

Volvulus du colon pelvien associé à une perforation duodénale, un cas clinique Simultaneous Sigmoid volvulus and duodenal perforation, a case report

I BOUDIS¹, R BELOUZ¹, M OUALID², CHERBAL¹, M SAIDANI³

1 service de chirurgie Générale, CHU Benimessous.

2 faculté de médecine de Laghouat, Hôpital mixte colonel Lotfi de Laghouat

3 chef de service de chirurgie générale, CHU Benimessous.

Résumé :

Le volvulus du colon sigmoïde (VS) est une urgence chirurgicale fréquente de diagnostic facile basé sur la présentation clinique et orientée par la radiologie. La complication la plus redoutable est la nécrose colique. La présence d'une autre lésion digestive synchrone est exceptionnelle et mérite une enquête étiologique approfondie. Dans cet article nous allons rapporter un cas clinique d'un VS associé à une perforation duodénale.

Abstract:

the sigmoid volvulus is a common surgical emergency with easy diagnosis based on clinical presentation and guided by radiology. The most formidable complication is colonic necrosis. The presence of another synchronous digestive lesion is exceptional and deserves a thorough etiological investigation. In this paper we will report a clinical case of a VS associated with a duodenal perforation.

Mots clés : volvulus du sigmoïde, perforation duodénale

Introduction :

Le volvulus du côlon sigmoïde correspond à la torsion selon un degré de rotation variable de la boucle sigmoïdienne.(1,2) Il représente 5-15% des étiologies de

l'occlusion intestinale aiguë en occupant la 3^{ème} cause après le cancer colique et la diverticulite sigmoïdienne(3,4). Deux mécanismes coexistent : la torsion du sigmoïde autour de l'axe de son méso réalisant une occlusion à anse fermée (la forme mésentéricoaxiale) et la torsion longitudinale du sigmoïde à point de torsion unique réalisant une occlusion colique sur obstacle (la forme organoaxiale)(5). La littérature montre l'existence simultanée de deux ou trois VS, mais l'association d'une perforation duodénale n'est pas habituelle. En l'absence de traitement, l'évolution spontanée, indépendamment du mécanisme, se fait vers l'ischémie puis la nécrose du segment digestif volvulé. Le traitement endoscopique non opératoire reste la première étape en urgence. La chirurgie est cependant nécessaire, soit en urgence en cas d'échec des traitements non opératoires, soit différée en raison du fort taux de récurrence.

Observation :

C'est un patient âgé de 43 ans, tabagique a raison 30 paquets / année, sans antécédents médicaux chirurgicaux qui consulte dans le cadre de l'urgence pour une douleur abdominale ; vomissement et un arrêt des matières et des gaz depuis 48H évoluant dans un contexte fébrile.

L'examen Clinique trouve un patient avec un état général moyen, (TA =90/75mmhg, FC =100bt/mn, FR =25 cycle/ mn, T° =37.9°C), un abdomen distendu, asymétrique, douloureux a la palpation avec une défense généralisée, les orifices herniaires libres ; une ampoule rectale vide au toucher.

L'examen biologique est normal en dehors d'une hyperleucocytose a 20000/mm³ et CRP 160 mg/l, L'abdomen sans préparation objective un aspect de double jambage colique, Le scanner abdomino-pelvien montre une distension colique en amont d'une zone de transition nette rétro ombilicale latéralisée à gauche faite de deux arrêts en bec correspondants aux jambages sigmoïdiens volvés convergeant vers le site de torsion qui présente un tour de spire avec enroulement du méso ainsi que des vaisseaux mésentériques ; le scanner montre également la présence d'une pneumatose pariétale colique avec un épanchement intra péritonéal de moyenne abondance.



Figure01



Figure 02

Résultats :

Après une décision opératoire, l'exploration chirurgicale a trouvé un liquide intrapéritonéal purulent, volvulus sigmoïdien avec deux tours de spires ; des signes de souffrances de la paroi sigmoïdienne, avec la présence d'une perforation pré pylorique de 01 cm de diamètre a contours réguliers. L'intervention chirurgicale fut une résection sigmoïdienne et une confection d'une colostomie terminale selon la technique de HARTMANN avec une suture de la perforation pré-pylorique par un point en X et une épiploplastie. Le patient mit sortant le quatrième jour postopératoire avec un traitement médicale pour la maladie ulcéreuse.

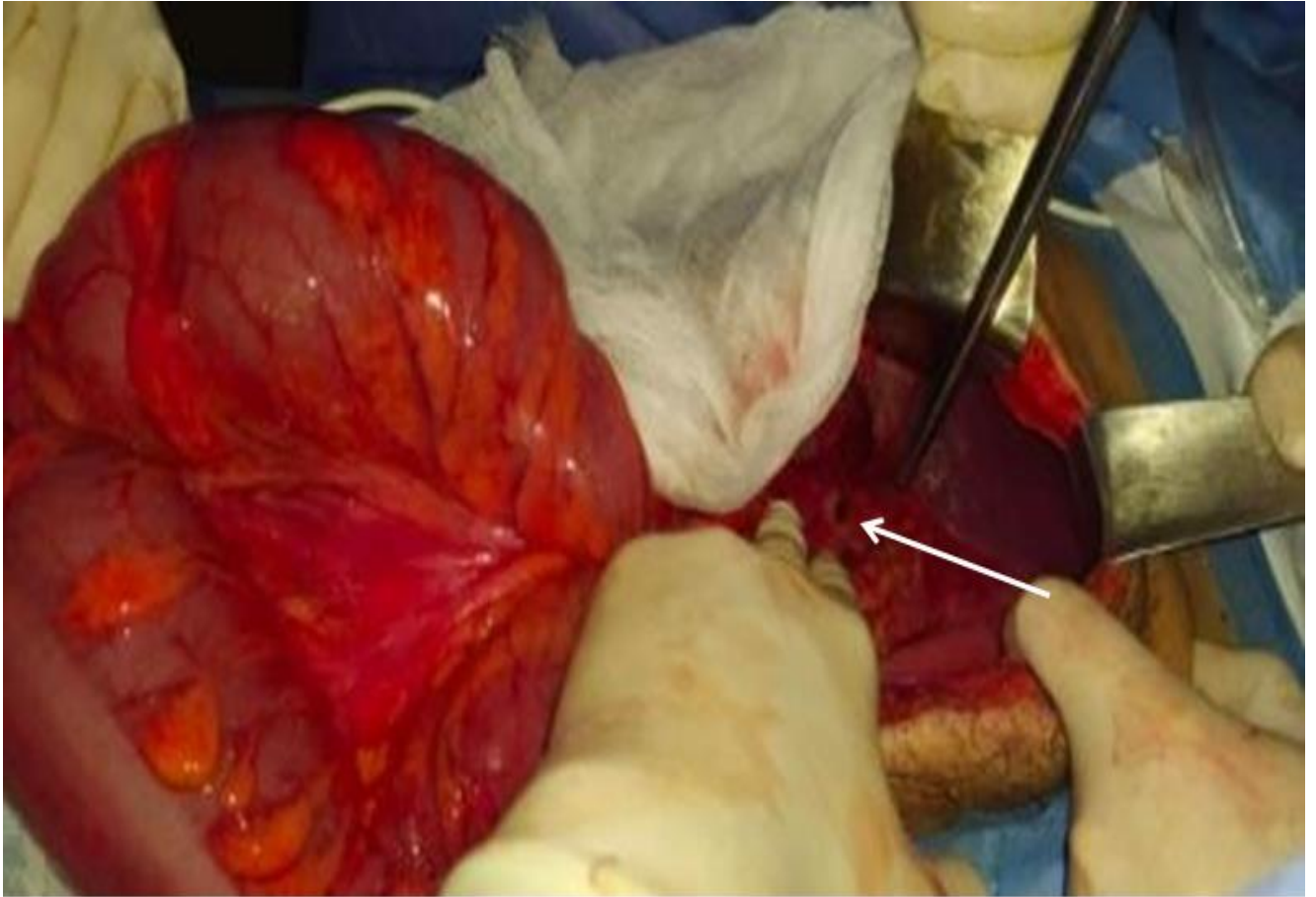


Figure 03

Discussion :

Le VS représente 75% des localisations intestinales, le coecum est touché dans 15-22% des cas, le colon transverse 03% et l'angle colique gauche 02%. (6) la littérature montre une incidence élevée de cette pathologie dans le moyen orient, l'Asie et l'Afrique, cette zone est connue sous le nom de la ceinture du volvulus dont le régime pauvre en fibres est incriminé. (7) D'autres facteurs de risques sont rapportés tel que le mésentère long et mobile. (6) le dolicho-mégacolon notamment la maladie de Hirschsprung, la constipation chronique et le traitement psychotrope. (6,8,9) en outre plusieurs situations atypiques ont été rapporté par la littérature, Chittal et al ont publié un cas d'un double volvulus du sigmoïde et de la vésicule biliaire. (10)

lianos et al ont rapporté un cas d'un volvulus du sigmoïde et du colon transverse. (11) Tandis que notre recherche n'a pas trouvé de cas similaires à une association entre un VS et une perforation duodénale. Si le VS multiple est expliqué par l'hyperpression intra-abdominale, le mécanisme qui pourrai associer un VS à une perforation duodénale reste mal compris. Notre hypothèse stipule que la perforation duodénale est le résultat du mécanisme occlusif qui a probablement provoqué une ischémie muqueuse. L'ulcère de stress est également incriminé dans les perforations gastroduodénales observées chez les patients qui présentent des affections graves. (12-16)

Conclusion :

Le VS représente la troisième cause d'occlusion colique chez l'adulte. Deux formes anatomiques de volvulus du sigmoïde coexistent et l'absence du classique météorisme asymétrique ne doit pas faire écarter le diagnostic du VS. Le diagnostic de certitude repose sur le scanner abdominal. La dilatation intestinale en amont de l'obstacle et l'hyperpression intraabdominale peuvent être à l'origine de complications ischémiques comme la perforation gastroduodénale. Le traitement per endoscopique avec mise en place systématique d'un tube de Faucher est possible, mais Le traitement définitif repose sur la résection sigmoïdienne non carcinologique, avec, idéalement, rétablissement dans le même temps opératoire ou en deux temps.

Bibliographie :

1. Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, Nguyen VQ, Carmichael JC, Mills S, et al. Colonic volvulus in the United States: trends, outcomes, and predictors of mortality. *Ann Surg.* 2014;259(2):293-301.
2. Rothmann C, Pierrard O, Schmutz T. Volvulus du sigmoïde: diagnostic et traitement en urgence. *J Eur Urgences Réanimation.* 2018;30(1-2):41-5.
3. Niño-Torres L, Guzmán-ávila AO, Buitrago V, Londoño-Ruiz GD. Unusual Case Report of Synchronous Caecal and Sigmoid Volvulus. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2022;37(1):103-7.
4. Kulaylat AS, Stewart DB. Management of Colonic Volvulus. In: *Clinical Algorithms in General Surgery.* Springer; 2019. p. 221-3.
5. Burgos JS, Canedo AA. Megacolon and sigmoid volvulus: incidence and physiopathology. *Rev Gastroenterol Peru Organo Of Soc Gastroenterol Peru.* 2015;35(1):38-44.
6. Islam S, Hosein D, Bheem V, Dan D. Synchronous volvulus of the sigmoid colon and caecum, a very rare cause of large bowel obstruction. *BMJ Case Rep.* 14 oct 2016;2016:bcr2016217116.
7. Rivera-Nava JC. Simultaneous volvulus of the ileum and sigmoid colon. *Rev Gastroenterol Mex.* 2015;80(1):115-6.
8. Krupsky S, Halevy A, Orda R. Sigmoid volvulus in adolescence. *J Clin Gastroenterol.* 1987;9(4):467-9.
9. Mellor MF, Drake DG. Colonic volvulus in children: value of barium enema for diagnosis and treatment in 14 children. *AJR Am J Roentgenol.* 1994;162(5):1157-9.
10. Chittal R, Harris D, Patel A, Goodyear S, Parkianathan V. An interesting rare case of double volvulus. *Case Rep.* 2011;2011:bcr1020103464.
11. Lianos G, Ignatiadou E, Lianou E, Anastasiadi ZK, Fatouros M. Simultaneous volvulus of the transverse and sigmoid colon. *Case report. Il G Chir.* 2012;33(10):324-6.
12. Shears M, Alhazzani W, Marshall JC, Muscedere J, Hall R, English SW, et al. Stress ulcer prophylaxis in critical illness: a Canadian survey. *Can J Anesth Can Anesth.* 2016;63(6):718-24.

13. Rakoto-Ratsimba HN, Rakotoarivony ST, Rakotomena SD. Ulcere de stress perfore et syndrome de Lyell. A propos d'une observation. Rev Trop Chir. 2009;
14. Letonturier D, Vallée JP. Prévention primaire de l'ulcère gastroduodéal et situations «à risque». Médecine. 2007;3(1):7-7.
15. Speranza V. Current concepts of stress ulcers. Chir Memoires Acad Chir. 1982;108(4):305-10.
16. Weigelt JA. Current status of stress ulceration prophylaxis. In: Update 1989. Springer; 1989. p. 361-7.