



Cas Clinique

Mésentère Commun Incomplet et Ectopie Rénale de Découverte Peropératoire au Cours d'une Chirurgie d'Urgence pour Occlusion Intestinale chez un Adulte

Incomplete Common Mesentery and Renal Ectopia Discovered Per-operatively during Emergency Surgery for Intestinal Obstruction in Yaoundé in an Adult

Pierre Valéry Mvondo Onana^{1,2}, Atangana Paterson³, Tim Fabrice^{2,4}, Owon Abessolo Philip¹, Dikongue Audrey³, Nono Jean Jaques², Georges Bwelle^{2,3}, Guy Aristide Bang³

Affiliations

- Département de Chirurgie et Spécialités de la Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala, Cameroun
- Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Central de Yaoundé
- Département de Chirurgie et Spécialités de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun
- Department of surgery of Faculty of Health Sciences of University of Bamenda, Cameroon
- Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé, Cameroun

Auteur Correspondant

Pierre Valéry Mvondo Onana
Tel : +237699255784
Email : pierreval84@yahoo.fr

Mots clés : mésentère commun, ectopie rénale, complications

Key words: Common mesentery, ectopic kidneys, complications

RESUME

Le mésentère commun résulte d'une anomalie de rotation du tube digestif à 180°. Il est caractérisé par la persistance d'une disposition anatomique embryonnaire secondaire à une anomalie de rotation de l'anse ombilicale primitive, constituant ainsi un méso commun à toute l'anse intestinale et une racine du mésentère extrêmement courte. La prévalence très faible à l'âge adulte est à l'origine d'un retard diagnostic et thérapeutique. L'ectopie rénale a une prévalence très faible. Son association à un mésentère commun n'a pas été retrouvée à la base de données étudiée. Nous rapportons un cas de mésentère commun associé à un rein en position pelvienne découvert lors d'une laparotomie d'urgence pour occlusion intestinale grêlique. Les découvertes peropératoires de notre patient n'ont pas mis en évidence de volvulus mais une zone transitionnelle au niveau du colon ascendant et des signes de souffrances des anses. Notre patient décède du fait d'un tableau d'instabilité hémodynamique présenté dès l'admission secondaire au retard diagnostic. Il est important en présence d'un cas de volvulus du grêle de se rassurer dès le début que la cause n'est pas un mésentère commun afin d'éviter des complications telles que les troubles hydro-électrolytiques, l'état de choc, le sepsis et même le décès.

ABSTRACT

Common mesentery results from an anomaly in the rotation of the digestive tube by 180°. It is characterized by the persistence of an embryonic anatomical arrangement secondary to an anomaly in the rotation of the primitive umbilical loop, thus constituting a common mesentery to the entire intestinal loop and an extremely short mesentery root. It's very low prevalence in adulthood leads to a delay in diagnosis and treatment. Renal ectopia has a very low prevalence. Its association with a common mesentery has not been found in the database studied. We report a case of common mesentery associated with a kidney in a pelvic position discovered during emergency laparotomy for small bowel obstruction. Intraoperative findings in our patient did not reveal volvulus but a transitional zone in the ascending colon and signs of bowel distress. Our patient died due to hemodynamic instability presented since admission secondary to delayed diagnosis. It is important in the presence of a case of small bowel volvulus to ensure from the beginning that the cause is not a common mesentery in order to avoid complications such as hydro-electrolyte imbalances, shock, sepsis, and even death.

INTRODUCTION

Le mésentère commun résulte d'une anomalie de rotation du tube digestif à 180 [1]. Ces anomalies de rotation intestinale peuvent aboutir à des complications redoutables parfois mortelles, qui surviennent généralement au cours de la période néonatale ou à l'âge pédiatrique. La prévalence de cette malformation à l'âge adulte est très faible, estimée à 0,2 à 0,5% [2]. Ce taux est faible à l'origine de beaucoup de

retard diagnostic et thérapeutique au point où la majorité des cas soient diagnostiqués en post mortem [3]. La prévalence de l'ectopie rénale est estimée à 0,19% [4]. Il s'agit d'un arrêt de la migration rénale vers le haut depuis sa position embryologique dans le petit bassin. Nous rapportons le cas d'un patient ayant présenté un syndrome occlusif grêlique avec état de choc et chez qui les découvertes peropératoires mettaient en évidence un mésentère commun incomplet associé à un rein gauche en position ectopique.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 32 ans, sans antécédent de chirurgie abdominale, qui avait été amené en consultation pour douleur abdominale associée à plusieurs épisodes de vomissements. Trois jours avant son admission, le patient avait présenté une douleur intermittente, péri-ombilicale à type de crampe, évoluant par paroxysme. Elle était associée à plusieurs vomissements post-prandiaux précoces puis tardifs. 24 heures plus tard l'arrêt des matières puis des gaz motive la prise des décoctions traditionnelles par purge et par voie orale. La recrudescence de la douleur, des vomissements, et l'altération brutale de l'état général motivent la consultation dans notre centre. A l'admission, l'examen clinique retrouvait un patient avec un état général altéré, une instabilité hémodynamique avec sueurs profuses, froideurs des extrémités, TA à 70/50 mm Hg ; tachycardie à 144 battements/min ; polypnée à 32 cycles/min ; un

syndrome de réponse inflammatoire systémique avec une température à 38,8°, tachycardie et polypnée.



Figure 1. Aspect foncé du liquide péritonéal

L'examen de l'abdomen retrouvait un météorisme abdominal avec tympanisme diffus et des bruits du péristaltisme diminués. Le toucher rectal retrouvait une ampoule rectale vide. Devant l'instabilité hémodynamique et le carré de Mondor le diagnostic clinique a été celui d'une occlusion intestinale grêlique d'origine mécanique compliquée d'état de choc.

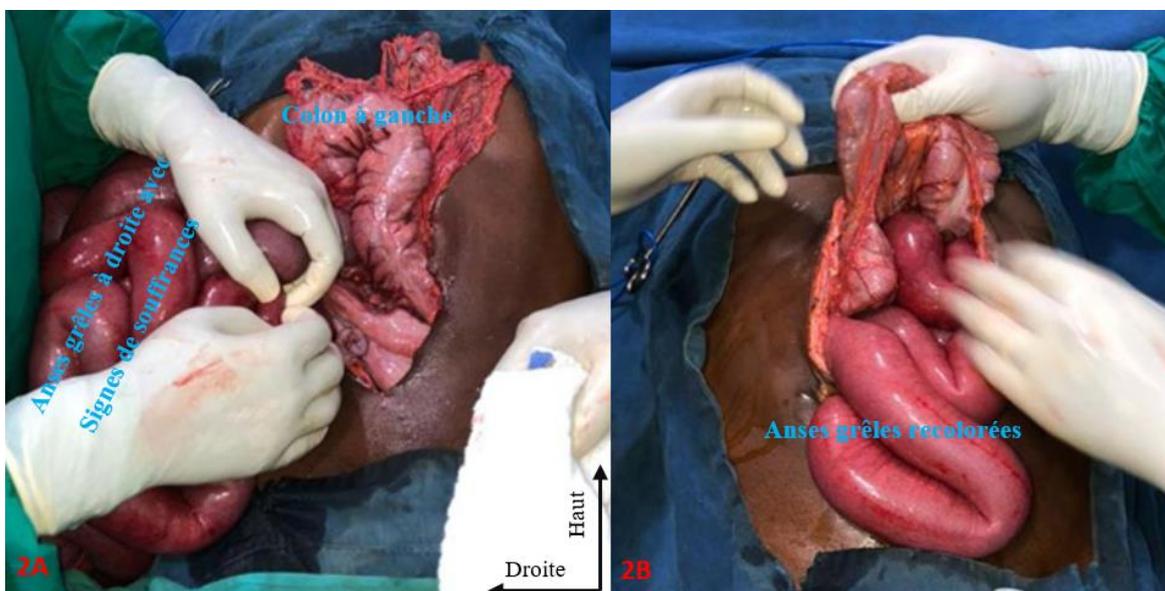


Figure 2. A : grêle prédominant à droite et colon à gauche ; B : Caecum et colon ascendant à l'hypochondre droit

La numération formule sanguine, le bilan de coagulation et l'ionogramme étaient normaux. Le reste du bilan retrouvait une altération de la fonction rénale avec créatinémie à 23 mg/l et une urée à 0,5 g/l. Une tomodensitométrie (TDM) abdominale et la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) n'ont pas pu être réalisées du fait de l'instabilité hémodynamique du patient et de l'absence de radiologie mobile dans le centre. La prise en charge a consisté après une courte réanimation en une laparotomie d'urgence. Les découvertes peropératoires étaient un liquide péritonéal foncé témoin d'une souffrance viscérale (Figure 1). Les anses grêles dilatées d'aspect bleutées, témoin d'une souffrance viscérale et prédominait au niveau de l'hémi-abdomen droit (Figure 2A). Le caecum et une partie du colon ascendant étaient dilatés et se trouvaient au niveau de l'hypochondre droit et le reste du colon de calibre normal était à gauche (Figure 2B).

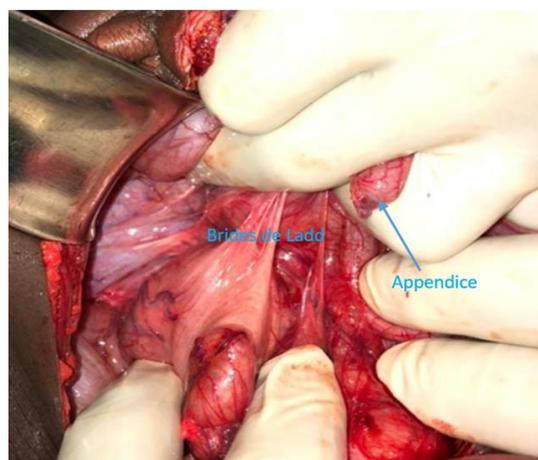


Figure 3. Brides de Ladd

Le reste de l'exploration mettait en évidence des accollements grêlo-grêliques, des brides LADD qui réalisaient un accolement entre le duodénum et caecum

(Figure 3) et une masse dans la région pelvienne gauche (Figure 4A). La déperitonisation prudente de la masse mettait en évidence l'aspect macroscopique du rein en position iliaque gauche (Figure 4B). Ces découvertes étaient en faveur d'un mésentère commun associé à un rein en position pelvienne. Du fait de l'instabilité hémodynamique du patient, la chirurgie a été écourtée pour une durée de 55

minutes. Les principaux gestes ont consisté en une aspiration du liquide péritonéal, adhésiolyse des brides permettant de libérer le caecum et une partie du colon ascendant. Le repétronisation du rein a été faite suivie d'une appendicectomie

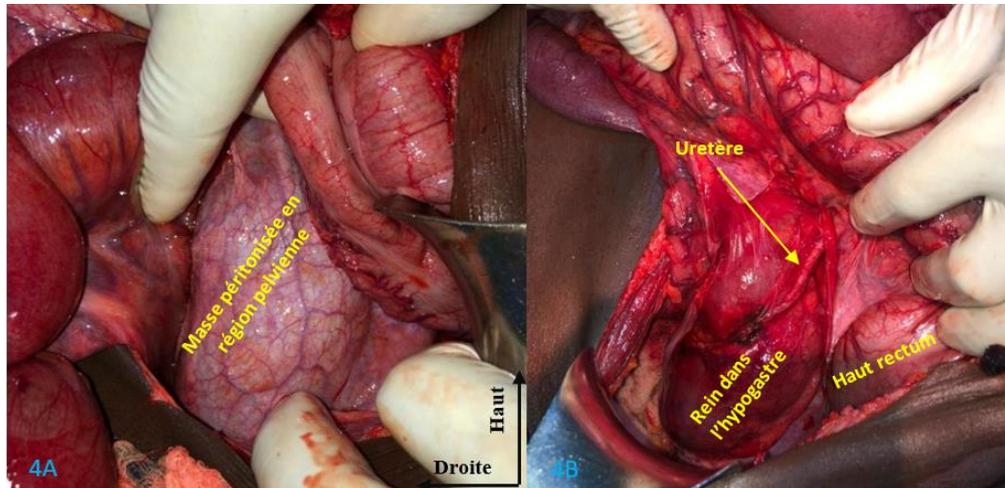


Figure 4. Rein en position pelvienne, A : rein péritonisé ; B : rein déperitonisé

Nous avons terminé l'intervention par un rangement du grêle au niveau de l'hémi abdomen droit et débutant au niveau de l'hypochondre droit. Le colon a été positionné à gauche. L'évolution post-opératoire immédiate était marquée par une absence de réveil avec la survenue du décès 3 heures après la fin de l'intervention.

DISCUSSION

Le mésentère commun est une anomalie de rotation du tube digestif [1]. Sa prévalence chez l'adulte varie de 0,2 à 0,5% [2]. Notre patient était de sexe masculin. Ramirez et al retrouvait une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,8 [5]. Il n'existe pas de présentation clinique spécifique de l'affection. La douleur abdominale, maître symptôme peut être localisée au niveau de l'épigastre ou la moitié supérieure de l'abdomen. Elle peut être intermittente ou persistante à type de crampe [5]. Notre patient présentait une douleur péri-ombilicale intermittente à type de crampe. Ce caractère intermittent peut se traduire par des torsions-détorsions de l'anse grêle autour du méso. Son mode de découverte est soit fortuit, soit à l'occasion d'une affection inflammatoire intra-abdominale tel qu'une appendicite aigüe ectopique soit à l'occasion d'une complication propre à l'affection telle qu'une occlusion intestinale sur volvulus du grêle avec ou sans état de choc [6-8]. Notre patient s'est présenté avec une occlusion intestinale probablement par volvulus avec état de choc. L'aspect foncé du liquide péritonéal et des anses bleutées témoignaient d'une souffrance viscérale. L'état de choc peut s'expliquer par le fait que le 3^{ème} secteur du à l'occlusion a évolué pendant 3 jours avant l'admission du patient. Ce tableau clinique du au retard de consultation et donc du retard diagnostic peut s'expliquer par la faible prévalence du mésentère commun à l'âge adulte [2]. D'autre part, l'absence d'antécédent de chirurgie abdominale n'a pas

permis d'évoquer le diagnostic de volvulus du grêle sur brides en préopératoire mais en peropératoire. Lorsque la consultation est précoce par rapport au début des symptômes, l'examen clinique retrouve un patient hémodynamiquement stable. Oudou et al rapportaient un cas dont les symptômes évoluaient 2h avant l'admission dont l'état clinique était meilleur que celui de notre patient [8]. Bien que la présentation clinique de notre patient ne nous permettait pas de réaliser de bilan morphologique, l'imagerie notamment la TDM abdominale a un apport important pour le diagnostic de la pathologie et de ses complications [9]. En cas de volvulus sur mésentère commun incomplet, la TDM retrouve la classique image du "tourbillon" qui est pathognomonique du volvulus. Il correspond à une vrille du mésentère visible en position médiane, en avant de l'aorte et au niveau de l'artère mésentérique supérieure, autour de laquelle vient s'enrouler la veine mésentérique supérieure et le jéjunum proximal. Les signes scanographiques évoquant un mésentère commun sont la verticalisation ou l'inversion des vaisseaux mésentériques supérieurs, une veine mésentérique passant au-dessus ou à gauche de l'artère [9]. Les découvertes peropératoires de notre patient n'ont pas mis en évidence de volvulus mais une zone transitionnelle au niveau du colon ascendant et des signes de souffrances des anses. Ceci peut s'expliquer par la survenue d'une détorsion du volvulus avant la laparotomie expliquant le caractère intermittent de la douleur. Il n'existe pas de corrélation retrouvée dans la littérature parcourue entre le volvulus et le rein en position ectopique. Il s'agit de deux pathologies rares présentes chez un même patient car la prévalence de l'ectopie rénale est estimée à 0,19% [4]. L'âge moyen des patients ayant présenté une ectopie est 35 ans, le sexe ratio est en faveur des hommes et la localisation pelvienne est la plus fréquente 74% [4]. Ces caractéristiques sont ceux

retrouvées chez notre patient. La douleur abdominale est le mode de révélation le plus fréquent dans près de 50% [4]. La découverte dans notre cas est peropératoire. Nous n'avons pas eu la possibilité d'explorer la fonctionnalité de ce rein en position ectopique. Toutefois, la scintigraphie permet une exploration fonctionnelle [10]. Le décès de notre patient peut s'expliquer par le tableau d'instabilité hémodynamique que le patient a présenté dès l'admission secondaire au retard diagnostic. L'évolution a été favorable chez Oudou et al avec la sortie du patient au 4^e jour post-opératoire [8]. Cette évolution peut s'expliquer par le diagnostic précoce établi 2 heures après la survenue des symptômes. Les causes de décès évoquées par Peyron et al étaient les troubles métaboliques et hydro électrolytiques, l'infection suite à l'infarctus mésentérique [11]. La procédure de Ladd demeure le traitement de références du mésentère commun quel que soit l'âge du patient [1]. Elle consiste en une adhésiolyse des brides de Ladd, mobilisation du colon droit, appendicectomie, positionnement de l'angle de Treitz. L'intervention se termine par la mise en mésentère commun complet à 90° [1].

CONCLUSION

Le mésentère commun est une cause rare de volvulus du grêle. Son association à un rein ectopique en position iliaque n'a pas encore été retrouvée dans la littérature parcourue. Sa prévalence très faible chez l'adulte est à l'origine d'un retard diagnostique et thérapeutique. Ce retard est à l'origine de complications telles que les troubles hydro-électrolytiques, l'état de choc, le sepsis et même le décès.

Conflit d'intérêt : Aucun

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. Tan V, Kotobi H, Parc Y. Technique chirurgicale : la procédure de Ladd pour volvulus total du grêle sur malrotation. *J Chir Viscérale*. 1 juin 2017;154(3):204-8.

2. Gamblin TC, Stephens RE, Johnson RK, Rothwell M. Adult malrotation: a case report and review of the literature. *Curr Surg*. 2003;60(5):517-20.
3. Coulibaly M, Boukatta B, Derkaoui A, Sbai H, Ousadden A, Kanjaa N. Volvulus du grêle sur mésentère commun incomplet - une redoutable complication rare chez l'adulte: à propos de 1 cas. *Pan Afr Med J [Internet]*. African Field Epidemiology Network; 2015 [cité 21 mars 2023];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469452/>
4. Lagou DA, Coulibaly PA, Guei MC, Tia WM, Konan SD, Ackoundou-N'guessan KC, et al. L'ectopie rénale: à propos de 43 cas colligés en milieu hospitalier en Côte d'Ivoire. *Sci Tech Sci Santé*. 2018;41(1):9-16.
5. Ramirez R, Chaumoître K, Michel F, Sabiani F, Merrot T. Occlusion intestinale de l'enfant par malrotation intestinale isolée. À propos de 11 cas. *Arch Pédiatrie*. 1 févr 2009;16(2):99-105.
6. Ababacar TA, Franck MK, Seydou L, Youssef AL, Meryem B, Maaroufi M, et al. Découverte tomодensitométrique d'un mésentère commun complet par perforation d'une appendicite aiguë. *Pan Afr Med J*. 2 mai 2017;27:3.
7. Robeley E, Desmettre T. Appendicite à gauche révélant un mésentère commun. *Ann Fr Médecine D'urgence*. avr 2018;8(2):122-3.
8. Oudou AZ, Soumana ID, Souiki T, Majdoub KI, Toughrai I, Laalim SA, et al. Volvulus total du grêle sur mesentere commun incomplet, une complication exceptionnelle chez l'adulte: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2019 [cité 21 mars 2023];33. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/33/220/full/>
9. Alaoui A, Alami B, Lamrani YA, Boubou M, Maaroufi M. Imagerie du volvulus du grêle sur mésentère commun incomplet chez un adulte: rapport de cas. *Pan Afr Med J*. 30 nov 2020;37:287.
10. Ghfir I, Raïs NB. Ectopie rénale iliaque explorée par scintigraphie au 99mTc-DTPA et au 99mTc-DMSA. À propos d'un cas. *Médecine Nucl*. 1 nov 2008;32(11):559-63.
11. Peyron P-A, Dorandeu A, Baccino E. Décès consécutif à des anomalies congénitales de rotation intestinale : à propos de deux cas concernant un enfant et un jeune adulte. *Rev Médecine Légale*. 1 déc 2011;2(4):181-7.