

CAS CLINIQUE

**OCCLUSION INTESTINALE AIGUE SUR DIVERTICULE DE MECKEL COMPLIQUE
A PROPOS D'UNE OBSERVATION**

***ACUTE BOWEL OBSTRUCTION ON MECKEL'S DIVERTICULUM
COMPLICATED ABOUT AN OBSERVATION.***

Ibrahima KA, Papa Saloum DIOP, Amadou Bocar NIANG, S N AYEH, Magatte FAYE, Aliou Coly FAYE, Jean Marc NDOYE, Babacar FALL

Service de Chirurgie Générale, Hôpital Général de Grand-Yoff. Auteur correspondant : Ibrahima KA Chef de clinique Assistant, Service de Chirurgie Générale, Hôpital Général de Grand-Yoff. BP 3270 Dakar – Sénégal.

Mail : dribouka@gmail.com

RESUME

Le diverticule de Meckel est la principale anomalie congénitale du tractus gastro-intestinal. Il présente dans 0,3 à 3% de la population des séries autopsiques. Essentiellement asymptomatique, sa manifestation clinique est synonyme de complication. L'occlusion intestinale est la complication la plus fréquente et est due à différentes causes dominées par la strangulation. La résection segmentaire est le geste chirurgical de mise. Nous rapportons un cas clinique d'occlusion du grêle sur diverticule de Meckel.

Mots clés : diverticule de Meckel, intestin, occlusion, complications.

SUMMARY

Meckel's diverticulum is the main congenital anomaly of the gastrointestinal tract. It presents 0.3 to 3% of the general population. Essentially asymptomatic, its clinical manifestation is synonymous with complication. Intestinal obstruction is the most common complication and is due to different causes dominated by strangulation. Segmental resection is the surgical procedure in order. We report a clinical case of small bowel obstruction on Meckel's diverticulum.

Keywords : Meckel's diverticulum, intestine, obstruction, complications.

INTRODUCTION

Le diverticule de Meckel est l'anomalie congénitale la plus fréquente du tractus digestif [1]. Décrit par Hildanus en 1598 puis par Johann Meckel, il provient d'un reste du canal qui relie l'intestin à la cavité vitelline et se situe sur l'iléon terminal [2,3]. Il a une prédominance masculine [2, 3, 4, 5,6,7]. Son incidence est variable entre 0,3 et 3% selon les études [5,7].

Le diverticule de Meckel est souvent asymptomatique et n'est diagnostiqué que fortuitement en per-opératoire ou lors d'une imagerie morphologique de l'intestin. Toutefois des complications peuvent le révéler dans 19% des cas: occlusions ; diverticulite ; hémorragies digestives ; perforations [8].

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 34 ans sans antécédents pathologiques particuliers porteur d'une lithiase rénale droite reçu au troisième jour de sa symptomatologie. Il présentait des douleurs abdominales, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz.

A l'examen, l'état général était conservé et la palpation de l'abdomen notait une sensibilité et un météorisme abdominal. L'ampoule rectale était vide.

La biologie montrait une C-Réactive Protein (CRP) à 93 mg /l et une créatininémie à 15,8mg/l, sans trouble ionique.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) montrait des niveaux hydro-aériques de type grêlique (figure 1).



Figure 1 : ASP debout de face prenant les coupes diaphragmatiques : Niveaux hydroaériques grêliques.

La tomодensitométrie (TDM) montrait une occlusion grêlique avec un syndrome jonctionnel sur une iléite sténosante probable à environ 08 centimètres de la jonction iléo-caecale (figure 2).

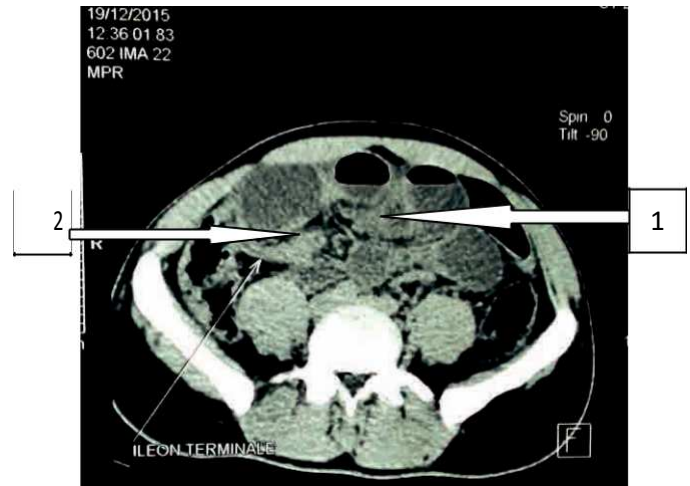


Figure 2 : TDM coupe axiale : occlusion du grêle avec syndrome jonctionnel ; (1) grêle dilaté (2) grêle plat

La laparotomie exploratrice retrouvait une occlusion du grêle par strangulation d'un diverticule de Meckel (figure 3) situé à 10 centimètres de la valvule avec des anses ischémisées mais viables et un épanchement péritonéal séro-hématique de 500 cc.

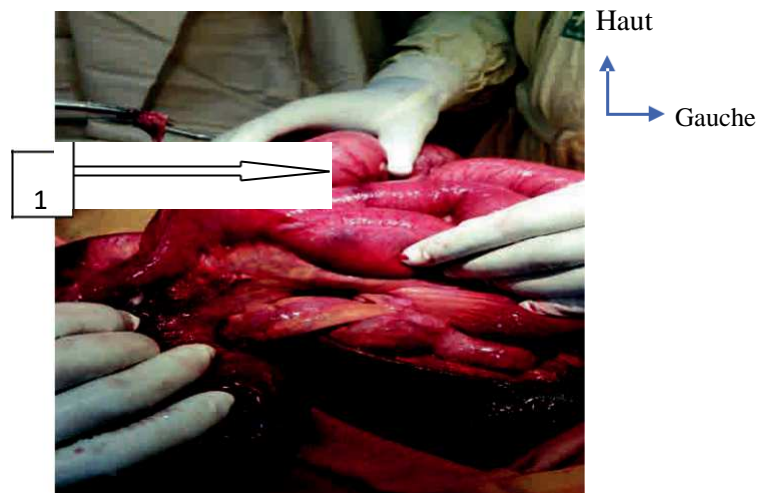


Figure 3 : Vue opératoire : occlusion de la grêle par strangulation par un diverticule de Meckel (1)

Une résection segmentaire avec anastomose iléo-iléale termino-terminale avec drainage péritonéal était réalisée (figure 4).



Figure 4 : Vue opératoire: résection iléale et anastomose iléo-iléale termino-terminale

Les suites opératoires étaient simples. L'histologie est en cours.

DISCUSSION

Les complications du diverticule de Meckel (DM) sont rares. Dans notre pratique des urgences à l'hôpital Général de Grand Yoff, depuis 2004, seul 1 cas est rapporté. Ceci est confirmé par plusieurs études [5, 7, 11, 12].

Le sexe masculin était intéressé dans notre cas clinique et l'âge de 34 ans se rapprochait de la fourchette de certaines séries occidentales [9, 10].

La pathologie du diverticule de Meckel a une présentation clinique atypique rendant le diagnostic encore plus difficile. Ainsi en préopératoire dans notre cas, aucune complication de diverticule de Meckel n'avait été suspectée. Les diagnostics évoqués par ordre décroissant ont été une occlusion intestinale aiguë et une péritonite aiguë généralisée occlusive.

L'A.S.P et la TDM ont permis de confirmer le caractère occlusif, sans toutefois préciser le diagnostic étiologique comme l'atteste la plupart des études où seuls 6% des complications de diverticule de Meckel étaient diagnostiquées en préopératoire [8, 13].

Idéalement, l'entéroscanner avec entéroclyse, facilite la visualisation du diverticule et améliore la sensibilité du scanner pour le diagnostic [16]. À partir de la valvule de Bauhin, Il faut rechercher une structure borgne appendue à l'intestin grêle. En cas de complications, le scanner reste l'examen le plus performant. [15].

L'utilisation de l'imagerie médicale moderne comme la TDM hélicoïdale dans nos hôpitaux souffre encore d'une bonne connaissance de l'anatomie radiologique de certaines pathologies rarissimes.

Dans notre cas, le diagnostic était peropératoire, comme dans les séries consultées [11, 12, 13].

La localisation du diverticule de Meckel à 10 centimètres de la valvule iléo-caecale rejoint la description faite par Johann MECKEL ainsi que le mécanisme occlusif par strangulation [8, 11, 14].

La rareté du diverticule de Meckel chez l'adulte, réduit le nombre d'études dans la littérature, la majorité des publications étant des cas cliniques ou de petites séries. La prise en charge idéale n'est pas consensuelle, que ce soit sur la voie d'abord, et l'intervention à réaliser [17]. En cas de diverticule de Meckel symptomatique, le traitement chirurgical est le consensus. Pour notre cas, La résection segmentaire était faite par laparotomie comme adoptée par la plupart des auteurs [4, 6, 9, 11]. Les suites opératoires étaient simples chez notre patient même si par ailleurs certaines complications post-opératoires sont rapportées dans l'étude du M. Cisse et Al[11].

CONCLUSION

Les occlusions intestinales sont fréquentes et d'étiologies variées. Parmi les causes, les diverticules de Meckel doivent être discutés et évoqués notamment chez le sujet jeune sans antécédents chirurgicaux.

Le diagnostic préopératoire reste improbable malgré l'utilisation de l'imagerie médicale de pointe.

La résection segmentaire en laparotomie reste l'intervention la mieux conseillée.

La laparoscopie pourrait avoir un intérêt diagnostique et thérapeutique si elle est bien maîtrisée.

REFERENCES

1. **Filipi De Palavea, Hannequi F., Tuchmann C, et al.** Malformation congénitale de l'intestin grêle de l'adulte. Feuillet Radiol 1995 ; 35 - : 174 – 86.
2. **Bret P., Cache C., ScgmutzG.** Pathologie de l'intestin grêle. SprigerVerlag, 1989 ; 53 – 93
3. **Schmude G, Benko A, Chapuis F, Engelholm L, N'Huyen D, Regent D.** Imagerie de l'intestin grêle. Masson (Paris), Collection Imagerie Radiologique, 1997 ; 194 p
4. **Khemekhem R, Ahmed Y B, Rahay H, Soufiane G, Said J, Douira W, et al.** Les aspects pathologiques du diverticule de Meckel chez l'enfant. J. Pédiatrie Puériculture. 2013 ; 26 (3) : 146 – 50.
5. **Mackey W C, Dinnen P.** A fifty years experience with Meckel's diverticulum. Surg. Gynecolobst. 1978 ; 156 : 56 – 64.
6. **Cullen J J, Kelly K A, Moir C R, Hodge DO, Melton L J.** Surgical management of Meckel's diverticulum : an epidemiologic, population – based study. Ann. Surg. 1994 ; 220 (4) : 564.
7. **Pantongrag – Brown L, Levine M S, Buetow P C, BUCK J L, Elssayed A M.** Meckel's senteroliths : clinical, radiologic and pathologic finding. A M J Roentgenol 1996; 167 : 1447 – 50.
8. **SchmutzG., Joidate A., Aube C., Phi I N, Provost N, Fournier L, Elkiran H, RegentD.** Occlusion intestinale et diverticule de Meckel. FeuillRadiol. 2003;43(3):223–40.
9. **Greebli Y, Bertin D, Morel P.** Meckel's diverticulum in adult : retrospective analysis of 119 cases historical review. Eu J. Surg. 2001; 167 (7), 518 – 24.
10. **Leijon MC, Bonman SK, HesellJ.** Meckel's diverticulum in the adult. Br J Sur. 1986; 73 (2): 146 – 9.
11. **Edgar Ouangré et al.** Complications du diverticule de Meckel (CDM) chez l'adulte : à propos de 11 cas au CHU de Yalgado Ouédraogo au Burkina Faso. Pan AfrMed J. 2015 ; 22 : 274.
12. **Cisse M, Konate I, Dieng M.** Diverticules de Meckel compliqués d'occlusion intestinale : prise en charge à Dakar à propos de 10 cas. J. Afr. Chir Digest. 2008 ; 8(2) : 782 – 7.
13. **Yamaguchi M, Takeuchi S, AWAZU S.** Meckel's diverticulum : investigation of 600 patients in Japanese Literature. Am J surg. 1978. 136 (2): 247 – 9.
14. **Beyrouti MI, Amar MB, Beyrouti R, Abib M, AYADI abib O et al.** Complications du diverticule de Meckel : à propos de 42 cas. Tunis Médicale. 2009 ; 87 (4) : 253 – 6.
15. **Kawamoto S, Raman SP, Blackford A, Hruban RH, Fishman EK.** CT detection of symptomatic and asymptomatic Meckel diverticulum. AJR Am J Roentgenol 2015;205:281– 91.
16. **Platon A., Gervaz P., Becker C.D., Morel P., Poletti P.A.** Computed tomography of complicated Meckel's diverticulum in adults: a pictorial review Insight Imaging 2010 ; 1 : 53-61
17. **J. Lequet, B. Menahem, A. Alves, A. Fohlen, A. Mulliri.** Le diverticule de Meckel chez l'adulte : Journal de chirurgie viscérale, Vol 154 - N° 4. P. 261-268 - septembre 2017