

UNE CAUSE RARE D'OCCLUSION MECANIQUE DU GRELE A CASE OF MECHANIC OCCLUSION OF SMALL BOWEL

ASSOHOUN KT, KOFFI GM, COULIBALY A, SORO KG, SOUNKERE M, EHUA S.

Service de chirurgie generale et digestive CHU de Yopougon

Correspondance : Docteur ASSOHOUN K. Toussaint,
Service de Chirurgie Générale et Digestive,
Département des Maladies de l'Appareil Digestif
(UFR des Sciences Médicales d'Abidjan)
21 BP 4556 Abidjan – Côte d'Ivoire
Email : assohoun_toussaint@yahoo.fr

RESUME

Introduction. L'appendicite aigüe est une affection fréquente qui peut poser des problèmes diagnostiques surtout dans les formes atypiques.

Cas clinique. Les auteurs rapportent un cas rare d'une occlusion mécanique du grêle causée par une appendicite aigue compliquée, qui a posé des difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Mots-clés : Appendicite aigue, Occlusion mécanique, Grêle.

SUMMARY

Introduction. Acute appendicitis is frequent who can pose diagnostic problem especially in non typical form.

Case report. The authors report a case of mechanic occlusion of small bowel caused by complicate acute appendicitis, about a case who bring about diagnostic et therapeutic difficult.

Key words: Acute appendicitis, Mechanic occlusion, Small bowel.

INTRODUCTION

L'appendicite aigue est la première cause des urgences chirurgicales abdominales non traumatiques^{1,2,3,4}. Son diagnostic est aisé et repose essentiellement sur l'examen clinique ; dans les formes frustres ou atypiques le praticien a le plus souvent recourt à l'imagerie^{1,2,3,4}.

Parmi ces formes lorsque l'appendicite se situe en position méso-cœliaque elle peut réaliser un tableau d'occlusion mécanique du grêle^{5,6,7,8}. Nous rapportons le cas d'une occlusion mécanique du grêle par strangulation causée par une appendicite aigue atypique.

OBSERVATION

Un patient de 21 ans, avec un épisode de douleur à la fosse iliaque droite survenue 02 semaines auparavant, avait présenté 05 jours avant son admission, des douleurs péri ombilicales à type de crampe sans irradiation, associées à des vomissements alimentaires puis bilieux, un arrêt des matières sans les gaz. Il avait entrepris un traitement parentéral dans un centre de santé communautaire à base d'antalgique et d'antispasmodique qui avait

amendé la symptomatologie. 02 jours plus tard, était survenu un arrêt complet du transit associé à une fièvre et une altération de l'état général avec une exacerbation et diffusion des douleurs à tout l'abdomen. L'examen clinique était en faveur d'une occlusion mécanique du grêle par strangulation ; le scanner abdominal et la radiographie de l'abdomen sans préparation n'avaient pu être réalisés pour des problèmes techniques. L'indication d'une laparotomie en urgence avait été posée encadrée par une réanimation bien conduite (rééquilibrage hydro électrolytique, antibiothérapie, antalgique, sondages). En per opératoire, il s'agissait d'un volvulus de l'iléon terminale avec une nécrose de la zone de striction située à 45 cm de la jonction iléo-caecale ; l'appendice gangrénée mesurait environ 15 cm et cravatait l'iléon en 02 tours de spires dans le sens anti horaire [Figures 1 et 2]. Nous avons réalisé une appendicectomie et une résection anastomose iléo-iléale termino-terminale, avec un drainage de la cavité péritonéale. Les suites opératoires ont été simples sous ceftriaxone 2g/J, métronidasole 1,5g/j, 3 litres de solutés ; le patient était sorti à J6 post opératoire.



Fig. 1 : Nœud iléo-appendiculaire



Fig. 2 : Appendice gangréné estimée à 15cm environ de longueur

COMMENTAIRES

L'appendicite aigüe est la première cause des urgences chirurgicales abdominales non traumatiques^{1,2,3,4}. Son diagnostic est aisé et repose essentiellement sur l'examen clinique ; l'échographie et le scanner abdomino-pelviens ont un intérêt en cas de doute diagnostique favorisé par les positionnements anatomiques variés de l'appendice^{1,2,3,4}. Parmi celles-ci, lorsque l'appendicite se situe en position méso-cœliaque elle peut réaliser un tableau d'occlusion intestinale mécanique du grêle (OMG)^{5,6}. Elles sont généralement causées par une bride, un volvulus, une invagination intestinale aigüe,

un diverticule de Meckel ou une tumeur^{7,8}. En urgence le diagnostic étiologique peut se faire grâce à l'imagerie lorsque le contexte clinique le permet, mais dans certains cas il peut être de découverte per opératoire^{5,6,7,8}. Les OMG de cause appendiculaire sont rares et quelques auteurs relatent uniquement les formes dues à une appendicite méso-cœliaque^{7,8} ; elles réalisent un tableau clinique classique d'occlusion fébrile sans véritable obstacles mécanique sur l'intestin. Chez notre patient l'occlusion mécanique était franche et complète cliniquement; le syndrome infectieux est apparu secondairement due à la nécrose intestinale et la gangrène appendiculaire. La longueur de l'appendice, estimée à 15 cm environ, entraînée dans le processus inflammatoire, pourrait expliquer la strangulation de celle-ci autour de l'iléon terminal. Dans tous les cas l'indication opératoire en urgence s'imposait dans un contexte clinique sans équivoque.

CONCLUSION

Cette observation révèle un double intérêt : une appendicite aigüe atypique et compliquée, de diagnostic peu probable et de pronostic redoutable pour le patient ; associée à un volvulus du grêle par un nœud iléo-appendiculaire rare et de découverte fortuite.

REFERENCES

- Kassi ABF, Yenon KS, Lebeau R, Traoré M, Akpa-Bedi E, Kouassi J-C.** Réalimentation orale précoce versus réalimentation orale classique après appendicectomie pour appendicite aigüe. *Rev Med Brux* 2010;31:509-12.
- Kéli E, Blégolé O, Casanelli J-M, Moussa B, N'Dri J, N'Guessan HA.** Appendicectomie coelioscopique : intérêt diagnostique et thérapeutique. A propos de 150 cas. *Mal Med* 2005;XX,N°1&2.
- Ida M, Von Flüe M.** L'appendicite aigüe aujourd'hui. *Forum med Suisse* 2008;8,24:451-455.
- Valverde A, Slim K, Berdah S.** Par quelle voie d'abord faire une appendicectomie chez un homme jeune ? coelioscopie ou incision de Mac Burney ? *Annales de chirurgie* 2006;131:330-338.
- Schwenter F, Dominguez S, Meier R, Oulhaci-de Sausure W, Gervaz P, Morel P, Platon A.** Occlusion aigüe du grêle : traitement conservateur ou chirurgical ? *Rev Med Suisse* 2011;7:1341-7.
- Blanc C, Poncard M.** Techniques chirurgicales de l'appendicectomie pour appendicite aigüe. *Journal de chirurgie* (2009);146S:S22-S31.
- Brahim G, Hichem H, Farouk S.** Traitement laparoscopique des occlusions mécaniques du grêle. *La Tunisie Médicale* 2011;89:274-7.
- Tresallet C, Roger B, Menegaux F.** Occlusions aigües du grêle de l'adulte. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales-Appareil digestif*, 40-430, 2010.