

Volvulus total avec ischémie de tout le grêle sur mésentère commun incomplet

A. SANOU¹, N. ZONGO¹, R. A. F. KABORÉ², I. OUÉDRAOGO³,
O. SORÉ³, A. WANDAOGO³

Résumé

Le volvulus total du grêle est une complication grave du mésentère commun incomplet mettant en jeu rapidement le pronostic vital. Nous en rapportons un cas, avec ischémie du grêle. Notre objectif est de décrire notre approche thérapeutique et de faire une revue de la littérature. Il s'agissait d'un nouveau né de 8 jours, vu pour occlusion intestinale aigüe. L'échographie abdominale avait permis de poser le diagnostic de volvulus du grêle sur malrotation intestinale. Notre attitude thérapeutique a consisté à éviter les grandes résections d'emblée des zones douteuses dans l'espoir que certaines se recolorent au fil des jours. Après la laparotomie d'urgence, un « second look » a été réalisé 24 heures plus tard et une troisième laparotomie 72 heures après le « second look ». Seules les zones franchement nécrotiques ont été réséquées. Notre patient est décédé au dixième jour après son admission dans un tableau de dénutrition et de choc septique.

Mots-clés : volvulus total, ischémie, mésentère commun, traitement.

A case of total volvulus with ischemia of the whole small-bowel on incomplete common mesentery

Abstract

Total volvulus of the small-bowel is a serious and rapid life-threatening complication of incomplete common mesentery. We are reporting on a case with ischemia of the small-bowel. Our aim is to describe the therapeutic approach and make a review of the literature. It concerned a newborn baby of 8 days who was hospitalized for an acute intestinal occlusion. The abdominal echography had enabled to diagnose a case of volvulus of the small-bowel on intestinal malrotation. Our therapeutic attitude consisted in avoiding right away large resections of doubtful areas with the hope that some of them would turn back to their initial colour with time. After the emergency laparotomy, there was a « second look » 24 hours later and a third laparotomy 72 hours after the « second look ». Only really necrotic areas were cut off. Our patient died ten days after his admission in a state of undernutrition and septic shock.

Keywords: total volvulus, ischemia, common mesentery, treatment.

¹ Service de Chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

² Service de Anesthésie- Réanimation, centre hospitalier universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso.

³ Service de Chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle, Ouagadougou, Burkina Faso.

Introduction

Le volvulus total du grêle en période néonatale est une complication fréquente et grave des anomalies de rotation intestinale (KOTOBI *et al.*, 2004). L'anse ombilicale subit une série de trois rotations de 90° entre la cinquième et la onzième semaine autour de l'artère mésentérique supérieure dans un sens antihoraire (KOTOBI *et al.*, 2004 ; KAMINA, 2004). L'interruption de la rotation à 90° ou à 180° correspond respectivement au mésentère commun complet et incomplet. Dans ce dernier cas la racine du mésentère est extrêmement étroite et l'ensemble de l'intestin grêle se trouve pédiculé sur son axe vasculaire mésentérique (KOTOBI *et al.*, 2004). Il existe donc un risque important de volvulus total du grêle évoluant rapidement vers l'ischémie. Nous décrivons ici un cas, avec ischémie complète du grêle.

Observation

Un nouveau né de 8 jours, a été admis aux urgences pédiatriques pour des vomissements bilieux exacerbés par les tétées. Cette symptomatologie évoluait depuis 48 heures et était associée à des pleurs incessants. Dans les antécédents, on retrouvait un poids de naissance de 3,5 Kg sans pathologie périnatale. L'examen notait un état général altéré, une température à 38° C, un météorisme abdominal discret et une douleur abdominale diffuse à la palpation. La radiographie de l'abdomen sans préparation objectivait des niveaux hydroaériques de type grêlique. L'échographie a mis en évidence le signe du tourbillon témoignant d'un volvulus du grêle avec l'artère mésentérique supérieure en position centrale entourée par plusieurs spires de la veine mésentérique supérieure. La laparotomie fut indiquée en urgence après avoir instauré une rééquilibration hydro électrolytique et une antibiothérapie. L'exploration chirurgicale avait retrouvé un volvulus total du grêle à deux tours de spires et demi dans le sens horaire et un épanchement péritonéal séro-hématique peu abondant. Après détorsion, l'intestin grêle ne se recolorait pas au bout de 30 minutes malgré l'application de sérum physiologique chaud. Le cæcum était en position sous hépatique droite, fixé par les bandes de LADD (figure 1). La première anse jéjunale et la dernière anse iléale étaient accolées avec une racine du mésentère très étroite (figure 1). L'angle de TREITZ était à droite de la colonne vertébrale. Le diagnostic de volvulus total du grêle sur mésentère commun incomplet (180°) a été posé. Nous avons procédé à une section des bandes de LADD, une libération du cæcum et de l'angle de TREITZ, une mise en position du mésentère commun complet et une fermeture pariétale sans résection intestinale. La réanimation postopératoire a consisté en une perfusion de sérum glucosé isotonique équilibré en électrolytes, une triple antibiothérapie par voie intraveineuse associant la ceftriaxone (60 mg/kg/j), la gentamycine (3 mg/kg/j), le métronidazole (30 mg/kg/j), le paracétamol injectable (7,5 mg/kg/6 h) et une oxygénothérapie à la lunette nasale en discontinue. Un « second look » 24 heures plus tard avait montré une recoloration de 30 cm de jéjunum et 20 cm d'iléon. Les zones de nécrose irréversible ont été réséquées et une iléostomie double a été réalisée. Une troisième laparotomie réalisée 72 heures après le second look avait noté 35 cm de jéjunum recoloré et toujours 20 cm d'iléon recoloré. Les zones franchement nécrosées ont une fois de plus été réséquées et l'iléostomie refectionnée. Notre patient est décédé avant la quatrième laparotomie au 10^e jour après son admission dans un tableau de choc septique et de dénutrition.

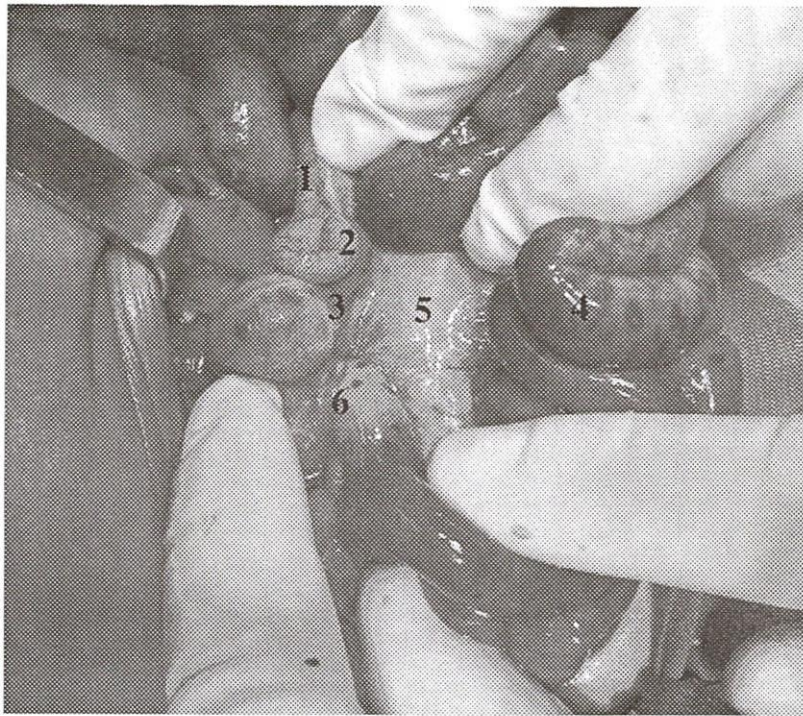


Figure 1. Volvulus total du grêle sur mésentère commun.

1 : iléon ; 2 : appendice ; 3 : cæcum ; 4 : grêle ischémié ; 5 : mésentère ; 6 : jéjunum.

Discussion

Le volvulus total du grêle est une complication fréquente du mésentère commun incomplet. Il forme avec les bandes de LADD, les étiologies d'occlusions néonatales sur malrotation (HELEN, 2007 ; KOTOBI *et al.*, 2004). Il est rare chez l'adulte et survient de préférence avant l'âge d'un an avec un pic de fréquence dans le premier mois (KOTOBI *et al.*, 2004). Dans la plupart des cas, le volvulus survient dans les 2 premières semaines de vie comme dans notre cas (ADIKIBI *et al.*, 2008 ; MOUAFO TAMBO, 2004). Les vomissements bilieux demeurent le signe clinique constant et traduisent un obstacle en dessous de l'ampoule de Vater (HELEN, 2007). Ils doivent toujours attirer l'attention et motiver en urgence des explorations paracliniques. La radiographie de l'abdomen sans préparation souvent non spécifique à l'instar de notre cas, peut cependant montrer l'image en double bulle correspondant à la dilatation gastrique et duodénale (MOUAFO TAMBO *et al.*, 2004). Le transit œsogastroduodéal peut montrer une position caractéristique de l'angle de TREITZ, médian ou à droite de la colonne vertébrale (HELEN, 2007). Chez notre patient, l'échographie a mis en évidence le signe du tourbillon et avait permis de poser le diagnostic. Sa fiabilité est plus grande lorsqu'elle est couplée au Doppler couleur. L'approche chirurgicale standard est la procédure de LADD. Elle consiste en une détorsion, une résection des bandes de LADD, une appendicectomie et une mise en position de mésentère commun complet à 90° (KOTOBI H. *et al.*, 2004). Les zones de vitalité douteuse doivent être réséquées (HELEN, 2007). Cette résection d'emblée n'est envisageable que lorsque l'ischémie est localisée. Lorsqu'elle intéresse tout le grêle comme dans notre cas, une autre

approche est nécessaire. Il est préférable dans ce cas d'éviter les résections intestinales étendues emportant toutes les zones de vitalité douteuse. Seules les zones nécrosées avec certitude devront alors être réséquées (KOTOBI *et al.*, 2004). Il faut refermer la paroi et programmer un « second look » 24 à 48 heures plus tard (KOTOBI *et al.*, 2004 ; HOUBEN *et al.*, 2006) Il s'agit d'une expectative dans l'espoir que des segments de grêle se recolorent, évitant ainsi un sacrifice. La résection des anses complètement nécrosées doit être suivie d'iléostomie double, toute anastomose étant proscrite dans ce contexte de vitalité intestinale douteuse avec état choc (KOTOBI *et al.*, 2004). Notre attitude a été conforme à ces principes. HOUBEN *et al.*, par trois laparotomies successives (en urgence, à 24 heures, à 11 semaines), et des résections progressives des zones nécrosées ont pu assurer la survie d'un nouveau né avec économie de quelques centimètres de grêle (HOUBEN *et al.*, 2006). L'absence de nutrition parentérale et le sepsis avancé, peuvent expliquer le décès de notre patient. Cependant le premier facteur pronostique demeure le délai opératoire.

Conclusion

Le volvulus total sur mésentère commun incomplet est une urgence chirurgicale. L'espoir de vitalité du grêle s'amenuise au gré des minutes. Les longs délais de consultation exposent au risque d'ischémie complète du grêle mettant le pronostic vital en jeu. Ceci est plus dramatique dans notre contexte où la nutrition parentérale est inaccessible et la réanimation insuffisante.

Références bibliographiques

ADIKIBI T.B., STRACHAN C.L., CHB M.B., MACKINLAY G.A., 2008. Neonatal laparoscopic Ladd's procedure can safely be performed even if the bowel shows signs of ischemia. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques*, 1-4.

HELEN W., 2007. Green for dander! Intestinal malrotation and volvulus. *Arch Dis Child Ed Pract*, 92:87-91.

HOUBEN C.H., MITTON S., CAPPS S., 2006. Malrotation volvulus in a neonate: a novel surgical approach. *Pediatr Surg Int*, 22:393-94.

KAMINA P., 2004. Précis d'anatomie clinique. Tome III. Maloine, 27, RUE de l'Ecole de Medecine-75006 Paris, 221-22.

KOTOBI H., GALLOT D., 2004. Complications des anomalies embryonnaires de la rotation intestinale : prise en charge chez l'adulte. *EMC-Chirurgie*, (1):413-25.

MOUAFU TAMBO F.F., ANDZE G., 2004. Le Volvulus chronique du Grêle sur Malrotation chez l'enfant en milieu Africain : à propos d'un cas. *J Afr Chir Digest*, 4(1):329 - 32.