

FAIT CLINIQUE

VOLVULUS DU SIGMOÏDE AU COURS DE LA GROSSESSE: CAS CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

SIGMOID VOLVULUS DURING PREGNANCY: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.

ELÉ N¹, NZAKA MCD¹, MASSAMBA-MIABAOU D¹, NOTE-MADZELÉ M¹, MOTOULA LN¹,
KÉBÉLÉ F²

1: service de chirurgie digestive du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville
2: service des urgences chirurgicales du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville

RÉSUMÉ

Le volvulus du sigmoïde représente 25% des urgences abdominales pendant la grossesse. Il s'agit d'une entité rare. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 28 ans enceinte de 28 semaines et 3 jours, admise aux urgences pour un syndrome occlusif. Elle avait accouché par voie basse d'un nouveau né prématuré 4 heures après l'indication de la laparotomie. Le diagnostic de volvulus du sigmoïde a été retenu après la laparotomie. Le nouveau né est décédé à J1 de la naissance.

Mots clés: Volvulus; Sigmoïde; grossesse

SUMMARY

The sigmoid volvulus accounts for 25% of abdominal emergencies during pregnancy. It is a rare entity. We are reporting a clinical case of a 28 years old patient, in pregnant of 28 weeks of gestation and 3 days who was admitted to emergency for an Occlusive syndrome. She delivered normally vaginally a preterm newborn 4 hours after the laparotomy was indicated. The diagnosis of sigmoid volvulus was made after the laparotomy done later. The newborn died at day 1 after birth.

Key words: Volvulus, Sigmoid, Pregnancy.

Tirés à part

Narcisse ELE,

MCA de chirurgie viscérale,

E-mail : aristelne@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le volvulus du sigmoïde représente 25% des urgences abdominales pendant la grossesse [1]. La grossesse est un terrain qui favorise la survenue du volvulus mais il s'agit d'une entité rare dans la littérature [2]. Dans le monde, le nombre de cas rapporté oscille autour de 80 [3]. L'intérêt de cette entité réside dans sa difficulté diagnostique et dans le pronostic materno-fœtal. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 28 ans en aménorrhée de 28 semaines et 3 jours admise, en urgence au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville, pour une occlusion intestinale aigue.

OBSERVATION

Madame B.G. âgée de 28 ans admise aux urgences gynécologiques pour une occlusion intestinale aigue sur une grossesse de 28 semaines et 3 jours. Septième geste avec 2 enfants vivants et 4 fausses couches provoquée, elle a un antécédent de constipation chronique depuis l'adolescence. La grossesse était bien suivie. A l'interrogatoire, la patiente a présenté depuis 6 jours avant son admission une douleur abdominale diffuse et progressive associée à un arrêt de gaz et des matières. Il n'y avait ni fièvre, ni vomissement. L'examen clinique retrouvait un état hémodynamique stable, un abdomen très distendu. La hauteur utérine n'a pu être appréciée du fait de la distension abdominale. L'ampoule rectale était vide au toucher. Au toucher vaginal, le col utérin était dilaté à 2 cm et le doigtier propre. L'échographie abdomino-pelvienne avec monitoring a montré une distension intestinale, une grossesse mono-fœtale intra-utérine évolutive. Le fœtus pesait 1300 g. Le rythme cardiaque fœtale était normal avec 136 battements par minute. La radiographie de l'abdomen sans préparation de face en position debout avec protection au plomb a montré une image hydroaérique en arceau (figure 1).



Figure 1: Cliché de l'abdomen sans préparation de face en position debout

Le diagnostic d'un volvulus a été évoqué. Dans l'attente de la laparotomie en urgence, 4 heures après l'indication opératoire, la patiente a accouché par voie basse d'un nouveau né prématuré de sexe féminin pesant 1250 g malgré une tocolyse bien menée à base de phluoroglucinol en perfusion. Le nouveau né a été adressé en néonatalogie où les suites ont été fatales. La laparotomie exploratrice a permis de mettre en évidence un volvulus du sigmoïde avec distension monstrueuse du sigmoïde et du colon en amont (figure 2). Une résection du sigmoïde avec colostomie iliaque gauche de type Hartmann avait été réalisée. Les suites opératoires ont été simples et la patiente était sortie à J6 du post-opératoire. Le rétablissement de la continuité colique est prévu dans 3 mois.

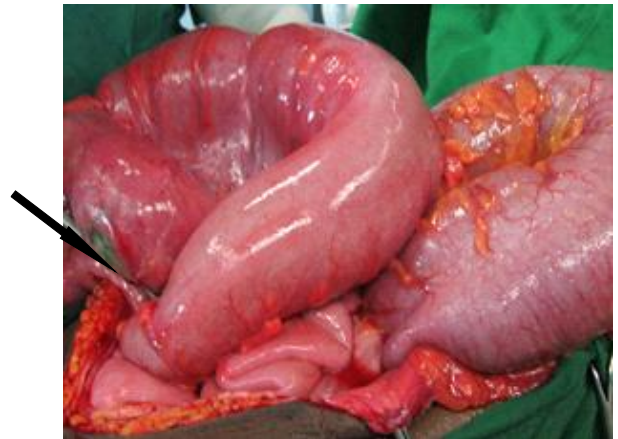


Figure 2: Volvulus du sigmoïde en per-péritoire

DISCUSSION

Le volvulus du sigmoïde réalise une occlusion par strangulation. Elle représente la deuxième cause des occlusions intestinales (25%) après les brides (55 – 60%) chez la femme enceinte [4]. Ses facteurs favorisants sont nombreux parmi lesquels l'âge avancé, une alimentation riche en fibre, la constipation, le syndrome de masse pelvien, la grossesse [5]. L'occlusion intestinale complique rarement l'évolution d'une grossesse. La fréquence de ce syndrome pendant la grossesse varie en fonction du terme : 6% au premier trimestre, 27% au second, 44% au troisième et 21% pendant le post-partum [4]. Dans notre cas, le volvulus est survenu au deuxième trimestre de la grossesse alors que plusieurs autres auteurs ont rapporté des cas au troisième trimestre de la grossesse [6-8].

La survenue du volvulus durant les derniers mois de la grossesse serait due à la traction exercée par l'utérus sur un sigmoïde mobile comprimé partiellement [6].

Le diagnostic de volvulus du sigmoïde est cliniquement difficile pendant la grossesse puisque les signes cardinaux de l'occlusion intestinale peuvent être mis sur le compte de la grossesse. En effet, cette confusion résulte du fait que l'utérus, le col utérin et les annexes ont la même innervation que l'iléon terminal, le colon sigmoïde et le rectum [9].

Etant donné que les nausées et les vomissements regressent vers la fin du premier trimestre, certains auteurs pensent que la persistance de ces symptômes après cette période devrait faire évoquer une occlusion intestinale [4, 10].

La radiographie de l'abdomen sans préparation est un examen très important pour le diagnostic de volvulus lorsque les images sont typiques : niveau hydroaérique en arceau. La dose usuelle de 0,001 Gy par examen, même répétée pour le suivi des patientes ayant une occlusion intestinale suspectée, comporte un risque négligeable pour le fœtus lors du troisième trimestre [11]. L'échographie ne se limite qu'à montrer les images de distension colique ou de faire le diagnostic différentiel avec les autres complications de la grossesse [6].

Le traitement du volvulus est identique chez la femme enceinte qu'en dehors de la grossesse : il s'agit de la chirurgie [6]. La laparotomie se fait par une incision médiane et se terminera soit par une colostomie idéale soit par une anastomose ; la résection ou non dépendra de l'état du sigmoïde.

Toute chirurgie abdominale chez la femme enceinte doit être accompagnée et suivie d'une tocolyse lorsque l'extraction fœtale n'est pas indiquée [4].

Au troisième trimestre de la grossesse, une césarienne première devra être pratiquée pour l'extraction fœtale

[1, 6]. Au premier trimestre, l'idéal est de réaliser la détorsion coloscopique lorsque le diagnostic est précoce et en l'absence des signes de choc ou de péritonite ; bien qu'il y ait un risque d'échec à 50% [4]. Cette dernière attitude permettra de réaliser la sigmoïdectomie au deuxième trimestre de la grossesse. Dans notre cas, le pronostic fœtal a été marqué par l'accouchement prématuré et le décès du nouveau-né à J1 de la naissance. En effet, la morbidité fœtale, en cas de volvulus sur grossesse, est particulièrement élevée à partir du deuxième trimestre ; elle est représentée par l'accouchement prématuré dans l'ordre de 40 à 80% et par l'avortement spontané dans 2 % [4]. Dans une série de 66 cas de volvulus du sigmoïde sur grossesse, Alshawi [7] a rapporté un taux de mortalité fœtale de 26% alors que d'autres ont rapporté des taux plus élevés à 50% [6].

Le taux de mortalité maternelle quant à lui varie entre 6 et 21% ; cela est dû aux complications de l'occlusion intestinale [6, 12].

CONCLUSION

Le volvulus du sigmoïde est une complication rare de la grossesse dont le diagnostic est souvent et la prise en charge sont souvent tardifs. Il se pose un réel problème de stratégie de prise en charge surtout deuxième trimestre reste entier. D'où la nécessité d'une franche collaboration entre le gynéco-obstétricien, le chirurgien, le réanimateur, et le néonatalogue. Cela permettra de réduire la morbi-mortalité fœto-maternelle.

REFERENCES

1. Lavoue V, Bauville E, Poulain P. Urgences abdominales chirurgicales pendant la grossesse. Imagerie de la femme 2009 ; 19 : 105-10
2. Mirza M, Mulla M, Hall R. Large bowel obstruction in pregnancy: a rare entity, an unusual cause. Arch Gynécol Obstet 2009 ; 279 (2) : 177-8
3. Ihsane M, Wafaa H, Said S, Smaïl E, Mohamed M, Sihame S, et al. Volvulus du sigmoïde nécrosé du post-partum. Pan Afr Med J 2012 ; 12 : 63
4. Narjis Y, Mansouri E, Jgounni R, Louzi A, Abassi H, Soumani A, et al. Volvulus du sigmoïde, une complication rare de la grossesse. Gynécol Obstét Fert 2008 ; 36 : 776-8
5. Akcan A, Akyildiz H, Artis T, Sozuer E. Feasibility of single stage resection and primary anastomosis in patients with acute non complicated sigmoid volvulus Am J Surg 2007 ; 193 : 421-6
6. Randriambelomanana J, Herinirina S, Rasataharifetra H, Rakotoarisoa H, Rakotoarijaona H. Occlusion intestinale aiguë par volvulus du sigmoïde au cours de la grossesse: à propos d'un cas. Rev Trop Chir 2011 ; 5 : 11-2

7. Alshawi J. Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2005; 48(9):1811-3.
8. Sascha Dua R, Rothnie N, Gray E. Sigmoid volvulus in the puerperium. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 97: 195-208
9. Jones HW, Jones GS. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: Berek J, Adashi E, Hillard P, editors. *Novak's textbook of gynecology*. 12th ed, Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.
10. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obs Gyn Rep Bio* 2007; 131:4–12
11. Ou K, Lee Y, Shen C, Chen H, Tsai E. Volvulus in pregnancy: a diagnostic dilemma. *Kaohsiung J Med Sci* 2007; 23 (3):147-50
12. Twite N, Jacquet C, Hollemaert S, El Founas I, Dumont G, Nasr A, et al. Intestinal obstruction in pregnancy. *Rev Med Brux* 2006; 27:104–9.