

Fait clinique

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

Un cas d'occlusion intestinale chronique sur malrotation mésentérique chez l'adulte.

Rakotomena SD^{*1}, Rahantsoa Finaritra CFP¹,
Randrianandrasana S¹, Rakoto Ratsimba HN¹

¹Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo Madagascar



Résumé

La découverte de mésentère commun à l'âge adulte est rare et se fait souvent de manière fortuite. Nous rapportons un cas d'occlusion intestinale aiguë révélant un volvulus chronique du grêle sur mésentère commun. La radiographie de l'abdomen sans préparation n'avait révélé qu'une distension des anses grêles. Le scanner abdominal confirmait le volvulus du grêle. L'exploration chirurgicale découvrait une torsion des dernières anses grêles sur un mésentère commun nécessitant une dévolvulisation avec entéroplastie. Les particularités de la prise en charge sont discutées à la lumière des données de la littérature.

Mots clés: Intestin grêle ; Malformation ; Mésentère ; Occlusion intestinale; Volvulus

Titre en Anglais: A case of chronic bowel obstruction with mesenteric malrotation in adult.

Abstract

A common mesentery in adult is rare and often incidentally discovered. We report a case of acute intestinal obstruction revealing a chronic volvulus of the small bowel on a common mesentery. Abdominal X-ray revealed only bowel distention. Abdominal CT-scan confirmed the small intestine volvulus. The surgical exploration showed a twist of the last hail on a common mesentery requiring untwisting with enteroplasty. Diagnosis and treatment are discussed in the light of the literature data.

Key words: Intestinal obstruction; Malformation; Mesentery; Volvulus; Small intestine

Introduction

L'interruption de la rotation de l'anse vitelline à 90° ou à 180° au cours de l'embryogenèse, à l'origine d'un méso commun à toute l'anse intestinale et une racine du mésentère extrêmement court, correspond respectivement au mésentère commun complet et incomplet [1,2]. Le mésentère commun est une pathologie malformative rare mais grave, souvent de découverte fortuite ou au cours de ses complications [3]. Nous rapportons un cas inhabituel de volvulus du grêle sur mésentère commun découvert chez un adulte au cours d'un épisode de syndrome occlusif afin d'en discuter les particularités de la prise en charge à la lumière des données de la littérature.

Observation

Un homme de 60 ans, sans tare particulier, avec des antécédents de lithiase vésicale et de résection trans-urétérale de la prostate était admis aux urgences pour un arrêt des matières et des gaz accompagné de vomissements post-prandiaux, évoluant depuis une quinzaine de jours, sans douleur abdominale. Il avait une longue histoire de syndromes occlusifs à répétition, spontanément résolutifs. L'examen clinique objectivait un état général bien conservé, des signes de déshydratation, des paramètres hémodynamiques stables, et un abdomen distendu et tympanique, sans défense ni contracture. Le toucher rectal retrouvait une ampoule rectale vide. La biologie révélait une hyperleucocytose modérée, une légère élévation de la créatinine sérique et une hypokaliémie modérée. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait une distension des anses grêles sans véritables images de niveaux hydro-aériques. Le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste révélait des anses grêles dilatées en « tourbillon » mais sans signe de souffrance en faveur d'une occlusion par volvulus du mésentère. Dans un premier temps, la correction des troubles hydro-

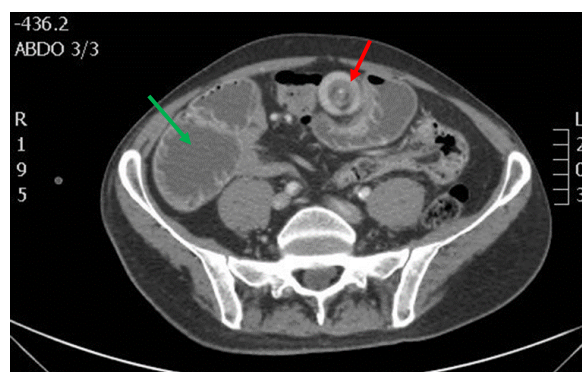


Fig.1: scanner abdominal avec injection: aspect en tourbillon des anses grêles centré par l'artère mésentérique opacifiée (flèche rouge) et une dilatation grêlique sans signe de dévitalisation (flèche verte)

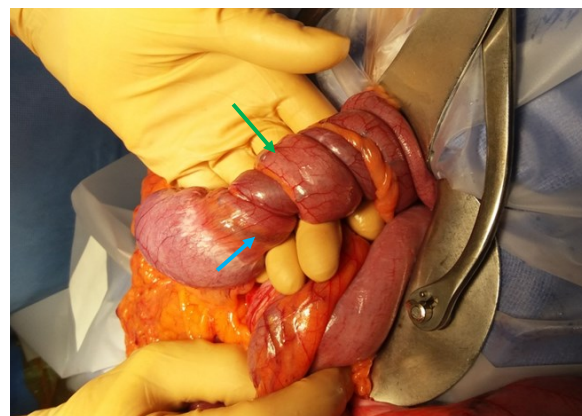


Fig.2: Vue peropératoire: six tours de spire de l'anse grêle autour de son axe, sans signe de nécrose (flèche verte) et dilatation variqueuse des veines (flèche bleue).

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rakotomenadavida@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar

électrolytiques avec réhydratation et correction de l'hypokaliémie était effectuée. Ensuite, une laparotomie médiane

était rapidement indiquée et retrouvait une torsion par six tours de spires des dernières anses grêles autour de son axe sur mésentère commun et un défaut d'accolement du caecum. Il n'y avait pas de signe de nécrose pariétale mais il y avait la présence de varices de dérivation veineuse. Une dévolvulisation sans résection intestinale avec entéroplastie d'élargissement par fixation du caecum selon la procédure de Ladd étaient effectuées. Les suites opératoires étaient simples et le patient était sorti à J5 post-opératoire.

Discussion

Estimée à 1/5000 naissances, la pathologie du mésentère commun est découverte de préférence avant l'âge d'un an avec un pic de fréquence dans le premier mois et chez 0,2 à 0,5% de l'ensemble de population adulte [4,6]. Embryologiquement, un arrêt de rotation de l'anse intestinale primitive à 180°, forme la plus fréquente, définit le mésentère commun incomplet décrit par Grob en 1957 [4,7]. Il peut être associé à un syndrome polymalformatif, mais surtout à un défaut d'accolement du tube digestif et à des brides serrées ou lâches unissant le caecum préduodénal à la paroi abdominale postérieure (bride de Ladd), souvent à l'origine d'occlusion intestinale aiguë par strangulation [2,4,5,8,9]. Notre cas était un mésentère commun incomplet avec défaut d'accolement du caecum compliquée de volvulus des dernières anses grêles à l'origine d'un syndrome occlusif chronique. Chez l'adulte, le problème diagnostique se pose devant un tableau clinique non spécifique et généralement bien toléré, associant des douleurs abdominales récidivantes, avec ou sans vomissements, un abdomen souvent souple, indolore et sans masse palpable [4,6,8]. Quinze pour cent des mésentères communs incomplets restent asymptomatiques et sont de découverte fortuite au cours d'une laparotomie ou d'une autopsie ou au cours d'une complication aiguë telle qu'une occlusion intestinale aiguë [5]. La radiographie de l'abdomen sans préparation montre des images de niveaux hydro-aériques souvent volumineux traduisant une occlusion intestinale aiguë mécanique non spécifiques. Le transit du grêle oriente le diagnostic de volvulus chronique sur mésentère commun, mais peut être trompeur voire faussement rassurant [6,8]. Toutefois, la découverte d'une spire de torsion est pathognomonique [10]. Une échographie de débrouillage peut être demandée en première intention, mais elle est souvent non contributive en raison des interpositions gazeuses, ne révélant que des anses digestives atones en stase liquidienne ainsi qu'un épanchement intra-péritonéal de faible abondance, mais peut orienter le diagnostic par l'exploration de la position de l'artère mésentérique supérieure [4,5]. D'où l'intérêt de l'échographie couplée au Doppler qui est un examen facile à réaliser, non invasif et non douloureux [8,11]. Elle met en évidence l'anomalie de rotation en visualisant l'artère mésentérique supérieure à droite de la veine mésentérique supérieure et surtout, objective le volvulus du grêle avec ses spires de torsion autour de l'axe mésentérique supérieur [12]. Le scanner abdomino-pelvien injecté, souvent indiqué devant un tableau clinique atypique, permet d'établir un diagnostic anatomique et lésionnel précis et dirige le geste chirurgical [4]. Effectivement, l'image peut être pathognomonique, décrit par Fischer sous le nom de whirl-like pattern,

un syndrome de masse arrondi centré sur l'axe mésentérique supérieur [8] sous forme de « tourbillon » correspondant à la vrille du mésentère en position médiane, en avant de l'aorte et au niveau de l'artère mésentérique supérieure, avec une zone hypodense qui correspond au point de départ de la torsion [2,6]. En outre, le scanner abdominal injecté avec opacification barytée du cadre duodénal et du grêle montre l'ensemble des anses grêles localisées dans la partie droite de l'abdomen, tout le côlon situé à gauche de la ligne médiane, dont la paroi intestinale est épaissie en raison d'un œdème sous muqueux, et retrouve également la veine mésentérique supérieure à gauche de l'artère homologue [4]. Le traitement est dans tous les cas chirurgical et se base sur la détorsion du volvulus et sur la mise de l'intestin en situation de mésentère commun complet à 90°, de manière à ce que l'angle duodéno-jéjunal et l'angle iléocaecal soient distants pour éviter les récidives, avec éventuellement résection des zones de vitalité douteuse [5,13]. Le pronostic vital pourrait être mis en jeu en cas d'occlusion intestinale aiguë par strangulation si la prise en charge n'est pas faite rapidement et correctement [5].

Conclusion

Le mésentère commun incomplet résultant de l'insuffisance de rotation de l'anse intestinale primitive est une pathologie malformative rare. Notre observation a permis d'illustrer un volvulus du grêle qui en est une complication redoutable et constitue souvent la circonstance de découverte chez l'adulte. La symptomatologie est non spécifique rendant les examens d'imagerie incontournables pour orienter le diagnostic. Le pronostic dépend surtout de la précocité de la prise en charge chirurgicale.

Références

- 1- Sanou A, Zongo N, Kaboré KAF, Ouédraogo I, Soré O, Wandaogo A. Volvulus total avec ischémie de tout le grêle sur mésentère commun incomplet. Science et technique, Sciences de la santé 2010; 33: 77-9.
- 2- Coulibaly M, Boukatta B, Derkaoui A, Sbati H, Ousadden A, Kanjaa N. Volvulus du grêle sur mésentère commun incomplet - une redoutable complication rare chez l'adulte: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal 2015 20: 157-68.
- 3- Kotobi H, Gallot D. Complications des anomalies embryonnaires de la rotation intestinale : prise en charge chez l'adulte. EMC-Chirurgie 2004; 1: 413-25.
- 4- Flesch J, Oswald P, Grebici M, Schmaltz C, Bruant P, Burguet JL. Mésentère commun complet révélé par une appendicite perforée gauche. J Radiol 2010; 91: 915-6.
- 5- Ongoiba N, Ba B, Coulibaly B, Togola B, Traore D, Siby O, et al. Mésentère commun: deux cas découverts dans un tableau d'occlusion intestinale. Mali Médical 2013; 28: 3: 40-2.
- 6- Randrianirina A, Rabesalama SSN, Ramananasoa ML, Rakotoarijaona AH. Volvulus du caecum sur mésentère commun chez un adulte. Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2010; 2; 3: 7-9.
- 7- Grob M. Lehrbuch der kinderchirurgie. Stuttgart: George Thieme Verlag; 1957.
- 8- Plouard C, Rivoal E, Broussine L, Blondin G, Trellu X. Volvulus du grêle sur mésentère commun: intérêt de l'échographie Doppler. A propos d'un cas. J Radiol 2000; 81: 151-3.
- 9- Helardot P, Bienayme J, Bargo F. Duplications digestives. Chirurgie digestive de l'enfant 1990: 65-79.
- 10- Grapin C. Chirurgie digestive de l'enfant 1990: 369-82.
- 11- Guerrier C, Cornet D, Bellaiche M, Foucaud P. Le TOGD chez un enfant qui vomit, quel intérêt ? Médecine et Enfance 1998; 10: 429-43.
- 12- Edma A. Cas radiologique du mois. Arch Pédiatr 1998; 5: 433-4.
- 13- Helen W. Green for dander! Intestinal malrotation and volvulus. Arch Dis Child Ed Pract 2007; 92: 87-91.