



## Volvulus du grêle avec nécrose iléale compliquant un Syndrome de Chilaïditi. *Small bowel volvulus with ileal necrosis complicating a Chilaïditi syndrom.*

KASSI Assamoi Brou Fulgence, YENON Kacou Sebastien, THOMAS Helen

### RÉSUMÉ

Une femme de 67 ans, diabétique, hypertendue et constipée chronique a été référée dans le service de réanimation pour diabète décompensé avec défaillance multiviscérale associé à une occlusion intestinale incomplète. Un volvulus du grêle compliquant un signe de Chilaïditi a été secondairement diagnostiqué à la tomodensitométrie abdominale. L'interposition d'anses iléales dilatées et nécrosées entre le foie atrophique et l'hémi-diaphragme droit a été objectivée à la laparotomie. Une résection iléale segmentaire suivie d'une iléostomie bitubulaire avait été réalisée. Une aggravation de la défaillance multiviscérale a abouti au décès à J7. Les complications chirurgicales de ce syndrome quoique rare peuvent être mortelles d'où la nécessité de l'évoquer et de le rechercher devant des douleurs localisées à l'hypochondre droit associées à des signes de sub-occlusion.

### Mots clés :

- Syndrome de Chilaïditi
- Atrophie hépatique
- Défaillance multiviscérale
- Hypochondre droit
- Volvulus du grêle

207

### ABSTRACT

A 67-year-old diabetic, hypertensive and chronically constipated woman was referred to the intensive care unit for decompensated diabetes with multiple organ failure associated with incomplete bowel obstruction. A small bowel volvulus complicating a sign of Chilaïditi was secondarily diagnosed on abdominal computed tomography. The interposition of dilated and necrotic ileal loops between the atrophic liver and the right hemi-diaphragm was demonstrated at laparotomy. A segmental ileal resection followed by a bitubular ileostomy was performed. Worsening of the multiple organ failure resulted in death on D7. The surgical complications of this syndrome, although rare, can be fatal, hence the need to evoke it and to seek it out in the face of localized pain in the right hypochondrium associated with signs of sub-occlusion.

### Key-words:

- Chilaïditi syndrom
- Hepatic atrophy
- Multi-organ failure
- Right hypochondrium;
- Small bowel volvulus.

### INTRODUCTION

Le signe de *Chilaïditi* ou interposition anormale du grêle ou du colon entre le foie et l'hémi-diaphragme droit est une entité radiologique rare, décrit en 1910 par le radiologue grec *Démétrius Chilaïditi* <sup>[1]</sup> qui en rapporta 3 cas. Devant toutes manifestations gastro-intestinales telles que les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales, la constipation ou l'arrêt des matières et des gaz, le signe laisse place au syndrome de *Chilaïditi*. Du fait qu'il expose moins

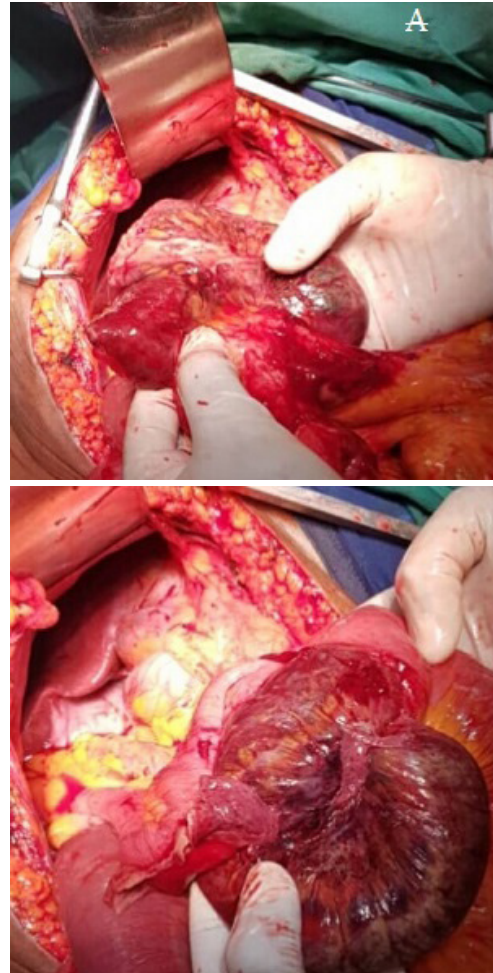
souvent à des complications chirurgicales, celles-ci peuvent passer inaperçues et menacer gravement le pronostic vital du patient lorsqu'elles surviennent.

Nous rapportons une évolution fatale d'un syndrome de *Chilaïditi* compliqué d'un volvulus du grêle avec défaillance multiviscérale d'évolution précoce fatale. Nous exposons les difficultés diagnostiques et expliquons le traitement chirurgical réalisé.

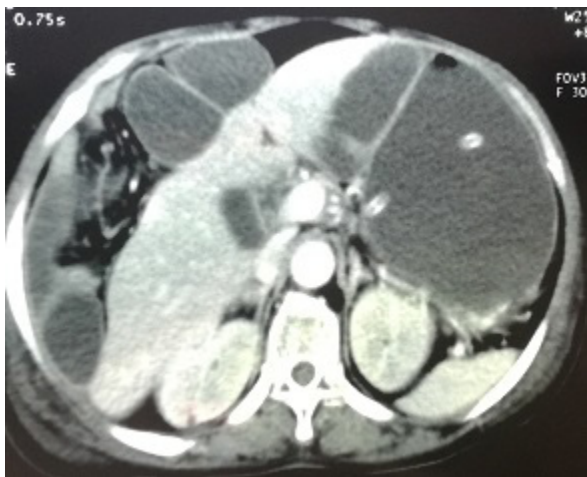
**OBSERVATION**

Une patiente de 67 ans, diabétique de type 2, hypertendue, constipée chronique a été admise en réanimation pour un diabète décompensé et une altération rapide de l'état général. La symptomatologie aurait débutée 4 jours plus tôt par des douleurs abdominales progressives, intenses, siégeant à l'hypochondre droit, à type de torsion, persistantes, associées à des nausées, des vomissements, à un météorisme discret et à un arrêt des matières sans arrêt des gaz, ni altération de l'état général. La consultation dans un premier centre de santé avait conclu à un diabète décompensé avec une hyperglycémie à 3g/l associée à une poussée hypertensive. L'absence d'amélioration clinique sous traitement médical et la survenue d'une défaillance multiviscérale associant une détresse respiratoire, une insuffisance rénale fonctionnelle et une obnubilation non fébrile ont motivé son transfert dans un service de réanimation. Un avis chirurgical avait conclu à une occlusion intestinale. La tomodensitométrie abdominale avait montré une dilatation des anses grêles. Ces anses grêles étaient anormalement interposées entre un foie atrophique et l'hémi-diaphragme droit traduisant un syndrome de *Chilaiditi* compliqué d'occlusion intestinale (Figure 1).

en peropératoire (Figure 2, A et B). Une résection du segment iléal nécrosé suivie de la confection d'une iléostomie bitubulaire fut réalisée par voie laparotomique. Les suites opératoires ont été marquées par une aggravation de la défaillance multiviscérale suivie du décès à J7.



**Figure 2** : Vues opératoires A : anses grêles incarcerated entre le foie et le diaphragme B : Nécrose segmentaire du grêle après désincarcération des anses / Operative views A: small bowel trapped between the liver and the diaphragm - B: Segmental necrosis of the small bowel after extrication



**Figure 1** : Tomodensitométrie en coupe axiale montrant des anses grêles dilatées interposées entre le foie et le diaphragme / Axial contrast-enhanced CT image showing the dilated small bowel interposed between the liver and the diaphragm.

Une nécrose iléale segmentaire, secondaire à un volvulus du grêle due à des adhérences entre les anses interposées dans l'espace inter-hépto-diaphragmatique fut découverte

## DISCUSSION

Le syndrome de *Chilaiditi* est plus fréquent chez les hommes avec un ratio de 4 qui contraste avec notre cas clinique et son incidence augmente avec l'âge<sup>[2]</sup>. Des facteurs congénitaux et acquis tels qu'un diaphragme haut situé, un dolichocolon, une ptose du foie, une absence ou une laxité des ligaments fixateurs du foie ou de l'angle colique droit ainsi qu'une perte importante de poids, un foie atrophique ou certaines chirurgies hépatiques ont été évoqués pour expliquer sa survenue. Dans notre cas, l'âge et l'atrophie hépatique pourraient en être la cause. La surélévation de l'hémi-coupole diaphragmatique droite au dessus du foie par les anses intestinales distendues créant un pseudo-pneumopéritoine droit associé à un abaissement en dessous du niveau de l'hémi-coupole diaphragmatique gauche du bord supérieur du foie permet d'en faire le diagnostic sur un cliché de l'abdomen sans préparation de face debout<sup>[3]</sup>. Ce pseudo-pneumopéritoine droit est le piège diagnostic classique du syndrome de *Chilaiditi* car pouvant masquer un authentique pneumopéritoine. Cependant son diagnostic classiquement aisé à l'imagerie a été retardé par l'impossibilité de réaliser le cliché de l'abdomen sans préparation, face debout en raison de la décompensation bruyante du diabète et du mauvais état clinique de la patiente ; finalement, la tomodensitométrie

abdominale a permis d'en faire le diagnostic et de relier l'état clinique de la patiente à une occlusion intestinale compliquant un syndrome de *Chilaiditi*.

Le traitement du syndrome de *Chilaiditi* est souvent médical associant une hydratation et l'administration de laxatifs. Il nécessite un geste chirurgical que dans 26% des cas selon Saber<sup>[4]</sup>. Notamment en cas d'occlusion intestinale comme rapporté chez notre patiente et qui pourrait être favorisée par les adhérences intestinales constatées lors de la chirurgie. Une iléostomie bitubulaire a été confectionnée chez notre patiente après la résection intestinale en raison du choc hypovolémique et de la défaillance multiviscérale qui expose à une fistule anastomotique. En absence de nécrose ou d'adhérences intestinales, une hépatopexie aurait pu être réalisée. En dehors de la laparotomie qui a été réalisée par notre équipe, la chirurgie mini-invasive a été également utilisée pour traiter les complications chirurgicales du syndrome de *Chilaiditi*<sup>[5]</sup>. L'évolution postopératoire dépend du terrain et des lésions constatées. Elle a été fatale dans notre cas du fait d'un terrain débilité.

## CONCLUSION

Le syndrome de *Chilaiditi* est rare et le plus souvent méconnu. Ses complications chirurgicales quoique rares peuvent être mortelles d'où la nécessité de les évoquer et de les

rechercher devant toutes douleurs aiguës de l'hypochondre droit associées à des niveaux hydroaériques coliques ou grêliques sous phréniques droits.

**Design de l'étude :** Kassi Assamoi Brou Fulgence

**Collection des données :** Thomas Helen, Kassi Assamoi Brou Fulgence

**Écriture :** Kassi Assamoi Brou Fulgence

**Correction :** Yenon Kacou Sebastien, Kassi Assamoi Brou Fulgence

## RÉFÉRENCES

- 1- Chilaiditi D.** On the question of hepatoptosis ptosis and generally in the exclusion of three cases of temporary partial liver displacement. Fortschr Geb Röntgenstr Nuklearmed . 1910 ; 11 : 173-208.
- 2-Yin AX, Park GH, Garnett GM, Balfour JF.** Chilaiditi syndrome precipitated by colonoscopy: a case report and review of the literature. Hawaii J Med Public Health 2012; **71**: 158-62.
- 3-Gupta PP, Agarwal D.** Medical image: Chilaiditi syndrome. N Z Med J. 2011;124(1345):81-3.

- 4- Saber AA, Boros MJ.** Chilaiditi's syndrome: what should every surgeon know? *Am Surg* 2005; **71**: 261-263

- 5-Takahashi K, Ito H, Katsube T, Tsuboi A et al.** Treatment of Chilaiditi syndrome using laparoscopic surgery. *Asian J Endosc Surg* 2017; **10**: 63-65 .