

FAIT CLINIQUE

ECHOGRAPHIE DOPPLER ET VOLVULUS CHRONIQUE DU GRÊLE SUR MÉSENTÈRE COMMUN : À PROPOS D'UN CAS.

DOPPLER ULTRASONOGRAPHY AND INTESTINAL MALROTATION WITH CHRONIC MIDGUT VOLVULUS : A CASE REPORT.

KM SAVI DE TOVÉ⁽¹⁾, SA ALLODÉ⁽²⁾, MA HODONOU⁽²⁾, DE MENSAH⁽²⁾, OH FATIGBA⁽³⁾, V BOCO⁽⁴⁾, N PADONOU⁽⁵⁾.

(1): Unité d'Enseignement et de Recherche de Radiodiagnostic et d'Imagerie Médicale, Faculté de Médecine de Parakou, Bénin.

(2): Unité d'Enseignement et de Recherche de Chirurgie Générale, Faculté de Médecine de Parakou, Bénin.

(3): Unité d'Enseignement et de Recherche de Neurochirurgie, Faculté de Médecine de Parakou, Bénin.

(4): Faculté des Sciences de la Santé, Abomey Calavi, Bénin.

RÉSUMÉ

Le volvulus chronique sur mésentère commun est une entité rare. Son diagnostic souvent tardif se fait classiquement par le transit du grêle. L'échographie technique accessible et d'une grande disponibilité en Afrique noire permet un diagnostic rapide et aisé. Les auteurs à partir du cas d'une fillette de 08ans soulignent l'intérêt de cette technique, dans le diagnostic de cette affection.

Mots clefs: Volvulus ; mésentère commun ; échographie doppler.

SUMMARY

Intestinal malrotation with chronic midgut volvulus is a rare entity. Its late diagnosis is conventionally made upper gastro intestinal series. Ultrasonography is an accessible technique, with high availability in sub-Saharan Africa; it provides a quick and easy diagnosis. The authors rely on the case of a 8 years old girl to highlight the usefulness of this technique in the diagnosis of this condition.

Key Words: Volvulus ; Mesenterium commune ; Doppler ultrasonography.

Tirés à part

Dr SAVI de TOVE Kofi-Mensa Radiologue, Assistant chef de Clinique.
BP : 02 CHD-Borgou ; Tél : +229 97 08 2088;
Courriel : savitoveto@yahoo.fr Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin.

INTRODUCTION

L'intestin lors de son développement subit des phénomènes complexes de réintégration, de rotation et d'accolement intéressant la portion vascularisée de l'artère mésentérique supérieure (AMS). Trois rotations de 90° dans le sens anti horaire ont lieu autour de l'axe de l'AMS. Les anomalies de rotation intestinales sont fréquentes et de gravité variable. On distingue : le mésentère commun de type non rotation (rare) ; le mésentère commun complet (arrêt de rotation à 90°) qui est asymptomatique, non pathologique et le mésentère commun incomplet (arrêt de rotation à 180°) avec un risque majeur de volvulus. Le volvulus sur mésentère commun est parfois de diagnostic difficile en dehors du contexte d'occlusion intestinale aigue néonatale(1). Sa présentation sous forme de volvulus chronique du grêle est une entité rare. Le diagnostic repose sur l'opacification digestive haute(2). L'échographie en montrant une veine mésentérique située à droite de l'artère permet le diagnostic de mésentère commun. La présence d'un signe du tourbillon permet classiquement d'évoquer la torsion(2,3). Nous rapportons un cas de volvulus chronique sur mésentère commun de diagnostic échographique.

OBSERVATION

Il s'agit d'une fillette de 08 ans adressée au service de radiologie du Centre Hospitalier Départemental du Borgou pour un lavement baryté prescrit dans le bilan étiologique de douleurs abdominales diffuses à prédominance péri ombilicale évoluant depuis la période néonatale. Ces douleurs épisodiques survenaient au moins une fois toutes les quinze jours. Leur durée était variable, d'une quinzaine de minutes à plusieurs jours nécessitant parfois l'hospitalisation. Ces douleurs étaient d'intensité variable, parfois accompagnées de vomissements alimentaires ou bilieux. Il s'y associe une asthénie intense, une constipation, et une anorexie. L'examen clinique était normal en dehors d'une hypotrophie.

Le lavement baryté révéla un caecum ascensionné en position sous hépatique. (fig1) Une échographie doppler permit de poser le diagnostic de volvulus sur mésentère commun devant la présence d'une masse mésentérique avec signe du tourbillon (fig2). Il existait par ailleurs de multiples adénopathies mésentériques. Le bilan biologique était normal hormis une anémie à 9,5g d'Hb /l. Un transit du grêle réalisé en pré opératoire à la demande du chirurgien nota les signes classiques de la malformation (fig3).



Figure 1 : Lavement baryté en incidence de face. Coecum fixé en position haute sous hépatique.

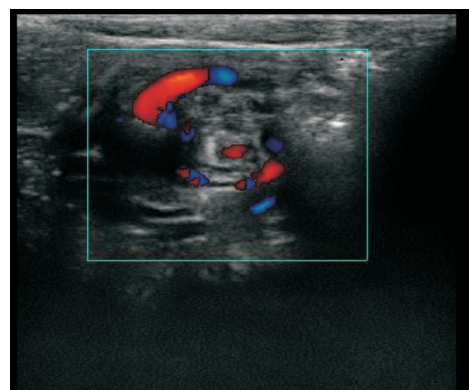


Figure 2: Coupe transversale échographique doppler. Signe du tourbillon « Whirpool sign ». Masse pré vertébral avec au centre une AMS (en rouge) située à droite de la veine (en bleu). Les tours de spires vasculaires au doppler correspondent à la veine mésentérique s'enroulant autour de l'artère au sein des anses digestives volvulées.



Figure 3 : Transit du grêle. La majorité des anses grêle est située à droite de la ligne médiane.

Le duodénum dilaté est situé à droite du rachis avec des plissements muqueux épaissis. L'angle duodenojejunal est en position anormale se projetant paravertébral droit en regard de L1. Tours de spire de torsion lâches (flèche) jéjunaux proximaux avec une dilatation des anses en amont.

La prise en charge chirurgicale consista après cure de bride de Ladden une mise des anses intestinales en position de mésentère complet à 90°, caecum en fosse iliaque gauche et en une appendicectomie complémentaire. L'évolution a été favorable marquée par la disparition des crises douloureuses abdominales et une amélioration de l'état général avec normalisation de la courbe de croissance après un recul de deux ans.

COMMENTAIRE

Le volvulus sur mésentère commun se manifeste le plus souvent pendant la période néonatale par une occlusion intestinale aigue par volvulus du grêle. Dans de rares cas comme le nôtre, il s'agit d'un volvulus chronique dont le diagnostic est le plus souvent tardif. Sa symptomatologie chronique est caractérisée par des douleurs abdominales itératives avec ou sans vomissements traduisant des sub occlusions par volvulus spontanément résolutifs. Dans certains cas il existe un amaigrissement ou un retard staturo pondéral. (1,4,5). En Afrique noire il s'agit d'une pathologie peu rapportée dans la littérature(6,7).

Le diagnostic repose sur le transit du grêle qui révèle les anomalies radiographiques caractéristiques de cette malformation. Cependant la situation anormale de la jonction duodéno-jéjunale n'est pas pathognomonique de la malformation et cette technique peut donc être source de faux positifs(2,8).

Dans notre cas le premier bilan d'imagerie a été un lavement baryté qui est de peu d'intérêt dans le diagnostic et est le plus souvent de réalisation difficile

et douloureuse. Il permet de noter une position sous hépatique du caecum qui n'a qu'une valeur d'orientation(2,9).

L'échographie couplée au doppler devrait être actuellement l'examen de première intention en cas de suspicion de volvulus du grêle sur mésentère commun. Classiquement elle révèle une position anormale de l'artère mésentérique qui est située à droite de la veine. Ce signe a une sensibilité de 67 à 100% selon les séries. Une position de l'artère en avant de la veine à une sensibilité moindre. (2,8). La présence d'un signe du tourbillon traduit la torsion du grêle avec l'artère mésentérique s'enroulant autour de la veine. (3,8,9). La présence d'adénopathies mésentériques traduit la stase lymphatique chronique(9). Cet examen comparativement au transit du grêle à l'avantage d'être non irradiant et de réalisation simple. Il a une valeur prédictive négative de 96% mais est associée à un nombre élevé de faux positifs. L'échographie couplée au doppler permet donc d'exclure une malrotation intestinale(2,5,9). Cependant le diagnostic échographique doit être confirmé par un transit du grêle avant une intervention chirurgicale en dehors d'un contexte d'occlusion aigue.

CONCLUSION

Le volvulus chronique du grêle sur mésentère commun est une entité rare et de présentation clinique trompeuse. Une échographie à la recherche d'une malposition de l'AMS et d'un signe du tourbillon doit être réalisée chez tout enfant présentant des douleurs abdominales récurrentes.

RÉFÉRENCES

1. Penco JMM, Murillo JC, Hernández A, De La Calle Pato U, Masjoan DF, Aceituno FR. Anomalies of intestinal rotation and fixation: consequences of late diagnosis beyond two years of age. *Pediatr Surg Int*. 2007 Aug;23(8):723–30.
2. Applegate KE. Evidence-based diagnosis of malrotation and volvulus. *Pediatr Radiol*. 2009 Apr;39Suppl 2:S161–3.
3. Rokade ML, Yamgar S, Tawri D. Ultrasound " Whirlpool Sign " for Midgut Volvulus. *Journal of Medical Ultrasound*. 2011;19(1):24–6.
4. Nehra D, Goldstein AM. Intestinal malrotation: Varied clinical presentation from infancy through adulthood. *Surgery*. 2009;149(3):386–93.
5. Wanjari AK, Deshmukh AJ, Tayde PS, Lonkar Y. Midgut malrotation with chronic abdominal pain. *North Am J Med Sci*. 2012 Apr;4(4):196–8.
6. Mouafo Tambo F, Andze G. Le volvulus chronique du grêle sur malrotation chez l'enfant en milieu Africain. A propos d'un cas. *Journal Africain de Chirurgie Digestive*. 2004;04(1):329–322.
7. Moifo B, Asonganyi BD, Tambo FM, Gonsu JF. Apport de l'échographie doppler dans le diagnostic du volvulus chronique du grêle sur malrotation intestinale. A propos d'un cas. *Médecine d'Afrique Noire*. 2008;55(1).
8. Orzech N, Navarro OM, Langer JC. Is ultrasonography a good screening test for intestinal malrotation? *J Ped Surg*. 2006 May;41(5):1005–9.
9. 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.