



Cas clinique

Volvulus caecal au CHU Gabriel Touré : cas clinique et revue de la littérature

Cecal volvulus at the CHU Gabriel Touré: case report and literature review

BY Sidibé*, A Maïga, T Koné, I Diakité, A Bah, S Konaté, Z Saye, S Kanté, M Samaké, ML Diakité, S Dembélé, B Kelly, A Traoré, M Konaté, A Traoré, BT Dembélé, L Kanté, A Togo

Résumé

Le volvulus du caecum est une cause rare d'occlusion intestinale aiguë. Il survient sur des caecums anormalement mobiles. Il se manifeste généralement par une occlusion intestinale.

Nous rapportons un cas de volvulus du caecum, une cause rare d'occlusion intestinale, pris en charge aux urgences.

Observation : Un jeune homme de 30 ans s'est présenté aux urgences avec des signes d'occlusion intestinale aiguë évoluant 3 jours. Après la réalisation d'une radiographie de l'abdomen sans préparation, le diagnostic d'un volvulus du colon sigmoïde fut posé sans le classique niveau hydro-aérique en double jambage en préopératoire. Une laparotomie réalisée en urgence a trouvé un volvulus du caecum à deux tours de spires sans nécrose. Une caecopexie au péritoine pariétal a été réalisée.

Conclusion : Le volvulus du coecum est une affection rare. Il réalise un tableau clinique d'occlusion intestinale aiguë. Le traitement est chirurgical et demeure un sujet de controverse.

Mots-clés : occlusion intestinale aiguë, volvulus, caecum, chirurgie, Mali.

Abstract

Introduction: The cecum volvulus is a rare cause of acute intestinal obstruction. It occurs on unusually mobile caecum. It usually shows up as bowel obstruction.

We report a case of cecal volvulus, a rare cause of bowel obstruction, treated in emergencies.

Observation: A 30-year-old man presented to the emergency department with signs of acute intestinal obstruction lasting 3 days. After performing a radiograph of the abdomen without preparation, the diagnosis of a volvulus of the sigmoid colon was posed without the classic hydro-aerial level in double limb preoperatively. An emergency laparotomy found a cecal volvulus with two turns without necrosis. Caecopexy with parietal peritoneum was performed.

Conclusion: The volvulus of the coecum is a rare affection. He performs a clinical picture of acute intestinal obstruction. The treatment is surgical and remains controversial.

Keywords: acute intestinal obstruction, volvulus, caecum, surgery, Mali.

Introduction

La première description de volvulus du caecum a été

rapportée par Rokitanski en 1837 [1].

Il s'agit d'une torsion de la partie initiale du côlon droit et de la partie terminale de l'iléon autour du pédicule vasculaire colique inférieur droit [2].

C'est une urgence chirurgicale rare, il représente 1 % des occlusions intestinales aiguës et la deuxième partie du colon concernée par le volvulus après le sigmoïde [3-6]. Cette affection survient sur des cæcums anormalement mobiles [2,7]. Le mécanisme du volvulus est la torsion (90 %) ou la bascule (10 %) [3, 5, 8]. Il réalise un tableau d'occlusion digestive plus ou moins aiguë [2,7].

Malgré de nombreuses publications la symptomatologie et la prise en charge de cette pathologie demeurent des sujets de controverse. [2,7]

Nous rapportons un cas de volvulus du cæcum, une cause rare d'occlusion intestinale, pris en charge aux urgences.

Cas clinique

Un jeune homme de 30 ans aux antécédents d'intervention chirurgicale pour fracture du fémur il y a 3 ans et une notion de constipation chronique de 3 jours, s'est présenté aux urgences pour douleur abdominale au point de départ péri-ombilical évoluant 3 jours d'installation brutale à type de torsion d'intensité forte permanente diffuse dans tout l'abdomen. Cette douleur était accompagnée des vomissements, une distension abdominale et tardivement un arrêt de matières et de gaz sans fièvre. Sa tension artérielle : 120/60mm hg et Pouls 101/mn. À l'examen physique l'abdomen était douloureux, sans défense avec un météorisme asymétrique prédominant dans l'hypocondre gauche, rénitent, tympanique et une exagération des bruits intestinaux. Les orifices herniaires étaient libres et le toucher rectal était normal. Ses analyses de sang étaient normales. Sur son cliché de l'abdomen sans préparation demandé pour suspicion d'une occlusion intestinale aiguë, nous avons objectivé un

niveau hydro aérique surmonté d'une hyperclarté énorme, de nature colique dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen et une dilatation du grêle dans la région péri-ombilicale. Le diagnostic du volvulus du colon sigmoïde est posé en préopératoire sans le classique niveau hydro-aérique en double jambage (Fig. 1). Après une brève réanimation, une laparotomie médiane est réalisée. Celle-ci a mis en évidence un défaut d'accolement du cæcum, qui était distendu, volvé à deux tours de spires avec la partie terminale de l'iléon dans le sens anti horaire siégeant dans l'hypocondre gauche sans nécrose. Après une détorsion mettant en évidence un méso long (Fig. 2) une caecopexie au péritoine pariétal a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples et l'exéat a été fait à J5 post opératoire. Le patient a été revu un mois puis 3 mois plus tard avec un examen clinique normal.



Figure 1 : Cliché de l'abdomen sans préparation : NHA surmonté d'une hyperclarté dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen et une dilatation du grêle dans la région péri-ombilicale.



Figure 2 : Vue opératoire après détorsion : Caecum mobile avec méso long

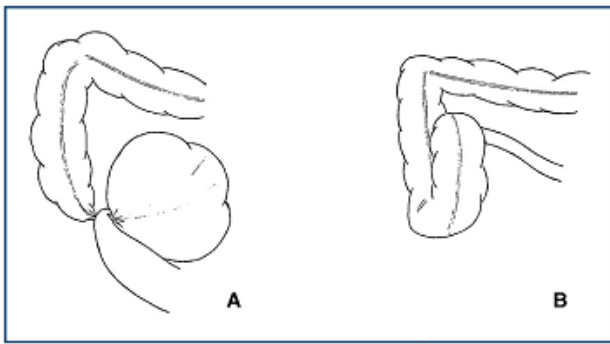


Figure 3 : Types anatomiques du volvulus cæcal.
A. Volvulus iléocæcal B. Bascule cæcale

Discussion

Le terme « volvulus » vient du latin « volvere » qui signifie se tordre. La première description de volvulus du cæcum est attribuée à Rokitsansky en 1837, se caractérise par une obstruction intestinale aiguë avec strangulation [1].

Le volvulus du cæcum est une urgence chirurgicale rare. La majorité des auteurs considère que cette affection représente 1 % des occlusions intestinales aiguës et 20 à 40 % des volvulus du côlon [3,4], il s'agit alors de la deuxième localisation colique du volvulus après celle du sigmoïde [5].

L'âge moyen des patients est de 60 ans, mais le volvulus est possible à tout âge. Il touche deux fois plus la femme que l'homme.

Cette affection survient sur des cæcums anormalement mobiles [7].

La mobilité excessive du cæcum est due à une rotation embryologique incomplète de l'intestin ou à un défaut d'accolement du côlon ascendant au péritoine pariétal postérieur [9].

La prévalence d'un défaut d'accolement péritonéal du cæcum serait de 11 à 25 % dans la population générale alors que l'incidence du volvulus du cæcum est de 2,8 à 7,1 par million d'habitants et par an. Cette différence entre la fréquence des anomalies d'accolement et l'incidence des volvulus suggère que ces anomalies anatomiques sont nécessaires mais non suffisantes pour entraîner un volvulus [2]. Chez l'adulte, il existe de nombreux facteurs

prédisposants. D'une part il y a des facteurs qui jouent le rôle de pivot à la rotation caecale à type de brides secondaires à une affection inflammatoire ou post opératoire. D'autre part il y a des facteurs qui favorisent la distension caecale (la gravidité, l'accouchement, les tumeurs génitales, les obstacles sur le côlon d'aval, une constipation chronique) [10].

Deux grands types anatomiques de volvulus sont décrits (Fig. 3) [11]: la rotation axiale de la région iléocæcale autour du mésentère généralement dans le sens horaire (90 %) et la plicature antéro-supérieure du cæcum sans rotation axiale appelée couramment la bascule cæcale (10 %) [8]. La bascule cæcale est moins fréquente que la rotation vraie de la région iléocæcale et compromet moins la vascularisation en raison de l'absence vraie de torsion du mésentère [12].

Le diagnostic de volvulus du cæcum est difficile car les signes cliniques ne sont pas spécifiques et que l'intensité de la douleur est extrêmement variable. Le volvulus du cæcum se manifeste généralement par une occlusion digestive plus ou moins aiguë [2,9]. Les douleurs sont à type de crampes, péri-ombilicales, rarement sous hépatiques ou iliaques droites. Elles s'accompagnent d'un arrêt du transit avec parfois des vomissements précoces. Le météorisme abdominal n'est asymétrique qu'une fois sur trois, oblique ou transversal, rénitent et localisé à l'hypochondre gauche ou péri-ombilical. Cependant, il existe deux signes négatifs : la vacuité de la fosse iliaque droite et de l'ampoule rectale qui sont retrouvées dans 36 à 76% [10].

Les examens biologiques n'orientent pas vers le diagnostic. Ils sont uniquement le reflet du syndrome occlusif et du syndrome infectieux éventuel : désordres hydro-électrolytiques (hypokaliémie, insuffisance rénale fonctionnelle), hyperleucocytose, syndrome inflammatoire, voire troubles de l'hémostase dans les formes nécrosées [11].

L'imagerie permet le diagnostic.

Radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) : Elle permet de poser le diagnostic dans plus de 70 % des cas [7, 13]. Sur le cliché fait debout de face, il existe un cæcum dilaté qui prend la forme d'une énorme bulle gazeuse unique surmontant un niveau hydro-aérique très large, réalisant ainsi le ballon hydro-aérique de Holbein [10]. Cette distension cæcale peut se dessiner en position basse, pelvienne, en position haute dans l'hypochondre droit, en position médiane prévertébrale, ou parfois se développer vers l'hypochondre gauche où elle peut atteindre la coupole diaphragmatique ; il s'associe à de multiples NHA du grêle et une absence complète d'air dans le côlon distal. L'image particulière en « grain de café » est retrouvée dans la moitié des cas [7, 13-15]. Le cliché en position couchée peut montrer un aspect plus typique, avec un cæcum distendu en forme de virgule dont la concavité regarde en bas et à droite.

La tomodensitométrie est un examen performant pour le diagnostic des volvulus du cæcum. Elle permet de diagnostiquer une complication associée comme une ischémie ou une perforation. Elle permet également la reconstruction d'images en 3 dimensions qui facilite le diagnostic de volvulus [16].

L'intérêt de cette pathologie est lié à sa prise en charge, exclusivement chirurgicale, avec deux attitudes possibles : la résection anastomose en un temps (colique droite idéale, iléo-cæcale), et la détorsion manuelle suivie de la fixation ou caecopexie. Les autres possibilités (endoscopiques, caecostomie) sont à écarter devant leurs risques et leur faible efficacité [5].

Dans certains cas de côlon droit non accolé associé, une cæcocolopexie en équerre peut être réalisée.

La chirurgie conservatrice a l'avantage d'être moins lourde à mettre en œuvre et d'espérer une période postopératoire plus simple. En revanche, elle expose au risque de récurrence entre 13 et 66 % [5]. Ce pourcentage est évidemment nul en cas de colectomie. Chez les malades considérés

comme à haut risque chirurgical, (grands vieillards, comorbidité sévère), une solution conservatrice de réalisation rapide est raisonnable en absence de nécrose.

La chirurgie par colectomie « idéale » ou hémicolectomie droite, est recommandée par plusieurs équipes même en absence de nécrose colique car elle supprime le risque de récurrence [14,17-19]. Mais il s'agit d'une chirurgie plus importante.

La voie d'abord coelioscopique [20] est rarement utilisée en urgence du fait de la distension du cæcum et des difficultés d'exposition.

Conclusion

Le volvulus du caecum est une affection rare. Il réalise un tableau clinique d'occlusion intestinale aiguë. Le choix de la technique opératoire est conditionné par l'état local de la paroi colique et l'état général du patient.

Le pronostic est lié au terrain et au retard diagnostique et thérapeutique.

*Correspondance :

Dr Boubacar Yoro Sidibé

byoro82@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Mars 2020

Chirurgie générale CHU Gabriel Touré Bamako - Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Rokitansky C. Intestinal strangulation. *Arch Gen Med* 1837;14:202-210.
- [2] Pirro N, Le Corroler, Solari C, Merad A, Sielezzneff I, Sastre B, et al. Volvulus du cæcum : base anatomique et physiopathologique. *Morphologie* 2006;90:197—202.

- [3] Hiltunen KM, Syrja H, Matikainen M. Colonic volvulus. Diagnosis and results of treatment in 82 patients. *Eur J Surg*. 1992;158:607 PubMed | Google Scholar
- [4] Madiba TE, Thompson SR. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:64–7.
- [5] Breda R, Mathieu L, Mlynski A, Montagliani L, Duverger V. Volvulus du cæcum. *J Chir (Paris)*. 2006; 143(1): 330-2. PubMed | Google Scholar
- [6] Villet DD. Volvulus of the proximal colon. *Ann Surg*. 1959; 150: 1075-1085.
- [7] Abita T, Lachchi F, Durand-Fontanier S et al. Les volvulus du cæcum. *J Chir* 2005;145:220-224.
- [8] Gingold D, Murrell Z. Management of colonic volvulus. *ClinColon Rectal Surg* 2012; 25:236—44.
- [9] O'Mara CS, Wilson TH, Stonesifer GL et al. Cecal volvulus. *Ann Surg* 1979; 189: 724-731.
- [10] Bougtab A, Amraoui M, Benchekroun BA, et al. Volvulus du cæcum. *Médecine du Maghreb* 1996;56:6–8.
- [11] L. Perrota, A. Fohlen, A. Alves, J. Lubrano. Volvulus du côlon : quelle prise en charge en 2016 ? *JCHIRV*.2016 ;153(3) :188-98
- [12] Hasbahceci M, Basak F, Alimoglu O. Cecal volvulus. *Indian JSurg* 2012;74:476—9
- [13] Breda Y, Mateu J, Rodier J, Maistre B. Le volvulus du cæcum. A propos d'un cas compliqué de péritonite stercorale gravissime. *Dakar médical* 1983;28:77-82.
- [14] Majeski J. Operative therapy for cecal volvulus combining resection with colopexy. *Am J Surg* 2005;189:211-213.
- [15] Madiba TE, Thomson SR. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 2002;45:264-267.
- [16] Moore CJ, Corl FM, Fishman EK. CT of cecal volvulus: unravelling the image. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 177: 95-98.
- [17] Sedik A, Bar EA, Ismail M. Cecal volvulus: Case report and review of literature. *Saudi Surg J*. 2015; 3(2): 47-9. PubMed | Google Scholar
- [18] Katoh T, Shigemori T, Fukaya R, Suzuki H. Cecal volvulus: Report of a case and review of Japanese literature. *World J Gastroenterol*. 2009 May 28; 15(20): 2547-2549 ISSN 1007-9327. PubMed |Google Scholar
- [19] Meyers JR, Heifetz CJ, Baue AE. Cecal volvulus: a lesion requiring resection . *Arch Surg*. 1972; 104(6): 594-599. PubMed | Google Scholar
- [20] Shoop SA, Sackier JM. Laparoscopic cecopexy for cecal volvulus: case report and a review of the literature. *Sure Endosc*. 1993Sep-Oct; 7(5): 450-454. PubMed | Google Scholar

Pour citer cet article

BY Sidibé, A Maïga, T Koné, I Diakité, A Bah, S Konaté et al. Volvulus caecal au CHU Gabriel Touré : cas clinique et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 450-454