



Volvulus du cæcum : A propos d'un cas et revue de la littérature.

Volvulus of the cecum: A case report and review of the literature.

Boka T Y^{1*}, Moudassir MA¹, Sidi Mansour IH², Hamidou SD³, Younssa H^{1,4}, Lassey James D^{1,4}, Sani R^{1,4}.

Mots-clés

Volvulus ;
Cæcum ;
Occlusion
intestinale aiguë ;
Niamey ; Niger.

Résumé

Introduction : Le volvulus du cæcum est une situation rare et une cause exceptionnelle d'occlusion intestinale. Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale. Le pronostic dépend de la précocité de la prise en charge.

Observation : Nous rapportons un cas de volvulus du cæcum chez un patient âgé de 31 ans admis pour douleur abdominale diffuse d'installation brutale avec arrêt de matière et des gaz de 48 heures avant son admission associée à des vomissements fécaloïdes. Le patient était stable. L'abdomen était distendu, asymétrique, tympanique avec une sensibilité abdominale diffuse. Au toucher rectal l'ampoule rectale était vide. La radiographie de l'abdomen sans préparation objectivait un niveau hydroaérique sous-diaphragmatique gauche. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à prédominance neutrophile, la C Réactive Protein était élevée. Le reste du bilan était normal. Le diagnostic d'une occlusion intestinale aiguë est posé et une laparotomie exploratrice fut indiquée. En peropératoire, découverte d'un cæcum dilaté et volvulé à deux tours de spires autour de son méso. Une résection iléo-cæcale avec anastomose iléo-colique termino-latérale était réalisée. Les suites opératoires étaient simples avec reprises du transit 24 heures et reprise normale des activités quotidiennes après un recul de sept mois.

Conclusion : Le volvulus du cæcum est une cause rare des occlusions intestinales. L'étiopathogénie implique un cæcum mobile avec peu de fixation du côlon ascendant au rétropéritoine. La prise en charge ne doit souffrir d'aucun retard afin de diminuer la morbidité et la mortalité liée à cette affection.

Keywords

Volvulus;
Caecum; Acute
intestinal
obstruction;
Niamey; Niger

Abstract

Introduction: Caecal volvulus is a rare condition and an exceptional cause of intestinal obstruction. It is a medico-surgical emergency. Prognosis depends on early management.

Observation: We report a case of volvulus of the cecum in a 31-year-old patient admitted for diffuse abdominal pain of abrupt onset with cessation of matter and gas 48 hours prior to admission associated with fecal vomiting. The patient was stable. The abdomen was distended, asymmetric and tympanic, with diffuse abdominal tenderness. On rectal examination, the rectal ampulla was empty. An unprepared abdominal X-ray revealed a left subdiaphragmatic hydroaeric level. Biological workup showed predominantly neutrophilic hyperleukocytosis, with elevated C-reactive protein. The rest of the work-up was normal. The diagnosis of acute intestinal obstruction was made and exploratory laparotomy was indicated. Intraoperatively, a dilated caecum was found, with two turns of the spiral around its meso. An ileocecal resection with terminal-lateral ileocolic

anastomosis was performed. Postoperative follow-up was straightforward, with 24-hour transit resumption and normal resumption of daily activities after seven months.

Conclusion: Caecal volvulus is a rare cause of intestinal obstruction. The etiopathogenesis involves a mobile cecum with little attachment of the ascending colon to the retroperitoneum. Management of this condition must not be delayed in order to reduce the morbidity and mortality associated with it.

Introduction

Le volvulus du cæcum a été décrit pour la première fois en 1837 par Rokitanski [1]. La torsion intéresse la partie initiale du côlon droit et de la partie terminale de l'iléon autour du pédicule vasculaire colique inférieur droit. Cette affection survient sur des cæcums anormalement mobiles. Il serait responsable de 1% des occlusions intestinales [2]. Le volvulus aigu du cæcum représente l'une des étiologies les plus rares, mais aussi les plus graves des occlusions intestinales. Les difficultés diagnostiques et la difficulté du choix de la technique opératoire ne doivent en aucun cas retarder l'intervention, seules garant d'un pronostic favorable, quel que soit le terrain [2,3]. La détorsion endoscopique n'est pas recommandée comme prise en charge initiale en raison du faible taux de succès et de taux élevés d'ischémie dans le segment volvulé [3]. Nous rapportons un cas de volvulus du cæcum chez un patient de 31 ans pris en charge dans notre service.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 31 ans, gendarme de profession admis aux urgences chirurgicales pour douleur abdominale diffuse d'installation brutale avec un arrêt de matière et des gaz de 48 heures avant son admission associée à des vomissements fécaloïdes. L'anamnèse a retrouvé une notion de constipation chronique. L'examen général notait un patient stable sur le plan hémodynamique et ventilatoire. A l'examen physique, l'abdomen était distendu, asymétrique, tympanique avec une sensibilité abdominale diffuse. Au toucher rectal, l'ampoule rectale était vide. Le patient a

bénéficié d'une radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face objectivant une image hydroaérique sous-diaphragmatique gauche avec présence de quelques haustrations coliques, des niveaux grêliques droits et une vacuité rectale à la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP), (Figure 1).



Figure 1 : ASP debout de face : Noter un volumineux niveau hydroaérique occupant la totalité de l'hypochondre gauche donnant un aspect de grain de café.

Affiliations :

1. Service de chirurgie digestive, Hôpital National de Niamey; Niamey Niger
2. Service de chirurgie pédiatrique, Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey, Niger
3. Service de gynécologie obstétrique de la Maternité Issaka Gazobi de Niamey, Niger
4. Faculté des sciences de la santé de l'université Abdou Moumouni de Niamey

Auteur correspondant : Dr Boka Tounga Yahouza ; Médecin résident de chirurgie générale

Mail : yahouzabokatounga@gmail.com

Tel: 0022798597850

Le scanner abdominal n'a pas été réalisé. Le bilan biologique avait objectivé une hyperleucocytose à prédominance neutrophile à 12.940 éléments/mm³, la C Réactive Protein était élevée à 93 mg/l. La fonction rénale et l'ionogramme sanguin étaient normaux. Ce tableau clinique et radiologique était en faveur

d'une occlusion intestinale aiguë. Nous avons indiqué une laparotomie exploratrice. A l'ouverture de la cavité abdominale, on découvrait un cæcum dilaté et volvulé à deux tours de spires autour de son méso (Figure 2).

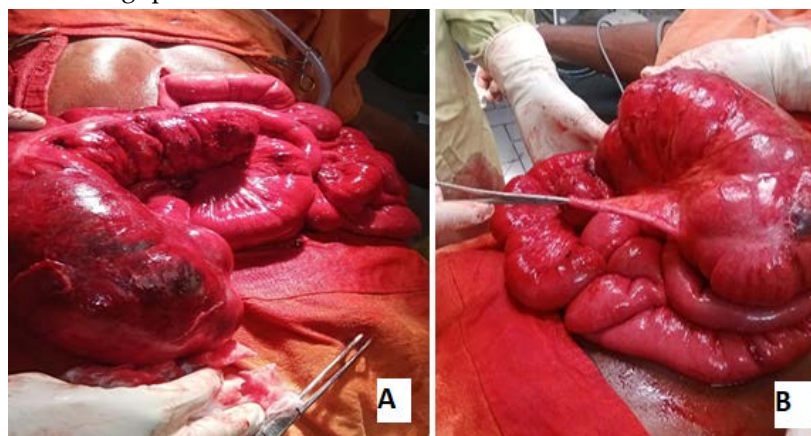


Figure 2(A et B) : Laparotomie exploratrice met en évidence une énorme dilatation du cæcum après détorsion des spires.

Nous avons réalisé une résection iléo-cæcale avec anastomose iléo-colique termino-latérale manuelle. Les suites opératoires étaient simples avec reprise du transit 24 heures après l'intervention. L'exeat du patient a été fait à J6 postopératoire en bonne santé. A 7 mois de recul, le patient se porte bien avec reprise parfaite de ses activités quotidiennes.

Discussion

Le volvulus du cæcum est une torsion du côlon droit autour de son axe mésentérique qui n'est possible que si le côlon proximal est mobile. 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 [4-6]. Les autres facteurs de risque évoqués sont l'apport élevé des fibres, les troubles mentaux, les chirurgies abdominales antérieures et la constipation chronique [3] comme le cas de notre observation. Il existe deux formes de volvulus du cæcum. La forme la plus courante implique

une rotation axiale de l'iléon, du cæcum et du côlon ascendant proximal autour du mésentère. L'autre consiste à replier le cæcum vers le haut vers l'angle hépatique, appelé bascule caecale, et représente 10% des cas de volvulus caecal [2, 3]. Cette deuxième forme était retrouvée chez notre patient. Selon les données de la littérature, contrairement au volvulus du côlon sigmoïde, les patients atteints de volvulus caecal ont tendance à être plus jeunes avec une prédominance féminine [3]. Le diagnostic de volvulus du cæcum est difficile, car les signes cliniques ne sont pas spécifiques et l'intensité de la douleur est extrêmement variable [5]. Chez l'adulte, il est évoqué lors des accidents évolutifs aigus responsables d'une occlusion intestinale aiguë [7]. Le volvulus du cæcum réalise un tableau clinique d'occlusion intestinale aiguë par strangulation avec des douleurs à type de crampes péri-ombilicales, épigastrique, rarement sous hépatiques ou iliaques droites. La vacuité de la fosse iliaque droite et de l'ampoule rectale est retrouvée dans 36 à 76% [10-12]. Concernant les examens

paracliniques, la radiographie de l'abdomen sans préparation permet de poser le diagnostic dans plus de la moitié des cas. Elle montre un niveau hydroaérique volumineux traduisant la distension du cæcum. Ce volumineux niveau hydroaérique peut être médian ou latéralisé à droite ou à gauche. Dans 50% des cas, on note une image caractéristique en « grain de café » ou en « goutte de larme ». Le lavement aux produits hydrosolubles montre une opacification colique totale, et une absence d'opacification cæcale, avec un arrêt du produit en « bec d'oiseau » [3]. Le scanner montre une image pathognomonique en « tourbillon » cæcal avec une zone hypodense qui correspond au point de départ de la torsion. Chez notre patient le diagnostic était évoqué devant la radiographie simple et confirmé par la laparotomie exploratrice. Le scanner abdominal n'a pas été réalisé à cause de sa non-disponibilité en urgence dans notre contexte. Sur le plan thérapeutique, les bases du traitement reposent sur trois éléments : réduire la torsion, traiter les complications évolutives et prévenir les récides. Il est essentiellement chirurgical par une technique conservatrice (détorsion, cæcopexies par fixation du cæcum au péritoine postérieur) ou non (cæcostomie, hémicolectomie droite et résection iléo-caecale) [5,11]. La cæcostomie est efficace pour éviter les récides, mais comporte un risque élevé d'infection de paroi. Elle expose au risque de fistule digestive nécessitant une réintervention de fermeture. Les récides après cæcopexies sont plus fréquentes alors que les complications infectieuses le sont moins [12]. La voie d'abord cœlioscopie est rarement utilisée en urgence du fait de la distension du cæcum et des difficultés d'exposition. Elle pourrait être réalisée après une détorsion et une exsufflation endoscopique [13]. Nous avons réalisé chez notre patient une résection anastomose termino-terminale grêlo-colique. En effet des études récentes ont démontré une morbidité et une mortalité plus faible pour la résection avec un plus faible taux

de récide. C'est la méthode thérapeutique de choix pour le volvulus du cæcum. [3,14]

Conclusion

Le volvulus du cæcum est une affection rare. La mobilité caecale est une condition anatomique indispensable, mais insuffisante pour entraîner le volvulus. La prise en charge ne doit souffrir d'aucun retard ; ceci permettra de diminuer la morbidité et la mortalité liée à cette pathologie.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

- 1- Rokitsky C. Intestinal strangulation. Arch Gen Med. 1837 ; 14(1) : 202-210.
- 2- Pirro N, Merad A, Sielezneff I, Sastre B, Di Marino V. Volvulus du cæcum, bases anatomiques et physiopathologie : à propos de 8 cas consécutifs. Morphologie. 2006 ; 90(1) : 19720.
- 3- Muneera R. Kapadia, MD, MME. Volvulus of the Small Bowel and Colon. Clin Colon Rectal Surg 2017 ;30(1) :40-45.
- 4- Berger JA, Leersum MV, Plaisier PW. Cecal volvulus : Case report and overview of the literature. European Journal of Radiology Extra. 2005 ; 55(4) : 101-103.
- 5- O'Mara CS, Wilson TH Jr, Stonesifer GL, Stonesifer GL, Cameron JL. Cecal volvulus : analysis of 50 patients with long-term follow-up. Ann Surg. 1979 ; 189(6) : 724731.
- 6- K Mazine, H Elbouhaddouti, I Toughrai, O Mouaqit, E Benjelloun, A Ousaden et al. Volvulus du caecum : une cause rare d'occlusion intestinale : à propos de deux cas. Pan Afr Med J. 2017 ; 28 :162
- 7- Plouard C, Rivoal E, Broussine L, Blondin G, Trelu X. Volvulus de la grêle sur mésentère commun : Intérêt de l'échographie doppler. A propos d'un cas. J Radiol. 2000 ; 81 : 151-3
- 8- Bougtab A, Amraoui M, Bencheikroun BA et al. Volvulus du cæcum. Médecine du Maghreb 1996 ; 56 : 6-8.
- 9- Zerouali N, Touzani K, Elfares F, Lamhamedi A, Bellakhdar A, Abi F. Volvulus du colon droit et mésentère commun chez l'adulte. J Chir. (Paris) 1985 ; 122 (8-9) : 473-477

- 10- Rousset J. Accident dus aux défauts de rotation de l'anse ombilicale primitive. Mémoires de l'academie de chirurgie 1955; 81 :477-81
- 11- Montes H, Wolf J. Cecal volvulus in pregnancy. American Journal of Roentgenology. 2001; 177(1): 959.
- 12- Rabinovici R, Simasky DA, Kaplan O, Mavor E, Manny J. Cecal volvulus. Dis Colon Rectum. 1990 sep; 33(9): 765-769.
- 13- 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.
- 14- Swenson BR, Kwaan MR, Burkart NE, et al. Colonic volvulus: presentation and management in metropolitan Minnesota, United States. Dis Colon Rectum 2012;55(4):444–449