

FAIT CLINIQUE

VOLVULUS DU GRELE SUR DIVERTICULE DE MECKEL: A PROPOS D'UN CAS OBSERVE AU C.N.H.U DE COTONOU.

VOLVULUS OF THE GRELE ON MECKEL'S DIVERTICULUM: ABOUT ONE CASE OBSERVED AT THE NATIONAL TEACHING HOSPITAL OF COTONOU (C.N.H.U)

Y IMOROU-SOUAIBOU¹, MA FIOGBE², MY YOUSSEUF¹, AS GBENOU³, A KOURA²,
AK AGOSSOU-VOYEME²

1 : Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale au CNHU de Cotonou
2 : Clinique Universitaire de Chirurgie pédiatrique au CNHU de Cotonou,
3 : Service de Chirurgie Pédiatrique HOMEL Cotonou

RÉSUMÉ

Le volvulus du grêle est une urgence chirurgicale qui s'observe à tous les âges. L'occlusion intestinale aiguë est une complication fréquente du diverticule de Meckel.

Nous rapportons un cas de volvulus du grêle sur diverticule de Meckel observé et traité au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou, en vue de mettre l'accent sur les difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans un pays en développement.

Il s'agit d'une fillette de 6 ans admise pour syndrome occlusif évoluant depuis 72h, chez qui le diagnostic d'une occlusion mécanique du grêle était posé. La laparotomie a permis de découvrir un volvulus du grêle sur un diverticule de Meckel situé à 40 cm du carrefour iléocaecal. Après dévolvulation, une résection du grêle sur 5 cm était faite, emportant le diverticule, suivie d'une anastomose termino-terminale, d'un lavage et drainage de la cavité abdominale. Au 5e jour post opératoire, l'ablation du drain s'est compliquée de sa rupture accidentelle. Une mini laparotomie a permis l'ablation du drain résiduel.

Comme l'ont relevé plusieurs auteurs, ce cas illustre que le diagnostic préopératoire des complications du diverticule de Meckel est rarement posé.

Mots clés: Diverticule de Meckel, volvulus du grêle, laparotomie.

SUMMARY

The volvulus of small bowel is a surgical emergency observed at all ages. Intestine obstruction is a usually complication of Meckel's diverticulum.

We report a case of volvulus of Meckel's diverticulum, treated in the Teaching Hospital (CNHU) of Cotonou, in order to put the accent on the diagnosis and therapeutic difficulties in a country in development.

It is about 6 years old girl admitted for occlusive syndrome evolving since 72h. The diagnosis of a mechanical obstruction of small bowel was put. The laparotomy permitted to discover a volvulus of the small bowel on Meckel's diverticulum who is situated to 40 cm from the caecal. After resection of the small bowel on 5 cm, carrying away the diverticulum, we make anastomosis, washing and drainage of the abdominal cavity. On the 5th day post operative, the ablation of the drain was complicated by accidental rupture. A mini laparotomy permitted the ablation of the vestigial drain.

As many authors, this case report demonstrated that the diagnosis of Meckel's diverticulum is rarely made without complications.

Key words: Meckel's diverticulum, volvulus of small bowel, laparotomy.

Tirés à part

FIOGBE Michel Armand,

E-mail: michfiofbe@yahoo.fr,

Tel : 00 229 90 90 15 19

INTRODUCTION

Le volvulus du grêle est une urgence chirurgicale qui s'observe à tous les âges. Il est la conséquence des ondulations péristaltiques intestinales qui butent sur une anomalie congénitale ou acquise.

L'occlusion intestinale est la complication habituelle du diverticule de Meckel. Elle peut être due au diverticule même ou à une bride. La bride s'étendant du diverticule à l'ombilic peut déterminer une obstruction extrinsèque de la lumière intestinale ou servir de point de départ à un volvulus [1, 2].

Nous rapportons un cas de volvulus du grêle sur diverticule de Meckel sans bride inflammatoire observée et traité au Centre Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Notre objectif est de montrer les difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans un pays en développement comme le Bénin

OBSERVATION

Une fillette de 06 ans présentait une douleur péri ombilicale évoluant depuis une semaine, associée à des vomissements depuis 72 h, et un arrêt des matières et des gaz depuis 24h avant son admission aux urgences, dans un contexte fébrile. Elle a été traitée initialement pour paludisme devant une Densité Parasitaire égale à 700 hématies parasitées par millilitre. Elle ne présentait aucun antécédent pathologique en l'occurrence un méléna, une rectorragie, une laparotomie. Par ailleurs il n'y a pas de notion de consanguinité.

L'examen permettait de noter un bon état général, une température à 37,2°C, une muqueuse normalement colorée. L'abdomen était météorisé souple indolore, sans masse palpable. Les orifices herniaires étaient libres, le toucher rectal normal. Les bruits hydro aériques étaient absents.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montre des images hydro aériques grêliques (Figure 1).

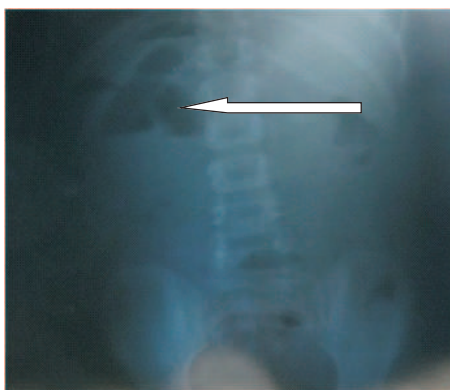


Figure 1 : La radiographie de l'abdomen sans préparation montrant les niveaux hydro-aériques de type grêlique.

L'échographie abdominale objective une dilatation et une souffrance des anses avec une lame de liquide péritonéal.

L'hémogramme retrouve une hyperleucocytose à 12000/ml à prédominance neutrophile.

Le diagnostic d'une occlusion mécanique du grêle est alors posé sans précision étiologique, indication d'une laparotomie exploratrice.

À la coeliotomie, on découvre un volvulus de l'iléon sur un diverticule de Meckel long de 6 cm, large de 2 cm à sa base, dont la pointe est en continuité avec le péritoine pariétal antérieur et fixée à l'ombilic. Le diverticule était situé à 40 cm de la jonction iléocaecale, et ne présentait pas de bride, ni de signe de diverticulite (Figure 2).

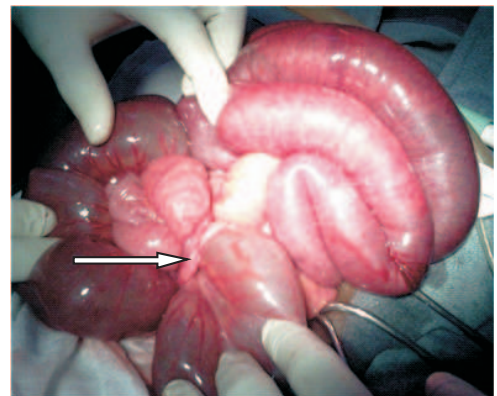


Figure 2 : vue per opératoire du volvulus du grêle

Après une dévolvulation, une résection du grêle sur 5 cm a été faite, emportant le diverticule, suivie d'une anastomose termino-terminale (figures 3 et 4).

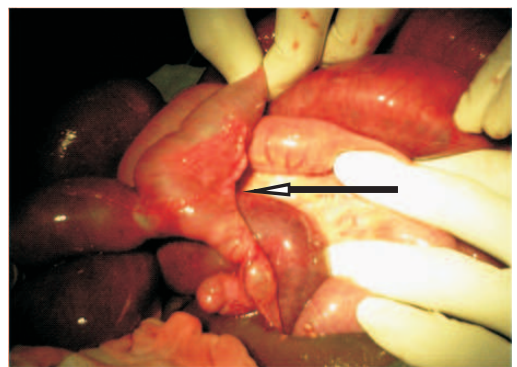


Figure 3 : Vue per opératoire du diverticule après dévolvulation

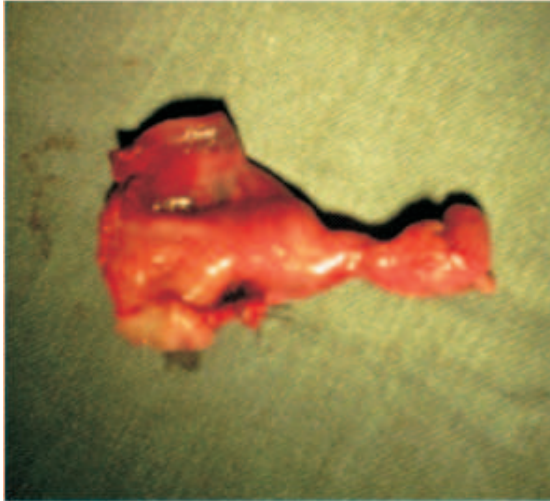


Figure 4 : Pièce opératoire

Au 5e jour post opératoire, l'ablation du drain s'était compliquée d'une rupture accidentelle. Le diagnostic a été fait sur la base de la taille suffisamment courte du drain extrait et de la rupture qui s'est produite au niveau d'un des œillets que nous avions mis en place. Une mini laparotomie a été réalisée pour l'ablation du reste du drain (figure 5).

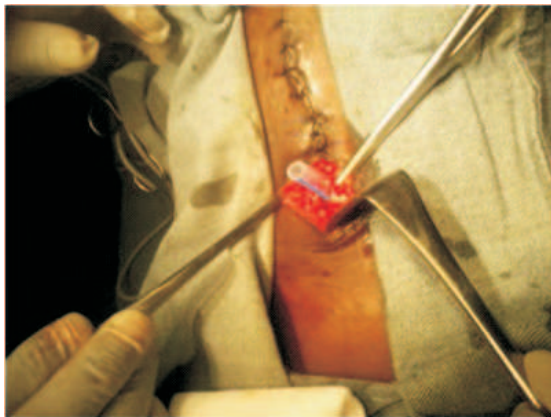


Figure 5 : Extraction du drain lors de la reprise

L'examen histologique de la pièce opératoire retrouvait une muqueuse intestinale du grêle invaginée montrant des villosités normales. Les différentes couches de la paroi sur lesquelles repose la muqueuse étaient normales.

DISCUSSION

-Aspect épidémiologique

L'occlusion intestinale aigue représente 23 à 50% de l'ensemble des complications du diverticule de Meckel 3, 4, 5. Elle peut être due à une invagination intestinale aigue, ou à une bride congénitale ou acquise responsable de la strangulation 3, 6, 7, 8. Le cas clinique présenté ne montrait aucune bride.

Eyméri 9 avait bien noté dans ses travaux une fréquence anormalement élevée de diverticule de Meckel dans certains isolats de populations endogamiques. Cette prédisposition familiale a été également évoquée par d'autres auteurs 10. La notion de consanguinité n'existait pas avec la fillette présentée.

-Aspect diagnostique

La principale caractéristique du diverticule de Meckel est sa latence clinique. Comme l'ont relevé plusieurs auteurs, ce cas illustre que le diagnostic préopératoire des complications du diverticule de Meckel est rarement posé malgré la diversité des explorations non chirurgicales 6,7, 11.

-Aspects thérapeutiques

L'ablation du diverticule de Meckel doit être suffisamment large pour emporter d'éventuelles hétérotopies tissulaires. La résection cunéiforme (éventuellement à la pince automatique) et la ligature simple des diverticules à collet étroit sont moins pratiquées au profit de la résection intestinale segmentaire plus satisfaisante et aujourd'hui largement pratiquée 12, 13. La résection segmentaire du grêle a ainsi été la technique utilisée dans notre cas. D'une façon générale, c'est dans le cadre de la chirurgie conventionnelle qu'une telle résection segmentaire est la plus pratiquée 12; mais de plus en plus, elle se fait par coeliochirurgie 14 surtout en milieu européen et anglo-saxon du fait des avantages réels de cette technique. L'existence de ce matériel aurait dispensé d'une laparotomie avec drainage qui, chez cet enfant, s'est compliqué de rupture du drain. Accident dû à la vétusté liée aux multiples stérilisations du drain siliconé.

-Examen anatomopathologique de la pièce opératoire

Sur le plan macroscopique : le diverticule de cet enfant était unique, situé sur le bord anti-mésentérique, à 40 cm de la jonction iléocœcale. Des diverticules doubles ont été rapportés, quoique exceptionnels 15, de même que des formes rares siégeant véritablement sur le bord mésentérique de l'iléon et qui n'étaient, en aucune façon, des duplications intestinales mêmes si aujourd'hui ils sont de plus en plus classés parmi elles 16. Ceci souligne l'intérêt d'une exploration complète car, les diverticules peuvent se retrouver sur tout le trajet de l'intestin allant du duodénum au caecum ; mais le plus grand nombre se trouve toujours sur le dernier mètre de l'iléon. La pointe du diverticule était en continuité avec le péritoine pariétal en regard de l'ombilic, alors que les auteurs [1, 2] notaient souvent à ce niveau une bride intermédiaire autour de laquelle se produisait le volvulus.

Sur le plan microscopique, classiquement, l'examen du diverticule de Meckel a un double but : celui de prouver l'origine omphalo-mésentérique de la pièce d'exérèse, et celui de rechercher au niveau de sa muqueuse,

l'existence ou non d'une hétérotopie tissulaire pouvant être gastrique plus souvent mais aussi duodénale et pancréatique 17. Cliniquement, ces ectopies muqueuses sont responsables de manifestations pathologiques graves, en particulier l'hémorragie digestive si elles sont de nature gastrique l'occlusion et l'invagination si elles sont de nature pancréatique 6,18. Il n'existait pas d'hétérotopie tissulaire sur la pièce opératoire, ce qui explique la latence clinique observée jusque là chez cet enfant. Par ailleurs il n'y avait pas de diverticulite pouvant expliquer la fixation de la pointe du diverticule au péritoine pariétal.

CONCLUSION

La principale caractéristique du diverticule de Meckel est sa latence clinique. Le diagnostic préopératoire du diverticule de Meckel compliqué est rarement évoqué en préopératoire. Le diagnostic est celui d'un abdomen aigu, une occlusion intestinale aiguë dans notre cas. Il faut y penser devant une occlusion intestinale aiguë surtout chez l'enfant qui n'a aucun antécédent pathologique connu.

REFERENCES

- 1-Emil SGS, Laberge JM. Meckel's diverticulum. In Mattei P, Editor. Surgical directives: pediatric surgery. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2003; 327-330.
- 2-O'Neill JA, Grosfeld JL, Fonkalsrud, Coran AG, Caldamone AA. Principles of pediatric surgery: Meckel's diverticulum. 2nd Edition. Philadelphia: Mosby; 2003, 499-502.
- 3-Mundelson KG, Bailey BM, Balint TD, et al. Meckel's diverticulum: review and surgical management. Current Surgery 2001; 58: 455-7.
- 4-Shalaby RY, Soliman SM, Fawy M, Samaha A. Laparoscopic management of Meckel's diverticulum in children. J Pediatr Surg. 2005; 40: 562-7.
- 5-Bemelman WA, Hugenholz E, Heji Hugo A, et al. Meckel's diverticulum: experience in 136 patients. World J Surg 1995; 19: 734-37.
- 6-Happe MR, Woodworth PA. Meckel's diverticulum in an adult gastro intestinal bleed. Am J Surg 2003; 186: 132-3.
- 7-Prall RT, Bannon MP, Bharucha AE. Meckel's diverticulum causing intestinal obstruction. Am J Gastroenterol. 2001 ; 96: 3426-7.
- 8-Rossi P, Courtsouianis N, Bezzi M. Meckel's diverticulum: imaging diagnosis. AJR 1996; 166: 567-73.
- 9-Monod Broca Ph. Le diverticule de Meckel et la pathologie omphalomésentérique. Encyc Med Chir(Paris), Estomac-Intestin, Fasc. 9075 M – 10, (9 – 1977).
- 10-Arnold JF, Pellicane JV. Meckel's diverticulum : a ten-year experience. Am Surg. 1997; 63 (4) : 354 –5.
- 11-Bernard B, Tordjman G, Chigot J P, Poynard T. Hémorragie digestive basse récidivante de l'adulte jeune: une indication opératoire. Gastroentérol. Clin Biol 1997; 21: 217-8.
- 12-Digiacomio JC, Cottone FJ. Surgical treatment of Meckel's diverticulum. South Med J. 1993; 86 (6) : 671-675.
- 13-Cullen JJ, Kelly KA, Moir CR, Hodge DO, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Surgical treatment of Meckel's diverticulum. Ann Surg. 1994; 220 (4): 564-8.
- 14-Yau KK, Siu WT, Law BK, Yip KF, Tang WL, Li MK. Laparoscopy-assisted surgical management of obscure gastrointestinal bleeding secondary to Meckel's diverticulum in a pediatric patient: case report and review of literature. Surg Laparosc Endosc Percutan Techn. 2005; 15(6):374-377.
- 15-Panuel M, Campan N, Delarue A, Petit P, Sarles J, Devred P. Ultrasonographic diagnosis and laparoscopic surgical treatment of Meckel diverticulum. Eur J Pediatr Surg. 1994; 4 (6): 344-5.
- 16-Silvestre A, Adamsbaum C, Helardot PG, Kalifa G. Giant Meckel's diverticulum. J Radiol. 1996; 77 (4): 293-5.
- 17-Albu E, Solomon L, Shah AK, Murthy RM, Gerst PH. Double Meckel's diverticulum. South Med J. 1992; 85 (11) : 1142-4.
- 18-Cleary MA, Coss Alan et al. Dieulafoy's lesion in a Meckel's diverticulum. Gastro Int Endoscopy, 2004; 59: 747-9.