



Cas Clinique

Volvulus Chronique du Grêle sur Malrotation Intestinale chez une Fille de 12 ans : À Propos d'un Cas à l'Hôpital de Sikasso (Mali)

Chronic volvulus of the small bowel in a 12 year old girl: a report from the Hôpital de Sikasso (Mali)

Coulibaly MB¹, Diassana M¹, Diaby S², Traore B¹, Dembele MA³, Diallo A¹, Sacko M¹, Cissouma A⁴, Poma H⁴, Kone I⁵, Amadou I⁶, Coulibaly Y⁶

- 1- Service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso
- 2-Service de chirurgie générale de l'hôpital de Mopti
- 3- Service de radiologie et d'imagerie médicale de l'hôpital de Sikasso
- 4- Service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso
- 5- Service de centre de santé de référence de la commune V de Bamako
- 6 – service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako

Correspondant : Dr Mamadou Bernard COULIBALY, Chirurgien pédiatre à l'hôpital de Sikasso (Mali) mbernardcoul@gmail.com / (00223) 66610046

RÉSUMÉ

Le volvulus aigu du grêle sur malrotation intestinale est une urgence chirurgicale pédiatrique néonatale rare, sa forme chronique de révélation tardive est encore rarissime. Très peu d'études ont été réalisées chez l'enfant dans la littérature africaine. Nous rapportons un cas de volvulus chronique intermittent du grêle chez une fille de 12 ans. L'évolution a été bonne sous traitement chirurgical.

ABSTRACT

Acute volvulus of small bowel associated to intestinal malrotation is a rare surgical emergency in the neonatal period. Late occurrence of small bowel volvulus is rarer. So few cases have been published on this disease in Africa. We report one case of intermittent chronic volvulus of the small bowel that occurred in a 12 year old girl. The outcome was good after surgical intervention.

INTRODUCTION

Le volvulus aigu du grêle sur malrotation intestinale est une urgence chirurgicale pédiatrique néonatale rare, sa forme chronique de révélation tardive est encore rarissime [1,2]. Le mésentère commun est une anomalie de la rotation intestinale au cours du développement intra utérin. Il peut être responsable de volvulus entraînant une nécrose intestinale et peut être rencontré à tout âge [1,2]. Le volvulus chronique, de révélation tardive est souvent difficile à reconnaître. Très peu d'études ont été réalisées chez l'enfant dans la littérature africaine [3-4].

Nous rapportons un cas de volvulus chronique intermittent du grêle sur mésentère commun chez une fille de 12 ans.

OBSERVATION

Une fille de 12 ans, aux antécédents de vomissements chroniques intermittents depuis la naissance a consulté aux urgences chirurgicales pour douleur abdominale, une perte de poids et de vomissements alimentaires incoercibles depuis 3 jours. A l'examen clinique, l'enfant était conscient, une température à 37,5°C, un poids à 22 kg et stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. L'examen physique a révélé une douleur péri-ombilicale avec une défense. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le Transit Oeso-Gastro-Duodéal (TOGD) réalisé en urgence mettait en évidence un angle

de Treitz à droite de la ligne médiane avec une image en « bec de flûte » et avec une dilatation gastroduodénale (Figure 1).

Le scanner abdominal a objectivé un syndrome lésionnel avec aplatissement et le signe de tourbillon de l'anse jéjunale et du mésentère (bec Sign) (figures 2).



Figure 1 : TOGD mettant en évidence un angle de Treitz à droite de la ligne médiane avec une image en « bec de flûte » et avec une dilatation gastroduodénale.

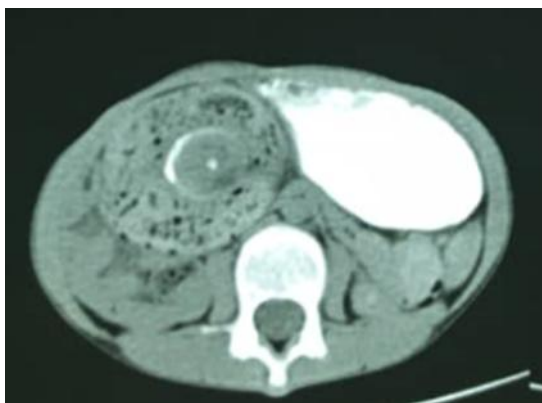


Figure 2 : TDM montrant le « signe du tourbillon », correspond à un enroulement de la veine mésentérique supérieure autour de l'artère mésentérique

Au cours de la laparotomie sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale, l'exploration de la cavité abdominale objective des brides de Ladd sur volvulus total du grêle sur malrotation (figure 3). Le geste chirurgical effectué a été une détorsion du volvulus suivie d'une intervention de Ladd. Nous n'avons réalisé aucune pexie. L'alitement de la patiente a duré 48 heures en postopératoire et la sonde gastrique a été laissée en aspiration douce pendant la même durée. La patiente a été mise en exeat 7 jours après la chirurgie. Les suites opératoires ont été simples et après un recul de 6 mois, nous avons noté un gain de poids



Figure 3 : Volvulus du grêle



Figure 4 : Mise en position de mésentère

DISCUSSION

En effet, au cours de l'embryogenèse l'intestin primitif moyen vascularisé par l'artère mésentérique supérieure

qui s'étend du deuxième duodénum (Ampoule de Vater) au tiers droit du côlon transverse est situé en dehors de la cavité abdominale et localisé dans le cordon ombilical. Il subit entre la 5e et la 10e semaine une réintégration dans la cavité abdominale et effectue dans le même temps une rotation de 270 degrés dans le sens antihoraire [3]. Cette rotation de façon théorique est divisée en 3 stades (rotation à 90 degrés, 180 degrés et 270 degrés). L'interruption de ce processus physiologique conduit à des anomalies de malrotations intestinales [1-3]. Le volvulus « chronique » est une entité rare en pratique courante. La forme aigüe qui représente environ 1/10 000 cas constitue une urgence chirurgicale [1,2,4]. En période néonatale, la malrotation peut être associée à d'autres malformations congénitales (laparoschisis, omphalocèle ou hernie diaphragmatique) dans environ 50 % des cas [1,6]. En revanche, il est isolé dans les formes de découverte tardive (Enfant, Adulte) [6,7]. Sa prévalence réelle est difficile à estimer chez l'enfant dans notre contexte africain [5]. Chez notre patiente, la symptomatologie était dominée par des douleurs abdominales récurrentes associées à une intolérance alimentaire et une constipation. Ce qui corrobore avec les données de certaines séries réalisées [1,2,6]. Cependant, nous pensons que la présentation clinique des malrotations à révélation tardive est polymorphique et peut être fonction des âges. [2,6-7]. Un interrogatoire minutieux nous renseigne sur des notions de vomissements à 40 jours de vie alimentaires parfois bilieux spontanément résolutifs. Des ballonnements abdominaux, saignements digestifs hauts ou bas, constipation, chez certains ; d'autres peuvent même être porteurs d'une étiquette diagnostique de type troubles « fonctionnels » ou « psychiatriques » [6-9]. L'échographie doppler est un moyen diagnostique mais n'a pas été réalisé dans notre contexte.

Sur le plan diagnostique, le TOGD est l'examen de choix en période néonatale [2,3,6,8,9]. Notre TOGD a objectivé un arrêt net de l'opacification du 2e duodénum au et des premières anses jéjunales est à gauche du rachis. Ce résultat pourrait s'expliquer par la chronicité du volvulus et les conditions de réalisation du cliché (patiente penchée). Cependant, certains auteurs pensent qu'en dehors de la phase aigüe ; le diagnostic de malrotation digestive n'est pas toujours facile avec le TOGD [2,8-9]. L'image scanographique était celle d'un tourbillon et corrobore avec les résultats des autres auteurs [6,9].

Le principal signe tomодensitométrique spécifique est décrit sous le nom de « signe du tourbillon », correspond à un enroulement de la veine mésentérique supérieure autour de l'artère mésentérique supérieure. [3,7,9,10] Le traitement chirurgical des anomalies de rotation intestinale par une voie d'abord laparotomie médiane ou transversale sus-ombilicale chez le nourrisson fait l'objet d'un consensus. [2,3,6, 11,12] La chirurgie laparoscopique des malrotations intestinales ne fait pas l'objet de consensus [6,11] La procédure de Ladd qui est bien codifiée et qui reste d'actualité a été réalisée chez notre patiente. Cette technique décrite en 1941 pour traiter les malrotations intestinales reste toujours

d'actualité et bien codifiée [1,11-12]. Le principe général est un repositionnement de l'intestin en « mésentère commun complet » à 90°, correspondant au stade initial de la rotation de l'anse intestinale primitive durant la vie embryonnaire. [1,3,6,11-12]

CONCLUSION

Le volvulus chronique par malrotation intestinale est une entité rare chez le grand enfant et peut être responsable probable de graves complications.

Le diagnostic en dehors de la période néonatale n'est pas souvent facile.

La prise en charge est chirurgicale et bien codifiée.

RÉFÉRENCES

- 1- Bargy F et Beaudoin S. Urgences chirurgicales du nouveau-né et du nourrisson. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Pédiatrie, 4-002-S-75, 1999, 10 p
- 2- R. Ramirez, K. Chaumoitre, F. Michel, F. Sabiani, T. Merrot. Occlusion intestinale de l'enfant par malrotation intestinale isolée. A propos de 11 cas. Archives de Pédiatrie 2009;16:99-105
- 3- P.Hélaridot, J. Bienaymé, F.Bargy. Chirurgie digestive de l'enfant. In :C.Grapin, dir.Malrotation et volvulus intestinaux. Doin : Masson ;1990.369-382
- 4- Miakayizila P, Kioutaka E, Makosso E, Bika-Cardorelle A M, Mayanda M F, Massengo R. Occlusion intestinale néonatale par bride de Ladd. A propos d'une observation au CHU de Brazzaville. Med Afr Noire 2006; 53(7): 451-2

5- R. Raheison , C. Grosos, J. Lemale et la. Volvulus prénatal du grêle : risque vital immédiat mais bon pronostic a` long terme Archives de Pédiatrie 2012;19:361-367

6- H. Kotobi, V. Tan, J. Lefèvre, F. Duramé, G. Audry, Y. Parc. Total midgut volvulus in adults with intestinal malrotation. Report of eleven patients

Journal of Visceral Surgery, Volume 154, Issue 3, June 2017, Pages 175-1837-. Fisher JK. Computed tomographic diagnosis of volvulus in intestinal malrotation. Radiology 1981;140:145—6,

8- Simpson AJ, Leonidas JC, Krasna IH, Becker JM, Schneider KM.Roentgen diagnosis of midgut malrotation: value of upper gastro-intestinal radiographic study. J Pediatr Surg 1972;7:243—52.

9 -Pickhardt PJ, Bhalla S. Intestinal malrotation in adolescents and adults: spectrum of clinical and imaging features.AJR Am J Roentgenol 2002;179:1429—35,

10- Nehra D, Goldstein AM. Intestinal malrotation: variedclinical presentation from infancy through adulthood.Surgery 2011;149:386—93,

11 -F.Paye

Malrotation intestinale Journal de Chirurgie Volume 141, Issue 4, July 2004, Pages 250-256

12-V. Tan, H. Kotobi, Y. Parc. Technique chirurgicale : la procédure de Ladd pour volvulus total du grêle sur malrotation. Journal de Chirurgie Viscérale, Volume 154, Issue 3, June 2017, Pages 204-208