

# Traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde : techniques, indications et résultats à Bobo-Dioulasso

ZARÉ Cyprien<sup>1</sup>, YABRÉ Nassirou<sup>1</sup>, BELEMLILGA Hermann<sup>1</sup>, SANON Gustave Bakary<sup>1</sup>,  
BÉNAO Boubié<sup>1</sup>, SANOU Adama<sup>2</sup>, TRAORÉ Si Simon<sup>2</sup>

## Résumé

Le but de notre étude est de décrire l'expérience du service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou de Bobo-Dioulasso dans le traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde. Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive dont la collecte a été faite de façon rétrospective du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2016 incluant tous les cas de volvulus du côlon sigmoïde traités chirurgicalement. En trois ans, 36 patients ont été traités et ont représenté 22 % de la chirurgie des occlusions intestinales aiguës. L'intervention était effectuée dans tous les cas en urgence. La voie d'abord était la laparotomie dans 100 % des cas. L'anse était nécrosée dans 10 cas, la colectomie idéale a été réalisée dans 20 cas (55,5 %), la colectomie avec stomie dans 14 cas (39 %) et la détorsion manuelle associée à la colopexie dans 02 cas (5,5 %). Les complications post-opératoires étaient principalement des suppurations pariétales dans 14 cas (87,5 %) chez les patients traités par stomie et la récurrence dans 02 cas (12,5 %) chez les patients traités par détorsion manuelle. Le délai moyen du rétablissement de la continuité digestive était de 60 jours. Un cas (3 %) de décès a été noté. Le traitement chirurgical des volvulus du côlon sigmoïde par la colectomie idéale au CHUSS donne des résultats satisfaisants. Nous encourageons l'adoption de cette technique comme protocole de traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde.

**Mots-clés :** Volvulus, sigmoïde, colectomie idéale, Bobo-Dioulasso.

## Surgical treatment of sigmoid volvulus: techniques, indications and results in Bobo-Dioulasso

### Abstract

The aim is to present the experience of Bobo-Dioulasso of the surgical treatment of the sigmoid volvulus. This was a retrospective and descriptive study from January 2014 to December 2016, including all cases of surgically treated sigmoid volvulus. In three years, 36 patients were treated and accounted for 22% of acute intestinal occlusion surgery. The intervention was carried out urgently in 100% of the cases. The procedure was laparotomy in 100% of cases. The ideal colectomy was performed in 20 cases (55.5%), deferred colectomy in 14 cases (39%) and manual detension associated with colopy in 02 cases (5.5 %). Postoperative complications were mainly parietal suppurations in 14 cases (87.5%) treated by delayed colectomy and recurrence in 02 cases of (12.5%) treated by manual twisting. The average time to restore digestive continuity was 60 days. 01 case (3%) of deaths were noted. The surgical treatment of sigmoid volvulus by the ideal colectomy at the CHUSS gives satisfactory results. We encourage the adoption of this technique as a protocol for surgical treatment of sigmoid volvulus.

**Keywords:** Sigmoid volvulus, ideal colectomy, Bobo-Dioulasso.

<sup>1</sup> Service de chirurgie générale et digestive, CHUSS, Burkina Faso

<sup>2</sup> Service de Chirurgie Générale et Viscérale CHUYO, Burkina Faso

\* Auteur correspondant : Tél : 00-226-70-08-91-87 Fax : 00226 20 97 26 93 CHU Sourou Sanou-Bobo-Dioulasso, Burkina Faso BP 629 Email: zcyrien@yahoo.fr

## Introduction

Le volvulus du côlon sigmoïde est une cause fréquente d'occlusion intestinale mécanique dans les pays en développement (1). L'attitude thérapeutique en urgence est controversée et fait appel à des techniques variées qui ont évolué au cours des dernières années. Elle dépend surtout du délai de prise en charge, du plateau technique disponible et de l'expérience du chirurgien (2, 3, 4, 5). À Bobo-Dioulasso, deuxième ville du Burkina Faso, le traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde occupe la troisième place des interventions chirurgicales en urgences pour occlusions intestinales après les hernies étranglées et les brides et adhérences (6). Cette étude vise à décrire l'expérience du service de chirurgie, générale et digestive du traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso.

## Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive dont la collecte a été faite de façon rétrospective du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 décembre 2016 incluant tous les cas de volvulus du côlon sigmoïde traités chirurgicalement dans le service de chirurgie générale et digestive du CHUSS de Bobo-Dioulasso, deuxième ville du Burkina Faso. Tous les dossiers des patients traités chirurgicalement en urgence pour volvulus du côlon sigmoïde ont été colligés. Les dossiers des patients opérés pour un volvulus du côlon sur tumeur, un volvulus double du côlon sigmoïde et du grêle n'ont pas été inclus. Ainsi, nous avons retenu 36 dossiers de patients (33 hommes et 3 femmes) âgés en moyenne de 46 ans. Tous les patients ont été réanimés avant l'intervention chirurgicale. Le traitement chirurgical a été analysé au regard des paramètres épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques. Les paramètres suivants : la fréquence, la voie d'abord, la technique chirurgicale (colectomie idéale ou colectomie immédiate, colectomie en deux temps ou colectomie différée et détorsion manuelle associée à une colopexie), l'état de l'anse, le délai de rétablissement de la continuité digestive, les complications (la suppuration pariétale, la fistule digestive, la péritonite post-opératoire, l'éviscération, la récurrence) et le décès dans les suites opératoires précoces ont été étudiés.

## Résultats

En 3 ans, 36 patients ont été traités chirurgicalement pour volvulus du côlon sigmoïde sur un ensemble de 164 occlusions intestinales opérées durant la même période dans le service de chirurgie générale et digestive du CHUSS de Bobo-Dioulasso. Les volvulus du colon sigmoïde ont représenté 22 % des occlusions mécaniques opérées au CHUSS. Tous les patients ont été opérés en urgence et la voie d'abord a été dans 100 % des cas une laparotomie médiane. L'anse était nécrosée dans 39 % des cas (n = 14) et de bonne vitalité dans 61 % des cas (n = 22). La colectomie idéale a été pratiquée dans 55,5 % des cas (n = 20), la colectomie en deux temps dans 39 % des cas (n = 14) et la détorsion manuelle associée à la colopexie dans 5,5 % des cas (n = 02). Chez les patients traités par colectomie en deux temps, la colostomie type Bouilly-Volkman a été réalisée dans 4 cas sur 14 et la colostomie type Hartmann dans 10 cas sur 14. Aucune détorsion manuelle n'a été réalisée. Le délai moyen du rétablissement de la continuité digestive a été de 60 jours avec des extrêmes de 21 jours et 120 jours. Seize patients (44,5 %) avaient présenté des complications post-opératoires. Elles étaient principalement des suppurations pariétales dans 14 cas sur 16 et la récurrence dans 02 cas sur 16. Cette dernière a intéressé les deux patients traités par détorsion manuelle associée à la colopexie, respectivement à deux et trois mois post-opératoire. Les suppurations pariétales étaient survenues chez les patients traités par colectomie en deux temps

(n = 14). La mortalité était de 3 % (n = 01). Le décès était enregistré dans le groupe des malades ayant bénéficié de la colectomie en deux temps dans un tableau de dénutrition avec cachexie. Les différentes techniques, les indications et les résultats sont présentés dans le tableau I.

**Tableau I :** Comparaison des résultats des différentes techniques chirurgicales (n = 36)

		Colectomie idéale	Colectomie en deux temps	Détorsion plus colopexie
Effectif	20	14	02	
Etat de l'anse	Nécrosé	06	08	00
	Viable	14	06	02
Complication	Récidive	--	--	02
	Suppurations	--	14	--
Décès	00	01	00	

## Commentaires

Le traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde est relativement fréquent au CHUSS. Il a représenté 22 % de la chirurgie des occlusions intestinales aiguës mécaniques. L'importance du volvulus du côlon sigmoïde a été signalée ailleurs au Burkina Faso à Ouagadougou où Traoré a noté une fréquence de 14 % des occlusions intestinales aiguës (7). La laparotomie a été la seule voie d'abord pratiquée chez tous nos patients car la coeliochirurgie n'est pas encore d'usage dans notre pratique hospitalière. Ailleurs, le traitement par laparotomie et par coelioscopie ont été comparés par Basato *et al.* qui n'ont pas noté de différence significative entre les deux techniques (5). Mais la bonne exposition, la bonne exploration et la facilité de réalisation des gestes au cours de la laparotomie est un avantage de cette technique. Cette étude rétrospective préliminaire a permis de montrer que le traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde au CHUSS se fait encore par les trois techniques classiques utilisant la colectomie idéale, la colectomie différée et la détorsion manuelle associée à la colopexie. Cependant la colectomie idéale et la colectomie différée ont été les deux techniques les plus pratiquées, respectivement dans 16 et 14 cas. L'état de l'anse intestinale n'a pas été un facteur discriminant dans le choix de la technique utilisée. En effet, la colectomie en deux temps et la colectomie idéale ont été utilisées dans une proportion sensiblement identique en cas de nécrose d'anse, respectivement dans 08 cas et 06 cas. Dans notre étude, la nécrose de l'anse n'a donc pas influencé le choix de la technique chirurgicale contrairement à l'étude de LEBEAU *et al.* en milieu hospitalier ivoirien (8) qui recommande une colectomie en deux temps en cas de nécrose d'anse. Nous avons réalisé une colectomie idéale dans 6 cas comme certains auteurs la recommandent même en cas de nécrose intestinale (9, 10). Aussi la colectomie en deux temps a été pratiquée chez 6 patients avec anse viable. Cette attitude a été motivée par le mauvais état général de ces patients et un sigmoïde excessivement dilaté en peropératoire. Comme dans beaucoup d'hôpitaux d'Afrique subsaharienne, nous ne pratiquons pas le traitement endoscopique initial (détorsion endoscopique puis colectomie différée) gold standard actuel, à cause du manque de personnel qualifié et d'unités d'endoscopie équipées et fonctionnelles, mais aussi à cause du taux élevé de nécrose colique (2, 11, 12, 13). Les suppurations pariétales et la récurrence ont été les seules complications post-opératoires notées dans notre série. Ailleurs, en plus de ces complications, d'autres complications post-opératoires telles que la fistule

digestive, la péritonite post-opératoire et l'éviscération ont été rapportées par certaines séries (5, 8, 13). Les suppurations pariétales ont toutes été notées que chez les patients ayant été traités par colectomie en deux temps. Leur survenue pourrait s'expliquer par la contamination fréquente des plaies opératoires par la stomie dont la gestion pose d'énormes difficultés dans notre contexte africain. En effet, la non disponibilité des poches de stomie et l'inaccessibilité financière des malades à ces poches dont la conséquence a été l'utilisation de sachets plastiques comme poches des stomies ajoutées au manque de stomathérapeutes constitueraient des facteurs de survenue des suppurations pariétales dans notre pratique. Quant à la récurrence, elle n'a été observée que chez les deux patients ayant été traités par détorsion manuelle associée à la colopexie. La récurrence du volvulus du côlon sigmoïde a été également rapportée par d'autres auteurs (5, 14, 15). Ce risque fait que la colectomie est préférée à la détorsion du volvulus du sigmoïde (14, 16). La mortalité du volvulus du côlon sigmoïde est variablement rapportée dans la littérature africaine entre 1 % et 19,1 % (7, 14). Les facteurs de risque de cette mortalité seraient selon ces auteurs africains liés à l'âge, le mauvais état général, la présence de comorbidité et de nécrose d'anse (2, 7, 11, 12, 14). Le cas de décès dans notre série, était survenu chez un de nos patients traités par colectomie en deux temps. Ce décès était lié à la dénutrition dans un contexte culturel qui fait que les stomies sont mal supportées et à la base d'un syndrome de glissement. Cette situation pourrait également expliquer le long délai du rétablissement de la continuité digestive dans notre milieu de pratique. Une prise en charge psychologique tout au long du traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde, la formation et la disponibilité des stomathérapeutes dans nos hôpitaux pourraient améliorer le pronostic du volvulus du côlon sigmoïde.

## Conclusion

Le volvulus du côlon sigmoïde au CHUSS de Bobo-Dioulasso ne bénéficie que du traitement chirurgical. Mais le résultat encourageant du traitement par colectomie idéale observé à travers cette étude préliminaire nécessite son analyse sur un effectif plus grand avant son adoption comme protocole de traitement chirurgical du volvulus du côlon sigmoïde au CHUSS.

## Références bibliographiques

1. GINGOLD D., MURRELL Z. Management of colonic volvulus. *Clin Colon Rectal Surg* 2012;25:236- 44.
2. SANI R., GANDA O. R., HAROUNA Y. D., *et al.* Traitement du volvulus du côlon sigmoïde à l'hôpital National de Niamey-Niger: à propos de 68 cas. *J Afr Chir Digest* 2003;3(2):277-80.
3. SCHWARTZ A., PEYCRU T., TARDAT E. *et al.* Prise en charge actuelle du volvulus du sigmoïde en milieu tropical. *Med Trop* 2009 ; 69:51-5.
4. BASATO S., LIN SUN FUI S., PAUTRAT K., TRESALLET C., POCARD M. Comparaison pour le traitement chirurgical du volvulus du sigmoïde de deux techniques, coelioscopie versus voie électorive. *Jchirv* 2014 ; 151(6): 444- 48.
5. LUBRANO J., PAQUETTE B., DELABROUSSE E., KOCH S., MANTION G. Volvulus du sigmoïde EM-consulte, 2012 : 9-044-A-12.
6. KAMBIÉ J. L., SANON B. G., ZARÉ C., KAMBOU T. Etiologies et pronostic des urgences chirurgicales digestives en Afrique au sud du Sahara : étude de 343 cas au centre hospitalier universitaire de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Editions universitaires européennes 2017.
7. TRAORÉ S. S., ZIDA M., KAFANDO R., BONKOUNGOU G., COULIDIATY U., SANO D. Les volvulus du colon pelvien à propos de 50 cas à Ouagadougou. *J Afr Chir Digest* 2007; 7 (2): 667-71.
8. LEBEAU R., SORO K. G., COULIBALY A., ANZOUAN K.I., KOFFI G.M., ASSOHOUN K.T., LEHBI K. I., KOUAMÉ A., EHUA S. F., KANGA M. J.B. Facteurs de morbidité et de mortalité du volvulus du colon en milieu ivoirien. *J afr Chir Digest* 2015; 15(1): 1809 - 13.

9. **FARANISI C. T.** An approach to the management of volvulus of the sigmoid colon. *Cent Afr J Med* 1990; 36:31-3.
10. **KOCAK S., GECIM E., KESENCE M., BUMIN C., BAYKAN A., GUREL E.** Treatment of acute sigmoid volvulus. *Acta chir Belg* 1995;95:59-62.
11. **TOURÉ C. T., DIENG M., MBAYE M., et al.** Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du côlon au centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar. *Ann Chir*, 2003; 128:98-101.
12. **TRAORÉ D., SANOGO Z.-Z., BENGALY. B. et al., 1990.** Volvulus du sigmoïde : résultats des approches chirurgicales dans les CHU de Bamako. *Jchirv*, 2014; 151: 104- 8.
13. **CHOUA O., KABORO M., ALI MAHAMAT M., AHMAT MALGNAN O., MOUSSA KALLI M., NDJIANONE KALKI N.** Résultats du traitement du volvulus du sigmoïde à N'djamena, Tchad. *European Scientific Journal*, 2015; 11(21): 245-48.
14. **OJARA E. A.** Sigmoid volvulus in Kenyatta National Hospital. *East Afr Med J* 1983; 60:290-6.
15. **AYITÉ A. E., KPOUSSOU A., ETEY K. T., SENAH K., HOMAWOO K.** Volvulus du côlon pelvien au CHU de Lomé (Togo). *Med Afr Noire* 1995; 42: 15-20.
16. **KUZU M. A., ASLAR A. K., SORAN A. et al.** Emergent resection for acute sigmoid volvulus: results of 106 consecutive cases. *Dis Colon Rectum*. 2002 ; 45(8):1085-90.