

Research Article

UNE ETIOLOGIE RARE D'OCCLUSION COLIQUE MECANIQUE: VOLVULUS DE ANGLE SPLENIQUE CRAVATANT LA RATE

^{1,*} Assouhoun Krahiboué Toussaint Hubert, ²Koffi Gngangoran Marcellin, ³Dah Gninkpa Fredi

¹Maître Assistant en Chirurgie Générale. 21 BP 4556 Abidjan, Côte d'Ivoire.

²Maître de Conférence Agrégé en Chirurgie Viscérale, Côte d'Ivoire.

³Internes des Hôpitaux d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire.

Received 04th October 2024; Accepted 05th November 2024; Published online 30th December 2024

RESUME

Le volvulus colique est la torsion du côlon autour de son méso qui se produit généralement au niveau du sigmoïde et du cœcum respectivement dans 60 à 75% et 25 à 40% des cas. Par contre celui de l'angle splénique, est rare, retrouvé dans 1% des cas. Nous rapportons un cas rare de volvulus de l'angle splénique colique englobant la rate. Il s'agissait d'un patient de 54 ans, constipé chronique ayant subi une laparotomie pour une occlusion intestinale aiguë il y a 11 ans. L'examen avait retrouvé un syndrome occlusif. L'exploration a retrouvé un volvulus de l'angle colique gauche englobant la rate dans sa torsion avec nécrose de l'angle splénique sans perforation. Nous avons réalisé une colectomie idéale segmentaire haute anse splénique associée à une splénectomie. Le volvulus de l'angle splénique est une cause rare d'occlusion du colon, et le caractère autour de la rate le rend exceptionnel. D'où l'intérêt de notre étude pour améliorer leur prise en charge.

Mots clé: Angle colique gauche, Occlusion, Volvulus, Rate.

INTRODUCTION

Le volvulus colique est la torsion du côlon autour de son méso, se produit généralement au niveau du sigmoïde et du cœcum respectivement dans 60 à 75% et 25 à 40% des cas [1,2]. Par contre celui de l'angle splénique, est rare, retrouvé dans 1% des cas de volvulus du colon [1,3]. En effet l'angle colique est généralement fixé au diaphragme et à la paroi abdominale par le ligament phrénico-colique, gastrocolique et le fascia de Toldt gauche. Une chirurgie abdominale antérieure, et des anomalies de fixation jouent un rôle important dans la pathogenèse [3]. La littérature révèle peu de cas, avec moins de 100 cas rapportés [4]; cependant aucune implication de la rate dans le volvulus n'a été signalée, du fait de sa fixation au niveau de sa loge par le mésogastre postérieur, et le sustentaculum lien. L'allongement du pédicule est une condition nécessaire mais non suffisante dans la genèse de ce phénomène; mais d'autres facteurs anatomiques y participent également. Nous rapportons un cas rare de volvulus de l'angle splénique colique englobant la rate, de découverte fortuite au cours d'une prise en charge d'une occlusion colique au CHU d'Angré, qui nous posé des difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Observation

Il s'agissait d'un patient âgé de 54 ans, avec des antécédents de constipation chronique et de laparotomie médiane pour une occlusion intestinale aiguë survenue il y a 11 ans. Il a présenté une douleur abdominale, brutale, intense, vive, évoluant progressivement depuis 72 heures; associée à un arrêt complet des matières et des gaz précoces. Nous n'avons pas noté de vomissement, ni d'hémorragie digestive, ni d'amaigrissement. Par ailleurs la symptomatologie évoluait dans un contexte de fièvre non chiffrée. L'examen physique

avait objectivé des constantes hémodynamiques stables (TA= 103/66 mmHg, Pouls = 94 bp /mn, Fr =20 cycles/mn, SaO₂=93%) et T= 38°3 C. L'abdomen était distendu avec un météorisme diffus important, immobile, sur une cicatrice de laparotomie médiane et une sensibilité modérée prédominante au niveau du flanc gauche, une résistance élastique, un tympanisme diffus, vacuité de l'ampoule rectale; sans signe d'irritation péritonéal. Le reste de l'examen était normal. La radiographie de l'abdomen sans préparation (un cliché de face debout prenant l'abdomen en entier), couplé à une radiographie pulmonaire réalisée a montré des clartés gazeuses digestives en images hydro-aériques peu nombreuses avec une absence d'air dans le rectum (figure 1 et 2).

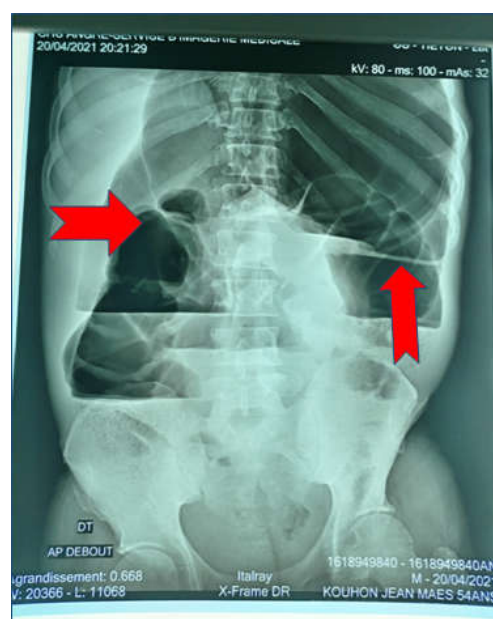


Figure 1: superposition de niveaux hydro-aériques de type colique peu nombreux

*Corresponding Author: Assouhoun Krahiboué Toussaint Hubert, Maître Assistant en Chirurgie Générale. 21 BP 4556 Abidjan, Côte d'Ivoire.

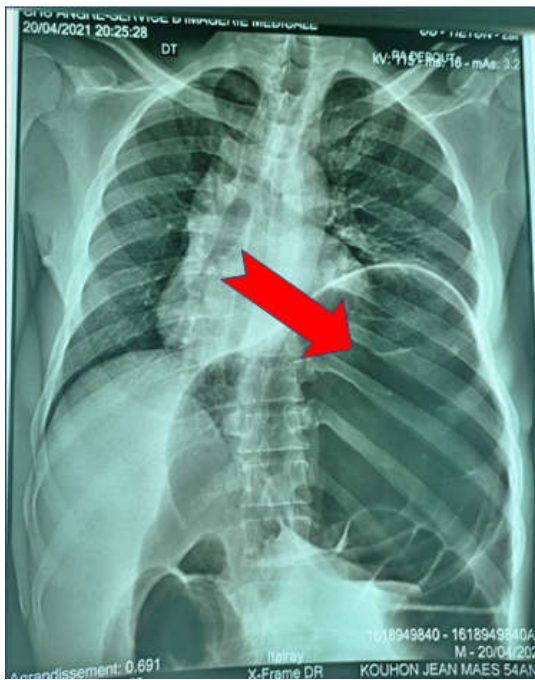


Figure 2: Volumineuse clarté digestive sous diaphragme gauche traduisant la distension importante de l'angle colique gauche.

Images radiographiques: Abdomen sans préparation de face debout (figure 1) et radiographie pulmonaire de face (figure 2)

Une tomodensitométrie (TDM) abdominale n'a pas été réalisée, par défaut de moyen financier. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 51 880 éléments/mm³, une anémie à 5,2 g/dl, un hémocrite à 17,2%, une thrombopénie à 85 000 éléments /mm³, et une PCT = 62, 03 ng/ml, l'urée = 0,33 g/l, la créatinémie = 11 mg/l, la natremie = 139 mmol/l K⁺ = 3,8 mmol/l et Cl⁻ = 103 mmol/l).

Les mesures de réanimation préopératoire étaient constituées de:

- La prise de deux voies veineuses de bon calibre (intranules G18 et G20)
- L'apport hydro-électrolytique
- La pose d'une sonde urinaire et une sonde nasogastrique
- L'administration d'une biantibiothérapies (ceftriaxone 2g et Metronidazole 500mg)
- La surveillance

Nous avons posé l'indication d'une laparotomie exploratrice devant le diagnostic évident d'occlusion intestinale par strangulation avec probable nécrose d'anse.

La laparotomie médiane réalisée après une consultation pré anesthésique en urgence, a permis d'objectiver:

- Une torsion de l'angle colique gauche autour de la rate.
- L'anse volvulée intéressait le 1/3 distal du colon transverse jusqu'à la partie proximale du colon descendant.
- Le ligament phrénicocolique gauche était absent
- Le colon descendant proximal était intrapéritonéal, avec une absence de fascia de TOLDT.
- Le volvulus réalisait deux tours de spire dans le sens antihoraire autour du mésentère engendrant une nécrose de l'angle splénique sans perforation (Figure 3).
- La rate ectopique au milieu du volvulus, dans le flanc droit, était saine, légèrement augmentée de taille. La cavité abdominale était propre, et la rate viable (Figure 4).

- Un défaut d'accolement du mésogastre postérieur avec un allongement du pédicule splénique. L'absence de l'épiploon gastrosplénique et spléno-colique confère à la rate une certaine liberté dans la cavité abdominale (rate baladeuse).



Figure 3: Torsion du colon sigmoïdien par deux tours de spires, dans le sens antihoraire autour de la rate responsable de distension importante du colon. Rate viable sans signe d'ischémie



Figure 4: Image peropératoire du volvulus montrant la dilacération du colon distendu, avec des zones de nécrose. On note l'absence de perforation et de signes infectieux locaux.

Image photographique au bloc opératoire du CHU d'Angré

Nous avons réalisé une colectomie segmentaire haute anse splénique avec la confection d'une anastomose colo-colique termino-terminale selon le technique de Reybard associée à une splénectomie. Les soins postopératoires étaient essentiellement faites d'une bi

antibiothérapie (Ceftriaxone 2g/j en IV et métronidazole 500mg/j en perfusion), une antalgique (paracétamol 1gx3/j en perfusion). Le bilan de contrôle à J1 post opératoire a montré une régression de l'hyperleucocytose à 32800 éléments/mm³, une anémie non décompensée à 7,7 g/dl, une thrombopénie à 73 000 éléments/mm³ et une hyperkaliémie à 5,26 mmol/l. Il a reçu une transfusion iso-groupe iso-rhésus de 450 ml de culot globulaire (indisponibilité produit sanguin), 6 UI de concentré plaquettaire, 20 ml de gluconate de calcium et 10 UI d'insuline dans 100 ml de SG 10%. Le patient a repris de transit normal à J3 post opératoire, ainsi que l'alimentation progressivement et la sortie du patient a été autorisée à J6 pour poursuivre ses soins locaux en externe.

DISCUSSION

L'obstruction du colon en raison du volvulus de l'angle splénique est rare. Le 1er cas a été décrit en 1954 par Buenger, avec moins de 100 cas rapportés dans la littérature [4]. Dans la littérature, le volvulus de l'angle splénique se produit entre 19 – 78 ans, avec un âge moyen de 48ans. Notre patient se trouvait dans cette tranche (54 ans). L'étiologie du volvulus colique est multifactorielle. Certains facteurs sont communs à toutes les localisations de volvulus, comme la constipation chronique, une alimentation riche en fibres, l'utilisation fréquente des laxatifs, des lavements évacuateurs, des antécédents de laparotomie et une prédisposition anatomique comme mégacôlon. Cependant certains facteurs sont propres aux volvulus des segments fixés comme l'angle splénique. Les tissus de soutien, tels le ligament gastrocolique omental, le ligament phrénico-colique et le fascia de TOLDT peuvent être congénitalement absent ou avoir été chirurgicalement supprimé. Ceux sont des facteurs de risque spécifique à la torsion de l'angle splénique [5,6]. Pour que le volvulus se produise, tous ces facteurs anatomiques doivent être déficients de manière congénitale ou acquise [7]. Notre patient avait un antécédent de laparotomie pour une occlusion intestinale aiguë depuis 11 ans, associé à son antécédent de constipation chronique qui pourrait expliquer un défaut d'accolement, des adhérences post-opératoires à l'origine de cette torsion. L'implication de la rate dans le volvulus est un événement exceptionnel. La rate est habituellement fixée au niveau de sa loge par le mésogastre postérieur et le sustentaculumlienis qui freinent sa mobilité. Le tableau clinique était typiquement dominé par le syndrome occlusif, sa découverte étant fortuite au cours de l'intervention chirurgicale. Elle serait la résultante d'une rate baladeuse [15]. Plusieurs mécanismes anatomiques acquis ou congénitaux, ont été décrits dans la littérature comme étant à l'origine du phénomène de la rate ectopique [8]. Il s'agit d'un défaut de fusion du mésogastre dorsal ou une laxité ligamentaire, à l'origine d'une ectopie ou d'une hyper mobilité de la rate dite baladeuse [9, 15]. La rate retrouvée en position ectopique, par cette anomalie de fixation anatomique associée au défaut de fixation de l'angle colique plus ou moins ascensionné serait à l'origine de notre tableau clinique (implication accidentelle de la rate lors de la rotation colique autour de son méso). Cela engendre un risque d'ischémie puis de nécrose splénique. Dans notre observation, le nœud crée par le volvulus était lâche, ce qui a favorisé que la rate soit restée viable, non nécrosée. A l'instar de la littérature, cette implication serait la résultante d'une anomalie anatomique constitutionnelle essentiellement malformatifs [10, 11]. En effet, chez notre patient, l'absence d'omentum gastro-splénique et pancréatico-splénique, ainsi que des ligaments phrénico-colique et spléno-colique gauches militent en faveur de l'origine congénitale de cette rate baladeuse. Omata J et coll. au Japon ont rapporté un volvulus gastrique associé à une rate baladeuse chez une patiente âgée de 43 ans [12]. Toute rate baladeuse doit être traitée même si elle est découverte de façon fortuite. Le traitement conservateur, (la splénoexie) doit toujours être privilégié. La splénectomie n'est indiquée qu'en cas d'infarctus splénique [13].

Dans notre observation, la rate saine est maintenue en place, par une splénoexie dans sa loge. En revanche, la résection urgente de l'angle colique gauche a été indiquée, carinfarci, nécrosée sans perforation associé à une anastomose termino-terminale dans le même temps selon la technique de Reybard [14], avec des suites opératoires simples.

CONCLUSION

Le volvulus de l'angle splénique est une cause rare d'occlusion du colon, et le caractère autour de la rate le rend exceptionnel. La rareté de cette condition ainsi que la rareté de la documentation dans la littérature actuelle exigent qu'elle soit portée à l'attention des chirurgiens. Les facteurs prédisposant tels que le colon non fixé et une constipation chronique sont entre autres les facteurs de risque. La tomodynamométrie est utilisée pour le diagnostic, mais ne doit en aucun cas retarder l'urgence chirurgicale, pour éviter les complications éventuelles.

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

RÉFÉRENCES

1. Umbu L, Muttana S, Best K, Kamagate N, De Vito P. Splenic flexure volvulus : a rare case report. J Surg Case Rep. 2022 Jul 31; 2022(7) :rjac354. doi En ligne 21/07/2023 à 18h03
2. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. J Visc Surg. 2016;153(3):183–92. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2016.03.006>.
3. Ballantyre GH, volvulus of the splenic flexure : report of a case and review of the literature. Dis colon rectum. 1981 Nov-Dec ; 24(8) :630-2. doi En ligne 21-07-2023 à 12h30
4. AmirsinaSharifi, Seyed MohsenAhmadiTafti, MohammadrezaKeramati, AlirezaKazemeini, Behnam Behboudi. Splenic flexure volvulus, a rare etiology of colonic obstruction: Case report, International Journal of Surgery Case Reports 86 (2021) 106128 <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106128>
5. McGarity WC, Bobo WE, Haynes CD. Volvulus of the splenic flexure of the colon: report of two cases and literature review. Am Surg 1966;32:425-30.
6. Wolf BS, Gugliemo J. Case of volvulus of the splenic flexure. J Mt SinaiHosp 1956;23:741-5
7. Gerbaud F, Jouvin I, Oberlin O, Valverde A. Volvulus of the leftcolicangle. Doi : 10.1016/j.jchirv.2019.03.065
8. Daldoul S, Baccari A, GadriaS, Ben Tahar A, Ben Moussa M. Torsion de rate : une cause rare du syndrome abdominal aigu, Ann. Fr. Med. Urgence (2015) 5:63-64 DOI 10.1007/s13341-014-0492-5
9. Steinberg R, Karmazyn B, Dlugy E, et al (2002) Clinicalpresentation of wandering spleen. J PediatrSurg37:E30
10. Hamidou D, Léra GA, Seynabou F, Nfally B, Ibrahima K, Mohamadou LG et al. Torsion chronique d'une rate baladeuse chez un adolescent : à propos d'un cas. PanAfricanMedical Journal2016 ; 24 :15.
11. Khalid E, Fatimazahra B, Rachid L, Abdelaziz F, Mohammed L, Nadia B et al. Abdomen aigu sur torsion de rate ectopique : à propos d'un cas. Pan AfricanMedical Journal 2012 ; 11: 62.
12. Omata J, Utsunomiya K, Kajiwara Y, Takahata R, Miyasaka N, Sugasawa H et al. Acute gastric volvulus associated with wandering spleen in an adult treated laparoscopically after endoscopic reduction: A case report. Surgical Case Reports 2016; 2: 47

13. Germain M. Muanda, Israël M. Mwepu, Valentin T. Kazadi, MputuYamba JB, Une torsion de rate baladeuse révélée par un syndrome subocclusif intestinal, Ann. Afr. Med., vol. 11, n° 4, Sept. 2018
14. Brian WCA Tian, Gabriel V, Fausto C. Lignes directrices consensuelles du WSES sur la prise en charge du volvulus du sigmoïde, Journal mondial de chirurgie d'urgence volume 18, Numéro d'article : 34 (2023)
15. Yapo P, Koffi GM, Doumbia M, Lebeau R, Assohoun KTH, Miesseu JBK. Volvulus d'une rate voyageuse chez l'adulte : à propos d'un cas au CHU de yopougon (Abidjan, Cote d'Ivoire) J. Afr. Hépato. Gastroenterol. (2011) 5 : 180-182
