

CAS CLINIQUE

VOLVULUS DU CÔLON PELVIEN DU PERI-PARTUM : A PROPOS DE 2 CAS

PELVIC COLON VOLVULUS OF PERIPARTUM: ABOUT 2 CASES

SECK M, CISSÉ M, KOUMOU R, KA I, TOURÉ A.O, KA O, DIENG M, DIA A, TOURÉ CT.

*Service de Chirurgie Générale – CHU Aristide Le Dantec – Dakar – Sénégal.**Auteur correspondant : Dr Mamadou SECK**Assistant-Chef de Clinique, Hôpital Aristide Le Dantec - Email : seckmed3@yahoo.fr***Résumé**

Le volvulus du côlon pelvien du péri-partum est une situation rare du péri-partum. But : discuter les aspects physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques, à partir de 2 observations. Observations : il s'agissait de deux observations. La première était celle d'une patiente de 30 ans, 3ème geste, 3ème pare, admise aux urgences pour un syndrome occlusif, au décours d'un accouchement eutocique, au terme d'une grossesse à terme. L'exploration chirurgicale a retrouvé un volvulus du côlon sigmoïde sans nécrose et elle a bénéficié d'une intervention de Bouilly-Volkman. La seconde était celle d'une patiente de 41 ans, 10e geste, 9e pare, admise aux urgences pour un syndrome occlusif fébrile, sur une grossesse évolutive. L'exploration a retrouvé un volvulus du côlon sigmoïde avec nécrose et un utérus gravide. Elle a bénéficié d'une césarienne avec extraction d'un nouveau-né viable et d'une intervention de Hartmann. **Conclusion** : le volvulus du péri-partum est une situation clinique extrêmement rare et dont le retard de prise en charge peut engager le pronostic vital maternel et fœtal.

Mots-clés : volvulus ; côlon sigmoïde ; syndrome occlusif ; péripartum.

Summary

*Volvulus of the pelvic colon peripartum is a rare situation in the peri-partum. Aim: to discuss the pathophysiological, diagnostic and therapeutic aspects, from two observations. Observation: there were two observations. The first was a patient of 30 years, 3rd movement, 3rd bullet, admitted to the emergency room for an occlusive syndrome, the waning of a normal delivery, after a pregnancy to term. Surgical exploration revealed a volvulus of the sigmoid colon without necrosis and she has received intervention Bouilly-Volkman. The second was a patient of 41 years, gesture 10th, 9th bullet, admitted to the emergency occlusive syndrome with fever, on a continuing pregnancy. The exploration revealed a volvulus of the sigmoid colon with necrosis and gravid uterus. She has received a cesarean section with extraction of a newborn viable and Hartmann procedure. **Conclusion**: peripartum volvulus is an extremely rare clinical situation and is delayed care may initiate maternal and fetal prognosis.*

Keywords: volvulus; sigmoid colon; syndrome occlusif. Peripartum.

INTRODUCTION

Le volvulus du côlon pelvien est une complication rare du péripartum, rapportée pour la première fois en 1885 par Braun. Depuis, moins de 80 cas auraient été rapportés dans la littérature [1; 2]. C'est la deuxième cause d'occlusions intestinales aiguës du péripartum, avec une répartition globale de 6% au premier trimestre, 27% au second, 44% au troisième et 21% dans le postpartum [3; 4]. Le diagnostic reste difficile dans le péri-partum et le pronostic materno-fœtal est essentiellement conditionné par la précocité de la prise en charge [5]. L'objectif de ce travail est de discuter les aspects physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie à partir de 2 cas colligés.

OBSERVATIONS

Observation n°1

Madame Oumy G. âgée de 30 ans, 3e geste 3e pare, admise pour un syndrome occlusif de survenue brutale, évoluant depuis 48 heures, au décours d'un accouchement eutocique par voie basse d'un nouveau-né de sexe féminin, bien portant, après une grossesse à terme. L'examen clinique a retrouvé un bon état général avec des muqueuses conjonctivales normalement colorées, une tension artérielle à 120/70 mmHg, une température à 37°2 C, une fréquence cardiaque à 110 pulsations/minutes, une fréquence respiratoire à 22 cycles/minutes, un météorisme abdominal asymétrique, douloureux et sans défense ; la hauteur utérine était difficilement appréciable du fait du météorisme.

Aux touchers pelviens, le col admettait un doigt, le doigtier revenait souillé de lochies et l'ampoule rectale était vide. La biologie montrait une hyperleucocytose à 17700 /mm³ à polynucléaires neutrophiles. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait une image typique en arceau avec une opacité pelvienne (fig. 1.). Le diagnostic d'un volvulus du côlon pelvien a été retenu et l'indication opératoire posée.

Après réanimation, l'exploration chirurgicale, par laparotomie médiane, a mis en évidence un volvulus du côlon pelvien à deux tours de spires avec un sigmoïde très distendu mais viable (fig. 2) et un utérus globuleux (fig.3). Il a été réalisé une détorsion et une intervention de Bouilly Volkmann. Les suites opératoires étaient simples. Le rétablissement de la conti-

nuité digestive a été fait au 15ème jour post opératoire avec des suites simples.

Observation n°2

Madame Faty B. âgée de 41 ans, 10e geste et 9e pare, admise pour un syndrome occlusif évoluant depuis 72 heures, sur une grossesse mal suivie. L'examen clinique a retrouvé un assez bon état général, des muqueuses conjonctivales bien colorées, une tension artérielle de 140 /80 mmHg, une température à 38°6, une fréquence cardiaque à 124 pulsations/minute, une fréquence respiratoire à 20 cycles/minutes et un météorisme abdominal important, asymétrique, immobile, et douloureux. La hauteur utérine était difficilement appréciable du fait du météorisme abdominal.

Aux touchers pelviens, le col était postérieur et déhiscent et l'ampoule rectale était vide. Par ailleurs les bruits du cœur fœtal étaient perçus. La biologie a retrouvé une hyperleucocytose modérée à 10900/mm³ à polynucléaires neutrophiles. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait des niveaux hydro-aériques de type coliques (fig. 4) et une opacité abdomino-pelvienne. L'échographie abdomino-pelvienne mettait en évidence un important météorisme abdominal sur une grossesse évolutive de 34 semaines.

Le diagnostic de volvulus du côlon pelvien sur grossesse a été évoqué et l'indication opératoire posée. Après réanimation, l'exploration chirurgicale réalisée par laparotomie a permis de retrouver un volvulus du côlon pelvien nécrosé et un utérus gravide (fig. 5). Une césarienne basse transversale première a permis l'extraction d'un nouveau-né de sexe masculin, pesant 2000g, baignant dans du liquide amniotique teinté, ne criant pas, réanimé à la naissance, puis admis en néonatalogie. La cotation d'Apgar a été évaluée à 4/10 (1ère minute), 4/10 (5ème minute) et 6/10 (10ème minute). Ensuite il a été procédé, une détorsion et une opération de Hartmann. Le nouveau-né est décédé au 2ème jour en néonatalogie. Les suites opératoires ont été simples pour la mère et le rétablissement de la continuité digestive a été effectué au 33ème jour post opératoire. Les suites opératoires ont également été simples après rétablissement.

DISCUSSION

Le volvulus du sigmoïde est une complication rare du péri-partum. La période habituelle du diagnostic

est le troisième trimestre, comme l'a rapportée Narjis qui a enregistré 6% de volvulus au premier trimestre, 27% au second trimestre, 44% au troisième trimestre et 21% pendant le post partum [5].

La multiparité et la grossesse ont été des facteurs favorisants du volvulus dans le péri-partum. D'après Atamanalp et al, 75% des patientes présentant un volvulus du côlon pelvien étaient multipares [6]. La grossesse à elle seule constitue également un facteur favorisant [7]. La survenue de volvulus du côlon pelvien durant la grossesse serait liée non seulement à la traction exercée par l'utérus sur un sigmoïde mobile, mais aussi à la taille croissante de l'utérus soulevant le côlon sigmoïde mobile hors du bassin. Dans les deux cas, il se produirait une occlusion partielle, en raison de la pression ou de la coudure de l'intestin, aboutissant à une torsion du sigmoïde autour de son point de fixation [4,8,9].

La symptomatologie douloureuse a été une cause d'erreur et de retard diagnostique de 24 heures chez la patiente enceinte. En effet les douleurs abdominales ont été prises pour un début de travail [10]. Ceci s'explique par le fait que l'utérus, le col utérin et les annexes ont la même innervation que l'iléon terminal, le côlon sigmoïde et le rectum ; d'où l'extrême difficulté à distinguer une douleur gynécologique d'une douleur d'origine intestinale [5].

L'examen de l'abdomen durant la grossesse ou le post-partum comporte certaines particularités. Selon certains auteurs, cet examen serait non spécifique et le météorisme est parfois masqué par la grossesse [5]. Dans le post-partum immédiat, la distension abdominale, la flaccidité de la paroi, peuvent masquer les signes physiques [9].

Au cours de la grossesse, la radiographie de l'abdomen sans préparation permettrait le diagnostic dans 91% [9]. Cependant, l'opacité utérine peut simuler à s'y méprendre ou masquer une grisaille diffuse en rapport avec une péritonite, comme pour les cas rapportés respectivement par Randriambelomanana et

Chourak [4,11].

L'objectif du traitement rapide est de réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtales [5]. La grossesse ne doit ni modifier, ni différer l'indication chirurgicale [10]. Durant la grossesse la plupart des auteurs recommandent une sigmoïdectomie idéale au 2ème trimestre, par voie élective si le volvulus du côlon sigmoïde est survenu au 1er trimestre. Mais, si le volvulus du côlon sigmoïde est survenu au 3ème trimestre, la sigmoïdectomie idéale est réalisable après l'accouchement [6]. Par contre dans le post partum, la prise en charge est identique à celle des patientes en dehors de la grossesse.

Une césarienne première suivie d'une intervention de Hartmann ont été réalisées chez la patiente enceinte. La césarienne première est recommandée par la majorité des auteurs au troisième trimestre, car elle permet une meilleure exposition et améliore le pronostic maternel [4].

Malgré une prise en charge correcte, le taux de mortalité maternelle et fœtale reste lourd, atteignant respectivement 21% et 50% [4].

Le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé tôt, respectivement aux 15ème et 33ème jours post opératoires. Toutefois, un délai de 2 à 3 mois est habituellement préconisé afin de permettre une disparition des phénomènes inflammatoires. Une tocolyse systématique selon l'âge gestationnel est recommandée, en particulier dans les deux premiers tiers de la grossesse [5,10].

CONCLUSION

Le volvulus du côlon pelvien est une situation rare, mais grave du péri-partum dont la prise en charge doit être rapide et adéquate, pour préserver le pronostic materno-fœtal. Le diagnostic peut être difficile, surtout pendant la grossesse et les modalités et stratégies thérapeutiques sont multiples.

REFERENCES

1. Alshawi JS. Recurrent sigmoid volvulus in pregnancy: Report of case and review of literature. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:1811-1813.
2. Nascimento EFR, Chechter M, Fonte FP, Puls N, Valenciano JS, Cláudio Filho CLPF et al. Volvulus of the sigmoid colon during pregnancy: A case report. *Obst Gyn* 2012; 64:1093-5p
3. El bouhaddouti H, Slaoui MA, Lamrani J, Marjani M, Louchi A, Bouguern H et al. Volvulus du grêle et grossesse: A propos d'un cas. *Ann Med Ther* 2010 ; 2(1) : 49 – 52.
4. Randriambelomanana JA, Herinirina SAE, Rasataharifetra H, Rakotoarisoa H, Rakotoarijaona HA. Occlusion intestinale aigüe par volvulus du sigmoïde au cours de la grossesse : à propos d'un cas. *Rev trop de Chir* 2001 ; 5 : 11-12.
5. Narjis Y, El Mansouri MN, Jgounni R, Louzi A, Abassi H, Soumani A et al. Volvulus du sigmoïde, une complication rare de la grossesse. *Gyn obst et fertilité* 2008 ; 36:776-778.
6. Atamanalp SS, Kisaoglu A, Ozogul B, Kantarci M, Disci E, Bulut OH et al. Sigmoid volvulus in pregnancy. *Turk Med* 2012; 42 (1): 9-15.
7. Khan MR, Ur Rehman S. Sigmoid volvulus in pregnancy and puerperium: a surgical and obstetric catastrophe. Report of a case and review of the world literature. *World J Emerg Surg* 2012; 7(1):7-10.
8. Machado NO, Machado LS. Sigmoid volvulus complicating pregnancy managed by resection and primary anastomosis: Case report with literature review. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2009; 9(1):84-88.
9. Moussaid I, Haddad W, Salmi S Elyoussoufi S, Miguil M, Serbouti S, Boufettal H et al. Volvulus du sigmoïde nécrosé du post partum. *Pan Afr Med J* 2012; 12:63-66.
10. Lebeau R, Abauleth R, Diane B, Bohoussou E, Kouakou KP, Djanhan Y et al. Urgences chirurgicales digestives non traumatiques de la femme enceinte au CHU de BOUAKE (Côte d'Ivoire) : étude rétrospective. *Med Trop* 2008 ; 68 :309-310. .
11. Chourak M, Beavogui L, Lachkar A, Elabsi M, El Ounani M, Echerrab M et al. Volvulus du sigmoïde nécrosé chez une femme enceinte ? *J Afr Hépatogastroenterol* 2009 ; 3 :35-37.

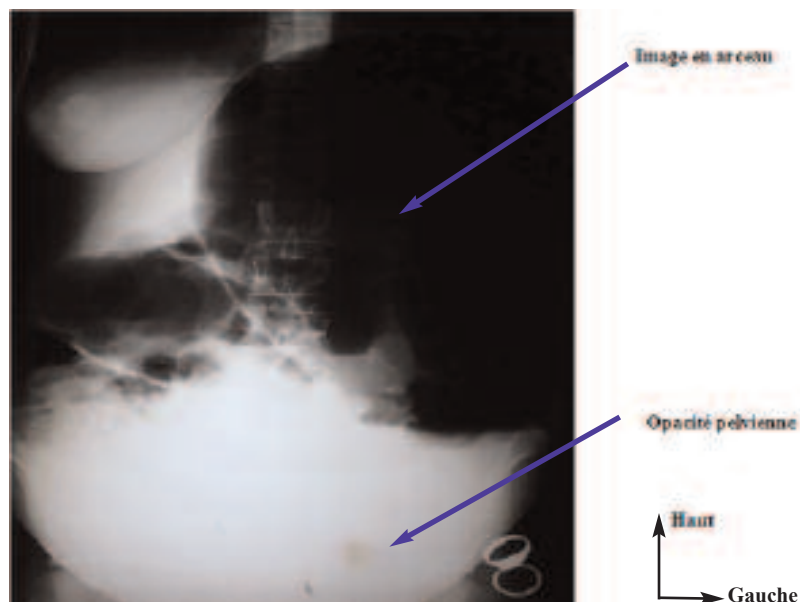
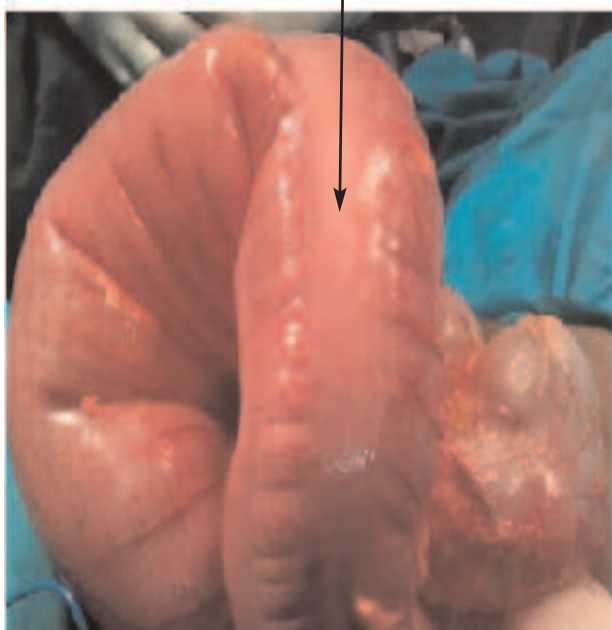


Figure 1: Image en arceau avec opacité pelvienne à l'ASP

Volvulus du côlon sigmoïde (anse viable)



Utérus globuleux

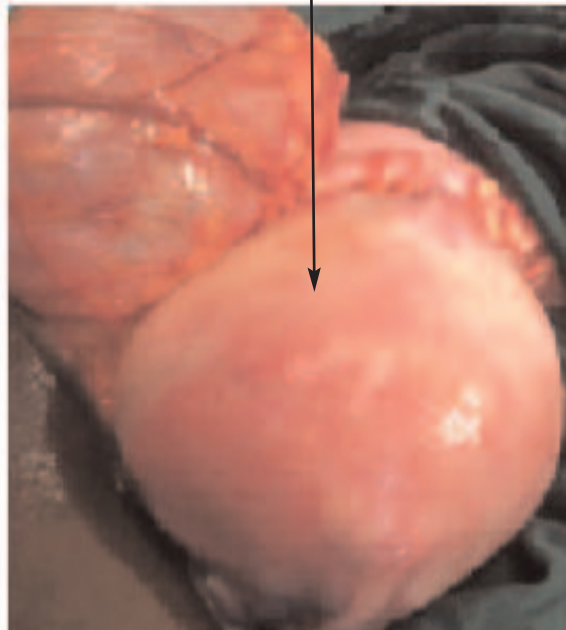
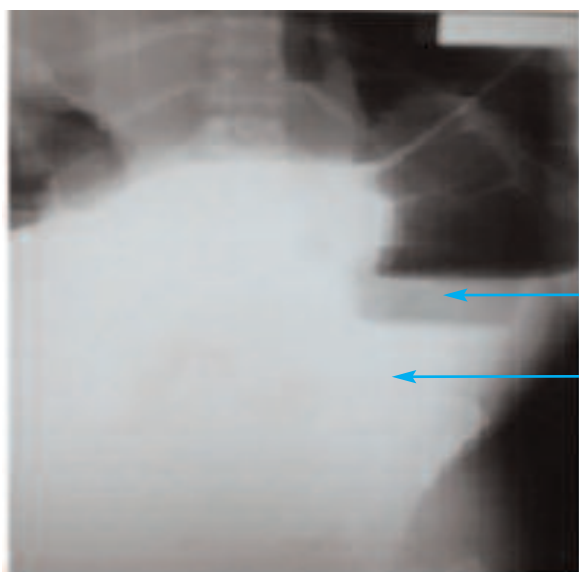


Figure 2

Figure 3

Figures 2 et 3: vues per opératoires (côlon sigmoïde et utérus globuleux)



Niveau hydro-aérique colique

Opacité abdomino-pelvienne

Figure 4 : Niveaux hydro-aériques coliques avec opacité abdomino-pelvienne

Volvulus du côlon sigmoïde

Utérus gravide

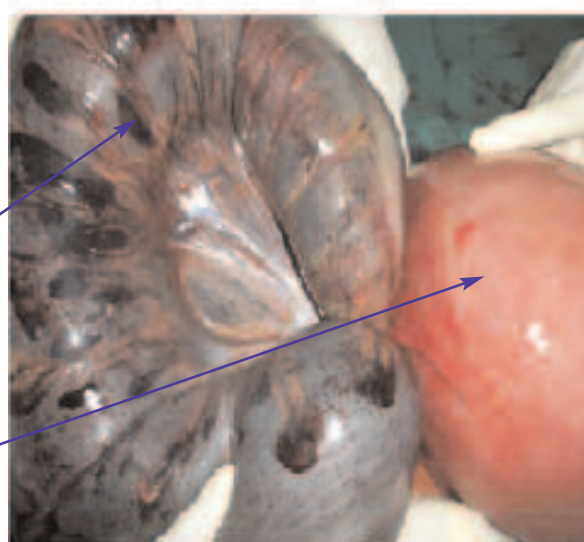


Figure 5 : vues per opératoires de volvulus du côlon sigmoïde sur grossesse