

Occlusion intestinale aiguë : une cause inhabituelle

Acute intestinal obstruction : an unusual cause

TARCHOULI M.^{1,2}, ESSARGHINI M.^{3,4} et EL KHARRAS A.^{4,5}

¹Service de Chirurgie, 1^{er} Centre médico-chirurgical des FAR, Agadir

²Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès

³Service de Chirurgie viscérale, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

⁴Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, Rabat

⁵Service d'Imagerie Médicale, 1^{er} Centre médico-chirurgical des FAR, Agadir, Maroc

RÉSUMÉ

Le kyste hydatique du mésentère est une forme péritonéale rare de la maladie hydatique qui reste longtemps asymptomatique. Il se caractérise par des signes cliniques non spécifiques secondaires à l'effet de masse lié au développement intrapéritonéal du kyste. Sa découverte à l'occasion d'une occlusion intestinale aiguë est une situation exceptionnelle. L'imagerie médicale, particulièrement la tomographie assistée par ordinateur (TDM), permet de poser le diagnostic avec une sensibilité et une spécificité élevées. Nous rapportons le cas d'une patiente se présentant dans un tableau d'occlusion intestinale aiguë. La TDM abdominale a objectivé un volvulus de l'intestin grêle avec distension des anses intestinales en amont et signes de souffrance pariétale. L'exploration chirurgicale a mis en évidence un kyste hydatique calcifié du mésentère ayant entraîné un volvulus de l'intestin grêle avec nécrose intestinale étendue. Le kyste hydatique du mésentère devrait être inclus dans la liste des étiologies rares du volvulus de l'intestin grêle.

Rev Med Brux ; 41 : 231-234

Doi : 10.30637/2020.19-090

ABSTRACT

Mesenteric hydatid cyst is a rare peritoneal form of hydatid disease that remains asymptomatic for a long time. It presents with nonspecific symptoms due to mass effect of enlarging intraperitoneal cyst and it is exceptionally detected with intestinal obstruction. Medical imaging, especially CT scan, allows accurate diagnosis with high sensitivity and specificity. We report a case of a patient presenting with acute intestinal obstruction. Abdominal CT scan showed a small bowel volvulus with distended intestinal loops and signs of parietal compromise. Surgical exploration revealed a mesenteric calcified hydatid cyst that caused small bowel volvulus with extensive intestinal necrosis. Mesenteric hydatid cyst should be included in the list of rare etiologies of small bowel volvulus.

Rev Med Brux ; 41 : 231-234

Doi : 10.30637/2020.19-090

Key words : intestinal obstruction, volvulus, hydatid cyst, mesentery

INTRODUCTION

L'hydatidose est fréquente dans la région méditerranéenne. Les formes péritonéales, surtout du mésentère, sont rares mais peuvent entraîner des complications graves compromettant le pronostic vital du patient. Restant longtemps asymptomatiques, leur découverte à l'occasion d'une occlusion intestinale aiguë est une situation exceptionnelle. Nous rapportons ici le cas d'un kyste hydatique du mésentère découvert dans un tableau d'une occlusion intestinale aiguë secondaire à un volvulus de l'intestin grêle.

OBSERVATION CLINIQUE

Une patiente âgée de 72 ans, opérée il y a 12 ans d'un kyste hydatique hépatique, s'est présentée aux urgences pour des douleurs abdominales diffuses évoluant depuis 24 h, accompagnées de vomissements avec arrêt des matières et des gaz. L'examen clinique met en évidence une distension abdominale modérée et asymétrique, une sensibilité abdominale diffuse avec la palpation au niveau de la région sous ombilicale d'une masse de forme arrondie, de consistance dure, bien limitée et mobile par rapport aux plans profond et superficiel. Le toucher rectal a objectivé une ampoule rectale vide. Le bilan biologique a révélé une hyperleucocytose à 15300 éléments/mm³ et une CRP élevée à 79 mg/l (valeur normale < 6 mg/l).

La tomodensitométrie (TDM) abdominopelvienne était en faveur d'un volvulus de l'intestin grêle avec distension de plusieurs segments intestinaux d'amont et des signes de souffrance pariétale (figure 1). La zone de striction intestinale était au contact d'une formation arrondie mesurant 7 cm de diamètre, à paroi épaissie et calcifiée et à contenu hétérogène ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste. Cette formation, de localisation intrapéritonéale pelvienne, était fort suggestive d'un kyste hydatique calcifié (figure 2). Il n'y avait pas de signes d'épanchement intrapéritonéal, de perforation intestinale ou de récurrence de kyste hydatique hépatique. Les poumons étaient d'aspect normal à la radiographie thoracique. La sérologie hydatique n'a pas été demandée dans ce contexte d'urgence.

La laparotomie effectuée en urgence a confirmé le volvulus de l'intestin grêle, réalisant 2 tours de spire autour d'une volumineuse masse de consistance pierreuse développée aux dépens du mésentère. Ce volvulus avait induit une nécrose étendue des anses intestinales distales sur environ 180 cm de longueur et un épanchement péritonéal de faible abondance (figure 3). L'exploration de toute la cavité abdominale n'a pas objectivé d'autre localisation kystique intrapéritonéale. Une résection intestinale emportant tout le grêle nécrosé et la masse mésentérique a été réalisée suivie d'une double stomie iléale au niveau de la fosse iliaque droite. Les suites opératoires étaient simples et la patiente a quitté l'hôpital après 4 jours d'hospitalisation. Un rétablissement de continuité digestive a été réalisé 3 mois plus tard avec une bonne évolution postopératoire. L'étude histologique de la pièce opératoire a confirmé la nature hydatique du kyste mésentérique.

Figure 1

Coupe axiale de la TDM abdominale injectée passant dans le plan sous ombilical montrant une structure tissulaire en spirale rappelant le signe du « Tourbillon » (flèche bleue), en faveur d'un volvulus de l'intestin grêle. Cette structure est responsable d'une distension intestinale avec présence d'une pneumatose pariétale (flèche rouge) et le « Feces signe » (cercle blanc) faisant suspecter une occlusion intestinale avec souffrance pariétale.

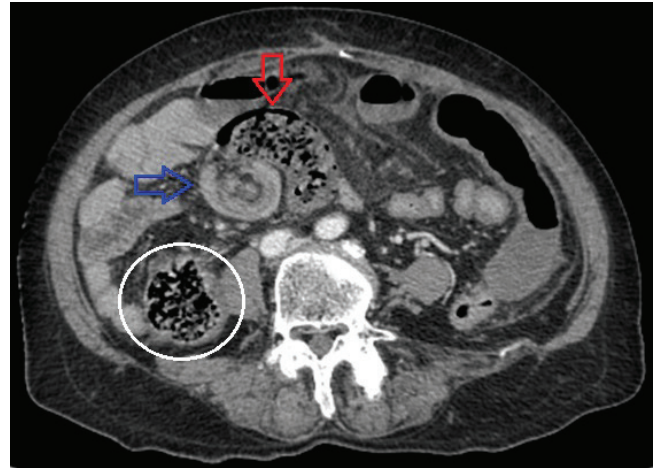
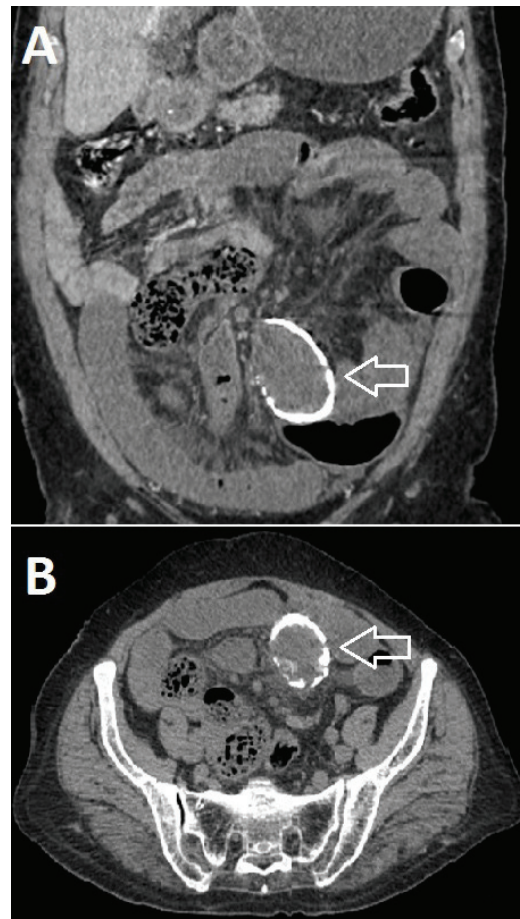
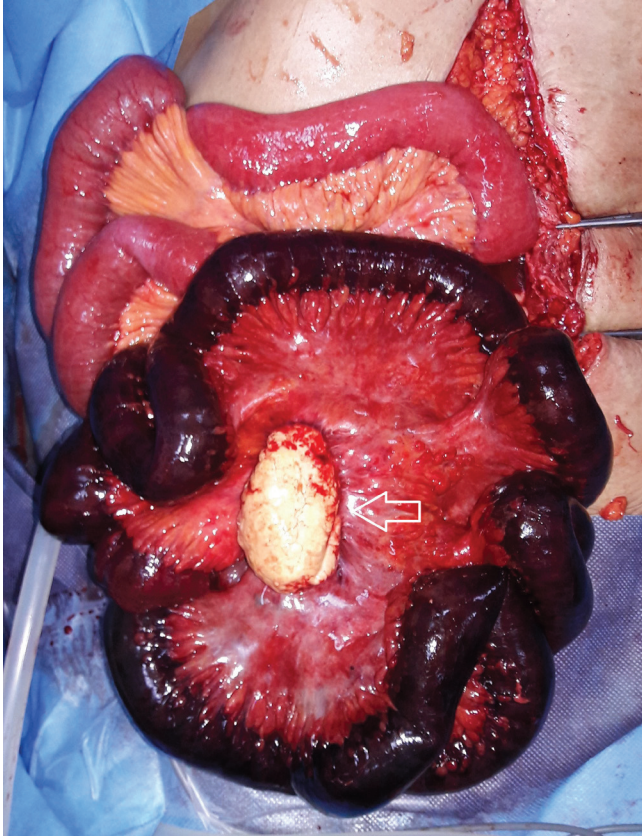


Figure 2

Images de la TDM abdominale montrant sur une coupe coronale (A) et une coupe axiale pelvienne (B), une formation arrondie à paroi épaissie et calcifiée et à contenu hétérogène (flèche blanche) en contact intime avec le mésentère et la zone de striction intestinale.



Vue peropératoire après détorsion du volvulus montrant la nécrose intestinale étendue et la masse à paroi calcifiée (flèche blanche) développée au dépend du mésentère.



DISCUSSION

L'hydatidose est une affection parasitaire cosmopolite encore endémique dans les pays du pourtour méditerranéen. Elle est causée par la forme larvaire de l'*Echinococcus granulosus* et touche principalement le foie et le poumon.

La localisation péritonéale est rare avec une fréquence variant entre 5 et 16 %^{1,2}. Elle peut être primitive ou secondaire. La forme primitive, exceptionnelle, se fait par contamination hémotogène. La forme secondaire est due à une rupture d'un kyste hydatidique viscéral, spontanée ou provoquée par un effort ou un traumatisme abdominal. Elle peut être également secondaire à une contamination peropératoire par une fuite du liquide du kyste du fait d'une protection insuffisante du champ opératoire ou d'une inefficacité de la solution scolicide^{3,4}.

En cas de localisation péritonéale, les manifestations cliniques sont dues à un effet de masse lié au développement intra-abdominal du kyste. La croissance du kyste péritonéal est généralement lente et progressive expliquant que la maladie peut rester asymptomatique pendant des années. Les signes cliniques sont ainsi non spécifiques et sont dominés par les douleurs abdominales atypiques et les masses abdominales palpables. Les phénomènes compressifs, à type d'occlusion intestinale, d'hypertension portale, d'ictère

réentionnel ou de compression urinaire peuvent être une circonstance de découverte^{1,5}. Ils dépendent du siège de la masse hydatique.

Les examens morphologiques sont d'une importance capitale dans la prise en charge de l'hydatidose péritonéale. L'échographie, souvent demandée en première intention, permet de confirmer le diagnostic avec une sensibilité élevée allant de 90 % à 100 % surtout pour les vésicules endokystiques et les décollements de membranes. En revanche, la TDM réalise une analyse optimale des lésions calcifiées et des rapports des kystes avec les différentes structures urinaires et vasculaires. Elle recherche d'autres localisations intrapéritonéales et offre ainsi un bilan topographique précis et fiable permettant à l'équipe chirurgicale de tracer une tactique opératoire pertinente^{2,6}. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est indiquée qu'en cas de complications biliaires ou vasculaires^{6,7}. Plusieurs auteurs ont proposé des classifications basées initialement sur l'échographie, mais reproductibles aussi sur les données de la TDM ou de l'IRM. La classification de Gharbi *et al.*, largement utilisée dans la pratique courante, décrit 5 stades évolutifs en fonction de l'échostructure du contenu kystique, de la présence de membrane flottante, de vésicules filles ou de calcifications pariétales⁸. La sérologie hydatidique peut être intéressante en cas de doute diagnostique et surtout pour l'évaluation de l'efficacité thérapeutique des kystes hydatiques opérés^{9,10}.

Le traitement de l'hydatidose péritonéale est essentiellement chirurgical. La laparotomie médiane est la voie d'abord la plus utilisée, permettant une exploration complète de la cavité péritonéale et une exposition aisée de tous les kystes hydatiques. Le geste opératoire dépend essentiellement du nombre, du siège et des rapports des lésions kystiques. La kystectomie totale permet l'éradication du kyste hydatique, réduisant ainsi le risque de récurrence^{4,11}. La résection du dôme saillant avec stérilisation de la cavité résiduelle est la technique de choix en cas de kyste profond au voisinage des viscères ou des vaisseaux. Ces rapports dangereux forcent les chirurgiens à éviter la kystectomie totale qui comporte le risque de lésions iatrogènes graves^{12,13}. Le traitement médical par albendazole est préconisé dans les cas inopérables et en complément de la chirurgie^{14,15}.

Le volvulus de l'intestin grêle chez l'adulte est une pathologie très rare. Il existe deux catégories principales, le volvulus primitif ou secondaire. Le volvulus primitif est défini comme la torsion d'un segment de l'intestin grêle et son mésentère sans cause sous-jacente évidente, cependant le volvulus secondaire survient en présence d'une affection acquise, telle que la malrotation intestinale congénitale, des adhérences postopératoires, des tumeurs ou une maladie diverticulaire^{16,17}. Bien qu'exceptionnelle, une grande masse mésentérique peut pivoter et s'accompagner d'un volvulus de l'intestin grêle^{14,18}. Le tableau clinique souvent atypique peut être responsable d'un retard diagnostique et expose ainsi le malade à des complications graves potentiellement mortelles. C'est bien le cas chez notre patiente dont les antécédents chirurgi-

caux sont en faveur d'un kyste hydatique du mésentère secondaire à une contamination péroopératoire. L'évolution insidieuse de ce kyste était responsable de

la formation d'une volumineuse masse calcifiée ayant engendré la torsion intestinale avec strangulation vasculaire, ischémie puis nécrose intestinale étendue.

CONCLUSION

Chez l'adulte, le kyste hydatique du mésentère devrait être inclus dans la liste des étiologies rares du volvulus de l'intestin grêle. Un diagnostic précoce et une intervention rapide sont obligatoires pour prévenir l'ischémie et la nécrose intestinale, qui est associée à une morbidité et une mortalité élevées. L'évaluation radiologique, et en particulier avec la TDM, est essentielle pour établir le diagnostic préopératoire et prévoir une tactique chirurgicale adéquate.

Conflits d'intérêt : néant

BIBLIOGRAPHIE

1. El Mansari O, Zentar A, Sair K, Sakit F, Bounaim A, Janati IM. L'hydatidose péritonéale. A propos de 12 cas. *Ann Chir.* 2000;125(4):353-7.
2. Louzi A, Jgounni R, Narjis Y, Benelkhaiat RB, Finech B, El Idrissi Dafali A. L'hydatidose péritonéale. A propos de 27 cas. *J Afr Hépatol Gastroentérol.* 2011;5(4):303-7.
3. Dirican A, Yilmaz M, Unal B, Tatli F, Piskin T, Kayaalp C. Ruptured Hydatid Cysts into the Peritoneum: A Case Series. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2010;36(4):375-9.
4. Majbar MA, Souadka A, Sabbah F, Raiss M, Hrra A, Ahalat M. Peritoneal echinococcosis: anatomoclinical features and surgical treatment. *World J Surg.* 2012;36(5):1030-5.
5. Tajdine MT, Daali M. Kyste hydatique pelvien isole: à propos de 1 cas pédiatrique. *Arch Pediatr.* 2007;14(11):1367-8.
6. Benhamiche H, Sottier D, Funes De La Vega M, Cuisenier B, Mejean N, Krausé D. Hydatidose péritonéale secondaire à la rupture d'un kyste hydatique hépatique. *J Radiol Diagn Interv.* 2013;94(11):1156-9.
7. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid disease from head to toe. *Radiographics.* 2003;23(2):475-94; quiz 536-7.
8. Gharbi HA, Hassine W, Abdeselem K. L'hydatidose abdominale à l'échographie. Réflexions et aspects particuliers (Echinococcus granulosus). *Ann Radiol.* 1985;28(1):31-4.
9. Biava MF, Kures L. Diagnostic biologique des echinococcoses. *Rev Prat.* 1990;40(3):201-4.
10. Cesbron JY, Capron M, Capron A. Le diagnostic immunologique de l'hydatidose humaine. *Gastroenterol Clin Biol.* 1986;10(5):415-8.
11. Moujahid M, En-nafaa I, Serghini I, Nadour K, Tahiri M. Primitive Peritoneal Hydatid Calcified Cyst-A Case Report. *Int J Clin Med.* 2014;5:440-3.
12. Benamr S, Mohammadine E, Essadel A, Lahlou K, Taghy A, Chad B *et al.* L'hydatidose péritonéale secondaire : mise au point à propos d'une série de 50 cas. *Med Maghreb.* 2000;15(82):15-20.
13. Sastre B, Sielezneff I, Agostini S, Dumon H, Arnaud A. Diagnostic et traitement d'un kyste hydatique du foie. *Rev Prat.* 1990;40(3):205-13.
14. Bouassria A, Mazine K, Elbouhaddouti H, Mouaqit O, Ousadden A, Mazaz K *et al.* Volvulus grelique sur hydatidose péritoneale: une cause rare d'occlusion. *Pan Afr Med J.* 2014;18:79.
15. De Rosa F, Teggi A. Treatment of Echinococcus granulosus hydatid disease with albendazole. *Ann Trop Med Parasitol.* 1990;84(5):467-72.
16. Bauman ZM, Evans CH. Volvulus. *Surg Clin North Am.* 2018;98(5):973-93.
17. Welch GH, Anderson JR. Volvulus of the small intestine in adults. *World J Surg.* 1986;10(3):496-500.
18. Jouini R, Krichene I, Hidouri S, Maazoun K, Nouri A. Kyste mésenterique calcifié compliqué de volvulus intestinal. *Presse Med.* 2009;38(10):e25-6.

Travail reçu le 27 décembre 2019 ; accepté dans sa version définitive le 23 mars 2020.

CORRESPONDANCE

M. TARCHOULI
Service de Chirurgie
1er Centre Médico-Chirurgical des FAR
Agadir, Maroc
E-mail : mtarchouli@gmail.com