

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie

Occlusion intestinale aigüe par volvulus du sigmoïde au cours de la grossesse: à propos d'un cas

Randriambelomanana JA^{*1}, Herinirina SAE², Rasataharifetra
H², Rakotoarisoa H³, Rakotoarijaona HA²



¹ Service de Maternité, CHU Toamasina, Madagascar

² Service de Chirurgie, CHU Toamasina, Madagascar

³ Service de Pédiatrie, CHU Toamasina, Madagascar

Résumé

Les occlusions intestinales au cours de la grossesse sont rares. Nous en rapportons un cas observé chez une patiente de 31 ans, primigeste, enceinte de 32 semaines d'aménorrhée. Elle était admise en urgence pour occlusion intestinale basse évoluant depuis trois jours. Une césarienne première avec extraction d'un nouveau-né pesant 1.500g et une laparotomie exploratrice étaient réalisées. Un volvulus du sigmoïde était constaté et une détorsion simple était pratiquée, l'anse étant de bonne vitalité. Huit mois après, elle présentait une nouvelle occlusion basse par volvulus sigmoïdien. L'anse volvulée était en voie de nécrose nécessitant une intervention de Hartmann avec rétablissement de la continuité trois mois après. Les particularités de la prise en charge sont discutées.

Mots-clés: Grossesse; Occlusion intestinale; Sigmoïde; Volvulus

Abstract

Titre en anglais: Sigmoid volvulus causing acute intestinal obstruction during pregnancy. Report of a case

Intestinal obstruction during pregnancy is uncommon. We report here on case in a 31 year-old woman, primigravida, at 32 weeks gestation. She has been admitted for low intestinal obstruction since three days. Caesarean operation was first performed and an infant weighing 1,500g was delivered. Then, exploring laparotomy revealed volvulated sigmoid colon. Bowel vitality was excellent and it was untwisted. Eight months later, she presented once again an acute intestinal obstruction. A necrosed volvulated sigmoid was found during laparotomy. It was resected and artificial intestinal outlet was created. Anastomosis was done three months later. Management special features are discussed.

Keywords: Intestinal obstruction; Pregnancy; Sigmoid; Volvulus

Introduction

Les occlusions intestinales sont des accidents rares pendant la grossesse. Environ 73 cas ont été publiés dans la littérature mondiale à ce jour. Les causes sont multiples mais le volvulus du sigmoïde représente une entité rare. La mortalité maternelle mais surtout fœtale reste élevée. Nous présentons un cas d'occlusion intestinale aigüe chez une femme enceinte de 32 semaines d'aménorrhée. Notre objectif est de rapporter cette cause rare par volvulus du sigmoïde au cours de la grossesse et d'en discuter les particularités de la prise en charge.

Observation

Madame TME, 31 ans, sans profession, primigeste, enceinte de 32 semaines d'aménorrhée était admise en urgence pour douleur abdominale aigüe et ballonnement abdominal. C'était une grossesse d'évolution normale et correctement suivie. Elle n'avait aucun antécédent particulier. A l'interrogatoire, il existait un arrêt des matières et des gaz depuis trois jours. L'examen ne retrouvait aucune affection obstétricale ni urinaire. Le bilan biologique montrait uniquement une hyperleucocytose à 16.000/ml. La radiographie de l'abdomen sans préparation et l'échographie montrait une volumineuse image hydro-aérique évoquant une occlusion intestinale basse (Figure 1). La vitalité fœtale était excellente. Une laparotomie était indiquée en urgence permettant dans un premier temps une césarienne avec extraction d'un nouveau-né de sexe féminin de 1.500g, Apgar 10, baignant dans un liquide amniotique clair, confié au service de néonatalogie. Le deuxième

temps consistait en une exploration de la cavité abdominale. Un volvulus du colon sigmoïde sur dolichosigmoïde était constaté et l'anse volvulée avait une bonne vitalité ne nécessitant qu'une simple détorsion. Les suites opératoires étaient simples et le suivi du nouveau-né était sans particularité. Huit mois après, la malade était de nouveau admise en urgence pour occlusion intestinale aigüe (Figure 2). Un volvulus du sigmoïde avec début de nécrose était retrouvé à la laparotomie nécessitant une résection sigmoïdienne avec colostomie d'amont de type Hartmann. Les suites opératoires étaient simples et le rétablissement de la continuité digestive était effectué trois mois après.



Fig. 1: Radiographie de l'abdomen sans préparation: volumineuse image hydroaérique de type colique

Discussion

Les occlusions intestinales aigües sont rares au cours de la grossesse. Les causes sont multiples telles qu'adhérences, appendicite ou autre volvulus. L'occlusion par volvulus

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rj-anderson@doctor.com

¹ Adresse actuelle: Service de Maternité, CHU Toamasina, Madagascar



Fig. 2: Radiographie de l'abdomen sans préparation huit mois après: récurrence de l'occlusion colique

sigmoïdien est une entité rare; en effet, seuls 73 cas environ ont été publiés dans le monde [1]. Elle survient généralement au cours du troisième trimestre de la grossesse mais des cas en postpartum immédiat ont été rapportés, de diagnostic difficile [2,3]. Le mécanisme physiopathologique est sujet à controverse. Pour Elmasri, la fréquence élevée de dolichosigmoïde en Afrique et de volvulus de ce dernier serait associée au régime alimentaire riche en fibres végétales [4]. Aux Etats-Unis, le volvulus du sigmoïde est surtout observé chez les patientes constipées chroniques avec dolichosigmoïde; sa survenue durant les derniers mois de la grossesse serait due à la traction exercée par l'utérus sur un sigmoïde mobile comprimé partiellement [5]. Le diagnostic d'une occlusion intestinale aiguë durant la grossesse est souvent difficile. La symptomatologie classique (vomissement, distension ou constipation) fréquente pendant la grossesse peut égarer le diagnostic [6]. Parfois, les symptômes peuvent être frustrés ou même absents [7]. Les risques liés à la radiographie de l'abdomen est moindre à ce stade de la grossesse. L'échographie abdominale est d'un grand secours en objectivant une image de distension intestinale importante, mais surtout en éliminant les autres diagnostics différentiels obstétricaux et urinaires. Une colonoscopie peut être utile pour les grossesses plus jeunes afin de limiter l'irradiation fœtale [8]. Une hyperleucocytose est par contre constante dans tous les cas [1]. La prise en charge, essentiellement chirurgi-

cale, est la même qu'en dehors de la grossesse. Toutefois l'augmentation du volume utérin pendant le dernier trimestre empêche une exploration optimale de la cavité péritonéale; ainsi une césarienne première doit être réalisée bien que le caractère urgent de la prise en charge ne permet pas toujours de réaliser une maturation pulmonaire fœtale. La vitalité de l'anse volvulée dicte le geste à pratiquer: détorsion simple ou résection et colostomie. L'anastomose et la réintégration seront réalisées ultérieurement après préparation colique. La cœlioscopie commence actuellement à prendre sa place même en cas de grossesse [9]. Malgré une prise en charge correcte, le taux de mortalité maternelle ainsi que fœtale restent lourds atteignant respectivement 21% et 50% [10].

Conclusion

Le volvulus du sigmoïde est une éventualité rare pendant la grossesse. La symptomatologie souvent frustrée entraîne un retard diagnostique. Les pronostics vitaux maternels et fœtaux sont conditionnés par la précocité de la prise en charge multidisciplinaire.

Références

- 1- Lord SA, Boswell WC, Hungerpiller JC. Sigmoid volvulus in pregnancy. *Am Surg* 1996; 62: 380-2.
- 2- Sascha Dua R, Rothnie ND, Gray EA. Sigmoid volvulus in the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 97: 195.
- 3- Kolusari A, Kurdoglu M, Adali E, Yildizhan R, Sahin HG, Kotan C. Sigmoid volvulus in pregnancy and puerperium: a case series. *Cases J* 2009; 2: 9275.
- 4- Elmasri SH, Khalil T. Volvulus of the sigmoid in Khartoum, Sudan. *Trop Geogr Med* 1976; 28:297-302.
- 5- Harer WB Jr, Harer WB Sr. Volvulus complicating pregnancy and puerperium; report of three cases and review of literature. *Obstet Gynecol* 1958; 12: 399-406.
- 6- Shenhav S, Gemer O, Segal S, Linova L, Joffe B. Preoperative diagnosis of intestinal intussusception in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2000; 45: 501-3.
- 7- Kusnetzoff DJ, Barata AD, Casalnuovo C, Alvarez LM. Massive midgut volvulus during pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 1997; 17: 583.
- 8- Mirza MS, Mulla M, Hall RI. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 279 :177-8.
- 9- Azuar AS, Bouillet-Dejou L, Jardon J, Lenglet Y, Canis M, Bolandard F, et al. Cœlioscopie en cours de grossesse: expérience du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand. *Gynecol Obstet Fert* 2009;37: 598-603.
- 10- Perdue PW, Johnson HW Jr, Stafford PW. Intestinal obstruction complicating pregnancy. *Am J Surg* 1992; 164: 384-8.