



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Juin 2026, Volume 9
N°1, Pages 1 - 136

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoeye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhoue (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain **de Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2026, Volume 9,
N°1, Pages 1 - 136

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

VOLVULUS DU COLON PELVIEN : DETORSION PAR SONDE RECTALE ET SIGMOÏDECTOMIE A FROID : ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 50 CAS A L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR

PELVIC COLON VOLVULUS: DETORSION BY RECTAL TUBE AND DELAYED SIGMOIDECTOMY: PROSPECTIVE STUDY ABOUT 50 CASES AT THE ARISTIDE LE DANTEC HOSPITAL IN DAKAR

OUSMANE THIAM¹, MAMADOU NDIAYE², JACQUES NOËL TENDENG³, MOUHAMED MOUSTAPHA GUEYE¹, PAPA MAMADOU FAYE¹, MOHAMADOU LAMINE GUEYE⁴, YACINE SEYE⁵, ABDOU NIASS⁶, MAMADOU SECK⁵, ALPHA OUMAR TOURE¹, MAMADOU CISSE¹, OUSMANE KA⁷, MADIENG DIENG⁷

¹*Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier National Dalal Jamm (DAKAR)*

²*Service de Chirurgie Générale, Hôpital de la Paix (ZIGUINCHOR)*

³*Service de Chirurgie Générale, Hôpital Régional de Saint-Louis (SAINT-LOUIS)*

⁴*Service de Chirurgie Générale, Hôpital Militaire de Ouakam (DAKAR)*

⁵*Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier National Abass Ndao (DAKAR)*

⁶*Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier National Cheikh Ahmadoul Khadim (TOUBA)*

⁷*Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier National Aristide Le Dantec (DAKAR)*

Auteur correspondant : Dr Thiam Ousmane, Professeur agrégé, Service de chirurgie générale, Hôpital Dalal Jamm, Guédiawaye, Université Cheikh Anta Diop, Tel (Whatsapp) : 00221779281751, Email : o_thiam@hotmail.fr

Résumé

La richesse de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge du volvulus du côlon pelvien (VCP) doit exiger un choix judicieux. L'objectif de notre étude était d'apprécier l'apport de la détorsion instrumentale dans la prise en charge du VCP. **Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive allant du 1^{er} juin 2018 au 31 Décembre 2020 portant sur 50 cas de volvulus du sigmoïde successifs, diagnostiqués et traités dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Nous avons inclus tous les patients consentants, âgés de plus de 15 ans avec un diagnostic confirmé de VCP non

complicé sur la base de la clinique, la biologie et la TDM abdominale et détordu par sonde rectale première. **Résultats :** Nous avons colligé 50 dossiers. L'âge moyen de nos patients était de 45 ans $\pm$ 18. Le sex-ratio était de 49. La durée moyenne d'évolution des signes était de 72h $\pm$ 42. L'arrêt des matières et des gaz était noté dans 92% (n= 46 cas). Le signe du ballon de Von Wahl était observé dans 44% (n= 22 cas). Le taux moyen de globules blancs (GB) était de 8881,4/mm³. Au scanner abdomino-pelvien, le VCP était mésentérico-axial (VMA) dans 82% (n= 41 cas) et organo-axial (VOA) dans 18% (n= 7 cas). Tous les

patients avaient bénéficié d'une détorsion instrumentale en première intention et elle était soldée par un succès dans 78% (n= 39 cas). La morbidité globale était de 16% dont 1 cas de péritonite post-opératoire. La mortalité était de 6% (n=3) dont 2 décès par choc septique après sigmoïdectomie à chaud.

Conclusion : La détorsion instrumentale par sonde rectale suivie d'une chirurgie par voie élective se présente comme une alternative de prise en charge du volvulus du côlon non compliqué en permettant de diminuer la morbi-mortalité liée au traitement classique.

Mots clefs : Volvulus ; occlusion ; stomie ; nécrose ; détorsion

Summary

*The richness of the therapeutic arsenal in the management of pelvic colon volvulus (PCV) requires careful selection. The objective of our study was to assess the contribution of instrumental detorsion in the management of PCV. **Patients and Method:** This was a prospective, descriptive study conducted from June 1, 2018, to December 31, 2020, on 50 consecutive cases of sigmoid volvulus, diagnosed and treated in the general surgery department of Aristide Le Dantec Hospital in Dakar. We included all consenting patients*

*over 15 years of age with a confirmed diagnosis of uncomplicated PCV based on clinical findings, laboratory tests, and abdominal CT scans, and untwisted by primary rectal tube. **Results:** We collected 50 files. The mean age of our patients was 45 ± 18 years. The sex ratio was 49. The mean duration of signs was 72 ± 42 hours. Cessation of stool and flatus was noted in 92% (n = 46 cases). The Von Wahl balloon sign was observed in 44% (n = 22 cases). The mean white blood cell (WBC) count was 8881.4/mm³. On abdominopelvic CT scan, the PCV was mesentericoaxial (MAV) in 82% (n = 41 cases) and organoaxial (OAV) in 18% (n = 7 cases). All patients underwent instrumental detorsion as a first-line procedure, which was successful in 78% (n = 39 cases). Overall morbidity was 16%, including 1 case of postoperative peritonitis. Mortality was 6% (n=3), with 2 deaths from septic shock after emergency sigmoïdectomy. **Conclusion:** Instrumental detorsion using a rectal tube followed by elective surgery presents an alternative treatment option for uncomplicated pelvic colon volvulus, reducing morbidity and mortality associated with conventional treatment.*

Keywords: Volvulus ; occlusion ; stoma ; necrosis ; detorsion

INTRODUCTION

Le volvulus du côlon pelvien est une urgence médico-chirurgicale dont la gravité est liée aux complications telles que l'occlusion intestinale aiguë, la péritonite stercorale par perforation intestinale, les troubles hydro-électrolytiques (déshydratation aiguë, insuffisance rénale aiguë...). La mortalité globale varie entre 10% et 53% et dépend de la rapidité du traitement [1-3].

Son incidence est estimée entre 20% et 54%, en Afrique, en Amérique du Sud, en Inde, au Moyen-Orient et en Europe de l'Est où on l'observe chez le sujet jeune de sexe masculin de 40 à 50 ans [3-10].

La prise en charge est actuellement caractérisée par la richesse de l'arsenal thérapeutique dont il faut faire un choix judicieux [2,3,5,10,11,12]. Cependant de nombreuses études, notamment celle de **Oren et al.**, ont affirmé la supériorité de la séquence endoscopie première et chirurgie différée à la chirurgie d'urgence et ont conclu que l'endoscopie est le traitement initial de choix en l'absence de signes de gravité [1,2,5,10-14].

Notre école avait longtemps adopté l'attitude classique face à un volvulus du côlon pelvien qui était de réaliser une sigmoïdectomie suivie d'une colostomie qui imposait une seconde chirurgie de rétablissement de la continuité digestive à l'origine d'une morbi-mortalité propre [15]. Cette stomie, souvent mal vécue par certains patients constituait un handicap à la fois fonctionnel, socio-économique et psychologique. Pour cela, en l'absence de traitement endoscopique disponible en urgence dans notre structure, une étude prospective allant du 1^{er} Juin 2018 au 31 Décembre 2020 a été réalisée. Le but de cette étude était d'évaluer les résultats du

traitement par détorsion instrumentale suivie d'une sigmoïdectomie idéale à froid dans les volvulus du côlon pelvien.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur 2 ans et demi, allant du 1^{er} Juin 2018 au 31 Décembre 2020 portant sur 50 cas de volvulus du sigmoïde successifs, diagnostiqués et traités dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Nous avons inclus tous les patients consentants, âgés de plus de 15 ans avec un diagnostic confirmé de VCP non compliqué sur la base de la clinique, la biologie et la TDM abdominale et détordu par sonde rectale première et ayant bénéficié secondairement ou non d'une chirurgie dans la même hospitalisation.

Nous avons exclu les malades qui présentaient une instabilité hémodynamique, un terrain particulier déséquilibré (diabète, hypertension artérielle...), une forte suspicion de nécrose intestinale et une indisponibilité de la biologie et de la TDM.

Nous avons utilisé soit un drain thoracique Ch 32, soit une sonde rectale de Faucher, soit une tubulure d'aspiration, un fil (Merseture 3, Nylon 2/0), un lubrifiant, une poche à urine et une sonde naso-gastrique.

Nous avons étudiés les données socio-épidémiologiques, cliniques, paracliniques ainsi que la technique de détorsion et les données opératoires et post-opératoires.

Nos données ont été collectées grâce à une fiche d'exploitation remplie dès l'arrivée du malade, durant son séjour et au cours du suivi. La saisie et le traitement des données ont été

faits avec les logiciels Microsoft Word et Microsoft Excel 2016. L'exploitation des données a été réalisée avec le logiciel SpSS version v 5.1.07. L'ensemble des calculs statistiques a été effectué en utilisant un niveau de confiance de 95% et une valeur p seuil égale à 0,05 avec un intervalle de confiance de 95%. Le test est statistiquement significatif si la valeur de p seuil est inférieure à 0,05.

RESULTATS

Nous avons colligé 50 dossiers. L'âge moyen de nos patients était de 45 ans $\pm$ 18 avec des extrêmes de 23 ans et 95 ans. La tranche d'âge entre 30 ans et 39 ans était plus représentée (**Figure 1**). Le sexe masculin était largement prédominant avec 98 % (n=49 cas) soit un sex-ratio de H/F= 49. Le niveau socio-économique était jugé moyen chez 68% (n=34 cas) des patients et bas chez 32% (n=16 cas).

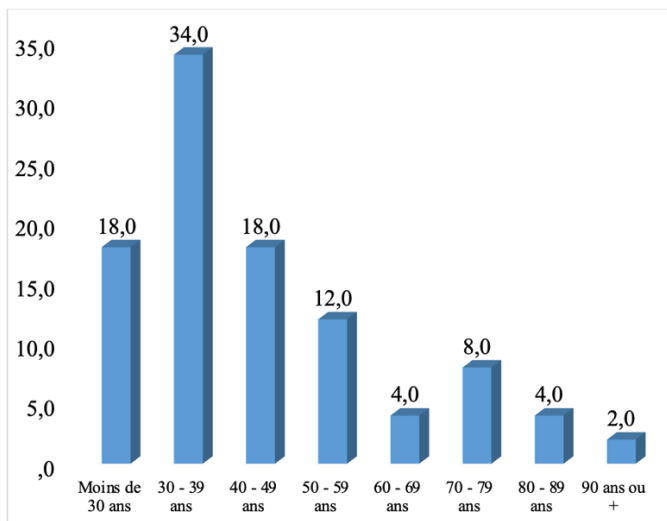


Figure 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

La durée moyenne d'évolution des signes était de 72h $\pm$ 42 avec des extrêmes de 2h et 240h. La Douleur abdominale était présente chez tous les patients, diffuse dans 76% (n=38 cas) et localisée dans 24% (n=12 cas). Les Vomissements étaient présents dans 34% des cas (n=17), bilieux dans 53% des cas (n= 9), alimentaires dans 35% des cas (n= 6) et fécaloïdes dans 12% des cas (n= 2 cas). L'arrêt des matières et des gaz était noté dans 92% des cas (n= 46) et l'arrêt des gaz était net dans 84% des cas (n= 42).

A l'examen physique, le météorisme abdominal était présent chez tous les patients. Il était diffus dans 56% des cas (n= 28). Le signe du ballon de Von Wahl était observé dans 44% des cas (n= 22)

A la biologie, le taux moyen de globules blancs (GB) était de 8881,4/mm³ avec des extrêmes de 4589/mm³ et 11500/mm³. Le taux moyen d'hémoglobine était de 12,8g/dl avec des extrêmes de 10,4g/dl et 15,7g/dl. Le taux moyen de la créatinémie était de 14,6mg/l avec des extrêmes de 8mg/l et 43,5mg/l.

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) était réalisée dans 96% des cas (n= 48). Nous retrouvons une image en arceau dans 68% des cas (n= 34). Au scanner abdominal, la distension colique moyenne était de 107 mm $\pm$ 19 avec des extrêmes de 70 mm et 156 mm. Le signe du tourbillon était présent dans tous les cas. Le VCP était mésentérico-axial (VMA) dans 82% des cas (n= 41) et organo-axial (VOA) dans 18% des cas (n= 7) (**Figure 2**)

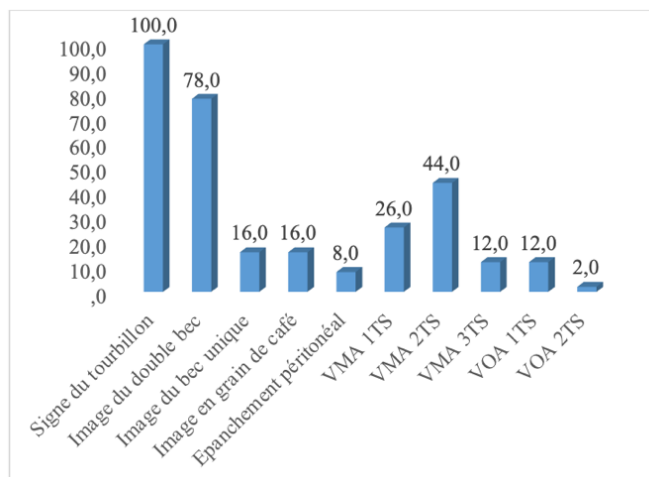


Figure 2 : Distribution des patients selon les résultats de la TDM

Tous les patients avaient bénéficié d'une détorsion instrumentale en première intention. Le délai moyen entre le diagnostic positif et la détorsion était de 88 min $\pm$ 44 avec des extrêmes de 30 min et 210 min. La détorsion s'était soldée d'un succès dans 78% des cas (n= 39). En cas de succès, la durée moyenne de la fixation de la sonde était de 4 jours $\pm$ 1 avec des extrêmes de 1 jour et 6 jours.

En outre nous avons observé 11 cas d'échec (22%) dont :

- 9 cas liés à un défaut de franchissement du volvulus après plusieurs tentatives ;
 - 2 incidents à type de perforation colique ;
- Nous avons noté une récurrence chez 3 patients à J₆, J₁₃ et J₁₅. La reprise de la détorsion chez ses patients avait permis d'obtenir une nouvelle réussite.

Dans notre série, nous avons constaté une relation entre certains facteurs clinico-radiologiques et l'échec de la détorsion. Il s'agissait d'une :

- relation significative entre l'âge et l'échec de la détorsion avec un p à

0,049. Dans les 11 cas d'échecs, la tranche d'âge était située entre 40 ans et 50 ans.

- relation significative entre l'importance de la distension abdominale et l'échec de la détorsion avec un p à 0,028. Nous avons constaté que tous les cas d'échec présentaient une importante distension colique mesurée à plus de 110 mm à la TDM.
- relation entre le type anatomique du VCP et les risques d'échec : on a constaté que tous les cas d'échec présentaient un VCP mésentérico-axial à la TDM. On a trouvé une relation significative entre le type anatomique du VCP et l'échec de la détorsion avec un p à 0,046 ;
- relation entre le nombre de tours de spires et les risques d'échec : on a constaté que tous les cas d'échec présentaient plus de 2 tours de spires au scanner avec un p à 0,040.

Tous nos patients avaient bénéficié d'une exploration chirurgicale soit à froid ou à chaud et les constatations en per-opératoires étaient de :

- 37 cas de dolichocôlon sigmoïde (77%);
- 11 cas de mégadolichocôlon sigmoïde (29,7%);
- 12 cas de mésosigmoïde rétractile (25%);
- De plus, la chirurgie en urgence avait noté 3 cas d'ischémie du sigmoïde mais viable (6%), 2 cas de perforation iatrogène du côlon (4%) et 2 cas de nécrose colique (4%).



1= incision à la fosse iliaque gauche ; 2=Extériorisation du sigmoïde ;
3= Anastomose colo-colique après sigmoïdectomie

Figure 3 : Sigmoïdectomie à froid par voie élective

Les gestes chirurgicaux réalisés étaient une :

- Sigmoïdectomie à froid indiquée chez les 39 patients dont la détorsion instrumentale était soldée d'un succès (Figure 3). Elle était réalisée chez 36 patients (72%). Trois (3) patients étaient sortis contre-avis médical. La sigmoïdectomie à froid était réalisée dans un délai moyen de 18 jours $\pm$ 5 avec des extrêmes de 12 jours et 33 jours. Après sigmoïdectomie à froid (idéale), le délai de la reprise du transit était de 38h $\pm$ 19 avec des extrêmes de 8h et 72h.
- Sigmoïdectomie à chaud avait été réalisée chez 11 patients dont la détorsion instrumentale s'était soldée d'un échec. De plus, elle a été réalisée chez 1 patient sorti contre-avis médical. Il était revenu à J₁₉ dans un tableau de

récidive avec des signes de souffrances à la TDM. Ainsi, il a été réalisée 10 interventions de Bouilly-Wolkman et 2 interventions de Hartmann. En cas d'échec, la sigmoïdectomie à chaud avait été effectuée dans un délai de 4,3h $\pm$ 1,6 avec des extrêmes de 2h et 7h. Le délai moyen entre la colostomie et le rétablissement de la continuité digestive (RCD) était de 25 jours avec des extrêmes de 16 jours et 52 jours. Après sigmoïdectomie en 2 temps, la durée moyenne de la reprise du transit après RCD était de 40h avec des extrêmes de 24h et 72h.

Dans notre étude la morbidité globale était de 16% et était répartie comme suit :

- Après sigmoïdectomie à froid (6%), on a observé 2 suppurations pariétales et 1 hématome pariétal.

- Après sigmoïdectomie à chaud (10%), on a noté 1 péritonite post-opératoire par nécrose étendue du segment d'amont de la colostomie selon Hartmann, 1 fistule colique à bas débit après rétablissement de la continuité digestive et 3 suppurations pariétales.

La mortalité était de 6% et était répartie ainsi :

- Après sigmoïdectomie à froid, nous avons observé 1 décès par embolie pulmonaire ;
- Après sigmoïdectomie à chaud, nous avons observé 2 décès par choc septique.

Dans notre étude la durée d'hospitalisation était variable :

- Après sigmoïdectomie à froid : 8jours ± 2 avec des extrêmes de 5 jours et 10 jours.
- Après sigmoïdectomie à chaud : 29 jours avec des extrêmes de 5jours et 55jours.

La durée moyenne de suivi des malades était de 508 jours ± 262 avec des extrêmes de 55 jours et 1002 jours.

DISCUSSION

L'analyse de ces résultats de notre étude nous mène vers 2 axes de discussion : les indications de la détorsion et les résultats.

L'indication thérapeutique la plus appropriée dépend de l'état du patient, de l'état de l'anse, du plateau technique disponible et de l'expérience du chirurgien [2,11,16]. Dans notre série, l'indication de la détorsion instrumentale était essentiellement basée sur les signes cliniques, biologiques et tomodensitométriques. Ainsi, avant toute détorsion nous nous assurons

systématiquement de l'absence des signes de souffrance intestinale, qui sont cliniques (fièvre, collapsus, défense voire contracture abdominale, traces de sang au toucher rectal), biologiques (hyperleucocytose) et radiologiques (pneumopéritoine à l'ASP, retard ou absence de rehaussement pariétal après injection du produit de contraste, paroi sigmoïdienne amincie, pneumatose pariétale ou pneumopéritoine à la tomodensitométrie abdominale) [11,17]. La présence de ces signes témoigne d'un risque accru de complications en cas de détorsion instrumentale. L'hyperleucocytose est également identifiée comme un des signes témoignant la gravité du VCP et du risque de nécrose intestinale [17]. L'analyse de la littérature a montré que beaucoup d'études ont affirmé la supériorité de la séquence endoscopie première-chirurgie différée à la chirurgie d'urgence et ont conclu que l'endoscopie est le traitement initial de choix en l'absence de signes de gravité [2,3]. Dans notre structure où le traitement endoscopique n'était pas disponible, le tube rectal était largement utilisé en première intention pour détordre l'anse. En cas de succès, la sonde rectale était maintenue en place pour une durée moyenne de 4 jours. Cette attitude est préconisée dans les suites de la détorsion visant à maintenir la réduction et à permettre la décompression continue du côlon. Elle permet également d'éviter la récurrence précoce en attendant la chirurgie [2]. Cette dernière était réalisée dans un délai moyen de 18 jours. Cette méthode a permis à de nombreux auteurs de réaliser de nouveaux progrès significatifs dans des structures où le traitement endoscopique n'était pas disponible [1,16,17,18]. Comme nous, d'autres auteurs utilisent le tube rectal avec

un taux de succès de 61% à 100% selon les séries [16,17,18]. C'est pourquoi, nous pensons, comme Panis, que le tube rectal garde une place dans notre contexte [6]. Le taux de réussite dans notre série était de 78%. Le succès de la détorsion instrumentale était remarqué chez les patients ne présentant pas à la clinique une importante distension abdominale. Cette dernière est confirmée à la TDM : une distension colique de moins de 110 mm est un facteur prédictif de succès à la détorsion instrumentale. Le nombre de tours de spires inférieur à 2 est aussi un facteur de succès ainsi que le type organo-axial du VCP. Une boucle moins distendue facilite sa rotation intra-abdominale lors des manœuvres de la détorsion. Nous avons constaté qu'une distension colique de plus de 110mm, une image en double bec avec plus de 2 tours de spires étaient associés à un échec de la détorsion instrumentale du VCP. Tous les cas d'échecs comprenaient les volvulus mésentérico-axiaux à 2 tours de spires ou plus, dont 9/11 patients présentaient une distension colique supérieure ou égale à 110 mm. L'explication est, sans doute, qu'un degré de rotation plus important génère une spire plus serrée et plus hermétique, difficilement franchissable par manœuvre instrumentale [19].

Le succès de la détorsion permettait dans notre série de réaliser la sigmoïdectomie idéale à distance de l'épisode aigu (soit dans le même temps d'admission ou à distance) sur un côlon plat et chez un patient bien préparé. La sigmoïdectomie idéale par voie élective au niveau de la fosse iliaque gauche semblent être la technique de choix en cas de chirurgie différée pour un VCP non compliqué, la laparotomie médiane étant une alternative [3,20]. Il a été rapporté que le taux de réussite

de la détorsion endoscopique du VCP varie de 55% à 90%, mais cette procédure est rarement recommandée comme traitement définitif car elle est associée à un taux élevé de récurrence du VCP, qui avoisine 35% à 85 % [14]. De plus, le taux de mortalité des patients présentant une récurrence de VCP est aussi élevé entre 5% et 35% [10,14,20]. Il serait souhaitable comme **Nuhu et al.** et **Jah et al.**, ainsi que **Mulas et al.**, de réaliser la sigmoïdectomie idéale différée dans le même temps d'admission, dans des délais variants entre 2 et 15 jours selon les auteurs après succès du traitement endoscopique pour éviter les récurrences [4,16,18,21]. Dans notre série, le taux de récurrence précoce était de 6% (n=3) à J6, J13 et J15 dont les tentatives de nouvelles détorsions étaient soldées par une réussite chez tous les 3 patients. Elle semblait liée au fait que la sigmoïdectomie différée était réalisée dans un délai moyen assez long de 18 jours. C'est pour cette raison que bon nombre d'auteurs ont suggéré de laisser en place la sonde rectale pour éviter la survenue de ces récurrences après la détorsion. Cependant la durée de cette fixation est très variée selon les auteurs. Certains suggèrent de fixer la sonde pour une durée moyenne de 3 à 5 jours [3]. Par contre, d'autres préconisent de laisser la sonde jusqu'à la sigmoïdectomie à froid quel que soit la durée (en moyenne 15 jours) [16,18]. D'un point de vue esthétique, la détorsion instrumentale est plus avantageuse que la chirurgie en 2 temps. Lors de la détorsion instrumentale + sigmoïdectomie à froid, il y a une incision transversale d'environ 6 cm dans la fosse iliaque gauche (**Figure 3**). Alors qu'en cas de chirurgie en 2 temps, en plus de l'incision médiane à cheval sur l'ombilic, il y a l'incision latérale gauche de la stomie. [1,15]. Par conséquent, ces 2

incisions exposent ainsi à des douleurs post-opératoires plus sévères, à un risque infectieux sur la médiane et une éviscération. La détorsion instrumentale permet aussi d'éviter toutes les complications propres à la colostomie, les retentissements psychosociaux ainsi que le coût liés à l'achat des poches de colostomie et des frais d'hospitalisation [1,15].

CONCLUSION

La détorsion instrumentale par sonde rectale suivie d'une chirurgie par voie électorale se présente comme une alternative de prise en charge du volvulus du côlon non compliqué en permettant de diminuer la morbi-mortalité

liée au traitement classique de cette pathologie chirurgicale mais aussi permettrait de réduire les stomies mal supportées par certains patients. Le tube rectal constitue, en l'absence d'endoscopie, une bonne alternative pour traiter le volvulus du sigmoïde en urgence et de permettre la sigmoïdectomie sur un côlon plat, au mieux dans le même temps d'admission pour minimiser les récurrences. Cependant son utilisation doit tenir compte de l'état de l'anse volvulée qui sera évaluée par des critères clinico-biologiques et radiologiques bien précis.

REFERENCES

1. **Traoré D, Sanogo Z Z, Bengaly B, Sissoko F, Coulibaly B, Togola B et al.** Acute Sigmoid Volvulus: Results of Surgical Treatment in the Teaching Hospitals of Bamako. *Journal of Visceral Surgery* 2014;151(2): 97-101
2. **Lou Z, Yu ED, Zhang W, Meng RG, Hao LQ, Fu CG.** Appropriate treatment of acute sigmoid volvulus in the emergency setting. *World J Gastroenterol* 2013;19(30):4979-4983
3. **Perrot L, Fohlenb A, Alves A.** Management of the colonic volvulus in 2016. *Journal of Visceral Surgery* 2016;153(3):183-192
4. **Atamanalp SS, Yildirgan MI, Basoglu M, Oren D, Ayindli B.** Clinical presentation and diagnosis of sigmoid volvulus: outcomes of 40-year and 859-patient experience. *J Gastroenterol Hepatol* 2009;1154-1159
5. **Oren D, Atamanalp SS, Aydinli B.** An algorithm for the management of sigmoid colon volvulus and the safety of primary resection: experience with 827 cases. *Dis Colon Rectum* 2007;50:489–497
6. **Panis Y.** Commentaire de l'article de C.T. Touré : Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du côlon au CHU de Dakar. *Ann Chir* 2003;128:102.
7. **Madiba TE, Haffajee MR, Sikhosana MH.** Radiological anatomy of the sigmoid colon. *Surg Radiol Anat* 2008;30:409-415
8. **Bagarani M, Conde A.S and Longo R.** Sigmoid volvulus in West Africa: a prospective study on surgical treatments. *Dis Colon Rectum* 1993;39:186–190

9. **Madiba TE, Thomson SR.** The management of sigmoid volvulus. *J R Coll Surg Edinb* 2000;45:74-80
10. **Iida, Tomoya, Suguru N, Shuji S, Haruo S, Hiroyuki K.** Clinical Outcomes of Sigmoid Colon Volvulus: Identification of the Factors Associated with Successful Endoscopic Detorsion. *Intestinal Research* 2017;15(2):215-220
11. **Schwartz A, Peycru T, Tardat E, Cascella T, Durand-Dastes F.** Prise en charge actuelle du volvulus du sigmoïde en milieu tropical. *Ed Trop* 2009;69:51-55
12. **Gingold D, Murell Z.** Management of Colonic Volvulus. *Clin Colon Rectal Surg* 2012;25:236-244
13. **Jangjoo A, Soltani E, Fazelifar S, Saremi E, Aghaei MA.** Proper management of sigmoid colon volvulus:our experience with 75 cases. *Int J Colorectal Dis* 2010;25:407-409
14. **Atamanalp Sabri Selcuk, et Refik Selim Atamanalp.** Determination of Patients Requiring Elective Surgery Following Successful Endoscopic Detorsion in Sigmoid Volvulus. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2017;33(6): 1528-1530
15. **Touré CT, Dieng M, Mbaye M, Sanou A, Ngom G, Ndiaye A et al.** Résultats de la colectomie en urgence dans le traitement du volvulus du côlon. *Ann chir* 2003;128:98-101
16. **Mulas C, Bruna M, García-Armengol J, Roig JV.** Management of colonic volvulus: Experience in 75 patients. *Rev Esp Enferm Dig* 2010;102(4):239-248
17. **Dieme E, Sall I, Leye M.** Apport du tube rectal dans la prise en charge du volvulus du sigmoïde : expérience de l'hôpital principal de Dakar. *Journal Africain de Chirurgie* 2016;4(1):9-13
18. **Nuhu A, Jah A.** Acute sigmoid volvulus in a West African population. *West Afr J Med* 2010;29:109–112
19. **Delabrousse E, Saguet O, Destrumelle N, Lucas X, Brunelle S, Kastler B.** Volvulus du sigmoïde : intérêt et apport de l'étude scannographique. *J Radio* 2001;82:930-932
20. **Kusunoki R, Fujishiro H, Miyake T, Suemitsu S, Kataoka M, Fujiwara A, et al.** Initial Computed Tomography Findings of Long and Distended Colon Are Risk Factors for the Recurrence of Sigmoid Volvulus. *Dig Dis Sci* 2021;66(4):1162-1167
21. **Vogel JD, Feingold DL, Stewart DB, Turner JS, Boutros M et al.** Clinical practice guidelines for colon volvulus and acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 2016;59(7):589–600