patient consulte en chirurgie pour une meilleure prise en charge thérapeutique d'une constipation opiniâtre avec accidents sub-occlusifs résolutifs mais répétitifs.

L'examen clinique a révélé un patient en bon état général avec une sensibilité de la région péri-ombilicale et de la fosse iliaque gauche. Le périnée est normal avec une vacuité de l'ampoule rectale.

Le lavement baryté pratiqué a montré un dolicho-sigmoïde avec une boucle sigmoïdienne importante+++ , et présence d'haustrations irrégulières, l'angle splénique est haut situé.

L'indication d'une réduction de la longueur colique est posée pour juguler la constipation opiniâtre et améliorer le confort digestif du malade.

Après une bonne préparation colique l'intervention est réalisée le 1er décembre 1989 L'exploration retrouve un dolicho sigmoïde avec une importante boucle sigmoïdienne et une mésentérite rétractile nette.

On pratique une hémicolectomie gauche après décollement colo-pariétale et décrochage de l'angle colique gauche. La résection emporte le sigmoïde, l'angle colique gauche et le 1/3 gauche du côlon transverse. L'appendice étant inflammatoire, une appendicectomie de nécessité est alors pratiquée.

Les suites opératoires ont été simples :

- la reprise du transit au 3ème jour et de l'alimentation au 6ème jour.
- la durée de l'hospitalisation est de 10 jours, et une cicatrisation normale.

Les visites de contrôles périodiques ont permis de noter un bon confort digestif et une absence de douleurs abdominales et de crises sub-occlusives avec un transit régulier d'une à deux selles par jour à 1 mois, à 2 mois, à 6 mois, à 1 an, à 4 ans.

## OBSERVATION N°3

Il s'agit d'un patient de 40 ans de sexe masculin souffrant d'une constipation opiniâtre (une selle tous les 8 jours) avec des accidents sub-occlusifs à répétition spontanément résolutifs ou après traitement médical.

Troubles ayant déjà nécessité plusieurs hospitalisations en deux ans. Le malade est par ailleurs habitué aux lavements évacuateurs.

Devant la survenue très fréquente de crises sub-occlusives associées à un amaigrissement non chiffré et à un inconfort digestif, la patiente consulte en chirurgie .

Le lavement baryté pratiqué a montré un dolichocôlon gauche sans lésion organique associée avec d'importantes boucles sigmoïdiennes et du côlon descendant.

Après une bonne préparation colique, l'intervention est pratiquée le 03 avril 1992 .

L'exploration opératoire a permis de noter un dolichocôlon gauche avec trois boucles, l'angle splénique est haut situé.

Une hémicolectomie gauche emportant le 1/3 gauche du côlon transverse est réalisée. Une anastomose colo-rectale rétablit la continuité .

Les suites opératoires ont été simples :

- la reprise du transit au 4ème jour et de l'alimentation au 7ème jour ;
- la durée de l'hospitalisation est de 9 jours ;  
la cicatrisation est normale.

Les consultations périodiques poursuivies pendant 3 ans 6 mois ont permis de noter chez notre patient une régularité de transit d'une à deux selles bien moulées par jour. Une absence de troubles dyspeptiques et de douleurs abdominales. Il est satisfait de l'intervention.

## OBSERVATIONS N° 4:

Il s'agit d'un patient de 42 ans reçu en consultation pour prise en charge thérapeutique d'une constipation opiniâtre rebelle au traitement médical.

Le début de la symptomatologie remonte à 1 an par la survenue d'une constipation chronique. Le patient est un habitué des lavements et ne peut émettre une selle que toutes les deux à trois semaines, à cette constipation s'associent des douleurs abdominales, des nausées, et des accidents subocclusifs.

Devant l'échec du traitement médical institué par différents médecins, et l'aggravation du tableau clinique par la survenue de douleurs abdominales plus intenses avec un amaigrissement chiffré à 10 kg en 18 mois et une toux sèche, le patient consulte en chirurgie.

L'examen physique de ce patient en dehors de l'amaigrissement est normal : l'état général est conservé, abdomen est souple, dépressible avec une bonne paroi et au toucher rectal, une ampoule rectale vide.

Le lavement baryté a montré un dolichosigmoïde avec une importante boucle remontant sous l'angle colique droit. L'angle splénique est haut situé.

L'indication d'une réduction colique est posée pour soulager le malade et combattre la constipation.

Par ailleurs, le bilan de l'amaigrissement et de la toux a mis en évidence un IDR positif à 15 mm ; la recherche du Bacille de Koch (BK) dans le crachat et dans le liquide d'aspiration bronchique (fibroscopie bronchique) est restée négative.

Après une bonne préparation colique, l'intervention est pratiquée le 22 juillet 1992.

L'exploration opératoire a permis de noter un côlon gauche très long avec des boucles sigmoïdiennes. On pratique une hémicolectomie gauche emportant le sigmoïde, le côlon descendant et le 1/3 gauche du transverse. Une anastomose colo-rectale rétablit la continuité. L'appendice est catarrhale ; par conséquent une appendicectomie est pratiquée.

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'une hyperthermie au 6ème jour mise au compte d'un accès palustre devant le résultat positif de la goutte épaissée et traité avec succès par les sels de quinine.

La durée de l'hospitalisation est de 12 jours, avec une cicatrisation parfaite.

Les visites de contrôle périodique à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an, 3 ans ont permis de noter une absence de douleur, un transit régulier d'une à deux selles bien moulées par jour. Absence de troubles dyspeptiques.

## OBSERVATION N°5:

Il s'agit d'un patient de 41 ans constipé chronique présentant un syndrome douloureux abdominal répétitif évoluant depuis 4 ans. Le malade est un habitué des lavements et ne peut émettre une selle que toutes les une à deux semaines.

Les multiples traitements médicamenteux institués sont restés sans succès. Devant cet échec thérapeutique et l'aggravation du tableau clinique par la survenue de douleurs colitiques très intenses et très répétitives, le patient consulte dans notre service.

L'examen clinique a permis de noter un patient en bon état général avec un abdomen légèrement ballonné et sensible à la palpation profonde des fosses iliaques et de l'hypocondre gauche. Le périnée est normal, le sphincter est tonique et l'ampoule rectale est vide au toucher rectal.

Le lavement baryté a montré un allongement anormal du côlon sigmoïde et droit sans modification du calibre. Il n'y a pas de lésions organiques associées.

Une réduction colique est proposée pour combattre la constipation opiniâtre et améliorer le confort digestif de notre malade.

Après une minutieuse préparation colique, l'intervention est pratiquée le 23 août 1992.

L'exploration opératoire a permis de constater :

- un dolichocôlon prédominant effectivement sur le sigmoïde et le côlon droit ;
- une vésicule tendue sans lithiase ;
- un appendice inflammatoire qui a nécessité la pratique d'une appendicectomie ;

on pratique une hémicolectomie gauche élargie emportant les 2/3 gauche du côlon transverse, le côlon descendant et le sigmoïde. Une anastomose recto-colique rétablit la continuité.

Les suites opératoires ont été simples :

- le transit a été repris le 4ème jour et l'alimentation autorisée au 7ème jour ;

- la durée de l'hospitalisation est de 10<sup>e</sup> jours.

Les visites de contrôles périodiques ont permis de noter à un mois un transit régulier d'une à deux selles par jour ; et à deux mois un transit irrégulier d'une selle tous les deux à trois jours.

Un lavement baryté de contrôle effectué a objectivé un rétrécissement modéré de la zone anastomotique.

La prescription de laxatifs doux a permis à 5 mois de régulariser à nouveau le transit (une à deux selles par jour).

Le contrôle effectué à un an montre un bon état général avec un transit régulier d'une à deux selles par jour avec une absence de douleur.

Au contrôle de trois ans, le patient confirme cette absence de douleur et la régularité du transit ; il est satisfait de l'intervention.



## OBSERVATION N° 6:

Il s'agit d'un homme de 26 ans, constipé opiniâtre sans antécédent pathologique notable. Avec une ancienneté des troubles estimée à 8 ans. Le malade est un habitué des lavements et ne peut émettre une selle que tous les 10 à 12 jours. L'échec du traitement médical l'a conduit à la chirurgie.

L'examen clinique a révélé un patient en bon état général avec un abdomen peu ballonné et sensible à la palpation de la fosse iliaque gauche. L'examen du périnée est normal avec une ampoule rectale vide au toucher rectal.

Le lavement baryté montre un dolichomégacôlon gauche avec des haustrations irrégulières et mal réparties avec la présence d'une volumineuse boucle au niveau du côlon descendant aggravant le risque de survenue de volvulus. L'angle droit est dilaté, et l'angle splénique est très haut situé.

L'indication d'une réduction colique est posée pour combattre la constipation opiniâtre et améliorer le confort digestif du patient.

Après une préparation colique minutieuse, l'intervention est pratiquée le 11 février 1993.

L'exploration retrouve un dolichomégacôlon gauche avec des boucles associées à une mésentérite rétractile. On pratique une hémicolectomie gauche emportant le sigmoïde, le colon descendant et le 1/3 gauche du colon transverse. Une anastomose immédiate colo-rectale rétablit la continuité.

Les suites opératoires ont été simples :

- la reprise du transit au troisième jour postopératoire ;
- la reprise de l'alimentation au cinquième jour ;
- la durée de l'hospitalisation est de huit jours.

Les différentes visites de contrôle à 1 mois, à 6 mois, à 1 an, et à 2 ans 9 mois ont permis de noter un bon résultat sur la constipation (transit régulier, une à deux selles bien moulées par jour) et sur la douleur (absence totale de douleur).

## OBSERVATION N°7 :

Il s'agit d'un patient de sexe masculin, âgé de 43 ans sans antécédent pathologique notable, et souffrant d'une constipation chronique. L'ancienneté des troubles estimée à 3 ans. La fréquence des selles est d'une selle par semaine après purge.

L'évolution du tableau clinique est marquée par des troubles dyspeptiques, des douleurs abdominales épisodiques de plus en plus intenses et un météorisme modéré progressif.

Devant l'échec des multiples tentatives thérapeutiques entreprises depuis 3 ans et la persistance des symptômes, le patient consulte en chirurgie pour une prise en charge thérapeutique d'une constipation opiniâtre.

Le diagnostic du dolichocôlon est établi par le lavement baryté qui montre un allongement excessif du côlon sans modification du calibre avec présence de 3 importantes boucles (sigmoïdienne, angle splénique et transverse) et d'haustrations irrégulières de tailles inégales.

L'indication d'une réduction colique est posée pour juguler la constipation et soulager le malade.

Après une bonne préparation colique, l'intervention est réalisée le 26 juin 1993.

L'exploration retrouve un dolichocôlon gauche avec présence de 3 boucles, et une mésenterite rétractile.

Une hémicolectomie gauche est pratiquée qui emporte le 1/3 du côlon transverse suivie d'une anastomose immédiate colo-rectale par un plan postérieur de surjet et un plan antérieur de points séparés au vicryl 3/0 extramuqueux.

Les suites opératoires ont été marquées par une hyperthermie à 38°5 qui est mise au compte d'un accès palustre au vu de la goutte épaisse positive et traité avec succès par des sels de quinine.

Le patient a repris son transit au 4ème jour et l'alimentation a été autorisée au 6ème jour postopératoire.

La durée de l'hospitalisation a été 11 jours.

Les différentes visites de contrôle jusqu'à 2 ans 5 mois ont permis de noter chez notre patient un transit régulier d'une à deux selles bien moulées par jour, avec une absence totale de douleurs abdominales. Le malade signale un bon confort digestif il est satisfait de l'intervention.

## OBSERVATION N° 8 :

Il s'agit d'une patiente de 25 ans qui est constipée chronique et sans antécédent pathologique notable. Elle est une habituée aux lavements et ne peut émettre une selle que tous les 11 à 13 jours l'ancienneté des troubles est estimée à 6 ans. Elle signale par ailleurs des douleurs abdominales de plus en plus intenses et des crises subocclusives répétitives.

L'échec du traitement médical l'a conduite à la chirurgie.

L'examen clinique retrouve une patiente amaigrie avec un abdomen qui est légèrement ballonné et sensible à la palpation profonde de l'hypocondre et de la fosse iliaque gauche. L'examen du périnée est normal et le toucher rectal révèle un sphincter tonique et une ampoule rectale vide .

Le diagnostic du dolichocôlon gauche est établi par le lavement baryté qui montre un allongement excessif du côlon sans modification du calibre avec présence de 2 boucles sigmoïdienne et de l'angle splénique .

L'indication d'une réduction colique est posée pour combattre la constipation opiniâtre et améliorer le confort digestif du malade .

Après une bonne préparation colique , l'intervention est pratiquée le 1er décembre 1993 .

- L'exploration opératoire montre un dolichocôlon gauche avec 2 importantes boucles sigmoïdienne et de l' angle splénique qui est par ailleurs très haut situé dans le hile splénique. On pratique une hémicolectomie gauche emportant le sigmoïde , le côlon descendant et le 1/3 du transverse. Une anastomose colo-rectale rétablit la continuité.

Les suites opératoires ont été simples :

la reprise du transit au 3ème jour, et de l'alimentation au 7ème jour.

la durée de l'hospitalisation est de 9 jours.

- Les différentes visites de contrôle à 1 mois , à 6 mois ; à 1 an et à 1 an 6 mois ont permis de noter un bon résultat sur la douleur et sur la constipation ; la patiente est satisfaite de l'intervention.

OBSEVATION N° 9:

Il s'agit d'un sujet de 50 ans, avec antécédent d'hépatite virale, qui est suivi depuis environ 3 ans dans le service pour constipation chronique associée à des douleurs abdominales. Il signale une selle tous les 5 à 8 jours seulement après un lavement sans besoin de défécation.

Par ailleurs, le patient se plaint d'insomnie fréquente et d'angoisse extrême : troubles pour lesquels des consultations en psychiatrie se sont avérées nécessaires.

Le lavement baryté a montré un dolichomégacôlon droit avec caecum recurvatum. Absence de lésion pariéto-colique.

Devant l'échec du traitement médical entrepris il y a 3 ans et l'aggravation du tableau clinique par la survenue d'un léger météorisme abdominale associé à des douleurs de l'hypocondre droit et de la fosse iliaque droite, un traitement chirurgical visant à combattre la constipation opiniâtre et à soulager le malade est retenu.

Après une bonne préparation colique, l'intervention est réalisée le 10 janvier 1994 .

L'exploration a permis de constater au niveau de l'angle droit de nombreuses brides ayant entraîné une sténose colique extrinsèque. L'appendice est très inflammatoire.

On pratique une hémicolectomie droite emportant 20 cm de l'iléon terminal , le coecum, le côlon ascendant et les 2/3 droit du côlon transverse suivie d'une anastomose iléo-transverse.

Les suites opératoires ont été simples :

la reprise du transit au 3ème jour et de l'alimentation au 7ème jour post-opératoire .

la durée d'hospitalisation est de 9 jours.

Les visites de contrôle périodique ont permis de relever :

- à 1 mois un transit régulier d'une à deux selles bien moulées par jour ;

- à 6 mois le patient a signalé des douleurs abdominales persistantes ayant nécessité la pratique d'un lavement baryté de contrôle, lequel a montré une sténose anastomotique modérée associée à une atonie colique et un dolichocôlon gauche modéré. Les douleurs ont été jugulées secondairement par la prescription des anti-spasmodiques au bout de deux semaines.

Le transit quant à lui est resté régulier une à deux selles par jour bien moulées avec un bon confort digestif.

Les autres visites de contrôle à 1 an, et à 1 an 6 mois ont confirmé ce bon confort digestif avec une absence de douleur abdominale. Le malade est satisfait de l'intervention.

## OBSERVATION N°10 :

Il s'agit d'un patient de sexe masculin âgé de 42 ans avec un antécédent d'appendicectomie pratiquée en Novembre 1993.

Il souffre d'une constipation chronique avec un retentissement sur l'humeur, et un absentéisme fréquent du fait du syndrome douloureux abdominal. Le malade est découragé, déprimé devant l'échec des multiples tentatives thérapeutiques entreprises depuis environ 22 ans aussi bien en médecine moderne qu'en médecine traditionnelle. Le patient signale une selle toutes les deux semaines après seulement un lavement sans besoin de défécation.

L'examen abdominal est normal en dehors d'une légère sensibilité de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal révèle un sphincter tonique et une vacuité de l'ampoule rectale.

Le lavement baryté montre une augmentation excessive de la longueur sans modification de calibre au dépend du côlon descendant qui décrit aussi une volumineuse boucle sigmoïdienne sans lésion organique. L'angle splénique est haut situé.

L'indication d'une réduction de la longueur colique est posée pour améliorer le confort digestif du patient. Après une bonne préparation colique, l'intervention est pratiquée le 27 juillet 1994.

L'exploration opératoire montre : une boucle sigmoïdienne de longueur anormale avec un angle gauche très haut situé dans le hile splénique. On pratique une hémicolectomie gauche emportant la boucle sigmoïdienne, l'angle splénique et le 1/4 du transverse.

Le rétablissement de la continuité digestive se faisant par anastomose transverso-recto-sigmoïdienne.

Les suites opératoires ont été simples et le malade est sorti après 8 jours d'hospitalisation.

Il a été par la suite revu en consultation externe pour les contrôles à 1 mois, à 3 mois, à 6 mois, à 12 mois et à 16 mois; ce qui a permis de constater un transit régulier, une à deux selles par jour avec absence de douleurs abdominales. Il signale un bon confort digestif et est satisfait de l'intervention.

## OBSERVATION N° 11.

Il s'agit d'une patiente de 35 ans sans antécédent pathologique connu souffrant d'une constipation chronique avec des douleurs colitiques répétitives. Elle signale une selle tous les 7 à 10 jours, seulement après un lavement. La patiente a un dossier médical très impressionnant témoin des multiples consultations et tentatives thérapeutiques entreprises çà et là auprès des différents médecins et tradi-praticiens depuis environ 4 ans mais sans succès.

L'examen clinique retrouve une patiente angoissée profondément marquée par cette affection mais dont l'état général est conservé.

L'examen physique est normal.

Le lavement baryté pratiqué montre un important dolichocôlon diffus avec des anomalies spasmodiques transverse et droite, sans lésions organiques.

Une réduction colique pour soulager la malade et améliorer son confort digestif est retenue.

Après une préparation colique minutieuse, l'intervention est pratiquée le 21 octobre 1994.

L'exploration opératoire a noté effectivement un dolichocôlon au dépend du côlon gauche et transverse avec de nombreuses adhérences pariétales.

On pratique une hémicolectomie gauche élargie emportant le sigmoïde, le côlon descendant et les 2/3 du transverse. Une anastomose transverso-rectale rétablit la continuité.

Par ailleurs, on note un appendice inflammatoire pour lequel une appendicectomie est réalisée.

Les suites opératoires ont été marquées par la survenue d'une hyperthermie à 38°7 au 5ème jour post-opératoire et mise au compte d'un accès palustre au vue de la goutte épaisse positive et traité avec succès par les sels de quinine.

La reprise du transit au 6ème jour ;  
la reprise de l'alimentation au 7ème jour ;  
la durée de l'hospitalisation est de 9 jours.



Les visites de contrôle périodique à 1 mois, à 3 mois, à 6 mois, et 13 mois ont permis de noter un transit régulier d'une à deux selles par jour bien moulées avec absence de douleurs et de troubles dyspeptiques.

N.B : L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire révèle un côlon histologiquement normal et une appendicite chronique non spécifique.

**IMAGES  
RADIOLOGIQUES**

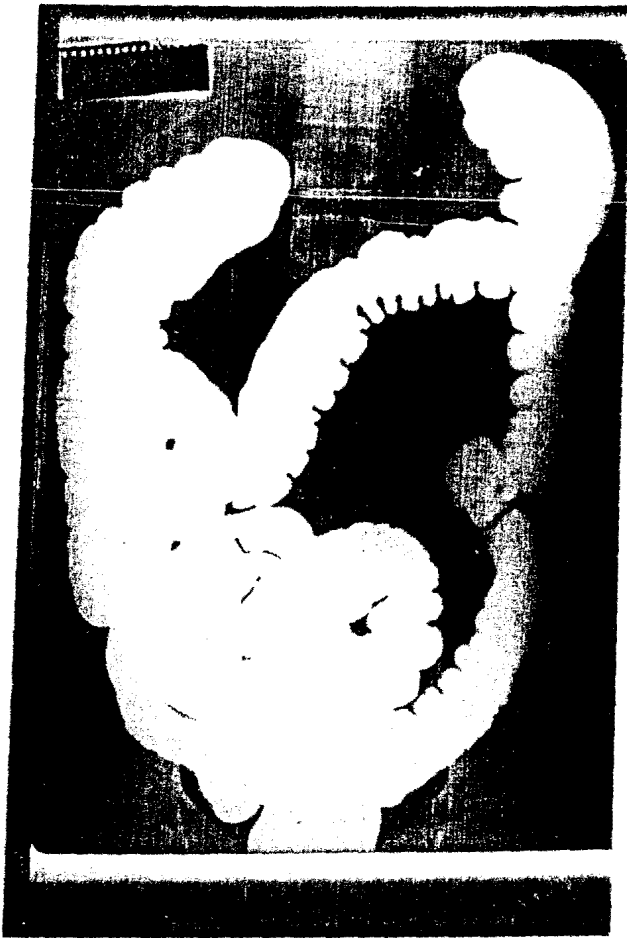


Figure 1 : Dolichocôlon étendu avec deux boucles rectosigmoïdiennes et une au niveau de chaque angle avec d'importantes haustrations mal réparties

Figure 2 : mégadolichocôlon essentiellement transverse. Côlon transverse posé jusqu'au pelvis

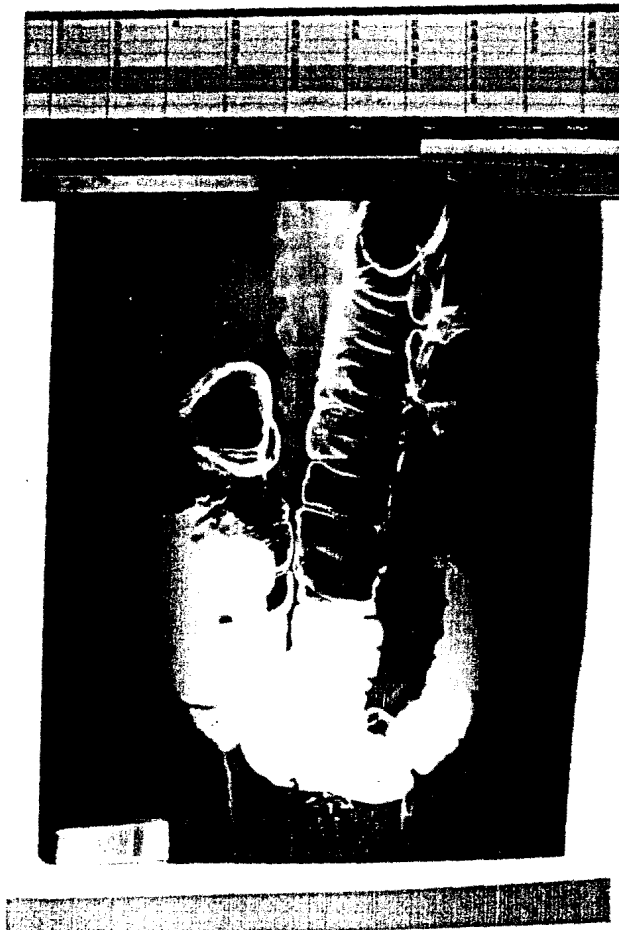


Figure 3 : côlon de longueur excessive avec des boucles sigmoïdiennes marquées par des troubles spasmodiques sévères.



Figure 4 : dolichocôlon spasmodique avec un côlon décrivant plusieurs boucles au niveau des différents segments. Présence d'une boucle intéressant le côlon ascendant et le coecum (image non habituelle)





Figure 5 : dolichocôlon gauche avec une importante boucle du côlon descendant. Présence d'haustrations marquées.



Figure 6 : dolichocôlon spasmodique avec des haustrations ayant un aspect dit « en pile d'assiettes ».



Figure 7 : mégadolichocôlon  
spasmodique



Figure 8 : mégadolichocôlon  
gauche avec des troubles  
spasmodiques.



# **TABLEAUX SYNOPTIQUES DES OBSERVATIONS**

TABLEAU N° II : RESUME CLINIQUE DES OBSERVATIONS DE NOS MALADES

OBS	ANCIENNETE DES TROUBLES	CONSTIPATION	DOULEURS ABDOMINALES	BALLONNEMENT	SUB-OCCLUSION	AUTRES SYMPTOMES	ETAT GENERAL	LAVEMENT BARYTE
1	8 ANS	+ 10 J	++++	-	-	-	Bon	Dolichocôlon gauche avec des boucles
2	14 ANS	+ 7 J	+++	+++	+++	-	Bon	Dolichosigmoïde avec importantes boucles sigmoïdiennes
3	2 ANS	+ 8 J	+++	++	+++	-	Maigrissement	Dolichocôlon gauche avec des boucles
4	1 AN	+ 21 J	+++	+++	+++	-	Maigrissement 14 kg en 18 mois	Dolichosigmoïde avec boucle remontée sous l'angle colique droit
5	4 ANS	+ 7 J	+++	-	-	-	Bon	Dolichosigmoïde Dolichocôlon droit
6	8 ANS	+ 12 J	++	-	-	-	Bon	Dolichomégacôlon gauche sans lésion organique angle splénique haut situé
7	3 ANS	+ 8 J	++++	+++	-	-	Bon	Dolichocôlon avec des boucles angle gauche haut situé
8	6 ANS	+ 12 J	+++	++	+++	-	Maigrissement	Dolichocôlon gauche avec des boucles
9	3 ANS	+ 5 J	+++	-	-	Asthénie vertige Angoisse Insomnie	Bon	Dolichomégacôlon droit + cœcum recurvatum
10	22 ANS	+ 7 J	++	-	-	-	Bon	Dolichocôlon gauche sans lésions organiques associées avec boucle sigmoïdienne
11	4 ANS	+ 9 J	+++	-	-	-	Bon	Important dolichocôlon diffus avec anomalies sporadiques transverse et droite



TABLEAU N° III :

TRAITEMENT ET EVOLUTION POST OPERATOIRE N°1

OBS	TRAITEMENT ET DATE DE L'INTERVENTION	REPRISE DU TRANSIT	REPRISE DE L'ALIMENTATION	DUREE D'HOSPITALISATION POST-OPERATOIRE	COMPLICATIONS	DUREE DU SUIVI	RESULTATS SUR LA CONSTIPATION	RESULTATS SUR LA DOULEUR	RESULTATS RADIOLOGIQUES
1	HEMI COLECTOMIE GAUCHE 20/11/83	3ème Jour	6ème jour	8 Jours		-5 ans	Bon	Bon	Non Fait
2	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE PLUS APPENDICECTOMIE 01/02/89	3ème Jour	7ème jour	10 Jours		4 ans	Bon	Bon	Non Fait
3	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE 03/04/92	4ème jour après Débridat	7ème jour	9 Jours		3 ans 6 mois	Bon	Bon	Non Fait

TABLEAU N° IV

TRAITEMENT ET EVOLUTION POST OPERATOIRE N° 2

OBS	TRAITEMENT ET DATE DE L'INTERVENTION	REPRISE DU TRANSIT	REPRISE DE L'ALIMENTATION	DUREE D'HOSPITALISATION POST-OPERATOIRE	COMPLICATIONS	DUREE DU SUIVI	RESULTATS SUR LA CONSTIPATION	RESULTATS SUR LA DOULEUR	RESULTATS RADIOLOGIQUES
4	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE PLUS APPENDICECTOMIE 22/07/92	3ème Jour	5ème jour	12 Jours	HYPER-THERMIE	3 ans	Bon	Bon	Non Fait
5	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE PLUS APPENDICECTOMIE 23/08/92	4ème jour	7ème Jour	10 Jours		3 ans	Bon > 5 mois	Bon	Retrécissement anastomotique modéré
6	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE 11/02/93	3ème jour	5ème Jour	8 Jours		2 ans 9 mois	Bon	Bon	Non Fait
7	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE 28/06/93	4ème jour après débridat	6ème jour	11 Jours	HYPER-THERMIE	2 ans 5 mois	Bon	Bon	Non fait

TABLEAU N° V

TRAITEMENT ET EVOLUTION POST OPERATOIRE N° 3

OBS	TRAITEMENT ET DATE DE L'INTERVENTION	REPRISE DU TRANSIT	REPRISE DE L'ALIMENTATION	DUREE D'HOSPITALISATION POST-OPERATOIRE	COMPLICATIONS	DUREE DE SUIVI	RESULTATS SUR LA CONSTIPATION	RESULTATS SUR LA DOULEUR	RESULTATS RADIOLOGIQUES
8	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE 01/12/93	3ème Jour	7ème jour	9 Jours		1 an 8 mois	Bon	Bon	↑ Non Fait
9	HEMI-COLECTOMIE DROITE 10/01/94	3ème Jour	5ème jour	9 Jours		1 an 6 mois	Bon	Bon > 7 mois	Sténose modérée Atonie colique plus léger dolichocôlon gauche
10	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE 28/07/94	3ème jour	6ème Jour	8 Jours		1 an 4 mois	Bon	Bon	↑ Non fait
11	HEMI-COLECTOMIE GAUCHE PLUS APPENDICECTOMIE 21/10/94	6ème jour	7ème jour	9 Jours	HYPERTHERMIE	13 mois	Bon	Bon	↑ Non Fait

II - 3 ANALYSE  
DES OBSERVATIONS

L'analyse de nos cas cliniques met en évidence plusieurs aspects concernant :

- A) L'EPIDEMIOLOGIE ;
- B) L'ASPECT CLINIQUE ;
- C) L'ASPECT THERAPEUTIQUE ;
- D) L'EVOLUTION POST-OPERATOIRE

**A) L'EPIDEMIOLOGIE**

**1) Fréquence :**

Sur une période de 7 ans, nous avons eu à opérer 11 dolichomégacôlons. Il s'agissait de dolichomégacôlons responsables de constipation opiniâtre évoluant depuis de nombreuses années et traitée médicalement sans succès.

La répartition segmentaire était définie de façon suivante :

- 8 formes gauches dont 2 exclusivement sigmoïdiennes ( observations n° 2 - 4 ).
- 2 formes diffuses ( observations n° 5 - 11 ) et une forme droite ( observation n°9 ).

**2) Age et Sexe :**

Notre série comprenait 9 hommes et 2 femmes soit un sexe ratio de 4,5.

L'âge moyen de nos patients était de 38 ans avec des extrêmes à 25 et 50 ans.

Le tableau n° VI montre la répartition selon l'âge et le sexe.

**TABLEAU N° VI: REPARTITION SELON L'AGE ET LE SEXE :**

Age (année)	SEXE	
	Masculin	Féminin
20-30	2	1
30-40	1	1
40-50	6	0
TOTAL	9	2

**B) - ASPECTS CLINIQUES :**

**1) Le délai de consultation :**

Il est en moyenne de 7 ans avec des extrêmes allant de 1 à 22 ans. le motif de la consultation était la constipation opiniâtre associée à des douleurs abdominales; et parfois des ballonnements.

**2) L'examen physique avait noté :**

4 cas de ballonnements abdominaux asymétriques prédominants à la fosse iliaque et à l'hypocondre gauche. Une fois le ballonnement diffus, (observation n°6).

Des douleurs à la palpation de la fosse iliaque gauche ont été retrouvées chez 7 malades. La sensibilité de la fosse iliaque droite à la palpation a été notée une fois ( observation n°9 ).

Dans l'ensemble, nos patients avaient un bon état général ; néanmoins 3 cas d'amaigrissement ont été retrouvés (observations N° 6, 9, et 11).

Par ailleurs, il a été noté chez tous nos patients, un inconfort digestif très poussé avec un retentissement psychosocial : malade anxieux, angoissé, avec plusieurs heures d'absence de travail. Ils étaient tous habitués aux purges avec une fréquence de selles une fois tous les 10 jours en moyenne.

3) Examens paracliniques : sont essentiellement représentés par

le lavement baryté qui a été réalisé au moins une fois chez tous nos malades: Il a permis d'objectiver un allongement excessif du côlon segmentaire ou diffus avec de nombreuses boucles en faveur d'une constipation de transit avec gêne mécanique. La localisation des boucles varie et sont soit unique ou associées. On note 6 fois des boucles spléniques, 2 boucles transverses, 5 boucles sigmoïdiennes, et un cas de coecum recurvatum. Dans 2 cas, allongement excessif et dilatation du calibre colique coexistent (observations n° 6 - 9).

C) ASPECTS THERAPEUTIQUES

Les gestes réalisés :

Pour ce type d'intervention, une préparation colique a été systématiquement réalisée. Ce qui nous a permis d'intervenir sur un côlon plat, propre et vide, favorisant du coup le rétablissement immédiat de la continuité digestive.

Dans notre courte série, nous avons réalisé :

- 10 hémicolectomies gauches ;
- 1 hémicolectomie droite ;

Nous avons également pratiqué dans le même temps opératoire 4 appendicectomies de nécessité pour appendice inflammatoire (observations n° 2, 4, 5, 11).

D) EVOLUTION POST-OPERATOIRE :

1) La reprise du transit :

Le plus souvent spontanée, ou après stimulation par l'administration d'un régulateur du transit intestinal survenait entre le 3ème et 6ème jour post-opératoire. La moyenne est de 3 jours.

La reprise progressive de l'alimentation d'abord liquide ensuite semi-liquide a été autorisée en moyenne à partir du 6ème jour post-opératoire.

2) Durée d'hospitalisation

Elle est en moyenne de 09 jours avec des extrêmes à 8 et 10 jours. Nous ne relevons aucune complication liée à l'intervention (suppuration pariétale, abcès sous phrénique ou du Douglas, occlusions sur brides etc), cela grâce à l'application rigoureuse des notions de base en matière de chirurgie abdominale. Il s'agit de la :

- préparation colique minutieuse
- protection des berges de la paroi et de la cavité abdominale ;
- protection des anses intestinales ;
- réparation minutieuse de toutes les zones dépéritonisées ;
- hémostase soigneuse et élective ;
- toilette méticuleuse.



Résultats :

a) Mortalité :

Aucun décès n'a été enregistré dans notre courte série.

b) Morbidité :

Elle se résume en 3 cas d'hyperthermie mises au compte d'accès palustre au vu de la goutte épaisse positive et traité avec succès par les sels de quinine.

Un cas de douleur abdominale observation n° 9, survenue au 6ème mois post-opératoire qui secondairement a évolué favorablement grâce à l'administration d'antispasmodique pendant 2 semaines.

Une irrégularité du transit a été également relevée au 2ème mois post-opératoire chez l'observation n° 5, et qui par la suite grâce à l'administration des laxatifs doux, est redevenu normal au 5ème mois (une à deux selles par jour).

Il est à signaler que chez ces deux malades, un lavement baryté de contrôle a été pratiqué et a objectivé ce qui suit :

- Pour l'observation n° 9, une sténose anastomotique modérée associée à une atonie colique et ;

un rétrécissement modéré de la zone anastomique pour l'observation n°5.

Résultat sur la douleur :

Nous avons classé en 3 groupes les résultats obtenus sur la douleur :

1) Résultats bons :

Les sujets ne ressentent plus de douleur, ni de gêne, ni de pesanteur.

2) Résultats moyens :

Quelques douleurs de type colitiques d'intensité moyenne.

3) Résultats mauvais :

Aucune amélioration par rapport à l'état antérieur.

Résultats sur la constipation :

Les résultats sont également classés en 3 groupes :

1) Résultats bons :

Au moins une selle quotidienne bien moulée.

2) Résultats moyens :

Une selle tous les 2 ou 3 jours avec parfois usage des laxatifs doux.

3) Résultats mauvais :

Aucune amélioration par rapport à l'état antérieur.

Dans l'ensemble, la totalité de nos 11 interventions nous a donné de bons résultats aussi bien sur la douleur que sur la constipation avec un excellent confort digestif.

De même, les patients chez qui on notait un retentissement psychosocial ont retrouvé leur équilibre.

# DISCUSSIONS

**III - 1 COMPARAISONS AVEC  
LA LITTERATURE**

### Fréquence:

Sur une période de 7 ans nous avons opéré 11 dolicho-mégacôlons, soit une fréquence de 1,57 malades par an. Il s'agit de dolicho-mégacôlons traités médicalement sans succès pendant de nombreuses années.

Cette proportion faible s'explique par les critères plus rigoureux de sélection des malades candidats à la Chirurgie d'une part et d'autre part par le fait que les médecins gastro-entérologues, malgré l'échec du traitement médical orientent difficilement les malades vers les services de Chirurgie.

WAOTA (111) avait rassemblé, en 1971, 31 cas de dolicho-mégacôlons sur une période de 3 ans soit une fréquence de 10,33 malades par an.

Quant à ROLAND (92) sur une période de 7 ans, il avait rassemblé 42 observations soit une fréquence de 6 malades par an.

SPAY (101) sur 1606 mégadolichocôlons n'a opéré que 28 malades ce qui constitue un pourcentage de 1.74 %.

HUGUES (42) au cours d'une trentaine d'années pendant lesquelles il a fait plus de deux mille colectomies pour cancer, n'a pratiqué que 27 colectomie pour constipation.

A partir de ces données statistiques, nous constatons que le dolicho-mégacôlon reste en milieu chirurgical une affection rare.

De plus, l'analyse des différentes fréquences rapportées en Côte d'Ivoire montre une nette régression de la chirurgie du dolichomégacôlon. Cela pourrait s'expliquer par la plus grande efficacité du traitement médical, par la réticence des médecins à orienter certains malades en chirurgie, par la crainte des chirurgiens devant les conséquences parfois désastreuse de la colectomie et enfin par une meilleure sélection des dolichomégacôlons à opérer.

### Répartition segmentaire:

La répartition segmentaire des dolicho-mégacôlons de nos patients révèle une prédominance des formes gauches avec un taux de 72,72 %.

Cette prédominance de la forme gauche est également notée par ROLAND (92) qui sur une série autopsique de 234 dolicho-mégacôlons retrouve 62 % de forme gauche.

### Sexe:

Notre forte proportion masculine, 9 hommes pour 2 femmes est en conformité avec les données de la littérature francophone. Comme en témoignent les travaux de PARC (.80.) qui sur une série de 15 patients dénombre 11 hommes contre 4 femmes. De même que SPAY (101) qui sur 37 dolicho-mégacôlons opérés note 27 hommes pour 10 femmes. Quant à KEBE (51) sur 50 malades, il recense 32 contre 18 femmes.

Mais, cette prédominance masculine n'est toujours pas vérifiée dans la littérature anglo-saxonne où la prédominance du dolicho-mégacôlon est plutôt féminine : VASILEVSKY (12) note sur 52 patients 49 femmes pour 3 hommes. PINHO (90) sur un effectif de 63 malades recense 58 femmes pour 5 hommes. STEVEN (26) relève 15 femmes pour 1 homme sur un total de 16 patients.

A la lumière de ces données de la littérature française et anglo-saxonne, nous pouvons conclure que le dolicho-mégacôlon est une affection qui intervient dans les deux sexes de façon variable selon les régions.

### Age:

En ce qui concerne l'âge, nos données sont conformes avec celles recueillies dans la littérature, s'étalant de la deuxième décennie à la cinquième décennie avec une prédominance chez l'adulte entre 40 et 50 ans, comme l'illustre le tableau n° VI.

Etiopathogénie:

- 1) Dans notre étude, ne ressort aucun élément en faveur d'un facteur héréditaire quelconque pouvant étayer la théorie congénitale défendue par SAMSON, JAROSSCHWISCH, KANTOR, WHITE évoquée par SPAY (101).
- 2) Une prédisposition anatomique (mésocolon trop court ou boucle sigmoïdienne trop longue) existe et peut-être, aggravée par certains facteurs comme la colite, la mésocolite rétractile, la sub-occlusion.
- 3) Dans la littérature, l'hypothyroïdie est parfois évoquée mais dans notre série, aucune exploration thyroïdienne hormonale systématique n'a été réalisée. En effet, le méga-dolichocôlon peut être dû à une hypothyroïdie.

La maladie de CHAGAS a été évoquée par les auteurs sud-américains dans les prédispositions du mégadolichocôlon. Mais bien sûr cette affection n'existe pas en Côte d'Ivoire.

Thérapeutique:

Dans notre série, nous avons principalement pratiqué une colectomie de réduction. Soit une hémicolectomie gauche (10 cas) avec anastomose colorectale pour dolichomégacôlon diffus ou étendu (2 cas) ou dolichocôlon localisé au sigmoïde ou au côlon gauche, soit une hémicolectomie droite (1 cas).

Par contre KEBE (51) sur un total de 50 malades opérés pour constipation sévère liée au dolichomégacôlon a pratiqué :

- 40 hémicolectomies gauche ;
- 5 sigmoïdectomies pour dolichosigmoïde ;
- 5 colectomies segmentaires pour dolichocôlon sur le descendant.

MENGUY (72) quant à lui, sur 18 malades opérés pour constipation opiniâtre a réalisé comme gestes une colectomie soit presque totale (8 malades) avec anastomose du côlon ascendant au rectum, soit totale avec anastomose iléo-rectale (9 malades) et une coloproctectomie avec anastomose iléo-anale.

Il est à signaler que sur les 18 malades, 6 avaient déjà été opérés pour constipation par d'autres chirurgiens qui avaient pratiqué :

- une résection partielle du sigmoïde (4 malades),
- une exérèse du coecum (1 malade),
- une exérèse de tout le côlon sauf le sigmoïde (1 malade).

SPAY, sur 25 malades opérés pour constipation opiniâtre a pratiqué 19 hémicolectomies gauches et 6 colectomies segmentaires.

A la lumière de ces données, nous pouvons conclure que l'hémicolectomie gauche est la plus réalisée dans le traitement chirurgical de la constipation opiniâtre.

En ce qui concerne le choix du geste, certains auteurs pensent qu'une exérèse limitée, telle qu'une résection de l'anse sigmoïde est vouée à l'échec et ne fait que rendre la tâche du chirurgien suivant plus difficile.

Pour eux, la colectomie totale avec anastomose iléorectale est considérée comme l'intervention de choix.

Cependant, nous pensons que ce geste maximaliste n'est pas justifié dans la majorité des cas. De plus, elle aboutirait au remplacement de la constipation sévère par une diarrhée chronique sévère, certainement moins supportable. A cet égard, comme le souligne MENGUY, on peut tirer partie de l'expérience de PRESTON (88) : l'anastomose iléorectale, faite chez 8 sur 16 malades atteints d'inertie colique, fut compliquée chez plusieurs par une diarrhée sévère et des épisodes d'incontinence fécale.

D'autres chirurgiens (116) ont partagé cette expérience : par contre, cette complication ne s'est pas produite chez les malades opérés par PEMBERTON (82). Selon lui, ce sont ceux ayant un syndrome de côlon irritable et chez qui la colectomie pour constipation est contre indiquée, qui seraient exposés à la diarrhée.

Pour notre part, nous pensons avec MENGUY (72) qu'une exérèse moins large du genre hémicolectomie plus ou moins élargie est une bonne solution, surtout si elle est validée par les résultats de l'épreuve du transit colique au moyen des marqueurs radio-opaques.



Par exemple, si l'épreuve montre que la motilité de l'hémicôlon droit est normale et si les marqueurs après avoir quitté rapidement le côlon droit en moins d'un jour, restent dans l'anse sigmoïde pendant plus cinq jours, l'hémicolectomie gauche avec anastomose colorectale est indiquée.

En revanche, la colectomie totale peut se justifier lorsque cette épreuve montre que « l'inertie » atteint tous les étages du côlon. Il en est de même pour les malades avec déficience importante de la motilité intéressant tout le tube digestif.

Quant à ceux qui ont aussi un mégarectum, il vaut mieux leur faire d'emblée une coloproctectomie avec anastomose iléoanale.

### Résultats:

#### **Mortalité**

Nous n'avons connu aucun décès. La chirurgie du dolichomégacôlon a la réputation de n'entraîner aucune mortalité et cela est tout à fait justifié pour une affection bénigne mais il faut garder en mémoire que la chirurgie colique au mieux propre contaminée garde un potentiel de risque infectieux certain.

#### **Morbidité**

Les résultats fonctionnels appréciés avec un recul de 1 à 5 ans montrent qu'il n'y a pas eu de suppuration pariétale ni de fistule anastomotique ni d'occlusion sur adhérence, mais deux cas de sténoses anastomotiques modérées ont été signalés et ont évolué favorablement. Soit un taux de 18,18 %.

Dans la littérature, la chirurgie pour la constipation a une mortalité nulle et une morbidité relativement faible mais non négligeable (51 - 57 - 99 - 101 - 112 - 116).

Les complications sont essentiellement représentées par :

- des épisodes de diarrhée et d'incontinence anale en cas de colectomie totale. (72) ;
- des abcès pelviens ou de la paroi ;

- des fistules recto-vaginales ;  
- des retrécissements anastomotiques et des dilatations coliques secondaires : ROLAND (92) dans sa thèse relève 6 cas de retrécissement sur 42 malades soit un taux de 14,28 %, quant à YOSHIOKA (145) sur 5 colectomies retrouve 2 dilatations coliques

secondaires à des retrécissements au bout de 2 ans soit un pourcentage de 40 %.

En fait, le retrécissement anastomotique et la dilatation colique secondaire représentent les complications tardives essentielles de la colectomie pour la constipation opiniâtre de l'adulte, posant par là même le problème de la stabilité des résultats immédiats acquis après exérèse colique.

Devant ces complications avec absence d'amélioration clinique par rapport à l'état antérieur, la plupart des auteurs préconisent une réintervention.

Ainsi, PRESTON (88) en 1984 sur un total de 5 malades qui ont présenté un retrécissement anastomotique, en a opéré 2 avec succès.

De même, VASLESKY (12) en 1988 rapporte 79 % de succès sur douze malades opérés de retrécissement.

MENGUY (72), en 1994 opère avec succès 6 cas de dilatations coliques secondaires.

Quant aux accidents sub-occlusifs, leur fréquence est variable.

Selon WEXNER (113) la survenue des accidents sub-occlusifs est en moyenne de 27 %.

MENGUY (72) dans sa série en relève 17 %.

PRESTON (88) sur un total de 16 colectomies a recensé 7 accidents d'iléus post-opératoire dont 3 ont été réopérés.

KEBE, sur un total de 50 malades a relevé 3 occlusions sur bride dont 2 ont été traitées médicalement.

Pour certains auteurs, le taux des accidents occlusifs post-opératoires après colectomie pour constipation opiniâtre de l'adulte dépasse les 40 %.

La prévention de toutes ces complications passe par le respect strict des règles élémentaires de la chirurgie colique déjà évoquées.

Sur 11 malades opérés pour constipation opiniâtre de l'adulte liée au dolichomégacôlon, nous avons 100 % de résultats satisfaisants en

conformité avec certains résultats recueillis dans la littérature (tableau n° VII)

Néanmoins, notre série étudiée est trop petite pour confirmer le caractère quasi satisfaisant de la chirurgie dans le traitement de la constipation opiniâtre par dolichocôlon. Mais nous pensons que cette chirurgie est véritablement salvatrice et ce de façon spectaculaire dans certains cas de constipation opiniâtre rebelle au traitement médical. C'est pour cette raison qu'il faut lutter contre certains dogmes à l'évidence injustifiés excluant la chirurgie du traitement de la constipation par dolichocôlon et se poser la question suivante : quelle est la place de la chirurgie dans le traitement de la constipation opiniâtre de l'adulte ?

C'est à cette question que nous répondrons dans le chapitre suivant.

TABLEAU N° VII

.....  
Résultats de la colectomie subtotalé.

Auteurs ( Réf. N°)	Nombre de patients	Usage de laxatifs %	Douleurs %	-Usage d'anti- diarrhéique %	Succès %
Klatt (54)	9	0	0	0	100
Preston (88)	16	37	50		81
Keighley (52)	10	9 10	Excellent	Résultat	
Beck (4)	14	-	-	-	100
Wexner (113)	16	0	0	18	94
Pemberton (82)	38	0	0	0	100
Lubowski (64)	59	2	10	52	90
Roland (92).	42	-		-	95
Notre série	11	0 > 5 mois	0 > 6 mois	0	100

**III - 2 LA PLACE DE LA  
CHIRURGIE DANS LE  
TRAITEMENT DE LA  
CONSTIPATION OPINIÂTRE DE  
L'ADULTE**

Il est admis que le traitement médical reste la base du traitement de la constipation opiniâtre. Mais, ce traitement médical, force est de le constater ne donne pas toujours satisfaction.

En effet PICCIRILLO (84) montre que sur 416 patients traités médicalement pour constipation, 13 % soit 54 malades se sont révélés refractaires et ont nécessité un geste chirurgical ayant conduit au succès dans 94 % des malades.

MAINGNET (68) enregistre 21,3 % d'échec du traitement médical mais seulement 2 sur 9 victimes de la faillite du traitement médical ont été proposés avec succès à la chirurgie.

De façon générale, le taux d'échec du traitement médical relevé dans la littérature oscille autour de 17 %. Nous avons toute raison de penser que ce taux d'échec est majoré dans notre milieu à cause des difficultés du traitement médical liées à sa durée, à son coût relativement élevé et aux prescriptions hygiéno-diététiques difficilement applicables et parfois même inacceptées.

Tous ces éléments amènent le patient à perdre toute confiance aux prescriptions médicales et c'est avec un ultime espoir de guérison radicale et définitive qu'il s'oriente vers la chirurgie. Par ailleurs, même avec un traitement médical bien conduit, des échecs du traitement médical peuvent être constatés. (tableau n° VIII)

**TABLEAU N° VIII RESUME DU TRAITEMENT MEDICAL**

Auteurs (ref)	Nombre de malades	Succès		Echec	
		%	Nombre	%	Nombre
M.F PICCIRILLO (84)	416	87 %	362	13 %	54
P. MAINGUET (68)	33	78,7 %	24	21,3 %	9

Il est logique dans ces conditions que l'échec du traitement médical confirme l'échéance de la sanction chirurgicale. Mais une sélection plus

rigoureuse doit être faite pour s'assurer du succès de la colectomie sur dolichocôlon.

Les constipations d'évacuation ne peuvent être traitées par simple colectomie, il serait voué dans ces conditions à un échec certain.

En revanche, la colectomie pour constipation de transit sur un dolichocôlon important avec des boucles, des coudures objectivant à l'évidence une véritable gêne mécanique, peut à l'absence d'une inertie extrême du côlon restant donner des résultats tout à fait satisfaisant voire spectaculaire.

L'analyse de différents résultats statistiques nous permet de constater que l'acte chirurgical offre en moyenne 96 % de chance de succès avec une mortalité nulle et une morbidité faible.

Il convient donc de dire à l'encontre de ceux qui s'opposent à la chirurgie qu'elle est d'un apport certain dans le traitement de la constipation opiniâtre de l'adulte.

Même si la constipation sévère n'entraîne pas généralement la mort, elle constitue un handicap sérieux pour ceux qui en souffrent et ont subi un échec médical. On aurait tort de priver certains sujets sérieusement handicapés par cette constipation d'un apport chirurgical positif. D'autant plus qu'il existe aujourd'hui des critères de sélection plus rigoureux dans le traitement de la constipation opiniâtre.

Autrefois, le traitement de la constipation opiniâtre avait soulevé quelques discussions notamment entre les gastro-entérologues et les chirurgiens digestifs. Ainsi, certains gastro-entérologues parlant du dolichocôlon avaient écrit qu'« une proposition chirurgicale visant à réduire la longueur du côlon par suppression des troubles relève de la plus haute fantaisie... hormis quelques cas véritablement, exceptionnels. »

Il est évident que de telles déclarations incendiaires et dogmatiques faisant fi des exceptions pourtant connues ou reconnues peuvent créer le doute ou la confusion dans l'esprit de certains médecins.

En médecine, on ne traite pas les images radiologiques mais on soigne des malades qui souffrent et qui ont besoin d'être soulagés.

Les candidats à la chirurgie présentent malgré le traitement médical :

- une persistance et /ou une aggravation de la constipation et des phénomènes douloureux,
- parfois des crises répétées de volvulus subaiguë
- = et un retentissement sévère sur l'état général et le psychisme, handicapant le malade jusque dans ses activités professionnelles et sociales.

Ces éléments cliniques qui méritent en aucun cas d'être occultés, seront appuyés par le lavement baryté qui montre une augmentation très marquée de la longueur et /ou du calibre colique avec de nombreuses boucles retardant le transit et aggravant le risque de survenue du volvulus.

En résumé, toute constipation opiniâtre de l'adulte liée à un dolichocôlon rebelle au traitement médical et affectant la vie et le confort du patient au quotidien mérite d'être traitée chirurgicalement.

Cependant, cette chirurgie ne devra pas être pratiquée à outrance et sans sélection : certains malades seront recusés pour troubles fonctionnels moyens, des dolichocôlons limites sans aspect de gêne mécanique évident. Il en sera de même pour les sujets tarés et/ou d'un âge très avancé.

En ce qui concerne le type d'exérèse, nous pensons comme MENGUY (72) qu'une exérèse du genre hémicolectomie plus ou moins élargie est la méthode de choix. Mais elle ne peut être systématique et s'adaptera à la topographie du dolichocôlon et à son calibre.



# CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur l'intérêt de la chirurgie dans le traitement de la constipation opiniâtre de l'adulte, expérience de 11 cas de dolichomégacôlons opérés dans les deux services de Chirurgie Générale et Digestive du C.H.U. de Treichville, sur une période de 7 ans.

Nos résultats sont les suivants :

Nous avons opéré 11 malades : 9 hommes et 2 femmes atteints d'une constipation opiniâtre sur dolichomégacôlon.

L'âge moyen était de 38 ans avec des extrêmes à 25 et 50 ans.

Tous les malades avaient une symptomatologie presque identique. En moyenne, ils allaient à la selle une fois tous les dix jours et seulement après une purge. Entre les selles provoquées, ils éprouvaient parfois un météorisme abdominal plus ou moins douloureux et toujours un inconfort digestif important.

Tous les malades avaient subi sans succès depuis de nombreuses années le traitement médical habituel de la constipation chronique.

Le lavement baryté a été pratiqué au moins une fois chez tous les malades. Il a permis le diagnostic de dolichomégacôlon et a montré la prédominance de la forme gauche (8 cas) sur les formes étendues (2 cas) et les formes droites (1 cas).

Nous avons pratiqué 10 hémicolectomies gauches avec anastomose colo-rectale et une hémicolectomie droite.

Nos résultats sont jugés excellents à ce jour, 100 % des résultats satisfaisants avec une mortalité nulle et une morbidité faible.

En comparant ces résultats avec la littérature, on peut affirmer que la chirurgie a un rôle à jouer dans le traitement de la constipation opiniâtre de l'adulte ; mais à condition de bien sélectionner les malades sur les critères rigoureux qui permettent de s'assurer du succès de la colectomie sur constipation opiniâtre.

# BIBLIOGRAPHIE

**(1) ASHTON MR., SUTTON D., NIELSEN M.**

Severe magnesium toxicity after magnesium enema in a chronically constipated child.

BMJ. 300 (6723) ; 541 1990

**(2) BAIRD IN LIHLEWOOD ER.**

Tea consumption or cause of constipation (letter)

British Medical journal clinical research ed

282 (6274) ; 1474 - 5 1983

**(3) BALDI F., FERRARINI F., CORINALDESIR, BALESTRA. R.,  
CASSAN M., FENATI GP., BARBARA L.**

Function of the internal anal sphincter and rectal sensitivity in Idiopathic constipation.

Digestion 24 (1) : 14 - 22, 1982.

**(4) BECK D., FAZIO V., JAGELMAN D.**

Surgical management of colonic inertia.

South med J; 82 : 305 - 9, 1988.

**(5) BECK DAVID E., MAJOR . MD, USAF, M.C  
DAVID G ZAGELMAN, M.D (LON), F.R.C.S. (Eng)  
F.A.C.S AND VICTOR W. FAZIO M.D, M.B.B.S.  
F.R.A.C.S, F.A.C.S**

The surgery of idiopathic constipation gastro enterology clinics of North America.

Vol 16, N° 1, 143 - 155, 1987.

**(6) BERNDTH KOHLERC**

(Chronic constipation and the abuse of laxatives)

(German). Zeits christ fur Arztliche

Fortbildung. 76 (11) : 486 - 9, 1982.

**(7) BINNIR NR, SWITH AN, CREASEY GH, EDMOND P.**

Severe, Longstanding constipation in adults. Indications for surgical treatment (review) Scandinavian Journal of Gastroenterology. Supplement 188 : 60 - 8, 1991.

**(8) BLEIJENBERG G., KUIJJERS HC**

Biofeedback treatment of constipation : a comparaisn of two methodes.  
American Journal of gastroenterology 89 (7) : 1021 - 6, 1994.

**(9) BRAUN J., PFUIGSTEN FP, FASS J., SCHUMPELICK V.**

Surgical therapy of chronic constipation (German).  
Chirurgie 62 (2) 103 -7 ; discussion 108 - 9 1991.

**(10) CARASSALE G., PAPAROZZI C., PUCCIANI F.,  
BATIQUANI G., CORTESINI C.**

(Chronic constipation : problemes of diagnosis for a correct therapeutic orientation ) (Italian);  
Clinics therapeutics 107 (6) : 439 - 54, 1983.

**(11) CAMILLERI M., THOMPSON WG, FLESHMAN  
JW, PEMBERTON JH.**

Clinical management of intractable constipation  
Annals of internal medecine 121 (7) : 520 - 8 ; 1994.

**(12) CAROL - ANNVASILESKY, M.D. FREDERIC D., NEMER  
M.D, EMMANUEL G., BALCOL. M.D, CARL E.,  
CHRISTENSON. M.D ; STANLEY M., GOLDBERG M.D.**

Is subtotal colectomy a viable option in the management of chronic constipation ?  
The american society of colon & rectal surgeons ; Washington, D.C., 680, 679 - 681, 1987.

**(13) CAVALLINI G., FILIPPINI M., BONO P.,  
DELAINIGG, TEBALDI M.**

Medical therapy of chronic idiopathic constipation.  
Chirurgia italiana 45 (1-6) ; 3 - 28 1993.

**(14) CATTAN R.**

La thérapeutique vagominétique et plus particulièrement dans les  
mégasplanchnies.

Sem. Hop. Paris, 23, N° 48, 2909 - 2911, 1947.

**(15) CATTAN R.**

Essai d'une thérapeutique anticholinestérasique et vitaminique dans  
le dolichomégacôlon de l'adulte et dans certaines constipations  
fonctionnelles.

Sem. Hop. Paris, 23, N° 48, 2914 - 2917, 1947.

**(16) CHAUSSADE S. ET GUERRE Z.**

Traitement de la constipation.

Encyclopédie Médicale. Chirurgicale (Paris, France), Estomac,  
Intestin, 9071 A10.

- 6 P, 1985.

**(17) CHRISTIANSEN JOHN**

Surgical treatment of severe constipation.

Scand J. Gastroentozol 26, 226 - 230, 1991.

**(18) CLARK CG., GODFRAY J.**

Constipation a simple approach to treatment.

Journal of the royal college of general practitioners. 31 (222) : 38 -  
40; 1981.

**(19) COLIN R. DENIS P ET DUCROTTE PH**

Interprétation physio pathologique et bases du traitement médical.  
Service des maladies de l'appareil digestif et laboratoire  
d'explorations fonctionnelles digestives. Hôpital Charles Nicolle.

**(20) COSTALAT G., GARRIGUES ZM., TORON, VEGRAC M.**

Proposition d'une méthode simple de mesure dynamo-métrique du  
tonus sphinctérien anal en chirurgie procto-anale.  
Ann de Gastroentérologie et d'Hépatologie, 22. 176, 1986.

**(21) DAHL J., LINDQUIST BL., TYSK C., LEISSNER P.,  
PHILIPSON L., JARNEROT G.**

Behavioral medicine treatment in chronic constipation with  
paradoxical anal sphincter contraction.  
Diseases of the colon and rectum. 34 (9) 769 - 76, 1991.

**(22) DEVROEDE G.**

La constipation : du symptôme à la personne, psychologie médicale,  
17, 1515 - 1524, 1985.

**(23) DONATELLE E.P.**

Constipation : pathophysiology and treatment (review).  
American family physician : 42 (5) : 1335 - 42 1990.

**(24) DOUTRE L.P.**

Les réinterventions sur colostomie M.C.D - 8 - N° 8, 1979.

**(25) DOUTRE L.P., PERISSAT J., PERNOT F., ET MASSARD J - F.**

Les désunions anastomotiques après colectomie. Leurs causes et  
préventions.  
J. chir., Paris, 115, N° 2, L.89 - 92, 1978.

**(26) DREVET D., BLINEAU N., CHAMPION M., JOFFRE P.,  
FAYSSE E.**

Rupture spontanée du rectum. Apport du scanner. A propos d'un cas.

Annale de Radiologies (Paris), vol 37, N° 4 278-280, 1994.

**(27) EMERY Y., DESCOS L., MENNIER P., LOUIS D.,  
VALANCOGNE G., WEIL G.**

Constipation terminale par asynchronisme abdomino-pelvien : analyse des données étiologiques, cliniques, manométriques et des résultats thérapeutiques après rééducation par biofeedback.

Gastroenterol clin biol, 12, 6 - 11, 1988.

**(28) ETZIONI A., BENDERLY A., BAR NAOR J A.**

Segmental dilatation of the colon, another cause of chronic constipation.

Diseases of the colon and rectum 23 (8) 580 - 2, 1980.

**(29) FISCHER L.**

Constipation, a permanent problem (letter) (German)

ZFA. Zeitschrift fur Allgemeinmedizin 59 (31) 1763 - 6, 1983.

**(30) FLESHMAN W., JAMES-ROBERT D., FRY, IRA J., KODNER.**

The surgical management of constipation.

Baillière's clinical gastroenterology.

Vol 6, N° 1, 145 - 157, 1992.

**(31) GATTUSO J.M., KAMM MA.**

The management of constipation in adultes.

Alimentary pharmacology and therapeutics 7 (5) : 487 - 580, 1993.

**(32) GIORGIO STABILE AND MICHAEL A. KAMM**

Surgery for idiopathic megarectum and megacolon.

Int. Colorect dis 6 : 171 - 174, 1991.



**(33) GODDING EW.**

Investigation constipation.

British medical journal 280 (6230) : 1538, 1980.

**(34) GONVERS JEAN JACQUES**

Que faire en présence d'une constipation.

Révue médicale suisse Romande, 113, 49 - 53, 1993.

**(35) GUPTAKL**

Intestinal obstruction due to constipation in the elderly. British journal of clinical practice. 37 (4), 155 - 6, 1983.

**(36) HALFON. M**

La constipation, facteurs de risque en pathologie digestive.

J. Méd. Chir. Prat. 150 (24), 1023 - 1027, 1979.

**(37) HEINE ZOHN A., W. DOUGLAS WONG., AND STANDLEY A. M.  
GOLDBARG.**

Surgical treatment for constipation

Surgery, gynecology and obstetric, vol 176, 406, 403 - 409, 1993.

**(38) HILLEMAND P.**

Dolichocôlons et megacôlons non compliqués de l'adulte.

Rev. prat. 9, N° 32, 3469 -3488, 1959.

**(39) HOLLENDER LF**

Sigmoïdites diverticulaires

J. Chir, (Paris), 115, N° 4, 1978.

**(40) HOLLENDER LF, MULLER AN, VIVILLECH ET SANTIGOG**

Le dolichocôlon de l'adulte : indications chirurgicales.

Gastro - Enterological - Belg., 28 N° 7, 550 - 567, 1965.

**(41) HOLLENDER LF ET KIHLEK ZZ**

Le dolichocôlon, E.M.C, EST. Int, 9072 A10, 1, 1972.

**(42) HUGUES SF., MC DERMOTT FT., JOHNSON WR., POLGLASE AL.**

Surgery for constipation.

Australian and new Zealand journal of surgery 51 (2) : 144 - 8,  
1983.

**(43) HUTET G.**

Le dolichomégacôlon et ses crises douloureuses aiguës.

Sem. Hop. Paris, 26 n° 72, 3781 - 3786, 1950.

**(44) JAMES W., FLESHMAN, ROBERT D. FRY, IRA Z. KOUNER.**

The surgical management of constipation baillière's clinical  
gastroenterology.

ISBN 0 - 7020 1622 - 5.

Vol 6, N° 1, 1992.

**(45) JOHANSON J.F., SONNEMBERG A.**

The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An  
epidemiologic Study, Gastroenterology, 98 : 380 - 386, 1990.

**(46) JORGE HADDAD ET ARRIGO RAIA.**

Traitement du mégacôlon acquis de l'adulte considérations sur la  
technique du Duhamel avec colostomie périmale.

C hir, 99, PP 293 - 298, 1973.

**(47) KAMM. M.A.**

Role of surgical treatment in patients with severe constipation. Ann med, 22 ; 435 - 44, 1990.

**(48) KAMM M.A., HAWLEY PR, LENNARD - JONES J.**

Outcome of colectomy for severe idiopathic constipation. Gut. ; 29 : 969 - 73, 1988.

**(49) KAMM. M., A - STABILE G.**

Management of idiopathic megarectum and megacolon. BR - J Surg, Vol. 78, 899 - 900, 1991.

**(50) KAMM MA., VANDER SIJP JR., HAULEY PR., PHILLIPSRK., LENNARD - JONES J.E.**

Left hemicolectomy with rectal excision for severe idiopathic constipation. International Journal of colorectal disease. 6 (1) : 49 - 50 1991.

**(51) KEBE M., LE GUYADER, L. CORNET, PH COWPLI-BONY, SANGARE S., ROLAND G., A. BASSIT, K.G. N'GUESSAN, A. DAGO-AKRIBI, A.T. DJEDJE et L. BARTHE.**

Intérêt de la chirurgie dans le traitement du dolichomégacôlon pathologique non compliqué. Med. D'Afrique noire 28 (6), 383-389, 1981.

**(52) KEIGHLEY M.R.B**

Surgery for constipation. Br. J. Surg, Vol. 75, 625 - 626, 1988.

**(53) KEIGHLEY M.R., SHOULER P.**

Outley Syndrome is there a surgical option ? J.R soc Med, 77 : 559 - 63, 1984.

**(54) KLATT GR**

Role of subtotal colectomy in the treatment of invalidante constipation.

American Journal of Surgery 145 (5) : 623 - 5, 1983.

**(55) KLAUSER A., RUBACH A., BERTSHE O., MULLER LISSNER SA.**

Body acupuncture : effect on colonic function in chronic constipation.

Zeitschrift für Gastro - enterologie. 31 (10) : 605 - 8, 1993.

**(56) KLAUSER A., WIEBECKE B., SCHWEIBERER L., MULLER - LISSNER S.**

Chronic Vomiting and diarrhea after subtotal colectomy for chronic constipation, (German).

internist 34 (8) : 784 - 7, 1993.

**(57) KUHLMANN, RENAUD, KAZDALI, A. BILLIERES, M. FRANCOIS ET E. LOPEZ - RODRIGUEZ F.**

Les indications opératoires et les résultats de l'hémicolectomie gauche dans le traitement du mégadolichocôlon chez le Nord-Africain adulte (à propos de 31 observations).

J. Chir (Paris), N° 3, 321 - 330, 1967.

**(58) KUIJPERS J.H., BLEIJEUBERG G.**

Non surgical treatment for constipation in adults : the place of biofeedback.

Netherlands Journal of surgery 43 (6) 218 - 21, 1991.

**(59) KUNTZ E**

Obstipation und obstipations behandlung.

Folge 3 : therapie ; komplikationender obstipation.

Fortschritte der Medizin 100 (29) : 1347 - 54, 1982.

**(60) LAMY J., MIALARET J.**

Physiopathologie, technique, complications de la colectomie totale.

**(61) LEGUYADER A., DELTEIL C., KEKEH J.K. et LAIGO M.**

La vascularisation artérielle du côlon du nouveau-né de Côte d'Ivoire.  
ASS. des Anat. N° 132, 653 - 663, 1966.

**(62) LENNARD, JONES JE**

Clinical management of constipation.  
Pharmacology : 47 Suppl 1 : 216 -23, 1993.

**(63) LEONSH, KRISHNAMURTHYS, SCHFF MD.**

Subtotal colectomy for severe idiopathic constipation : a follow up  
study of 13 patients.  
Dig Dis Sci; 32 : 1249 - 54, 1987.

**(64) LUBOWSKI D.Z., CHEN F.C., KENNEDY ML., KING DW**

Résultats of colectomy for severe slow transit constipation.  
Dis Colon Rectum; 39 : 23 à 29, 1996

**(65) LUX N. ATHANASIADIS, S. FISCHBACH N., MEYER B.**

Functional results of subtotal and partiel colectomy in therapy.  
Resistant chronic constipation.  
A follow up study of 32 patients (German)  
Chirurgie 63 (9) : 739 - 47 .; discussion 746 - 747, 1992.

**(66) MAC DONALD A., BAXTER JN., FINLAY IG.**

Idiopathic Slow - transit constipation.  
British Journal of surgery. 80 (9) : 1107 - 11, 1993.

**(67) MAHENDRARAJAH K, AND ALL**

Surgery for severe constipation : the use of radioisotope transit scan and barium evacuation proctography in patient selection.

Australain & New Zealand journal of surg. 64 (3) 183 - 6, 1994.

**(68) MAINGUET P.**

Acquisitions recentes dans le traitement des mégacôlons et dolichocôlons fonctionnels. Revue française de gastro-entérologie n° 67, 1971.

**(69) MARTELLI HELENE, DEVROEDE GHISLAIN, ARHAN PIERRE AND DUGUAY COLETTE**

Méchanism of idiopathic constipation : outlet obstruction.

Gastroenterology 75 - 623 - 631. 1978.

**(70) MARSHALL JB.**

Chronic constipation in adults. How for should evaluation and treatment go ?

Post graduate medicine 88 (3) : 49 - 51, 54, 57 - 9, 63 1990.

**(71) MAYDAT L., PIQUARD B, SIEGL F., FERRO B., SEGUETTE A., ET GRUET M.**

Le mégadolichocôlon et les lésions acquises des plexus myentériques chez l'africain. (à propos de 36 cas).

Bull. Soc. Med. Afrique noire langue française 14, N° 4 ; 787 - 798, 1969.

**(72)..MENGUY R., CHEY W.**

Le traitement chirurgical de la constipation chronique idiopathique.

La chirurgie 119 (9) : 525 - 529, 1993.

**(73) MEYER CH., ROHR ET HOLLENDER L.F**

Chirurgie de la constipation sévère.

Actualités dig 9, N° 1 ; 18 - 21, 1987.

**(74) MIALARET J.**

Colectomie totale pour dolichocôlon, dolichomégacôlon et  
(constipation chronique inveterée)  
Journal de chir T. 92, N° 3 1966.

**(75) MISHALANY HENRY**

Seven years experience with idiopathic unremitting chronic  
constipation.  
Journal of pediatric, vol 24, N° 4. PP 360 - 362, 1989.

**(76) NANO M., GIACCONE M., RICCI E., LALE MURIX E., GAGNA G.,  
BERTERO D.**

(Constipation : drug or surgical treatment ?) (Italian).  
Minerva chirurgica. 46 (5) : 153 - 68, 1991.

**(77).. NETRIG CARELLA G., LEMMOG**

(Constipation New therapeutic trends) (review) (Italian) clinica  
therapeutica. 138 (2) : 97 - 100 1991.

**(78) NIVATVOWGS S., HOOKS VH.**

Chronic constipation. Important aspects of workup and  
management Post graduate medicine 74 (5) : 313 - 19, 323,  
1983.

**(79) PAINTER NS.**

Constipation  
Practitioner 224 (1342) : 387 - 91 , 1980.

**(80) PARC R., DONVIND ET Z. LOYGUE**

Le mégacôlon congénital de l'adulte. Etude de 15 cas  
Gastroentérologie clin-biol, 3, 321 - 328, 1979.

**(81) PATKIN M.**

A cure for constipation ?  
Medical journal of Australia 1 (5) : 205, 1982.

**(82) PEMBERTON JH, RATH DM, ILSTRUP D.M.**

Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation.  
ANN. of surg 214 (4) : 403 - 11 ; Discussion 411 - 413, 1991.

**(83) PH DENIS**

Constipation distale, effort de poussée et incontinence fécale.  
Gastroenterologie clini-biol, 12, 3 - 5, 1988.

**(84) PICCIRILLO M.F, REISSMAN P AND WEXNER S.D**

Colectomy as treatment for constipation in select patients.  
British journal of surgery, 82, 898 - 901, 1995.

**(85) PINHO M, M.D, K. YOSHIOKA, M.R. B KEIGHLEY, M.S,  
F.R.C.S**

Long -term results of anorectal myectomy for chronic constipation.  
Dis. Col & Rect., 795 - 797, 1990.

**(86) PIRRIE J.**

Constipation in the elderly  
Nursing - Oxford (17) : 753 - 5, 1980.



**(87) POISSON J, DEVROEDE G.**

Severe chronic constipation as a surgical problem.  
Surgical clinics of North America. 63 (1) : 193. 217, 1983.

**(88) PRESTON D.M, LENNARD - JONES J.E, TODD IP**

Results of colectomy for severe idiopathic constipation.  
In women (Arbutnot Lane's disease) BR. J - Surg; 71 :  
547 - 52, 1984.

**(89) PUIS, LAURENT P, J.M. PAWLITSKY**

Constipation.  
La vie Médicale N° 3 ; 1991.

**(90) REDMOND JM, SMITH GW, BAROFSKY I, RATYCH RE,  
GOLDS BOROUGH DC, SCHUSTER MM.**

Physiological tests to predict long term out come of total abdominal  
colectomy for Intractable constipation.  
Am. J of Gastroenterol 90 (5) 748 - 53, 1995.

**(91) REX DK, LAPPAS J.C, GOULET R.C, MADURA JA.**

Selection of constipated patients as subtotal colectomy candidates.  
Journal of clinical Gastro -enterology. 15 (3) : 212 - 217, 1992.

**(92) ROLLAND G**

Traitement chirurgical du dolichomégacôlon pathologique non  
compliqué.  
(A propos de 42 cas opérés en 7 ans dans les CHU d'Abidjan).  
Thèse à ABIDJAN 1978.

**(93) SAEZ L.R**

Therapeutic proposals for the treatment of Idiopathic constipation.  
Italian Journal of Gastroenterology 23 (8 suppl 1) : 30 - 35, 1991.

**(94) SAWIN ROBERT, HATCH EDWIN, SCHALLER ROBERT,  
TAPPER DAVID**

Limited surgery for lower - segment Hirschsprung's disease.  
Arch surg. 219 ; 920 - 925, 1994.

**(95) SCHMIDBAUR W, KORDA, SCHMIDBAUR P.**

Therapeutische strategie bei obstipation.  
Therapeutische Umschan 51 (3) : 190 - 202, 1994;

**(96) SCHUMANN C.**

The dilemma in constipation : Laxatives or lactulose(editorial)  
(German)  
Leber, magen Darm. 23 (3) : 105. 106, 1993.

**(97) SEROR J, MENTONNI B ET ISSAD H.**

De l'association de l'ulcère duodénal et du dolichocôlon.  
ANN. Chir, Vol 22, N° 17 - 12 PP 767 - 772, 1968.

**(98) SHAFIL A.**

Constipation. Pathogenesis and management (review)  
Drugs 45 (4) 528 - 40, 1993.

**(99) SHI XM.**

Clinical observations on 50 cases of obstipation treated with  
acupuncture.  
Journal of traditional clinese medecine- 2 (2) : 162, 1982.

**(100) SHOUTEN W.R, AND E.J.R. DE GRAAF**

Severe, long-standing constipation in adults indication for surgical  
treatment.  
The netherlands journal of surgery, 43-6, 8, 222 -229 1991.

**(101) SPAY G., SOW M., TOURE P. ET CHERBONNEL G.**

Le dolichocôlon non compliqué de l'adulte africain. Considération à propos de 25 cas opérés.

Bull. soc. med. Afrique noire langue française; 303 - 306, 1974.

**(102) SPILLER R.**

Management of constipation 2 when fibre fails B.M.J. 300 (6731) : 1064 - 5 . Discussion 1063, 1990.

**(103) STABILE G., KAMM. M.A., HAWLEY P.R AND LENNARD JONES J.E.**

Results of stoma formation for idiopathic megarectum and megacolon. Int. J. colorect - dis, 7, 82 - 84, 1992.

**(104) STEWART J, D. KUMOUR AND M.R.B. KEIGHLEY**

Results of anal on low rectal anastomosis and pouch construction for megarectum and megacolon.

British journal of surgery, 81, 1050 - 1053, 1994.

**(105) STITT VJ. JR**

constipation the elderly.

Journal of the National medical Association 75 (9) 908 -12, 1983.

**(106) STRATTON J.W, MACKEIGAN**

Treating constipation.

American family physician - 25 (6) : 139 - 42, 1982.

**(107) SUNDERLAND GT, POON FW, LANDER J, FINLAY IG.**

Videoproctography in selecting patients with constipation for colectomy.

Diseases of the colon and rectum 35 (3) : 235 - 7, 1992.

**(108) TAKAHASHI T, FITZ GERALD SD, PEMBERTON JH.**

Evaluation and treatment of constipation revista de Gastro  
enterologia de Mexico 59 (2) : 133 - 8, 1994.

**(109) THIEDE A, KRAEMER M, FUCH KH.**

Therapie der chronischen obstipation.  
Deutsche medizinischen wochen schrift 120 (14) : 4858 ; 1995.

**(110) VILOTTE J.**

Constipation : qui et quand explorer.  
Revue française de Gastroenterologie ; N° 290 tome XXIX, 1993

**(111) WAOTA C.A**

Aspects chirurgicaux des colopathies non tumorales chez l'ivoirien  
(à propos de 135 dossiers).  
Thèse Abidjan 1971.

**(112) WELTI R.**

Hemicolectomie gauche avec retablisement immédiat de la  
continuité intestinale dans le traitement de certaines constipations  
chroniques.  
Mém. Acad. Chir, 83 : 833 - 838 ; 1957.

**(113) WEXNER SD, DANIEL N, JAGELMAN DG.**

Colectomy for constipation : physiological investigation in the key to  
succes.  
Deseases of the colon and rectum. 34 (10) : 851 - 6, 1991.

**(114) WHEATLEY MY, WESLEY JR, CORAN AG, POLLEY TZ JR**

Hirschsprung's disease in adolescents and adults.  
Dis colon rectum : Zul. 33 (7), 622 - 9, 1990

(115) *YOSHIOKA K, KEIGHLEY MR.*

Clinical results of colectomy for severe constipation.  
BR J. Surg. 76 : 600 - 604 , 1989.

(116) *ZENILMAN M.E., DUNNEGAN D.L., SOPER N.J, BECKER J.M.*

Successful surgical treatment of idiopathic colonic dysmotility, arctt.  
surg. 124, 947 - 951, 1989.

**SERMENT  
D'HIPPOCRATE**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE ET DE  
MES CHERS CONDISEIPLES, JE PROMETS ET JE JURE, AU  
NOM DE L'ETRE SUPREME, D'ÊTRE FIDELE AUX LOIS DE  
L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA  
MEDICINE. JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A  
L'INDIGENT ET JE N'EXIGERAI JAMAIS DE SALAIRE AU  
DESSUS DE MON TRAVAIL.

ADMIS A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE  
VERRONT PAS CE QUI S'Y PASSE, MA LANGUE TAIRA LES  
SECRETS QUI ME SERONT CONFIES ET MON ETAT NE  
SERVIRA PAS A CORROMPRE LES MOEURS NI A FAVORISER  
LES CRIMES.

RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES  
MAITRES, JE RENDRAI A LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION  
QUE J'AI RECUE DE LEUR PART.

QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE  
SUIS RESTE FIDELE A MES PROMESSES, QUE JE SOIS  
COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE MES CONFRERES SI  
J'Y MANQUE.

LE ET APPROUVE  
LE PRESIDENT DU JURY  
LUCIEN CORNET

VU  
LE DOYEN DE LA FACULTE  
KADIO AUGUSTE

VU  
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE  
SEMI BIZAN

LA FACULTE DE MEDECINE D'ABIDJAN DECLARE QUE LES OPINIONS EMISES  
DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRESENTEES DOIVENT ETRE  
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR : QU'ELLE N'ENTEND LEUR  
DONNER NI APPROBATION, NI IMPROBATION.



## **RESUME**

Cette étude porte sur une série de 11 malades : 9 hommes et 2 femmes âgés de 25 à 50 ans opérés pour constipation opiniâtre secondaire à un dolichomégacôlon et rebelle au traitement médical.

Les interventions réalisées ont été :

- 1 hémicolectomie droite,
- et 10 hémicolectomies gauches

qui ont toutes conduit au succès thérapeutique.

Cette thèse démontre l'intérêt de la chirurgie dans le traitement de la constipation opiniâtre de l'adulte et remet en selle la chirurgie au prix d'une sélection rigoureuse basée sur les éléments cliniques, radiologiques et manométriques.

**MOTS CLES** : Constipation opiniâtre — Dolichomégacôlon —  
Chirurgie — Hémicolectomie.