

ANNEE: 2010

THESE N°: 44

VOLVULUS DU CAECUM :
A PROPOS DE 03 CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle Lamiae TALIOUA

Née le 13 Juin 1984 à Salé

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Volvulus du caecum – Occlusion – Nécrose – Traitement.

JURY

Mr. A. ERROUGANI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. M. AMRAOUI

Professeur de Chirurgie Générale

Mr. H. EL ALAMI EL FARICHA

Professeur de Chirurgie Générale

Mme. S. BOUKALATA

Professeur Agrégé de Radiologie

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

JUGES

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت العليم
الحكيم



DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Ahdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Naima LAHBABI-AMRANI
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur Mohammed BENABDELLAH

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader Pathologie Chirurgicale

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss* Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Ahdelmalek Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima Pédiatrie

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
18. Pr. HAMMANI Ahmed*
19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
20. Pr. SBIHI Ahmed
21. Pr. TAOBANE Hamid*

Mai et Novembre 1982

22. Pr. ABROUQ Ali*
23. Pr. BENOMAR M'hammed
24. Pr. BENSOUDA Mohamed
25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
27. Pr. JIDAL Bouchaib*
28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Novembre 1983

29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
30. Pr. BALAFREJ Amina
31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Décembre 1984

34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
38. Pr. NAJI M'Barek *
39. Pr. SETTAF Abdellatif

Novembre et Décembre 1985

40. Pr. BENJELLOUN Halima
41. Pr. BENS Aid Younes
42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
43. Pr. IHRAI Hssain *
44. Pr. IRAQI Ghali
45. Pr. KZADRI Mohamed

Janvier, Février et Décembre 1987

46. Pr. AJANA Ali
47. Pr. AMMAR Fanid
48. Pr. CHAHED OUAZZANI ép. TAOBANE Houria
49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
50. Pr. EL HAITEM Naïma
51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
54. Pr. LACHKAR Hassan

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

Décembre 1988

57. Pr. BENMAMOUCHE Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Nouredine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNAOUI Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH Pédiatrique
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZZAZ Abdellah*

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUDA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
97. Pr. KHATTAB Mohamed
98. Pr. NEJMI Maati
99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Médecine Interne
Neurologie

Chirurgie Pédiatrique

Radiologie

Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Cardiologie

Chirurgicale

Médecine Interne

Médecine Interne

Oto-Rhino-Laryngologie

Radiologie

Cardiologie

Pathologie Chirurgicale

Pathologie Chirurgicale

Pédiatrique

Médecine-Interne

Urologie

Gynécologie -Obstétrique

Anatomie-Pathologique

Neurologie

Dermatologie

Anesthésie Réanimation

Ophthalmologie

Anatomie-Pathologique

Anesthésie Réanimation

Anesthésie Réanimation

Néphrologie

Chirurgie Générale

Hématologie

Chirurgie Générale

Pharmacie galénique

Ophthalmologie

Gynécologie Obstétrique

Biochimie et Chimie

Ophthalmologie

Pharmacologie

Histologie Embryologie

Psychiatrie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Anesthésie-Réanimation

Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

achida

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

- 102. Pr. AHALLAT Mohamed
- 103. Pr. BENOUDA Amina
- 104. Pr. BENSOUA Adil
- 105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
- 106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
- 107. Pr. CHAKIR Nouredine
- 108. Pr. CHRAIBI Chafiq
- 109. Pr. DAOUDI Rajae
- 110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
- 111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
- 112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
- 113. Pr. FELLAT Rokaya
- 114. Pr. GHAFIR Driss*
- 115. Pr. JIDDANE Mohamed
- 116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
- 117. Pr. TAGHY Ahmed
- 118. Pr. ZOUHDI Mimoun

- Chirurgie Générale
- Microbiologie
- Anesthésie Réanimation
- Radiologie
- Gastro-Entérologie
- Radiologie
- Gynécologie Obstétrique
- Ophthalmologie
- Gynécologie Obstétrique
- Anesthésie Réanimation
- Neurochirurgie
- Cardiologie
- Médecine Interne
- Anatomie
- Gynécologie Obstétrique
- Chirurgie Générale
- Microbiologie

Mars 1994

- 119. Pr. AGNAOU Lahcen
- 120. Pr. AL BAROUDI Saad
- 121. Pr. ARJI Moha*
- 122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
- 123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
- 124. Pr. BENJELLOUN Samir
- 125. Pr. BENRAIS Nozha
- 126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
- 127. Pr. CAOUI Malika
- 128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
- 129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
- 130. Pr. EL AOUDAJ Rajae
- 131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
- 132. Pr. EL HASSANI My Rachid
- 133. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
- 134. Pr. EL KIRAT Abdelmjid*
- 135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
- 136. Pr. ESSAKALI Malika
- 137. Pr. ETTAYEBI Fouad
- 138. Pr. HADRI Larbi*
- 139. Pr. HDA Ali*
- 140. Pr. HASSAM Badredine
- 141. Pr. IFRINE Lahssan
- 142. Pr. JELTHI Ahmed
- 143. Pr. MAHFOUD Mustapha
- 144. Pr. MOUDENE Ahmed*
- 145. Pr. MOSSERDAQ Rachid*
- 146. Pr. OULBACHA Said
- 147. Pr. RHRAB Brahim

- Ophthalmologie
- Chirurgie Générale
- Anesthésie Réanimation
- Ophthalmologie
- Radiothérapie
- Chirurgie Générale
- Biophysique
- Pédiatrie
- Biophysique
- Endocrinologie et Maladies Métabolique
- Gynécologie Obstétrique
- Immunologie
- Traumatologie Orthopédie
- Radiologie
- Médecine Interne
- Chirurgie Cardio- Vasculaire
- Chirurgie Générale
- Immunologie
- Chirurgie Pédiatrique
- Médecine Interne
- Médecine Interne
- Dermatologie
- Chirurgie Générale
- Anatomie Pathologique
- Traumatologie Orthopédie
- Traumatologie Orthopédie
- Neurologie
- Chirurgie Générale
- Gynécologie Obstétrique

Mars 1994

- 150. Pr. **ABBAR Mohamed***
- 151. Pr. **ABDELHAK M'barek**
- 152. Pr. **BELAIDI Halima**
- 153. Pr. **BARHMI Rida Slimane**
- 154. Pr. **BENTAHILA Abdelali**
- 155. Pr. **BENYAHIA Mohammed Ali**
- 156. Pr. **BERRADA Mohamed Saleh**
- 157. Pr. **CHAMI Ilham**
- 158. Pr. **CHERKAOUI Lalla Ouafae**
- 159. Pr. **EL ABBADI Najia**
- 160. Pr. **HANINE Ahmed***
- 161. Pr. **JALIL Abdelouahed**
- 162. Pr. **LAKHDAR Amina**
- 163. Pr. **MOUANE Nezha**

Mars 1995

- 164. Pr. **ABOUQUAL Redouane**
- 165. Pr. **AMRAOUI Mohamed**
- 166. Pr. **BAIDADA Abdelaziz**
- 167. Pr. **BARGACH Samir**
- 168. Pr. **BELLAHNECH Zakaria**
- 169. Pr. **BEDDOUCHE Amograne***
- 170. Pr. **BENAZZOUZ Mustapha**
- 171. Pr. **CHAARI Jilali***
- 172. Pr. **DIMOU M'barek***
- 173. Pr. **DRISSI KAMILI Mohammed Nordine***
- 174. Pr. **EL MESNAOUI Abbes**
- 175. Pr. **ESSAKALI HOUSSYNI Leila**
- 176. Pr. **FERHATI Driss**
- 177. Pr. **HASSOUNI Fadil**
- 178. Pr. **HDA Abdelhamid***
- 179. Pr. **IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed**
- 180. Pr. **IBRAHIMY Wafaa**
- 182. Pr. **BENOMAR ALI**
- 183. Pr. **BOUGTAB Abdesslam**
- 184. Pr. **ER RIHANI Hassan**
- 185. Pr. **EZZAITOUNI Fatima**
- 186. Pr. **KABBAJ Najat**
- 187. Pr. **LAZRAK Khalid (M)**
- 188. Pr. **OUTIFA Mohamed***

Décembre 1996

- 189. Pr. **AMIL Touriya***
- 190. Pr. **BELKACEM Rachid**
- 191. Pr. **BELMAHI Amin**
- 192. Pr. **BOULANOUAR Abdelkrim**
- 193. Pr. **EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan**
- 194. Pr. **EL MELLOUKI Ouafae***

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Urologie
Chirurgie - Pédiatrie
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophthalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie

Médecine Interne

Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophthalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie

Radiologie

Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Radiologie

Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophthalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie

- 198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
- 199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
- 200. Pr. MOULINE Soumaya
- 201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
- 202. Pr. OUZEDDOUN Naima
- 203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

- 204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
- 205. Pr. BEN AMAR Abdesselem
- 206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
- 207. Pr. BIROUK Nazha
- 208. Pr. BOULAICH Mohamed
- 209. Pr. CHAOUIR Souad*
- 210. Pr. DERRAZ Said
- 211. Pr. ERREIMI Naima
- 212. Pr. FELLAT Nadia
- 213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
- 214. Pr. HAIMEUR Charki*
- 215. Pr. KADDOURI Nouredine
- 216. Pr. KANOUNI NAWAL
- 217. Pr. KOUTANI Abdellatif
- 218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
- 219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
- 220. Pr. NAZZI M'barek*
- 221. Pr. OUAHABI Hamid*
- 222. Pr. SAFI Lahcen*
- 223. Pr. TAOUFIQ Jallal
- 224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

- 225. Pr. BENKIRANE Majid*
- 226. Pr. KHATOURI Ali*
- 227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Novembre 1998

- 228. Pr. AFIFI RAJAA
- 229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
- 230. Pr. ALOUANE Mohammed*
- 231. Pr. LACHKAR Azouz
- 232. Pr. LAHLOU Abdou
- 233. Pr. MAFTAH Mohamed*
- 234. Pr. MAHASSINI Najat
- 235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
- 236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
- 237. Pr. NASSIH Mohamed*
- 238. Pr. RIMANI Mouna
- 239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Gynécologie – Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.R.L.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

242. Pr. BENCHERIF My Zahid
243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANY Azzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*
255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufous
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
280. Pr. AOUAD Aicha
281. Pr. BALKHI Hicham*
282. Pr. BELMEKKI Mohammed
283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda
286. Pr. BENELBARHDADI Imane

- Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

- Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

- Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie

290. Pr. BERRADA Rachid
291. Pr. BEZZA Ahmed*
292. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
295. Pr. CHAT Latifa
296. Pr. CHELLAOUI Mounia
297. Pr. DAALI Mustapha*
298. Pr. DRISSE Sidi Mourad*
299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
300. Pr. EL HIJRI Ahmed
301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
302. Pr. EL MADHI Tarik
303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
304. Pr. EL OUNANI Mohamed
305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
306. Pr. ETTAIR Said
307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
308. Pr. GOURINDA Hassan
309. Pr. HRORA Abdelmalek
310. Pr. KABBAJ Saad
311. Pr. KABIRI El Hassane*
312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
313. Pr. LEKEHAL Brahim
314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
315. Pr. MEDARHRI Jalil
316. Pr. MIKDAME Mohammed*
317. Pr. MOHSINE Raouf
318. Pr. NABIL Samira
319. Pr. NOUINI Yassine
320. Pr. OUALIM Zouhir*
321. Pr. SABBAA Farid
322. Pr. SEFIANI Yasser
323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
326. Pr. AMEUR Ahmed*
327. Pr. AMRI Rachida
328. Pr. AOURARH Aziz*
329. Pr. BAMOU Youssef *
330. Pr. BELGHITI Laila
331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
332. Pr. BENBOUAZZA Karima
333. Pr. BENZEKRI Laila
334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
335. Pr. BERADY Samy*
336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
337. Pr. BICHA Mohamed Zakarya
338. Pr. CHOHO Abdelkrim *

Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie

Radiologie

Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Urologie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Gynécologie Obstétrique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Rhumatologie

Dermatologie
Gastro – Enterologie
Médecine Interne
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale

342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
344. Pr. EL MANSARI Omar*
345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
347. Pr. HADDOUR Leila
348. Pr. HAJJI Zakia
349. Pr. IKEN Ali
350. Pr. ISMAEL Farid
351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
352. Pr. KRIOULE Yamina
353. Pr. LAGHMARI Mina
354. Pr. MABROUK Hfid*
355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
359. Pr. OUJILAL Abdelilah
360. Pr. RACHID Khalid *
361. Pr. RAISS Mohamed
362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
363. Pr. RHOU Hakima
364. Pr. RKIOUAK Fouad*
365. Pr. SIAH Samir *
366. Pr. THIMOU Amal
367. Pr. ZENTAR Aziz*
368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

369. Pr. ABDELLAH El Hassan
370. Pr. AMRANI Mariam
371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
375. Pr. BOULAADAS Malik
376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
377. Pr. CHERRADI Nadia
378. Pr. EL FENNI Jamal*
379. Pr. EL HANCHI Zaki
380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
382. Pr. HACHI Hafid
383. Pr. JABOUIRIK Fatima
384. Pr. KARMANE Abdelouahed
385. Pr. KHABOUZE Samira
386. Pr. KHARMAZ Mohamed
387. Pr. LEZREK Mohammed*
388. Pr. MOUGHIL Said
389. Pr. NAOUMI Asmae*
390. Pr. SAADI Nozha

hair

- Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Néphrologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Chimie Analytique
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

394. Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

395. Pr. ABBASSI Abdelah
396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
398. Pr. ALLALI fadoua
399. Pr. AMAR Yamama
400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
401. Pr. AZIZ Nouredine*
402. Pr. BAHIRI Rachid
403. Pr. BARAKAT Amina
404. Pr. BENHALIMA Hanane
405. Pr. BENHARBIT Mohamed
406. Pr. BENYASS Aatif
407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
408. Pr. BOUKALATA Salwa
409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
412. Pr. HAJJI Leila
413. Pr. HESSISSEN Leila
414. Pr. JIDAL Mohamed*
415. Pr. KARIM Abdelouahed
416. Pr. KENDOSSI Mohamed*
417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
418. Pr. LYACOUBI Mohammed
419. Pr. NIAMANE Radouane*
420. Pr. RAGALA Abdelhak
421. Pr. REGRAGUI Asmaa
422. Pr. SBIHI Souad
423. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
424. Pr. ZERAIDI Najja

Avril 2006

425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
426. Pr. AFIFI Yasser
427. Pr. AKJOUJ Said*
428. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
430. Pr. BENCHEIKH Razika
431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAOUI Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Ibtissam
439. Pr. FAROUDY Mamoun

Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire

Parasitologie

Rgumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation

- 443. Pr. IDRISS LAHLOU Amine
- 444. Pr. JROUNDI Laila
- 445. Pr. KARMOUNI Tariq
- 446. Pr. KILI Amina
- 447. Pr. KISRA Hassan
- 448. Pr. KISRA Mounir
- 449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
- 450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
- 451. Pr. MANSOURI Hamid*
- 452. Pr. NAZIH Naoual
- 453. Pr; OUANASS Abderrazzak
- 454. Pr. SAFI Soumaya*
- 455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
- 456. Pr. SEFIANI Sana
- 457. Pr. SOUALHI Mouna
- 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
- 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina

* *Enseignants Militaires*

- Urologie
- Médecine Interne
- Anesthésie Réanimation
- Microbiologie
- Radiologie
- Urologie
- Pédiatrie
- Psychiatrie
- Chirurgie – Pédiatrique
- Médecine Interne
- Parasitologie
- Radiothérapie
- O.R.L
- Psychiatrie
- Endocrinologie
- Psychiatrie
- Anatomie Pathologique
- Pneumo-Phtisiologie
- Pneumo-Phtisiologie
- Biochimie
- Pharmacologie
- Histologie – Embryologie
- Chimie Organique et Pharmacie Chimique
- Applications Pharmaceutiques
- Microbiologie
- Chimie Analytique
- Pharmacognosie
- Zootchnie
- Pharmacologie
- Chimie Organique
- Biochimie
- Biochimie
- Pharmacognosie
- Chimie Organique



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DEDICACES

: toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragé

Je dédie cette thèse

A Mes très chers parents

Aucune phrase, aucun mot ne saurait exprimer à sa juste valeur le respect et l'amour que je vous porte.

Vous m'avez entouré d'une grande affection, et vous avez été toujours pour moi un grand support dans mes moments les plus difficiles.

Sans vos précieux conseils, vos prières, votre générosité et votre dévouement, je n'aurais pu surmonter le stress de ces longues années d'études.

Vous m'avez apporté toute la tendresse et l'affection dont j'ai eu besoin. Vous avez veillé sur mon éducation avec le plus grand soin.

 **PDF Complete**
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

pour moi l'exemple de
droiture, de lucidité et de
persévérance.

A travers ce modeste travail, je vous remercie et prie Dieu le tout puissant qu'il vous garde en bonne santé et vous procure une longue vie que je puisse vous combler à mon tour.

Sans vous je ne suis rien. Je vous dois tout.

A mes très chers sœurs et frères

Vous avoir tous à mes côtés est le baume de mon existence.

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et de la gratitude pour

ditionnelle que vous
représentez pour moi.

Je ne saurais exprimer mes sentiments
fraternels et chers que j'éprouve pour
vous tous.

Que Dieu vous protège et consolide
les liens sacrés qui nous unissent.

A la mémoire de mes grands parents
paternels et maternels,

A mes beaux frères Mustapha et
Hamid,

A mes nièces Aya et Hajar, et neveux
Mohammed amine, Othmane et Youssef
que j'aime tellement,

A mes tantes et mes oncles,

A mes cousines et cousins,

A tous les membres de ma famille,
petits et grands

Veillez trouver dans ce modeste
travail l'expression de mon affection la
plus sincère.

ance Chawki et Mounir

Il y a tant de choses à en sécher tout l'encre de ce monde mais aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect et ma profonde affection.

En la mémoire des meilleurs moments qu'on a partagés et les difficultés qu'on a traversées ensemble, vous trouverez ici l'expression de mes sentiments les plus sincères.

Avec tout mon respect d'avoir survécu à ce long et difficile parcours, je vous souhaite un avenir souriant.

**A mes chères Kawtar, Sihame, Safae
et Roua**

Nous voilà arrivées à la fin d'un long et difficile parcours. Vous êtes plus



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

vous êtes des sœurs. Vous étiez toujours présentes pour me soutenir, m'écouter et me gâter, vous m'avez beaucoup aidée, je vous en serai toujours reconnaissante.

Avec mon profond amour je vous dédie ce modeste travail.

rs amies et amis

Libane, Nawar, Abderrahmane, Yassir,
Rachid, Ilyass et Oussama

Je ne peux trouver les mots justes et
sincères pour vous exprimer mon
affection et mes pensées, vous êtes pour
moi des amis sur qui je peux compter.

En témoignage de l'amitié qui nous
unit et des souvenirs de tous les
moments que nous avons passé ensemble,
je vous dédie ce travail et je vous
souhaite une vie pleine de santé et de
bonheur.

To Yumi Kobayashi sensei and Mayumi

Baba Ali sensei



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Thank you enough for
your guidance, support and
understanding.

Teachers like you bring out the best
in others, and you really brought out
the best in me.

Thank you for believing in me.

**timazohra, Imane,
Meryeme, Abdelhamid, Adil, Kamal,
Imad, Mohammed, Nizar, Saito et
Yassine**

Quelques soient mes expressions en ce moment, aucun mot ne saurait exprimer l'estime et le respect que je vous porte.

Vous m'avez appris à rêver et à vivre pour mes rêves, vous m'avez appris que c'est notre feuille blanche et que c'est à nous d'y dessiner notre soleil levant.

Veillez trouver ici, l'hommage de mon affection et ma reconnaissance pour votre amitié qui marquera mes souvenirs.

A Dr. Ahmed



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Je vous dédie ce travail en guise de remerciements pour votre gentillesse et votre bonté avec tous mes vœux de bonheur et de réussite.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Remerciements

**A notre maître président du jury et
rapporteur de thèse**

**Monsieur le Professeur Abdelkader
ERROUGANI**

Professeur de Chirurgie générale

Vous avez bien voulu nous confier ce travail riche d'intérêt et nous guider à chaque étape de sa réalisation.

Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles.

Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse méritent toute admiration.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ns cette occasion pour
vous exprimer notre profonde gratitude
tout en vous témoignant notre respect.

A notre maître et juge de thèse

Madame le Professeur agrégé Salwa

BOUKALATA

Professeur de Radiologie

Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi les membres de notre jury de thèse.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

Veillez nous permettre de vous formuler l'assurance de notre haute



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

t de notre sincère
reconnaissance.



A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur Mohamed

AMRAOUI

Professeur de chirurgie générale

Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les membres de notre jury.

Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos qualités d'enseignant et votre compétence.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur

le professeur EL hassan ELALAMI

ELFARICHA

Professeur de chirurgie générale

Vous avez accepté en toute simplicité de juger ce travail et c'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi notre jury de thèse.

Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.



A Mme le Docteur Rachida MBIDA
Spécialiste en chirurgie viscérale

Nous vous remercions pour votre estimable participation dans l'élaboration de ce travail.

Permettez nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles.

Veillez trouvez ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Sommaire

	6
	8
EMBRYOLOGIE	11
A- Intestin primitif	12
B- Evolution de l'intestin moyen	13
C- Anomalies de l'organogenèse prédisposant au volvulus	19
D- Conclusion	20
RAPPEL ANATOMIQUE	21
A- Le caecum	22
B- Le colon ascendant	26
C- Conclusion	28
PHYSIOPATHOLOGIE	30
A- Facteurs favorisants	31
1- Facteur anatomique congénital	31
2- Facteurs favorisants acquis	32
B- Les différents types de torsion	36
C- Les lésions anatomopathologiques	38
MATERIEL, METHODES ET RESULTATS	39
Observation n°1	40
Observation n°2	41
Observation n°3	44
DISCUSSION	50
I-EPIDEMIOLOGIE	51
A- Fréquence	51
B- Age	52
C- Sexe	52

.....	54
A- Forme type: volvulus aigu du caecum.....	54
B- Volvulus chronique du caecum.....	60
C- Autres formes	61
III- EXAMENS PARACLINIQUES	62
A- Examens radiologiques	62
1- Radiographie de l'abdomen sans préparation	62
2- Lavement aux hydrosolubles	65
3- Tomodensitométrie.....	68
4- Imagerie par résonance magnétique.....	72
B- Biologie.....	72
C- Bilan préopératoire	72
IV- DIAGNOSTIC	73
A- Diagnostic positif.....	73
B- Diagnostic différentiel	74
V- TRAITEMENT	76
A- Traitement médical.....	76
1- Réanimation	76
2- Médicaments	77
B- Traitement non chirurgical.....	77
1- Réduction par le lavement baryté.....	77
2- La colonoscopie.....	78
C- Traitement chirurgical	79
1- Voie d'abord	79
2- Exploration.....	79
3- Méthodes utilisées	81

Observatrices	81
3-2- Méthodes radicales.....	85
3-3- Méthodes laparoscopiques.....	89
D- Indications	90
VI- COMPLICATIONS.....	92
A- Pré-opératoires.....	92
B- Per-opératoires.....	92
C- Post-opératoires	93
VII- PRONOSTIC.....	94
A- Mortalité globale	94
B- Facteurs influençant le pronostic	94
1- Le terrain	94
2- Le type de traitement	94
3- L'état de la paroi caecale.....	96
CONCLUSION.....	97
RESUMES	99
BIBLIOGRAPHIE	103

bréviations

AMG : Arrêt des matières et des gaz

ASP : Abdomen sans préparation

DL : Douleur

IRM : Imagerie par résonance magnétique

NFS : Numération formule sanguine

NHA : Niveau hydroaérique

TCA : Temps de céphaline activée

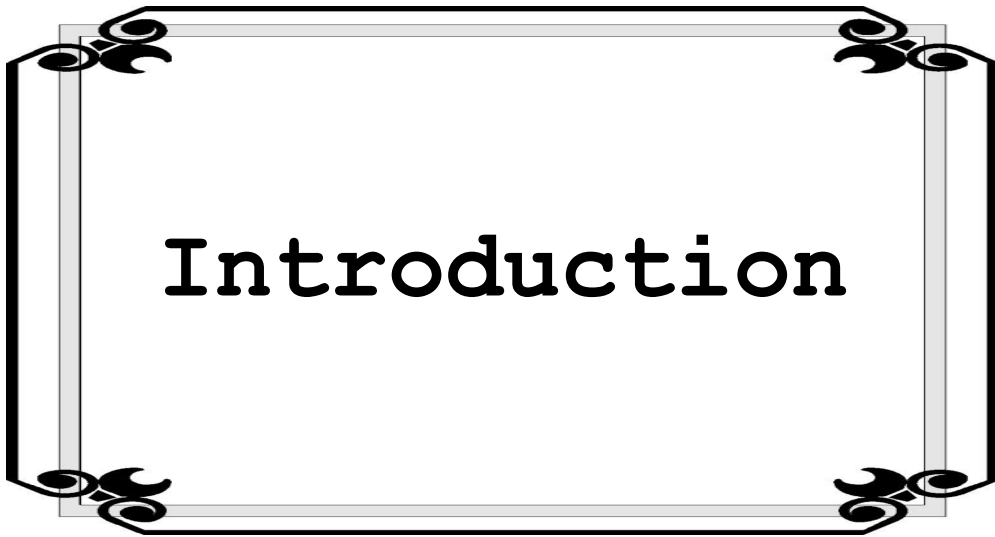
TDM : Tomodensitométrie

TP : Temps de prothrombine



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Introduction

est une cause rare d'occlusion intestinale, représentant 1 à 3% de l'ensemble des cas d'occlusion intestinale aiguë, et 10 à 30% des cas de volvulus du colon.

Il implique une plicature ou une torsion aiguë, ou chronique et récidivante du caecum, entraînant parfois une portion de l'iléon et du colon ascendant, survenant sur un caecum mobile.

La première description a été rapportée par Rokitanski en 1837.

Depuis lors, les publications se sont succédées à la faveur de travaux de chirurgiens, à partir de cas personnels ou regroupés. Elles ont contribué à l'évolution des idées et des théories sur le traitement du volvulus caecal, confirmant l'intérêt d'un diagnostic précoce, d'une intervention rapide seuls garant d'un pronostic favorable quelque soit le terrain.

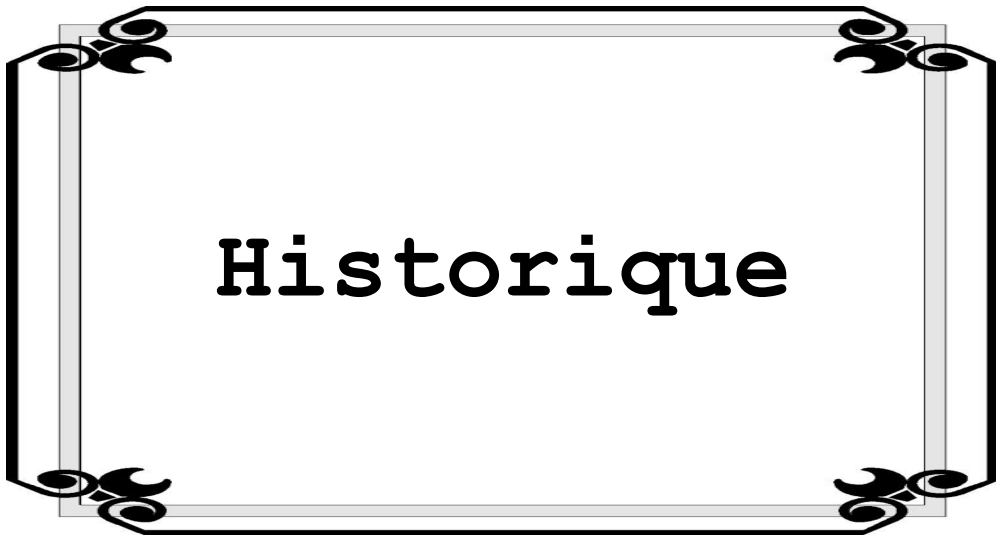
La gravité d'un retard diagnostique et thérapeutique réside dans le risque de nécrose du caecum et de péritonite stercorale.

Le traitement vise à réduire le volvulus et à traiter les complications évolutives. La résection iléo-cæco-colique est la meilleure option thérapeutique.

Nos trois observations et une revue bibliographique nous ont permis d'insister sur des notions anatomiques et physiopathologiques, ainsi que de rappeler la difficulté du diagnostic et les complications évolutives.

 *Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Historique

est attribuée à ROKITANSKY en 1841. Il s'agissait d'une découverte d'autopsie chez un malade qui présentait depuis deux ans des crises d'iléus spontanément résolutive, sauf la dernière crise responsable de son décès.

Il faut ensuite attendre 1898 pour trouver une étude d'ensemble du sujet à propos de 24 observations présentées au congrès de chirurgie de BERLIN par ZOEGE VON MANTEUFFEL.

Entre 1902 et 1908 FALTIN a publié un important travail intéressant la clinique du volvulus caecal sur une série de 79 cas. Cet auteur soulignait que seule la rotation autour de l'axe longitudinal constitue le volvulus définitif. Sur les 79 cas qu'il avait étudiés, 68 avaient été opérés. Il y avait eu 37 guérisons soit 54%. EKEHORN a publié en 1904 un travail sur le même sujet.

Expérimentalement PODLAHA en 1926 puis plus tard DE QUERVAIN, JOYEUX et COURTY en 1943, SENEQUE et COUADE en 1948 montraient, tant sur le chat, le lapin ou le cadavre, le rôle de la distension gazeuse d'un caeco-colon anormalement mobile, distension gazeuse qui amorce le mouvement de torsion.

GATELIER MOUTIER PORCHER (1931), HOLUBEC et KOFLICEK (1936, 1938) font d'importantes études radiologiques. Cependant, les notions radiologiques essentielles concernant les volvulus aigus ne sont vulgarisées qu'avec les travaux de MONDOR et PORCHER, JOYEUX et COURTY (1948,1952) sur le diagnostic radiologique des urgences abdominales.

CAGO regroupe 300 observations et fait une importante étude par autopsie de cadavres adultes, il montre que le caecum est suffisamment mobile pour permettre un volvulus chez 11% de la population. Ce Pourcentage excède de loin l'incidence du volvulus caecal impliquant d'autres facteurs déclenchants.

En 1967, BOTSFORD de BOSTON souligne la gravité de toute entreprise thérapeutique trop tardive.

En 1975, ANDERSSON et BERGDALL publient une série de 37 observations recueillies dans trois grands centres hospitaliers de Suède entre 1952 et 1973.

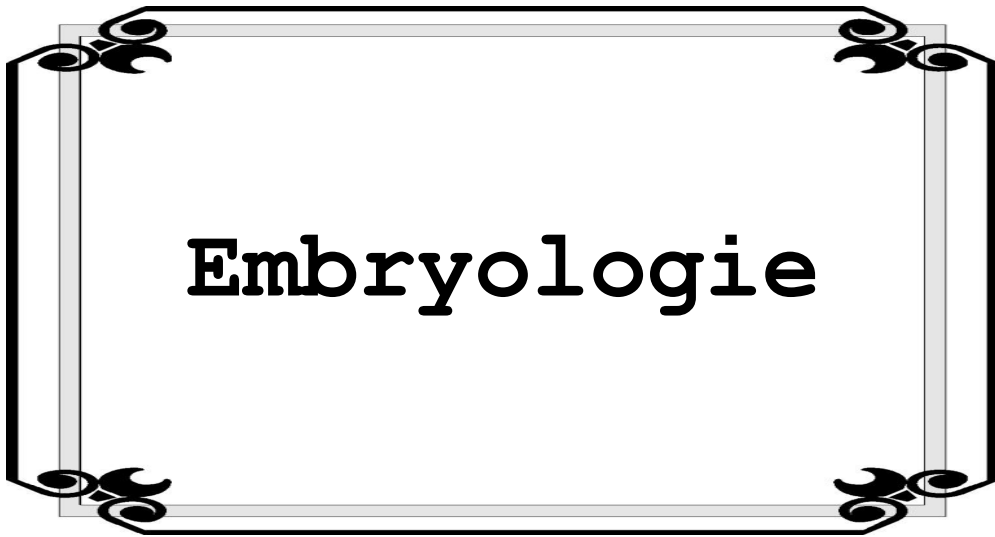
Le volvulus caecal semblerait plus fréquent en Scandinavie, en Europe de l'Est qu'en Europe de l'Ouest et aux USA, sûrement en raison de facteurs alimentaires et ethniques. La caecopexie leur paraît le traitement de choix quand l'intestin est viable et préconisent l'hémicolectomie droite quand la viabilité intestinale est douteuse.

Depuis lors, les publications se sont succédées à la faveur de travaux de chirurgiens, à partir de cas personnels ou regroupés. Elles ont contribué à l'évolution des idées et des théories sur le traitement du volvulus caecal, confirmant l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une intervention rapide.

 **PDF Complete**

*Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Embryologie

l'appareil digestif et de ses dérivés est d'origine entoblastique. Les caniques musculieuses et séreuses sont d'origine mésoblastique.

A- INTESTIN PRIMITIF

Durant le premier mois de la vie embryonnaire, l'embryon subit une plicature céphalo-caudale : l'intestin primitif est décrit au 28^{ème} jour en 4 parties : allant de la membrane pharyngienne à la membrane cloacale

1- Intestin pharyngien ou pharynx qui constitue la partie crâniale de l'intestin antérieur et s'étend de la membrane pharyngienne au diverticule trachéo-bronchique, cette partie est particulièrement importante pour le développement de la tête et le cou.

2- Intestin antérieur qui s'étend du diverticule trachéo-bronchique exclu, à l'origine du bourgeon hépatique. L'intestin antérieur donne naissance à l'œsophage, à la partie du duodénum située en amont de l'abouchement des voies biliaires.

De plus le foie, le pancréas et les voies biliaires se développent à partir d'ébauches entoblastiques provenant du duodénum.

3- Intestin moyen qui commence après le bourgeon hépatique (au niveau de la fin de l'intestin antérieur) et s'étend jusqu'à un point correspondant chez l'adulte à la jonction du 1/3 moyen et 1/3 gauche du colon transverse (représentant chez l'embryon le début de l'intestin postérieur). C'est l'intestin moyen, qui forme l'anse intestinale primitive, qui intéresse notre propos car il donne naissance à l'iléon, au caecum et au colon ascendant tous trois impliqués lors du volvulus caecal.

bonne naissance au reste du tube digestif, du système des artères du colon transverse à la partie supérieure du canal anal (la partie distale du canal anal provenant de la fossette anale ectoblastique). Dans sa portion terminale l'intestin postérieur est divisé par le septum uro-rectal, rectum et canal anal en arrière de la vessie et urètre en avant.

B- INTESTIN MOYEN OU ANSE INTESTINALE PRIMITIVE

Sur l'embryon de 5mm (32 jours) l'intestin moyen communique largement avec la vésicule ombilicale par le canal vitellin.

- L'intestin moyen est à l'origine du duodénum immédiatement en aval de l'abouchement du cholédoque jusqu'au colon transverse à l'union 1/3 moyen 1/3 distal.

- L'intestin moyen est vascularisé sur toute sa longueur par l'artère mésentérique supérieure.

- Le développement de l'intestin moyen est caractérisé par son allongement rapide d'où résulte la formation de l'anse intestinale primitive. A son sommet, l'anse intestinale primitive communique avec la vésicule ombilicale par l'intermédiaire du canal vitellin ou canal omphalo-mésentérique.

La branche céphalique (crâniale) de l'anse donnera le segment distal du duodénum, le jéjunum et une partie de l'iléon. La branche caudale donnera la partie inférieure de l'iléon, le caecum et l'appendice, le colon ascendant et les 2/3 proximaux du colon transverse. La jonction entre les branches crâniale et caudale n'est reconnaissable chez l'adulte que s'il persiste une partie du canal vitellin sous forme du diverticule de Meckel.

Le développement ultérieur de l'anse intestinale primitive est caractérisé par son allongement rapide, notamment en ce qui concerne sa branche crâniale. Par suite de cet allongement rapide la cavité abdominale devient pour un temps trop petite pour contenir les anses intestinales qui au cours de la 6^{ème} semaine du développement, sont situées dans le coelome extra-embryonnaire du cordon ombilical formant une hernie physiologique (**Figure 1**).

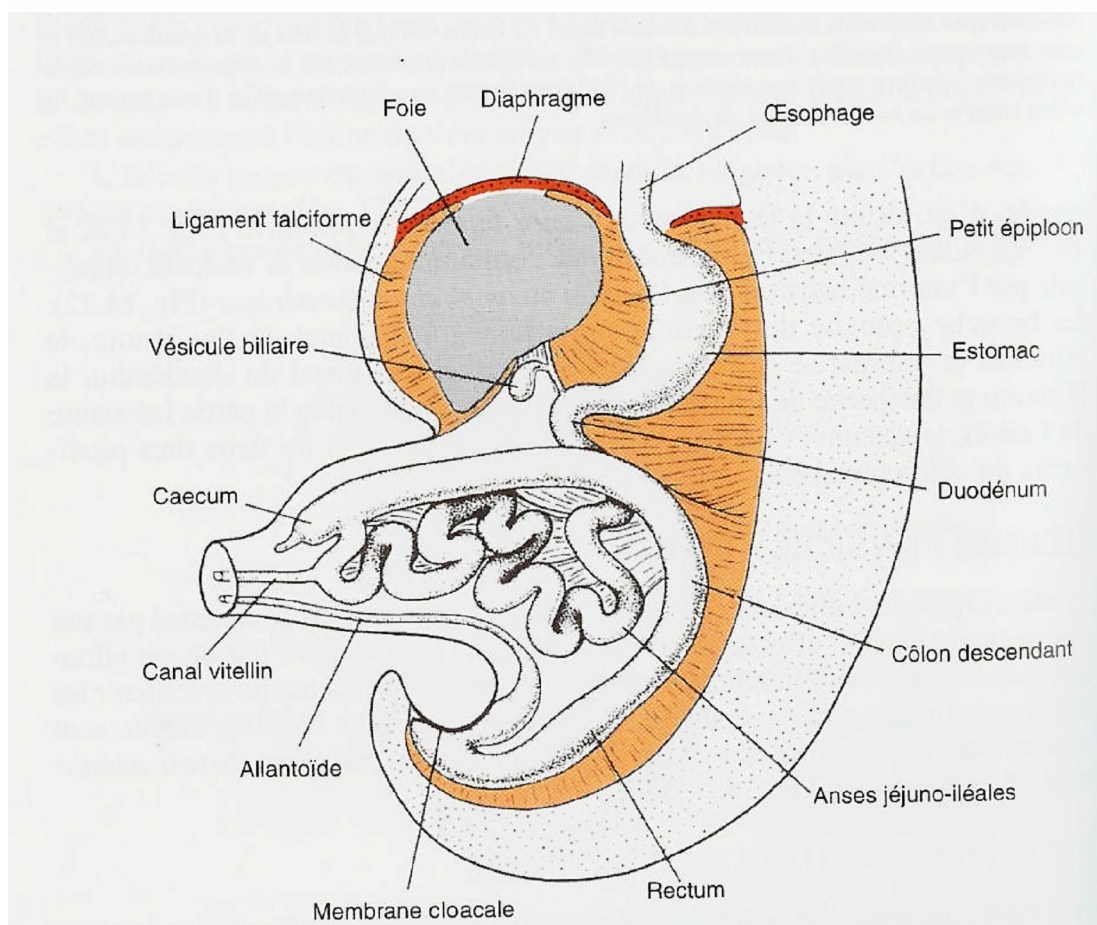


Figure 1: Hernie ombilicale physiologique des anses intestinales [14]

tinale

De façon contemporaine à cet allongement, l'anse intestinale primitive commence à effectuer sa rotation autour de l'axe de l'artère mésentérique supérieure. Vue en avant, cette rotation atteint 270° dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. L'allongement de l'anse intestinale se poursuit, notamment au niveau de l'intestin grêle, si bien que le jéjunum et l'iléon forment des anses sinueuses. Le gros intestin s'allonge également et demeure rectiligne. La rotation s'effectue pour 90° dans la hernie physiologique et dans la cavité abdominale pour les 180° suivants (**Figure 2**).

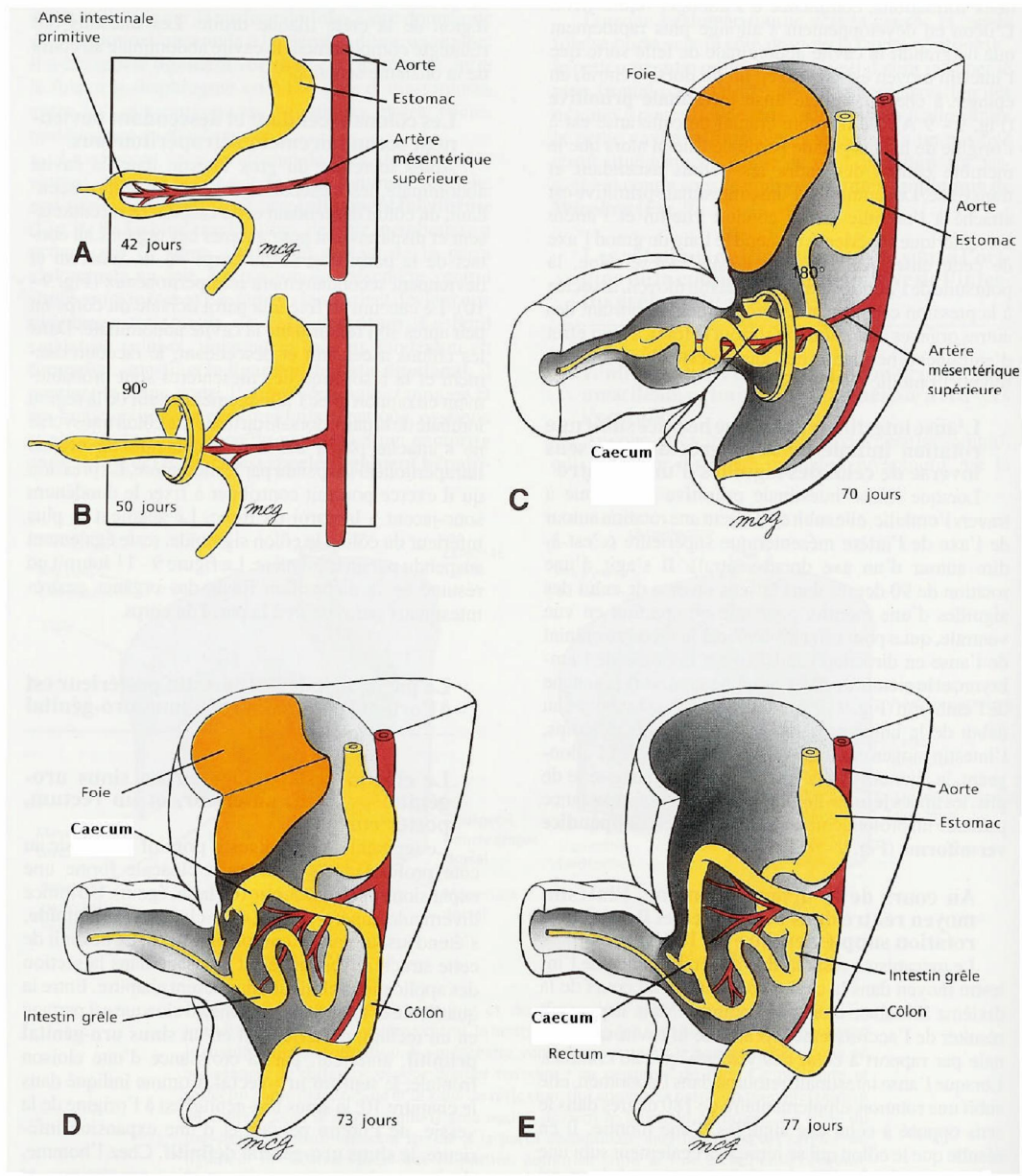


Figure 2: Herniation et rotations de l'intestin. [50]

s herniées

Vers la fin du 3^{ème} mois, l'anse intestinale commence à réintégrer la cavité abdominale. La partie proximale du jéjunum, qui est la première à effectuer sa réintégration, vient alors se placer dans la partie gauche de l'abdomen. Les anses suivantes se placent ensuite, chacune à son tour, à droite de celle qui la précède.

Le renflement caecal, qui apparaît vers le stade 12mm sous forme d'une petite dilatation conique de la branche caudale de l'anse intestinale primitive, est le dernier à effectuer sa réintégration. Il se place provisoirement dans le quadrant supérieur droit immédiatement au-dessous du lobe droit du foie. De là il va descendre dans la fosse iliaque droite. Ainsi se forment colon ascendant et angle hépatique. Au cours de ce processus, l'extrémité distale du renflement caecal forme un étroit diverticule : l'ébauche de l'appendice. L'appendice se développant pendant la descente du colon, on comprend sa fréquente situation en arrière de ce viscère (Appendice retro-caecal ou retro-colique) (**Figure 3**).

4- Accolement de l'anse intestinale

Après l'intégration des anses intestinales dans la cavité abdominale, leurs mésos s'appliquent contre la paroi abdominale postérieure et vont dans de nombreuses zones s'accoler au péritoine pariétal amarrant ainsi certains segments de l'intestin à la paroi postérieure de l'abdomen.

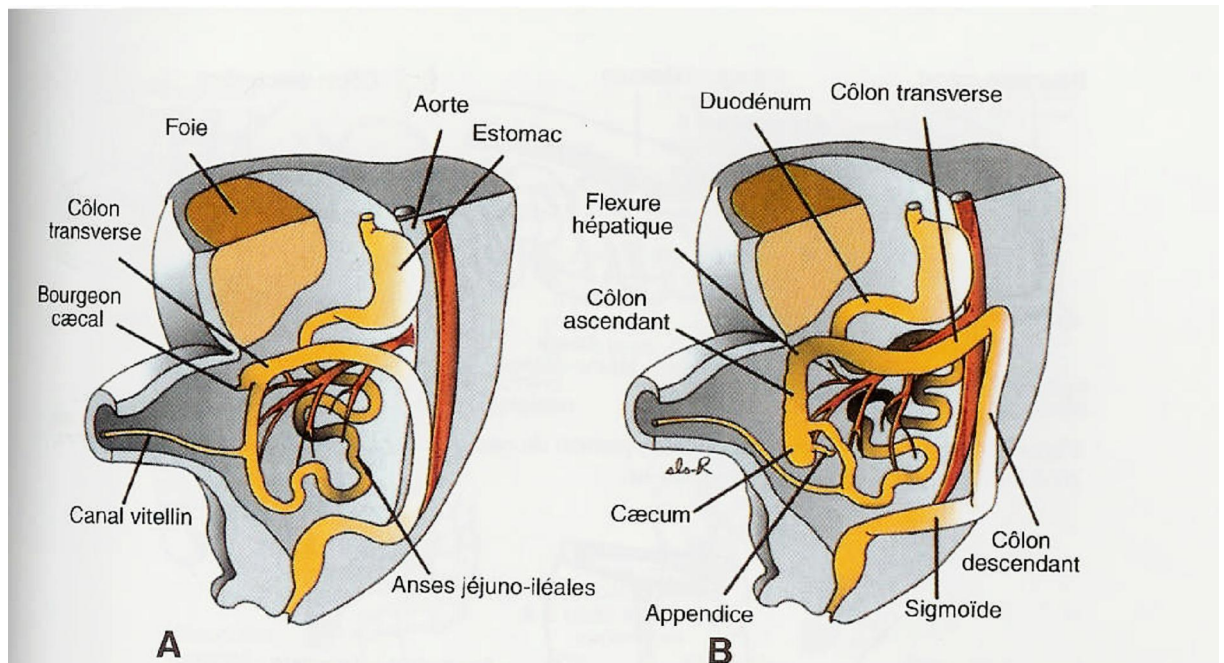


Figure 3:

- A) Vue antérieure des anses intestinales, après une rotation de 270° dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Remarquez les sinuosités des anses grêles et la situation du bourgeon caecal dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen.
- B) Vue semblable à A montrant les anses intestinales dans leur disposition définitive. Le caecum et l'appendice sont situés dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. [14]

1- Vice de rotation dans l'anse intestinale

L'anse intestinale primitive effectue une rotation de 270° dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Il peut arriver que la rotation ne soit que de 90° . Dans ces conditions la réintégration commence par le colon et le caecum, qui viennent alors se placer dans la partie gauche de la cavité abdominale. Les anses suivantes se rangent ensuite vers la droite au fur et à mesure de leur réintégration. L'anomalie dénommée "persistance d'un mésentère commun" est caractérisée par la situation gauche du colon et l'absence totale d'accolement du caecum et colon ascendant au péritoine pariétal postérieur. Cette mobilité totale est un facteur prédisposant aux accidents de volvulus.

Dans quelques cas de rotation inverse ou de mal rotation, l'anse intestinale primitive subit une rotation de 90° dans le sens des aiguilles d'une montre. Dans ce cas, le colon transverse passe derrière le duodénum, en arrière de l'artère mésentérique supérieure. Le danger de ces mal-rotations réside principalement dans des phénomènes de torsions vasculaires entraînant l'occlusion pouvant aussi se produire sur une bride péritonéale congénitale.

2-Anomalies d'accolement

Entre l'absence totale d'accolement (persistance du mésentère commun) et les excès d'accolement, on peut voir toutes les formes intermédiaires, toutes peuvent rester complètement latentes ou se révéler brusquement par une altération du transit digestif.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

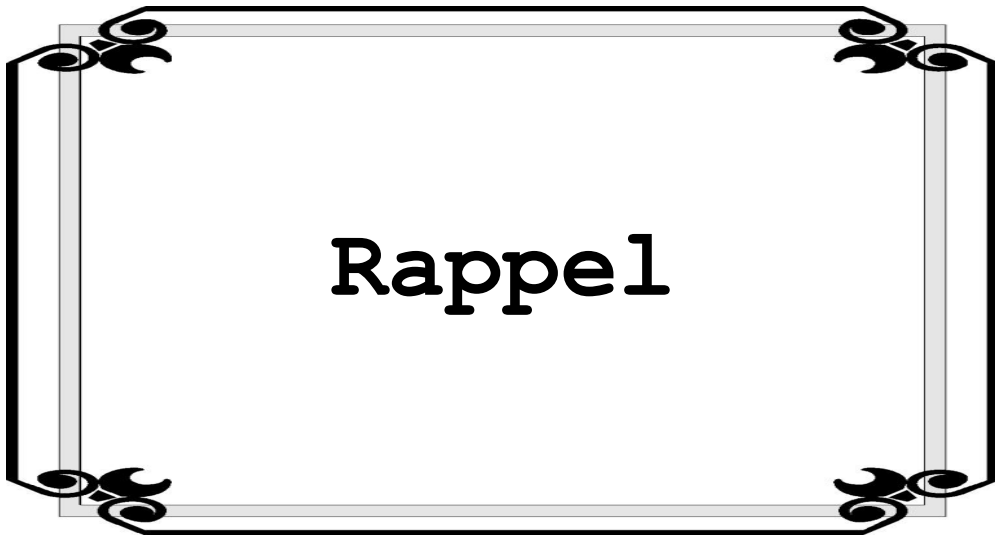
[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

L'organogenèse du tube digestif est donc une étape fondamentale dans la compréhension des différents types anatomiques prédisposant aux accidents de volvulus. Ces types anatomiques sont dus soit à un vice de rotation de l'anse intestinale soit à un défaut d'accolement du caeco-colon ascendant du péritoine pariétal postérieur. Dans tous les cas, le facteur de risque est une mobilité excessive du caecum et du colon ascendant.



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



resse en premier lieu le caecum, mais il peut contenir une portion variable de l'iléon terminal mobile dans son mésentère (l'extrémité inférieure du mésentère s'insère au niveau de l'angle iléo-caecal) ainsi qu'une partie du colon ascendant.

Le volvulus se limite à la zone anormalement mobile du caeco-colon ascendant.

Le colon droit s'étend de la terminaison de l'iléon à la portion moyenne du colon transverse. Entièrement vascularisé par les branches de l'artère mésentérique supérieure, il correspond à des segments de stase où s'effectue la résorption hydrique. On le subdivise en quatre portions : caecum, colon ascendant, angle droit et portion droite du colon transverse, dont la solidarité chirurgicale conduit à une exérèse globale : l'hémi-colectomie droite.

A- LE CAECUM:

- Portion initiale du colon, le caecum forme un large diverticule sous-jacent à l'abouchement de l'iléon dans le gros intestin.

- Portion borgne infundibulaire du colon droit il tire son nom du latin CAECUM = borgne aveugle.

1- Limites

Il est limité en haut par un plan horizontal rasant le bord supérieur de l'iléon qui le sépare artificiellement du colon ascendant.

2- Situation

Habituellement le caecum se situe dans la fosse iliaque droite au-dessous de la ligne bi-iliaque qui réunit les deux crêtes iliaques.

70° de l'anse ombilicale primitive dans le sens antihoraire, durant l'organogénèse, explique que le caecum ne soit pas toujours placé dans la fosse iliaque droite.

- Position haute : sous-hépatique, plus fréquente chez l'enfant.
- Position basse : pelvienne, plus fréquente chez la personne âgée.
- Position ectopique : plus rare, dans la fosse iliaque gauche ou à hauteur de l'ombilic.

3- Dimensions

Haut de 8 à 10cm, large de 6 à 7cm d'une capacité de 200 à 300 ml.

4- Configuration externe

Le caecum a la forme d'un sac ouvert en haut, présentant un corps et un fond.

- Le corps est parcouru en surface par trois bandelettes musculaires qui convergent vers la base de l'appendice : une antérieure, une postéro-externe et une postéro-interne.
- Des sillons transversaux délimitent des bosselures superposées: la bosselure inféro-interne s'enroule sous le bord inférieur de l'iléon et constitue la bosselure sous- iléale.

5- L'appendice vermiculaire

L'appendice vermiculaire est un diverticule creux implanté sur la face interne du caecum au point de convergence des trois bandelettes à 3cm au-dessous de l'abouchement iléal. En cas d'adhérence de l'appendice vermiculaire

ette adhérence réalise un point fixe qui favorise l'axe vertical.

6- Structure

Comme au niveau des autres portions du colon, le caecum comprend quatre tuniques :

- Séreuse : péritonéale, variable avec l'accolement.
- Musculeuse : à deux couches de fibres, plus développée sur l'appendice (sauf à sa pointe).
- Sous-muqueuse : lâche
- Muqueuse : épaisse et blanchâtre, riche en follicules clos lymphoïdes au niveau de l'appendice.

7- Moyens de fixité

Normalement, dans 80% des cas le caecum est mobile, entièrement recouvert de péritoine, flottant librement dans la fosse iliaque droite.

Au-dessus, le colon ascendant est fixé, et deux ligaments marquent la limite de l'accolement :

- L'un supérieur : latéro-colique ascendant, triangulaire à sommet supérieur relie le bord interne du caecum à la paroi lombo-iliaque.

- L'autre inférieur, rétro-iléo-colique, également triangulaire à sommet supérieur relie le bord interne du caecum à la paroi iliaque et prolonge l'insertion basse de la racine du mésentère.

C'est deux ligaments forment deux véritable freins caeaux. Ils limitent la fossette rétrocaecale, comprise entre le caecum et le péritoine pariétal postérieur

l'accolement du colon ascendant, elle peut

contenir l'appendice si il est en situation rétro-caecale.

Anormalement dans 20% des cas, le caecum peut être complètement accolé à la paroi postérieure et semble ainsi retro-pariétal, il peut pourtant être décollé chirurgicalement et rendu mobile en passant dans le plan du fascia de TOLDT droit. Quand le caecum est ainsi fixé les accidents du volvulus sont impossibles.

A l'inverse, le caecum peut être exagérément mobile par l'intermédiaire d'un véritable méso qui le relie à distance à la fosse iliaque : une telle disposition favorise le volvulus ou l'invagination.

8- Vascularisation artérielle du caecum

Le caecum est irrigué par les artères caecales antérieure et postérieure branches de l'artère iléo-colique.

9- Vascularisation veineuse

La veine iléo-colique, un affluent de la veine mésentérique supérieure, récolte le sang du caecum et de l'appendice.

10- Drainage lymphatique

Les lymphatiques du caecum suivent le trajet des vaisseaux sanguins, traversent souvent de petits ganglions de relais caecaux antérieurs et caecaux postérieurs et se jettent dans la chaîne ganglionnaire iléo- colique.

11- Innervation

L'innervation du caecum et de l'appendice est assurée par des fibres sympathiques et parasympathiques issues du plexus mésentérique supérieur. Les fibres nerveuses sympathiques prennent leur origine dans la partie thoracique

fibres parasympathiques proviennent du nerf

B- LE COLON ASCENDANT

Etendu du caecum à l'angle colique droit, le colon ascendant est un véritable réservoir intestinal doué d'un certain pouvoir digestif.

Seuls nous intéressent ici les moyens de fixité du colon ascendant: Le colon ascendant et son méso sont accolés au péritoine pariétal postérieur par l'intermédiaire du fascia de TOLDT droit, consécutif au rabattement de l'anse ombilicale (**Figure 4**).

Le décollement colo-pariétal permet assez facilement la libération du colon et de son méso lors de l'hémi-colectomie droite.

Dans un quart des cas, le colon ascendant n'est pas accolé: complètement entouré par le péritoine, il est donc tout à fait libre dans la cavité abdominale ce qui facilite son exérèse chirurgicale, mais expose aussi aux occlusions par volvulus.

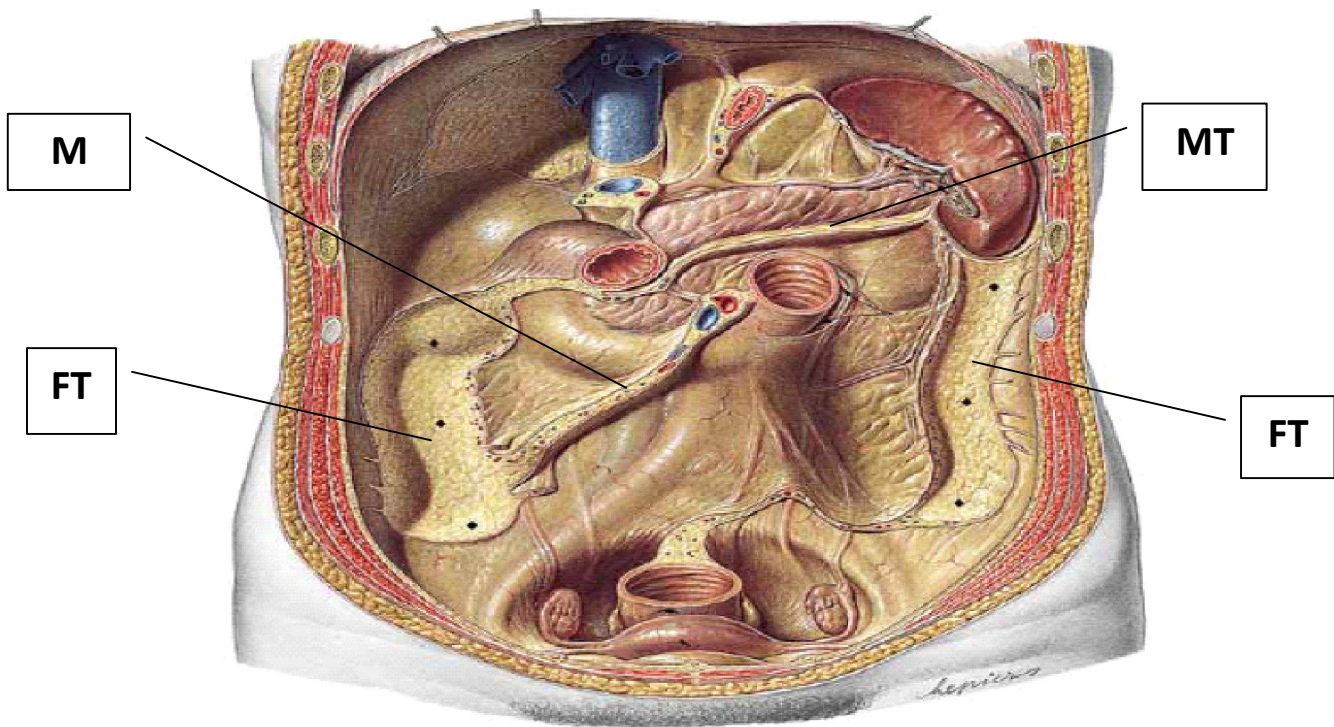


Figure 4: Accolements postérieurs du côlon et racines d'insertion des méso : fascia de Toldt (FT), Racines du mésentère (M), et du mésocôlon transverse (MT). D'après Sobotta Anatomie Humaine T2.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Le caecum est mobile dans 80% des cas, mais ce n'est que lorsque le colon ascendant lui aussi n'est pas accolé au péritoine pariétal postérieur que le caeco-colon ascendant est hyper mobile, réalisant la condition anatomique nécessaire mais cependant pas toujours suffisante à la réalisation à tout coup d'un volvulus.

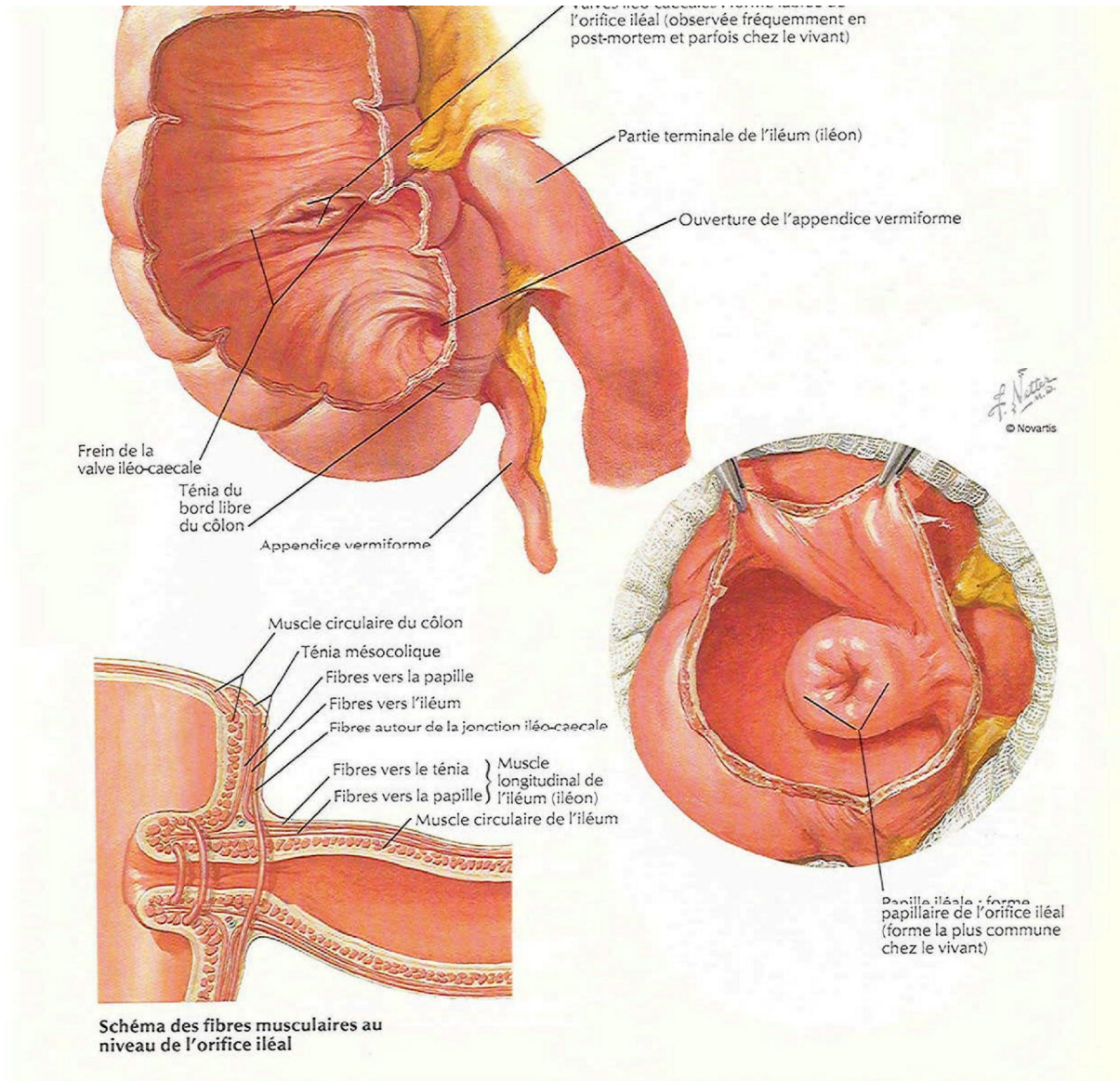



Figure 5: caecum, valves iléo-caecales.



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Physiopatholo

La fixation anormale du caecum est multifactorielle: elle résulte de l'association d'une mobilité anormale du caecum d'origine congénitale et de facteurs favorisants acquis.

A- FACTEURS FAVORISANTS

1- Facteur anatomique congénital

Représenté par une mobilité anormale du caecum.

Les rapports du péritoine viscéral cœcal avec le péritoine pariétal postérieur déterminent sa fixité. [6]

Quatre situations peuvent être décrites (**Figure 6**).

Le cœcum:

- 1) **libre**, est caractérisé par une absence complète de rapport entre les péritoines cœcal et pariétal,
- 2) **à méso**, présente une fusion unifocale des péritoines viscéral et pariétal,
- 3) **à fossette retrocaecale**, présente une fusion bifocale des péritoines délimitant le récessus retrocaecale où peut loger l'appendice,
- 4) **complètement accolé**, adhère au péritoine pariétal postérieur par du tissu conjonctif aréolaire.

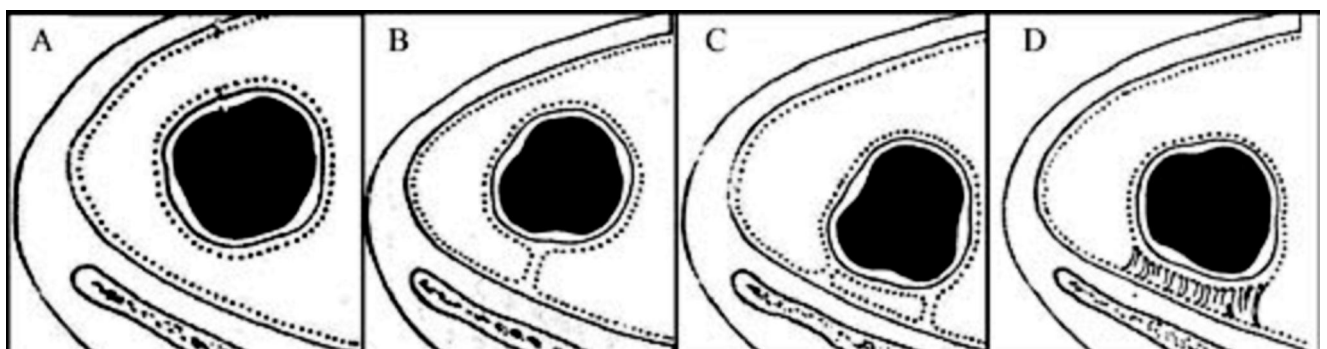


Figure 6: Différents types d'accolement du caecum: cœcum libre (A), à méso (B), à fossette rétrocaecale (C), et complètement accolé (D).

ascendant est fixé par deux ligaments (latéro-conique et pério-ileo-conique), qui servent ainsi de «freins» cœcaux. L'absence de ce frein associé à un cæcum libre ou à méso très long entraîne la mobilité anormale du caecum.

La mobilité anormale du caeco-colon est due à 2 causes:

- Un défaut d'accolement du caeco-colon au péritoine pariétal postérieur, cause la plus fréquente.

- Un vice de rotation de l'anse intestinale primitive durant la vie embryonnaire, à l'origine de la persistance d'un mésentère commun caractérisé par la situation gauche du colon et l'absence totale d'accolement du caecum et du colon ascendant au péritoine pariétal postérieur.

WOLFER a montré, sur des rapports de révision d'autopsie, que la mobilité caecale nécessaire pour le développement d'un volvulus du caecum et la formation de bascule est trouvée chez 11% et 25% des adultes respectivement. [30][32]

La différence entre l'incidence du caecum mobile et la fréquence du volvulus du caecum suggère que des facteurs autres que la susceptibilité anatomique soient impliqués dans le développement du volvulus du caecum. [32]

2- Facteurs favorisants acquis

a- Antécédents chirurgicaux abdominaux:

Dans la série publiée par OMARA: sur 50 patients, 19 avaient subi un total de 40 opérations intra-abdominales avant de développer le volvulus du caecum. 13 de ces 19 patients avaient subi une appendicectomie précédente. [32]

53% des patients présentant un volvulus du caecum ont un antécédent de chirurgie abdominale préalable. [30][40].

Basé sur cette association, une chirurgie abdominale antérieure est considérée comme étant un élément important dans la formation du volvulus du caecum. [6][21][30]

L'élément capital est la bride caeco-pariétale qui joue le rôle de pivot à la rotation caecale. [21][30]

b- Phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus:

Les phénomènes aigus ou subaigus peuvent entraîner un volvulus caecal en créant des brides ou des adhérences par périviscérite consécutive aux inflammations du caeco-colon ou de l'appendice.

L'appendicite est le phénomène le plus fréquent.

Les cancers coliques droits ou du sigmoïde peuvent entraîner une distension d'amont formant une ectasie caecale qui amorce le volvulus.

Une sigmoïdite, des kystes mésentériques, des adénopathies volumineuses et même une ganglioneuromateuse intestinale ont pu entraîner un volvulus du caecum. [33]

c- Le régime alimentaire:

Les habitudes alimentaires, en particulier carencées en protéines mais riches en légumes ou en fruits, impliquent des fermentations et des putréfactions intestinales entraînant une distension gazeuse du caeco-colon. [2]

Cette distension gazeuse est dangereuse car elle amorce le mouvement de rotation du caecum, puis la stase alimentaire et sanguine aggrave la bascule.

vicieux : des processus réflexes entraînent la distension s'accroît et augmente le serrage mécanique, aidée par le péristaltisme d'amont.

d- Les facteurs gynécologiques:

Si la femme est relativement protégée grâce à un bassin large, elle devient par contre exposée à des graves accidents occlusifs pendant la grossesse.

L'incidence du volvulus du caecum varie au cours de la grossesse entre 1/2,500 et 1/3,500. C'est la deuxième cause d'occlusion intestinale chez la femme enceinte. [23]

Cette incidence augmente avec l'âge gestationnel. Elle est plus importante au cours des périodes de changement rapide de la taille de l'utérus, en particulier entre la 16^{ème} et la 20^{ème} semaine, et lorsque l'utérus devient un organe intra-abdominal entre la 32^{ème} et la 36^{ème} semaine. [23]

Les différents mécanismes impliqués sont:

- soit durant la grossesse : l'utérus gravide favorise la torsion d'un caecocolon mobile. [2]
- soit après l'accouchement : les contractions favorisent la bascule initiale.
- soit après césarienne ou intervention gynécologique ; il s'agit alors de torsion rentrant dans le cadre des adhérences localisées formant l'attache du volvulus. [41]

ie:

La constipation chronique est un facteur déterminant du volvulus. Elle est due à des causes diverses telles que [6][32][42]:

- Le mode alimentaire pauvre en fibres
- Une neuropathie type parkinson, myopathie de Steiner, sclérose en plaque. On peut en rapprocher l'action des médicaments neuropsychiatriques et souligner la négligence de la lutte contre la constipation chez les malades grabataires. [62]
- L'utilisation excessive de laxatifs particulièrement ceux du groupe anthraquinone cause des effets délétères au niveau du plexus mésentériques de la paroi intestinale avec comme conséquence une diminution du péristaltisme. [28]
- Les femmes sont trois fois plus susceptibles de souffrir de constipation que les hommes. Cette prévalence élevée est en partie expliquée par des causes hormonales. La progestérone, plus abondante durant la deuxième moitié du cycle menstruel et pendant la grossesse, diminue le péristaltisme intestinal. [65]

Ainsi le mécanisme intime du volvulus du caecum peut-il se concevoir de la façon suivante : l'existence d'un obstacle sur un caeco-colon anormalement mobile (bride, coudure....) ou à distance (cancer du sigmoïde) crée un vase clos. La pression intra caecale augmente du fait de la stase et de l'accumulation de gaz intestinaux. Cette distension favorise la bascule pour peu qu'existe un facteur déclenchant telle qu'une brusque hyper ou hypotonie pariétale ou simplement sous l'influence du péristaltisme normal.

S DE TORSION :



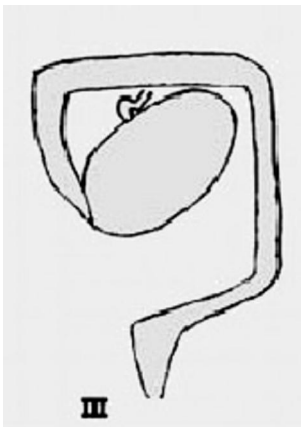
. La rotation axiale (45 %)

- Rotation du caecum sur son axe vertical
- Le caecum distendu reste dans la partie inférieure de l'abdomen plutôt à droite



. Type de boucle (45 %)

- Rotation du caecum et inversion par bascule antérieure
- Le caecum distendu se retrouve en projection de la partie supérieure de l'abdomen et plutôt à gauche.



. Bascule (10 %)

- Le caecum présente un repliement antérieur, sans réelle rotation (pas de « whirl sign »)
- Le caecum se retrouve là encore en projection de la partie supérieure de l'abdomen.

Figure 7: Classification du volvulus d'après Delabrousse [5]

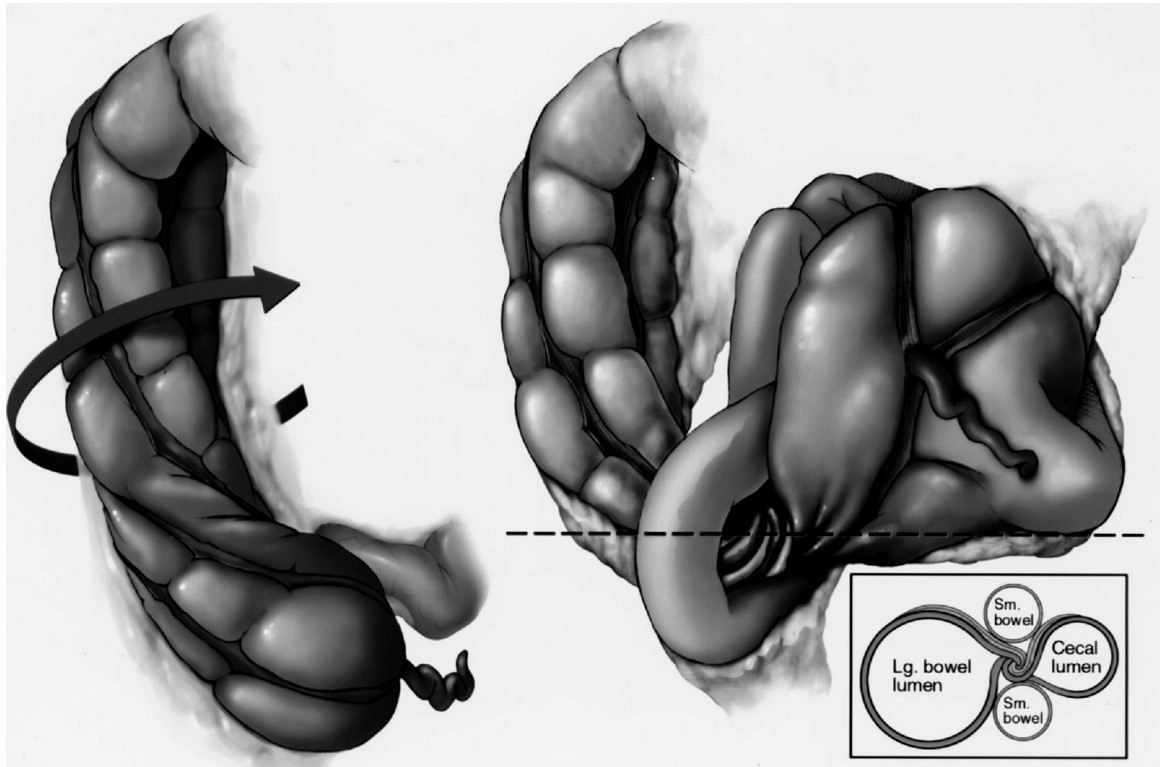


Figure 8: Schéma montrant un volvulus du caecum par rotation autour de l'axe vertical. La rotation s'effectue suivant l'axe du colon ascendant dans le sens horaire ou antihoraire, enroulant le méso-colon et parfois l'iléon autour du colon.

Lg. = large, Sm. = small [37]

OPATHOLOGIQUES:

Les altérations de la paroi intestinale et leur évolution n'ont rien de caractéristique. Cependant la distension parfois monstrueuse du caecum par la stase et les gaz entraîne des altérations majeures de la muqueuse et la sous muqueuse, souvent peu apparentes à l'examen macroscopique de l'organe. Plus que l'ischémie par strangulation et son évolution connue relativement tardive, l'important est l'évaluation des lésions du ballon caecal dont l'évolution vers le sphacèle secondaire et la perforation est redoutable.

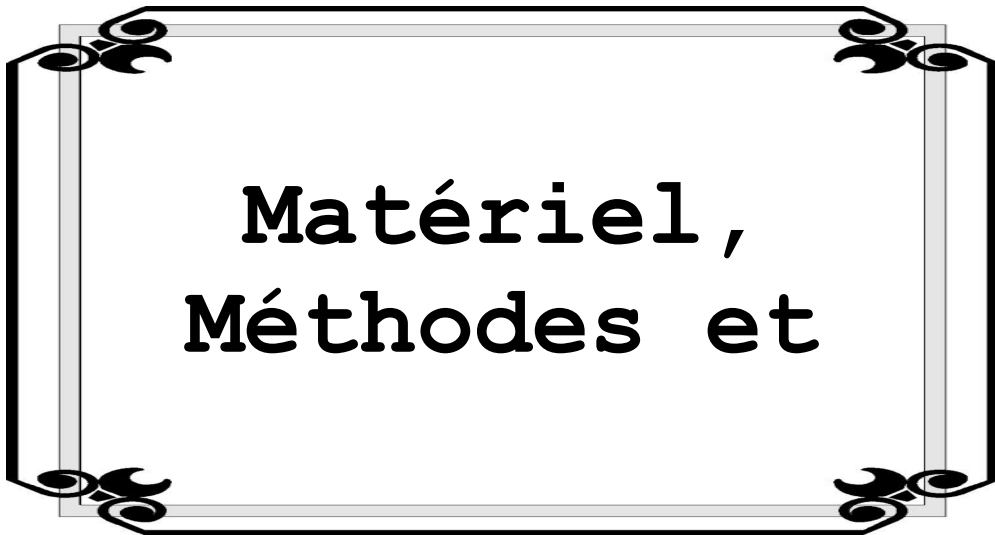
D'ailleurs, il n'y a pas de parallélisme entre le degré de torsion, l'importance des lésions pariétales et la durée du volvulus.

Tout examen chirurgical devra donc porter avec autant de soins sur l'examen du fond caecal que sur celui du sillon d'étranglement colique et iléal.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



**Matériel,
Méthodes et**

N°d'UCV: 31315

N° d'entrée: 6512

Mme M. Hafida âgée de 30 ans, antécédents d'anémie ferriprive sous traitement, hospitalisée au service des urgences chirurgicales viscérales pour occlusion intestinale aiguë le (13/05/08).

La symptomatologie se manifeste par l'installation de douleurs abdominales diffuses avec vomissements alimentaires et arrêt des matières et des gaz.

La patiente est consciente eupneique, apyrétique avec un état hémodynamique conservé. L'abdomen est distendu, tympanique, asymétrique avec une voussure de la moitié gauche de l'abdomen. Les orifices herniaires sont libres et le toucher rectal est normal.

Le cliché d'abdomen sans préparation montre des niveaux hydro-aériques de type grêlique et colique.

La patiente est admise au bloc opératoire pour syndrome occlusif bas.

➤ CRO:

- Incision médiane à cheval sur l'ombilic,
- Aspiration de 50cc de liquide de souffrance,
- L'exploration trouve un volvulus du caecum qui est très distendu et pré-perforatif. Résection iléocœcale, ligature section du méso, confection d'une anastomose iléocolique termino-latérale, toilette abondante, hémostase, drainage par 2 lames de DELBET. Fermeture plan par plan.

Date de sortie:17/05/08

Evolution : 01 mois après la malade est réopérée pour occlusion sur bride.

N° d'UCV: 31594

N°d'entrée: 11134

Mme D. Mimouna âgée de 33 ans, opérée en 2002 pour péritonite par perforation d'ulcère, réopérée en 2006 pour occlusion sur bride, hospitalisée au service des urgences chirurgicales viscérales pour occlusion intestinale aiguë le 23/08/08.

Le début de la symptomatologie remonte à 02 jours par des douleurs abdominales d'installation brutale sans prodromes, accompagnées de vomissements et d'un arrêt complet des matières et des gaz.

L'examen clinique note un bon état général. L'état hémodynamique est correct. La patiente est fébrile à 38,5°C. L'abdomen est sensible avec un météorisme abdominal diffus. Les orifices herniaires sont libres et le toucher rectal est normal.

La numération formule sanguine révèle une hyperleucocytose à 19000 globules blancs avec 95,2% de neutrophiles.

Le bilan radiologique:

- ✓ La radio d'abdomen sans préparation (ASP) montre des niveaux hydro-aériques de type grêlique et colique (**Figure 9**).
- ✓ L'échographie abdominale découvre une vésicule biliaire multilithiasique à paroi fine, sans épanchement péritonéale ni masse décelable.

La patiente est admise au bloc opératoire pour occlusion sur bride.

- Incision médiane à cheval sur l'ombilic
- L'exploration trouve un **volvulus du caecum** avec plaques de sphacèle et des lésions pré-perforatives.
- Ligature section des vaisseaux du colon droit et de l'artère iléo-caeco-appendiculaire. On sectionne le grêle à 10cm de la valvule de BAUHIN, et le colon à l'union du 1/3 droit et 2/3 gauche du transverse. L'anastomose termino-terminale est réalisée par 2 hémi-surjets en fil résorbable vicryl 2/0. Une toilette abondante et un drainage de la gouttière pariéto-colique droite et du Douglas par sonde gastrique CH18 terminent l'intervention.

Les suites opératoires sont simples.

Date de sortie : 01/09/08

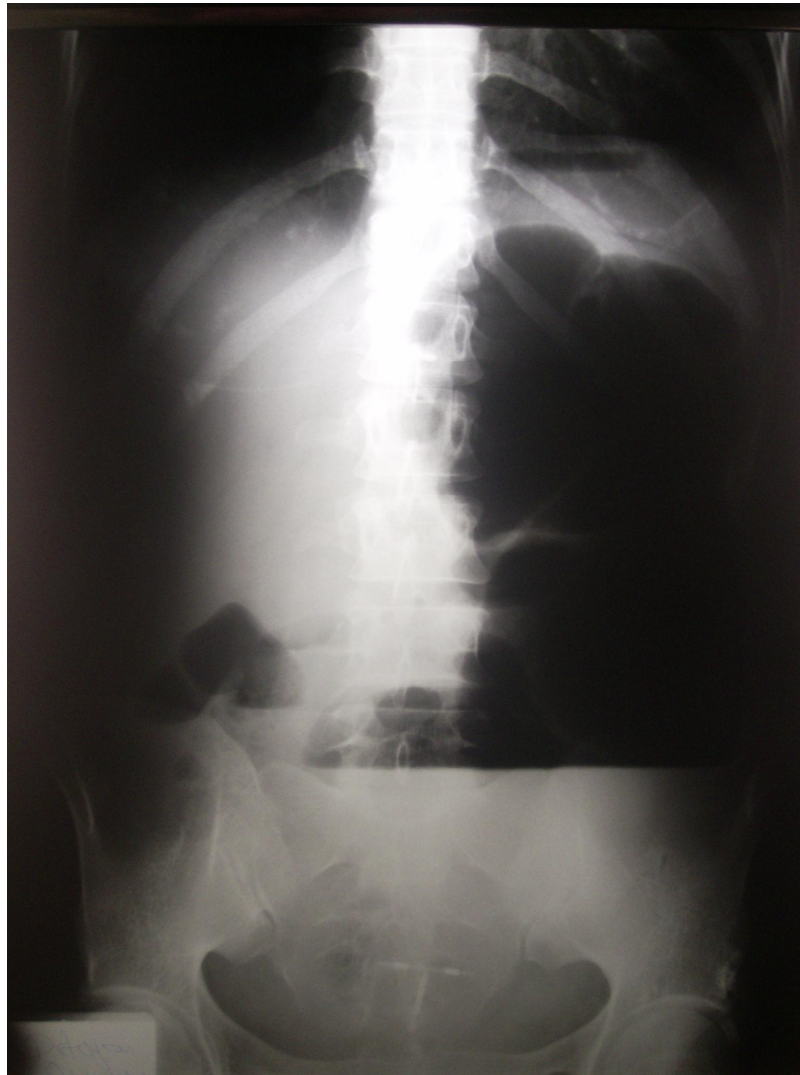


Figure 9: Radio d'abdomen sans préparation (ASP) montrant un des niveaux hydro-aériques de type grêlique et colique.

N° d'UCV: 31672

N° d'entrée: 11289

Mlle E. Fatna âgée de 20 ans, suivie depuis la petite enfance pour constipation chronique ayant nécessité une hospitalisation à l'âge de six ans. Une coloscopie totale avec biopsies était réalisée sans qu'aucune anomalie morphologique ou histologique ne soit diagnostiquée. Un traitement symptomatique à base de laxatifs a été instauré.

Le début remonte à 4 jours par l'installation d'un arrêt des matières et des gaz, des vomissements et un ballonnement abdominal.

La patiente a bénéficié de 2 lavements évacuateurs à kénitra avant d'être adressée au service des urgences chirurgicales du CHU Ibn Sina Rabat dans un tableau d'occlusion intestinale aigue le 22/08/08.

L'examen clinique note une polypnée à 40 cycles/min Une TA à 85/60, une T à 37,5°.

L'examen abdominal trouve un abdomen distendu tympanique.

La patiente est hospitalisée au service de réanimation des urgences chirurgicales pour correction de l'état de choc et d'une éventuelle acidose métabolique découverte sur les résultats de la gazométrie: un PH à 7,32 (HCO₃: 15,6 mmol/l, PCO₂ :31 mmHG, PO₂: 94 mmHG).

La NFS montre une Hg à 5,1 g/dl (transfusion de 4 CG)

L'ASP montre une distension gazeuse avec un aspect de granité témoignant d'une stase fécale refoulant les anses coliques vers le haut. (**Figure 10**)

c opératoire pour syndrome occlusif.

- Incision médiane à cheval sur l'ombilic,

- L'exploration trouve un volvulus du caecum avec nécrose du colon droit associé à une malformation colique faite d'une duplication sous forme d'un segment colique borgne accolé au colon transverse (duplicité colique). Cette duplication prend naissance à la partie basse du côlon droit en canon de fusil avec le côlon normal et sa terminaison borgne est fixée sur le bord gauche du rachis lombaire (**Figure 11**),

- D'autres anomalies sont notées; à savoir un méésentère commun incomplet avec côlon droit non fixé, un utérus bicorne et une ptose rénale gauche,

- Une colectomie subtotale est réalisée avec double stomie iléale et sigmoïdienne (**Figure 12**),

- Toilette abondante, drainage par 2 lames de DELBET du flanc gauche et du douglas par une sonde gastrique N°18,

- Fermeture plan par plan.

Les suites opératoires ont été marquées par la persistance d'une fièvre à J3 de l'antibiothérapie avec un aspect nécrosé des berges de la colostomie sanctionné par une reprise chirurgicale

On ne trouve ni nécrose grêlique ni suppuration intra abdominale après déroulement complet du grêle. Stomie et rectum sans anomalies. Toilette abondante et fermeture plan par plan.

ographe réalisé en postopératoire montre une jonction duodéno-jéjunale située à droite du rachis avec absence de l'angle duodéno-jéjunal.

L'examen histologique du segment colique dupliqué montre une structure semblable au côlon normal sans lésions associées.

Le caryotype réalisé est sans anomalie (46XX).

Date de sortie: 03/09/08

5 mois après, la patiente est réadmise au service des urgences chirurgicales pour rétablissement de la continuité par anastomose iléo-sigmoïdienne termino-terminale.



Figure 10: Cliché de l'abdomen sans préparation montrant un aspect de granité témoignant d'une stase fécale refoulant les anses coliques vers le haut.

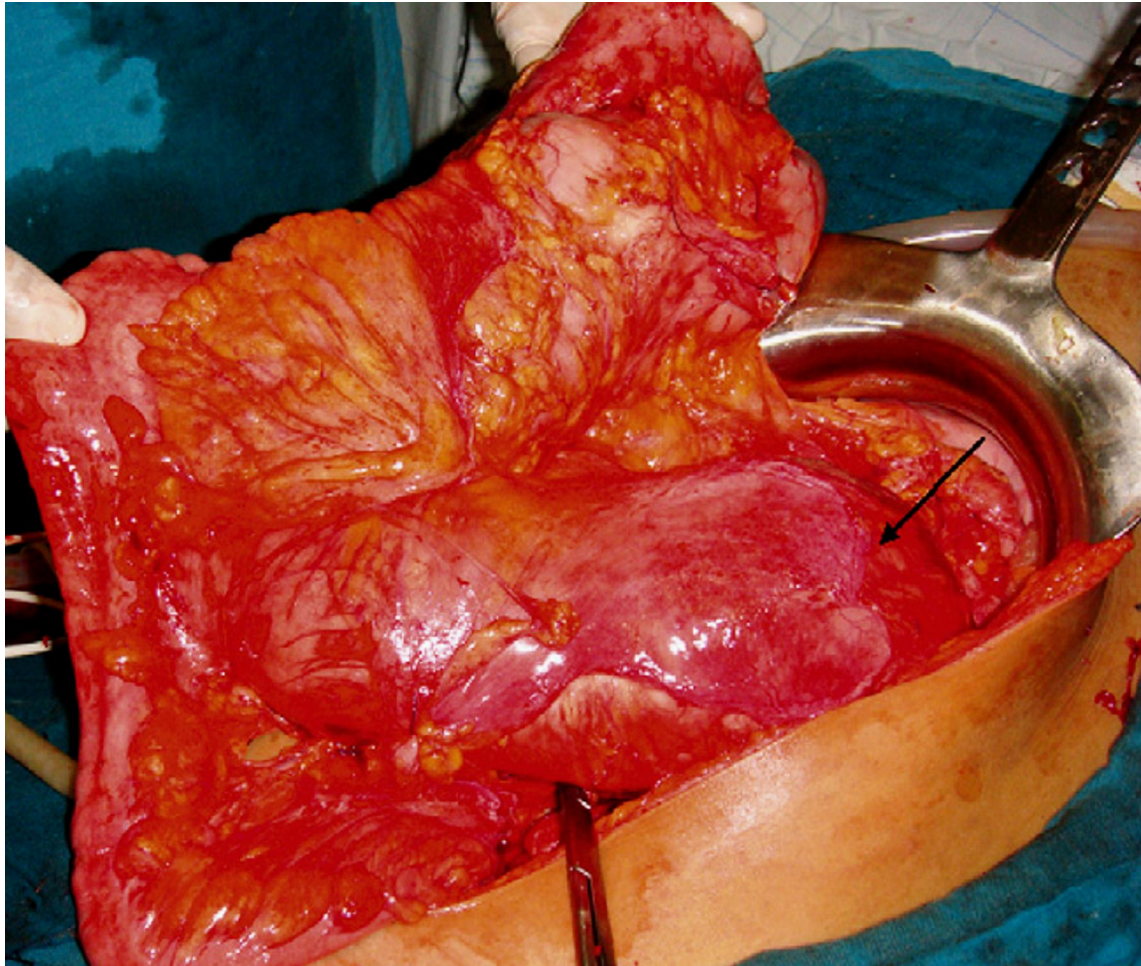


Figure 11: Vue opératoire de la duplication colique; flèche = segment borgne de la duplication

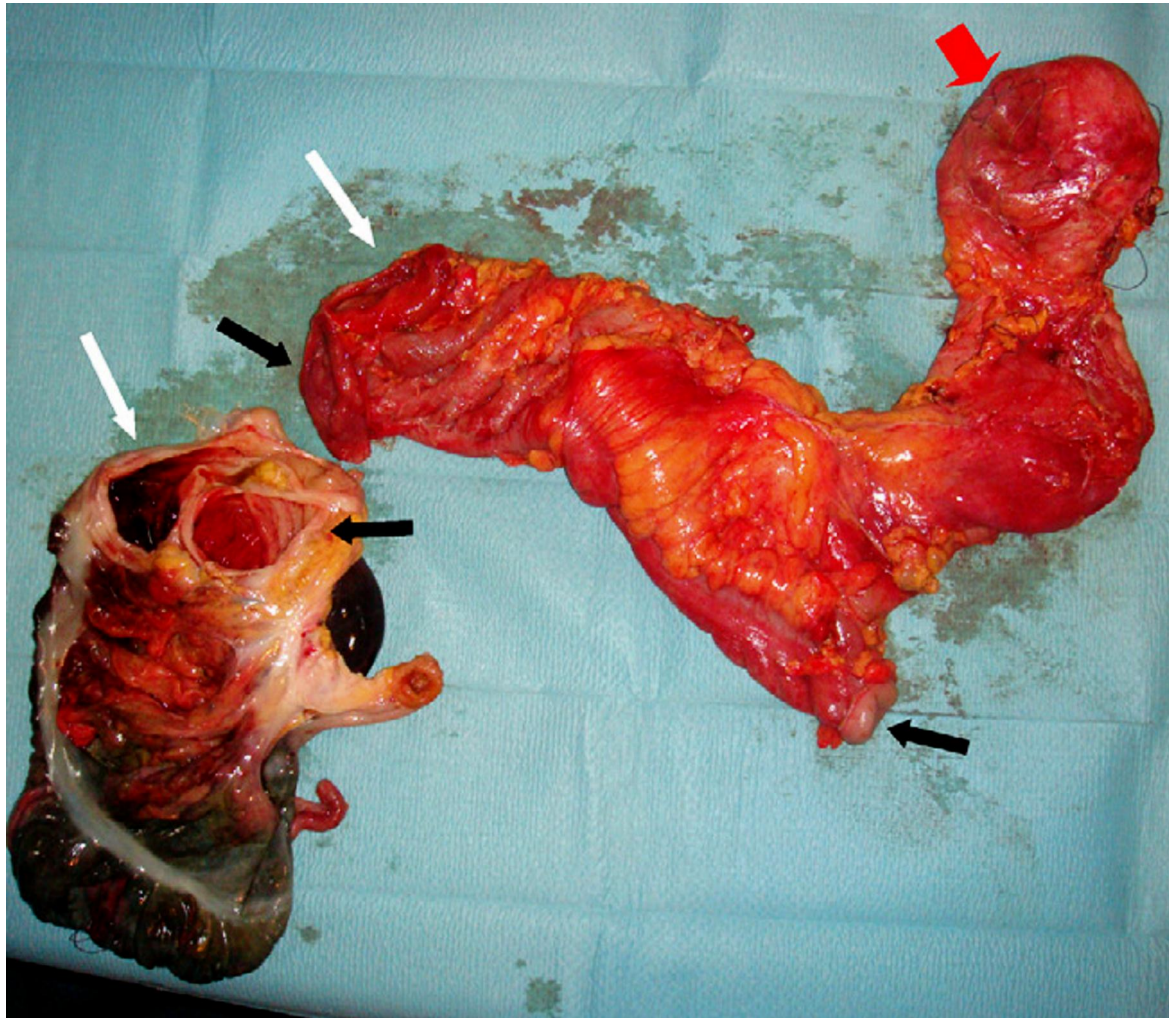


Figure 12: Pièce opératoire; lumière de la duplication (flèches blanches); lumière colique (flèches noires); extrémité borgne de la duplication (flèche rouge).



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Discussion

A- Frequence:

La prévalence du volvulus du caecum n'est pas précisément connue.

Depuis la description du premier cas de volvulus du caecum par ROKITANSKY, plus de 400 cas ont été publiés dans la littérature. [25]

Le volvulus du caecum est relativement rare avec une incidence de 2.8 à 7.1 par million de personnes par an. [31]

On considère que cette affection représente 1% à 3% des occlusions mécaniques aiguës [5] [32] [2], et 30% à 50% des volvulus aigus [1][2]. C'est la deuxième cause de volvulus du colon en général [6].

Sweet rapporte 6 cas de volvulus du caecum pour 520 cas d'occlusion intestinale, soit une incidence de 1,15%. [8]

Neil: 0.7 % (16 cas de volvulus de caecum sur une période de 10 ans). [41]

Donhauser et Atwell 4.3% [48]

Les séries récentes, ne rapportant qu'1 cas chacune avec un maximum de 12 cas, reflètent le caractère relativement rare de cette pathologie.

Nous avons colligé 3 cas de volvulus du caecum sur un total de 526 cas d'occlusion intestinale aiguë durant une période de 6ans allant du 1 janvier 2003 au 31 décembre 2008, ce qui correspond à une incidence de 0,6%.

L'age moyen de survenue du volvulus de caecum est de 60 ans [21].

La série de CUGNENC révèle un âge moyen de 61,8% [6], rejoignant ainsi la plupart des auteurs. [2][26][32][46]

Au Japon une étude portant sur l'âge des patients traités avant 1988 montre deux pics. Le premier entre 10 et 29 ans le deuxième entre 60 et 79 ans. Alors qu'entre 1999 et 2008 l'âge des patients semble plus avancé situé entre 70 et 89 ans. [16]

En Afrique du sud les auteurs rapportent un âge plus jeune (la cinquantaine). [29]

Nous rapportons également un âge plus jeune avec une moyenne de 27,6 ans (se situant entre 20 ans et 33 ans).

C- Sexe:

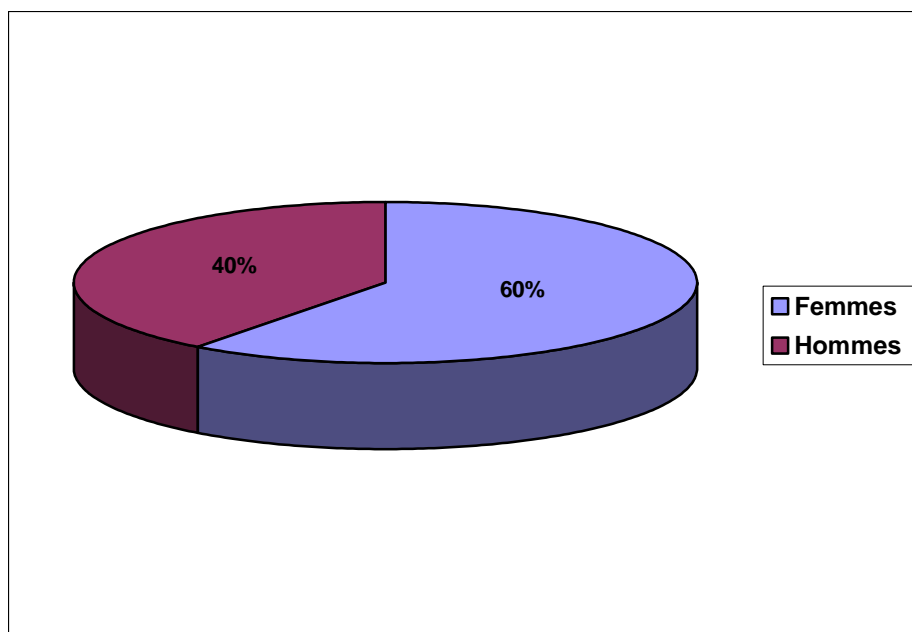
La prédisposition liée au sexe n'est pas clairement établie.

Pour certains auteurs il n'y a pas de prédisposition liée au sexe tandis que d'autres séries récentes sont en faveur d'une prédisposition féminine (**Tableau I**) [29].

Dans notre série les trois patientes sont de sexe féminin.

fonction du sexe selon les séries

Auteurs/annee	Nombre de cas	Sexe masculin (%)	Sexe féminin (%)
Gardiner et Al -1948 [38]	2	50%	50%
Harold – 1950 [27]	1	0%	100%
Jordan et Olivier – 1952 [26]	6	16,7%	83,3%
Powell et Bowers – 1955 [25]	2	100%	0%
Wilkinson et Morgan - 1959[24]	1	0%	100%
Omara et Al – 1978 [32]	50	36%	64%
BURKE et BALLANTYNE-1984 [40]	12	66,7%	33,3%
UCV-1996 [21]	3	33,3%	66,7%
A.PAL et Al-2005 [43]	1	0%	100%
Breda et Al – 2006 [29]	1	100%	0%
Delabrousse-2007 [5]	10	40%	60%
CD.Scott et Al – 2008 [3]	1	100%	0%
Takkaki – 2008 [1]	1	0%	100%
J.Habre et Al – 2008 [2]	1	0%	100%
Toshio Katoh et Al – 2009 [16]	1	0%	100%
Total	93	40%	60%



La symptomatologie clinique dans le volvulus du caecum est variable. Cette pathologie est révélée le plus souvent par un tableau chirurgical aigu, classiquement celui d'une occlusion intestinale aiguë.

A- Forme type: Volvulus aigu du caecum:

Le volvulus du caecum réalise un tableau d'occlusion intestinale aiguë, comportant une triade fonctionnelle, une atteinte de l'état général et des signes physiques.

1- Début

Le début est caractérisé par la soudaineté de la crise, surprenant un malade sans antécédents. Elle est inquiétante, par son intensité, pour un patient se plaignant de coliques chroniques supportables. Il s'agit d'une crise de colique périombilicale paroxystique parfois déclenchée par un écart alimentaire ou un effort. [6]

Dans Une étude publiée par OMARA sur 50 cas, la présentation était aiguë, exigeant la chirurgie urgente chez 41 patients; 9 patients se sont présentés avec des symptômes chroniques. [32]

Dans une autre étude portant sur 16 patients en Australie, le début des symptômes était aigu, marqué par des douleurs abdominales paroxystiques sur un fond permanent chez 50% des patients, les autres 50 % rapportent une histoire d'épisodes semblables mais moins sévères. [41]

ils ont été admis en urgence pour un tableau d'installation brutale inaugurale (dans 2 cas), ou encore représentant le stade ultime de plusieurs épisodes subocclusifs (1 seul cas).

2- La triade fonctionnelle

Les douleurs abdominales constituent le maître symptôme retrouvé chez plus de 90% des patients. [16][21][27][32][41]

Elles sont à type de colique ou sensation de torsion atroce, et siègent en un point précis de l'abdomen, la fosse iliaque droite, le flanc droit ou l'hypochondre droit, avant de se généraliser. [6]

Elles évoluent le plus souvent par crises de colique intermittente. Les paroxysmes douloureux sont séparés par des phases d'accalmie relative de durée variable marquées sur un fond douloureux permanent. [6]

Ces coliques témoignent de la lutte de l'intestin contre le volvulus.

En cas de bascule caecale ces douleurs peuvent être plus discrètes et d'installation progressive. [30]

Les vomissements, précédés de nausées, sont plus ou moins tardifs et abondants, alimentaires, bilieux, voire fécaloïdes, vu le siège distal de l'occlusion aiguë.

Un arrêt du transit digestif: On constate un arrêt des matières inconstant dans les premières heures et surtout des gaz (vidange du bout distal).

Le tableau clinique est celui d'une occlusion basse. Il est dominé par les douleurs abdominales, l'arrêt des matières et des gaz et les vomissements présents dans les trois cas.

3- Atteinte de l'état général

Cette atteinte est variable.

Tantôt l'état général est parfaitement conservé quand la consultation et le diagnostic sont précoces chez les patients surtout âgés.

Tantôt on observe un véritable état de choc, avec altération du faciès, accélération du pouls souvent mal frappé, chute tensionnelle, fièvre, qui traduit la gravité du volvulus caecal sur le plan :

- Anatomique : distension menace de sphacèle intestinal;
- Biologique : déséquilibre hydroélectrolytique, déshydratation par présence d'un 3^{ème} secteur. [6]

4- Examen physique

Les signes physiques, le plus souvent, sont aussi nets que les signes fonctionnels.

Inspection:

Elle note:

- Un météorisme abdominal rénitent, asymétrique une fois sur trois et fréquemment localisé au niveau de l'hypochondre gauche ou en périombilicale. [21]

C'est un signe capital du volvulus du caecum, comme l'ont souligné les différents auteurs. [2][16][21][43]

trouvé chez tous nos patients. Il est diffus dans 2

- L'existence d'une éventuelle cicatrice abdominale est à rechercher.

Palpation:

Elle note une sensibilité abdominale diffuse, parfois localisée au niveau de la fosse iliaque droite.

Le caecum dilaté peut être perçu sous forme d'une masse de la fosse iliaque droite, et permet d'orienter le diagnostic. [31]

Percussion:

Elle met en évidence un tympanisme, généralisé ou localisé, parfois aussi une matité traduisant soit des anses pleines de liquide, soit un épanchement péritonéal associé. [6]

L'inspection, la palpation et la percussion constituent les éléments de la classique triade de VON WAHL (météorisme, sensibilité, tympanisme) traduction fidèle de l'anse volvulée. [51]

Auscultation:

L'auscultation de l'abdomen peut percevoir les bruits hydroaériques et des gargouillements.

Elle doit être symétrique. Une auscultation négative est le signe d'une occlusion paralytique ou d'un faux diagnostic, alors que la présence de bruits hydro-aériques est un signe d'occlusion mécanique traduisant la lutte de l'anse en amont de l'obstacle.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Le toucher rectal est souvent négatif, comme c'est le cas chez tous nos patients.

On peut exceptionnellement percevoir un fond caecal tendu en position pelvienne. [6]

iques selon les séries

Auteurs/année	Nombre de cas	Symptômes cliniques
Harold – 1950 [38]	1	Dl abd, vomissement, distension abd
Jordan et Olivier – 1952 [26]	6	Sd occlusif, météorisme abd
Powell et Bowers – 1955 [25]	2	Sd occlusif: 100%, fièvre: 50%
Wilkinson et Morgan -1959 [24]	1	Dl abd, masse abd
Omara et Al – 1978 [32]	50	Dl abd: 90%, vomissement: 68%, constipation: 60%, diarrhée: 24%, fièvre: 10%, météorisme: 62%
BURKE et BALLANTYNE-1984 [40]	12	Dl abd 67% Nausée 33% Vomissement 33% Distension abd 33% Constipation 25% Diarrhée 8% Rectorragie 8%
Nell,PG Reasbeck et al.-1987 [41]	16	Dl abd 94% Vomissement 44% Constipation 38% Distension abd 31%
UCV-1996 [21]	3	Dl abd: 100%, AMG: 100% Fièvre: 66,7% Météorisme abd: 66,7% défense: 66,7%
A.PAL et Al- 2005 [43]	1	Dl abd, fièvre, météorisme abd
Breda et Al – 2006 [29]	1	Dl abd, AMG, météorisme asymétrique
CD.Scott et Al – 2008 [3]	1	Dl abd, météorisme abd, défense abd
Takkaki – 2008 [1]	1	Dl abd, fièvre, météorisme, défense abd
J.Habre et Al – 2008 [2]	1	DL abd, vomissement, défense abd, météorisme asymétrique
Toshio Katoh et Al – 2009 [16]	1	Dl abd, fièvre, météorisme, défense abd
Notre série	3	Sd occlusif: 100% (les 3 cas) Fièvre : 33,3% (1 cas) Distension abd: 100%(les 3 cas)

du caecum

Appelé également " syndrome du caecum mobile".

Cette présentation clinique est retrouvée chez 50% des patients ayant développé un volvulus aigu du caecum. [30]

L'évolution relativement chronique de la maladie ne peut être véritablement appréciée, car ce n'est qu'à posteriori que s'explique les crises de coliques qui forment l'essentiel du tableau et que retrouve l'interrogatoire.

Ces crises surviennent volontiers à la faveur et à la fin d'une période de constipation et se manifestent par des douleurs abdominales chroniques, intermittentes surgissant brusquement dans la région périombilicale ou l'hypochondre droit à type de coliques, avec résolution spontanée par une débâcle fétide des matières et des gaz. [30]

L'examen, tant à l'inspection qu'à la palpation, objective une zone météorisée, tympanique, rénitente. L'auscultation décèle des bruits hydroaériques et confirme la vacuité de la fosse iliaque droite. L'examen physique peut être normal. [30]

Le diagnostic radiologique n'est pas toujours aisé et les anomalies de position du bas fond caecal ainsi que les anomalies d'abouchement de la dernière anse grêlique sont à rechercher.

Le diagnostic du volvulus du caecum mobile chronique débouche sur une intervention chirurgicale de fixation du caeco-colon visant à empêcher les récurrences et l'évolution en volvulus aigu.

1- Selon le mécanisme

Le volvulus par bascule évolue en général sur un mode subaigu. Les complications évolutives survenant assez tardivement. Sur les clichés d'ASP, un aspect en « goutte de larme » (Tear-drop) du cæcum basculé peut se voir.

La position du cæcum basculé est presque toujours à droite de la ligne médiane. Le lavement aux hydrosolubles peut avoir un effet thérapeutique par réduction de la bascule. [6]

2- Selon les pathologies associées

Ces affections interviennent surtout comme facteur favorisant.

Le *syndrome d'Ogilvie* est une pseudo-occlusion intestinale aiguë en dehors de tout obstacle mécanique.

Le *diverticule de Meckel* peut être long, au point de constituer une bride enserrant le côlon ascendant.

Des anomalies de rotation intestinale sont possibles en association avec le défaut d'accolement caecal. [6]

3- Selon l'évolution

Les formes vues tardivement se manifestent par une déshydratation sévère, avec choc hypovolémique, voire choc septique, une péritonite asthénique, et une gangrène cæcale à la laparotomie. [2][30]

Les investigations paracliniques permettent de confirmer le diagnostic du volvulus caecal qui fait appel à l'imagerie. Parfois même elles contribuent à la détorsion.

A- Examens radiologiques

1- Radiographie de l'abdomen sans préparation

Elle permet le diagnostic dans plus de 70% des cas. [2][6][29]

Trois clichés seront demandés:

- ✓ Le cliché de face debout, comportant les coupes diaphragmatiques et les trous obturateurs.
- ✓ Le cliché en décubitus dorsal : face et profil.

∞ Le cliché debout montre un caecum dilaté sous l'aspect d'une énorme bulle gazeuse unique, surmontant un niveau hydroaérique (NHA) très large réalisant ainsi le ballon hydroaérique de HOLLUBEC. (**Figure 13**) [21]

- Cette distension caecale peut se dessiner en position basse: pelvienne, en position haute: l'hypochondre droit, en position médiane: prévertébrale, elle peut se développer vers l'hypochondre gauche où elle atteint la coupole diaphragmatique.

- La vacuité de la fosse iliaque droite est constante et significative, parfois occupée par de petits niveaux hydroaériques traduisant la participation iléale.



Figure 13: Radiographie sans préparation de l'abdomen montrant un caecum dilaté et la présence de niveaux hydroaérique grêliques. [30]

in de café" est retrouvée dans la moitié des cas



Figure 14: Cliché d'abdomen sans préparation : le côlon droit est dans la partie supérieure gauche de l'abdomen, réalisant une image en « grain de café » [29]

☞ Sur un cliché d'ASP fait couché, on remarque une clarté digestive très large par étalement d'air dans le cæcum distendu. [6]

Des signes accompagnateurs variables s'ajoutent aux signes essentiels:

- Grisaille diffuse traduisant un épanchement péritonéal réactionnel.
- Anomalie de siège, de l'image aérique en raison de brides ou d'adhérences (fosse iliaque droite).

ns en cas de dilatation excessive.

- La recherche d'un pneumopéritoine attesterait la perforation colique.

2- Le lavement aux hydrosolubles

Le lavement aux hydrosolubles a été traditionnellement demandé en cas de suspicion de volvulus du caecum et permettait une confirmation du diagnostic dans 88% des cas. [2]

Selon les nouvelles publications, le lavement opaque ne sera pratiqué que si le diagnostic est incertain sur les clichés d'abdomen sans préparation et pour éliminer la responsabilité éventuelle d'une lésion obstructive sur le colon gauche. [21]

Il sera pratiqué sous faible pression, de préférence avec un produit hydrosoluble plutôt qu'à la baryte même diluée.

Il montre une absence d'opacification du caecum alors que tout le reste du colon est de diamètre normal.

L'arrêt de la colonne opaque peut offrir les traits caractéristiques du volvulus, tel qu'un arrêt brusque sous forme d'une ligne horizontale nettement tranchée (**Figure 15**) ou une image en bec d'oiseau (**Figure 16**).

La pénétration du produit du contraste dans le caecum peut se voir aussi. Le cliché après évacuation montre, parfois, l'existence d'un peu de liquide de contraste dans le caecum.

En revanche, le lavement aux hydrosolubles semble être remplacé dernièrement par la tomodensitométrie qui est considérée actuellement comme le moyen d'imagerie principal dans le diagnostic du volvulus du caecum. [2]



Figure 15: Lavement aux hydrosolubles: volvulus du cæcum. [6]



Figure 16: Image en bec d'oiseau

A present, on considère l'examen tomodensitométrique comme étant la meilleure modalité diagnostique pour l'évaluation d'un abdomen aigu et particulièrement pour le diagnostic de la cause et des complications d'une occlusion intestinale.

Concernant le volvulus du caecum cet examen radiologique fait l'objet de plusieurs publications.

Fisher en 1981 a été le premier à rapporter un cas de volvulus du grêle diagnostiqué grâce au scanner et à décrire le signe du tourbillon (whirl sign) (**Figure 17**), qui fut ensuite décrit dans les autres localisations de volvulus: sigmoïde, caecum. [35]

Cette image se compose de spires de torsion du caecum et de l'iléon terminal au centre desquelles une zone hypodense signe le point de départ de la torsion. Des vaisseaux mésentériques et mésocoliques dilatés irradiant vers la périphérie du colon volvé.

La corrélation entre les images tomodensitométriques et les trois types de volvulus n'a jamais été spécifiquement étudiée.

Selon Delabrousse, le signe de tourbillon peut ne pas être visible en cas de bascule caecale, alors que sa présence est obligatoire en cas de torsion axiale ou en cas de torsion de type de boucle. [5]

En cas de bascule caecale, le scanner ne montre qu'une distension caecale

La distension iléale et caecale contrastant avec un colon plat suffit dans tous les cas pour évoquer le diagnostic d'un volvulus du caecum.

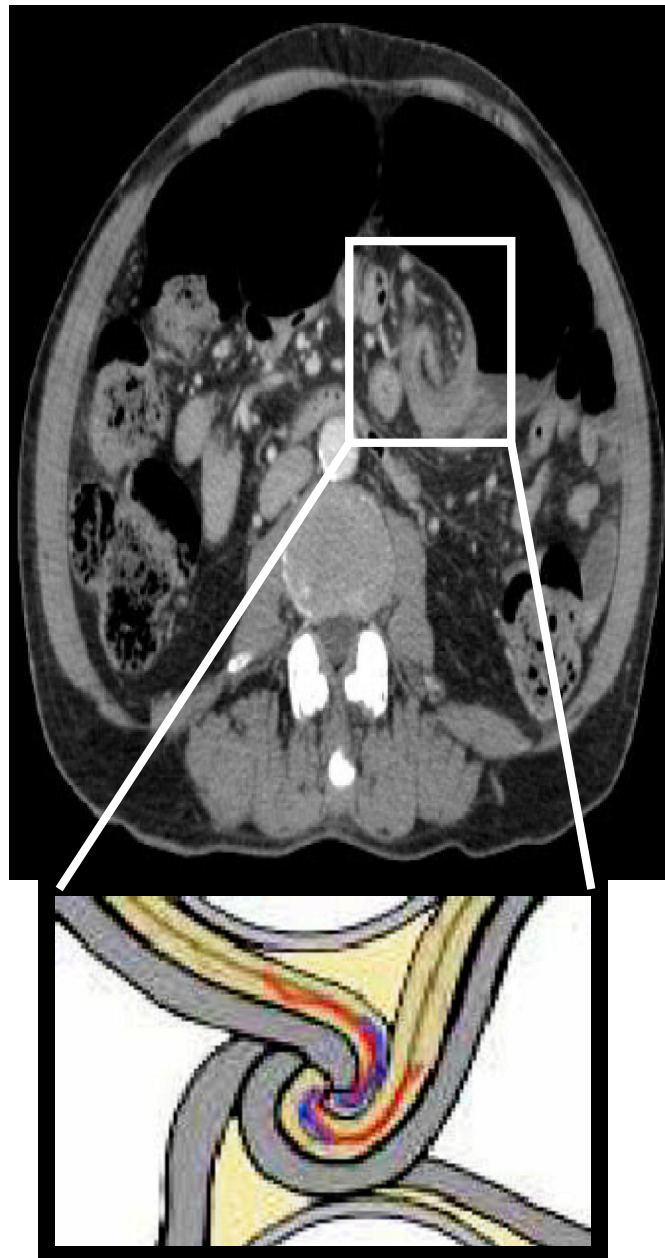
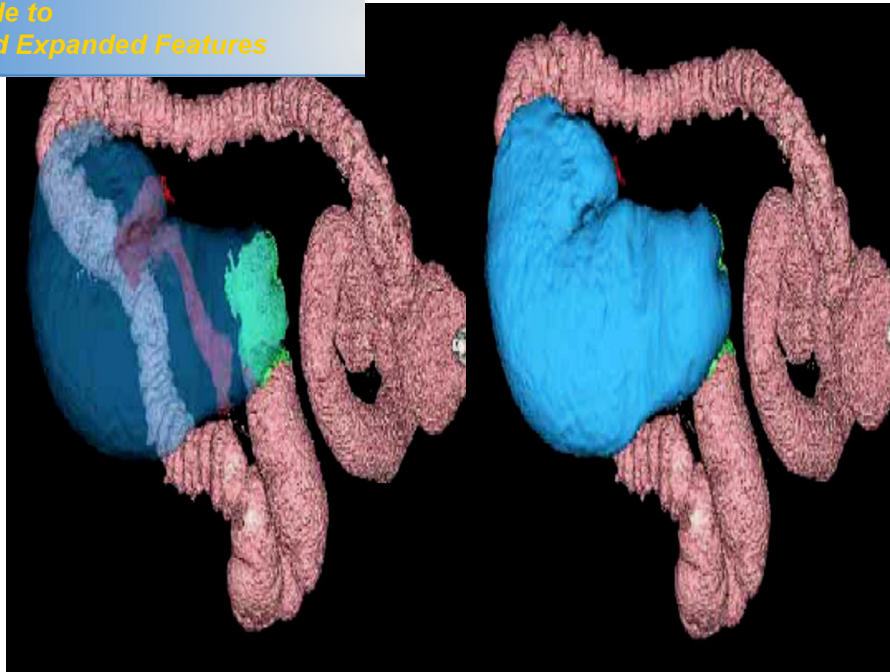


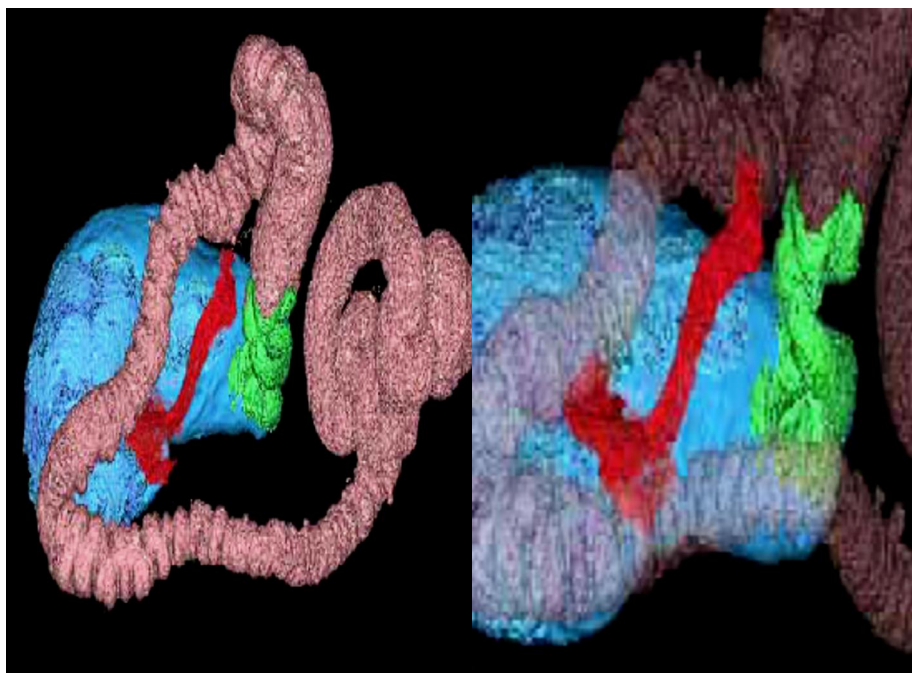
Figure 17: Schéma explicatif du "whirl sign" [36]

permet en outre de dépister des signes de complications comme une ischémie, une pneumatose de la paroi intestinale ou une perforation colique. Il permet également de dépister des anomalies siégeant en dehors de la paroi intestinale comme une tumeur ou des adénopathies mésentériques pouvant être en cause dans le volvulus. [6]

D'après Moore, la reconstruction en trois dimensions aurait l'avantage d'obtenir des images aussi informatives que celles du lavement opaque en visualisant de façon directe la zone de torsion. (**Figure 18**)[36]



Vue antérieure



Vue postérieure

Figure 18: Reconstructions3D. Caecum (bleu), côlon (rose), spire de torsion (vert) et iléon (rouge). La boucle de torsion réalise une rotation de 360° environ. Le caecum est entièrement basculé et inversé, visible en projection du quadrant supérieur gauche de l'abdomen. [36]

Imagerie magnétique

L'IRM a été évaluée dans les mal-rotations et les volvulus intestinaux et semble moins performante que la tomodensitométrie.

❖ **Dans notre série** aucun de nos patients n'a bénéficié d'un scanner ni d'un examen endoscopique ou de lavements aux hydrosolubles.

Les ASP réalisés montrent des NHA coliques avec une participation grêlique dans deux cas.

B- Biologie

La biologie n'apporte aucune contribution au diagnostic. Elle peut montrer une hémococoncentration et des déséquilibres électrolytiques en rapport avec la déshydratation. [6]

C- Bilan préopératoire

- Radiographie du thorax
- Electrocardiogramme (ECG)
- Biologie :
 - a- Numération Formule Sanguine (NFS)
 - b- Fonction rénale : l'urée, la créatinémie
 - c- Bilan de crase : TP, TCA
 - d- Groupage sanguin

A- Le diagnostic positif

Le diagnostic positif du volvulus du caecum repose sur un certain nombre d'arguments cliniques et radiologiques.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un tableau d'occlusion intestinale aiguë par strangulation, à début brutal, à douleur atroce où les vomissements sont rares et un état général souvent satisfaisant avec météorisme considérable localisé et tympanique.

Devant cette triade, on retient le diagnostic de volvulus du gros intestin. Le siège de la torsion est indiqué par les examens radiologiques.

La radiographie de l'abdomen sans préparation permet de poser le diagnostic dans plus de la moitié des cas. Elle montre le cæcum distendu, donnant l'image en « grain de café » ou en « goutte de larme », associée à des niveaux hydro-aériques de l'intestin grêle, et à une absence d'air dans le côlon. Le lavement aux produits hydrosolubles montre une opacification colique totale, et une absence d'opacification cæcale, avec un arrêt du produit en « bec d'oiseau ». Le scanner montre une image pathognomonique que l'on nomme le « tourbillon » cæcal. [6]

Ce qui importe le plus, c'est de faire précocement le diagnostic d'occlusion mécanique et de poser l'indication opératoire en urgence, le diagnostic sera infirmé ou confirmé (s'il a été évoqué) à la laparotomie.

1- Diagnostic différentiel avec d'autres syndromes douloureux abdominaux aigus

- **Appendicite aiguë** : dans le volvulus du caecum il n'y a pas de signes locaux de la fosse iliaque droite même au-dessus de la crête iliaque, le toucher rectal élimine un abcès, il n'y a pas de fièvre, le faciès est uniquement anxieux.

- **La pancréatite aiguë** peut revêtir un tableau d'occlusion haute avec choc intense, les signes physiques sont très pauvres contrastant avec le météorisme asymétrique localisé de la torsion caecale.

- **L'infarctus mésentérique** s'oppose point par point à l'examen clinique du volvulus, d'une part il y a des antécédents cardiovasculaires, d'autre part le météorisme est diffus.

- **Une occlusion sur bride** n'est pas à éliminer véritablement car il s'agit alors de nuances liées au siège de la bride qui peut d'ailleurs être la cause d'un volvulus caecal aigu.

- **Un iléus biliaire** présente en fait une occlusion du grêle et l'aérobilie assure le diagnostic.

- **Hernie étranglée du trou obturateur**: elle n'a pas le météorisme ni la douleur de la torsion.

2- Diagnostic topographique différentiel

- Il est important d'insister sur le **volvulus du côlon sigmoïde** et les différences de sémiologie radiologique avec le volvulus du caecum (**Tableau III**), bien qu'actuellement le scanner ne laisse que peu de doutes.

liologiques entre les volvulus du cæcum et du

Imagerie	Volvulus du caecum	Volvulus du sigmoïde
NHA du grêle (ASP)	Présents	Présents
NHA du côlon (ASP)	Absents	Présents
Image spécifique de l'organe (ASP)	Enorme image NHA	Image unique en double jambage avec NHA aux 2 pieds de l'anse
Opacification rectale (LHS)	Oui	Oui
Opacification colique (LHS)	Totale	Non (arrêt précoce du produit en bec d'oiseau)
Opacification cæcale (LHS)	Non (arrêt du produit)	Non

Le volvulus du grêle présente des signes d'occlusion haute avec vomissements abondants précoces et troubles majeurs de l'état général, un météorisme diffus, la radio montre de nombreux niveaux hydro-aériques de type grêlique.

Le volvulus de l'estomac pose moins de problèmes: la dilatation siège au niveau de l'hypochondre droit, la radio montre une poche à air considérablement dilatée, et une impossibilité du remplissage; le tubage gastrique est impossible (ce qui élimine aussi la dilatation aigüe de l'estomac).

giques risquent de faire temporiser à tort

- **Un cancer sténosant du sigmoïde** impose constamment la vérification caecale puisque l'on sait le rôle pathologique de cette association.

V- TRAITEMENT

Le but du traitement est triple. Il s'agit de lever l'obstacle par une détorsion, de traiter les complications évolutives et prévenir la récurrence.

A- Traitement médical

1- Réanimation

La réanimation joue un rôle important dans la prise en charge du volvulus du caecum.

Elle dépend des résultats cliniques (déshydratation, collapsus, état de choc...) et des examens biologiques. Mais elle ne doit pas retarder le geste chirurgical.

Elle comprend :

- ✓ L'oxygénothérapie: réalisée à l'aide d'une sonde nasale ou après intubation si l'état du malade est jugé grave.
- ✓ La correction du déséquilibre hydro-électrolytique débute avant l'intervention et poursuivie en per et post opératoire. C'est le cas de l'observation n°3 où la patiente est hospitalisée au service de réanimation des urgences chirurgicales (RUCH) pour état de choc.
- ✓ L'aspiration gastrique par une sonde naso-gastrique permet d'éviter les vomissements et d'évacuer le contenu gastrique afin de prévenir les accidents d'inhalation lors de l'anesthésie.

nde vésicale qui permet de contrôler la diurèse et la surveillance du remplissage.

L'efficacité de cette réanimation pré et per-opératoire est jugée sur des critères cliniques (tension artérielle, pouls, diurèse et pression veineuse centrale) et biologiques (ionogramme sanguin et urinaire).

La réanimation post-opératoire consiste à maintenir les mêmes apports hydriques donnés en per-opératoire jusqu'à reprise du transit.

2- Médicaments

Dans nos trois observations ainsi que pour de nombreux auteurs, une antibiothérapie à large spectre est instituée. [1][30]

La plus fréquemment utilisée est l'association :

- Céphalosporine 3ème génération (2g/j)
- Gentamicine (5mg/kg)
- Métronidazole (10mg-20mg/kg)

Association ayant pour but de lutter contre les germes gram+, gram- et les anaérobies.

B- Traitement non chirurgical

1- Réduction par le lavement baryté:

La réduction du volvulus caecal par le lavement baryté a été décrite par O'MARA, [32] mais cette méthode de détorsion n'est pas considérée comme appropriée en raison de la difficulté à exclure la présence d'une nécrose intestinale. [31]

La colonoscopie a un double intérêt diagnostique et thérapeutique.

Grâce à la coloscopie flexible, on peut explorer tout le côlon, le dévolvuler et le vider par la mise en place d'une sonde de Faucher. Cette sonde prévient la récurrence précoce et permet une préparation colique pour une chirurgie différée. [51]

L'endoscopie permet donc de confirmer la torsion, d'inspecter directement la muqueuse et d'apprécier la viabilité de l'intestin.

La présence de tache de sang est un indicateur de gangrène qui doit inciter à l'arrêt de l'exploration, à l'interdiction de toute tentative de détorsion et à la chirurgie d'urgence. [15]

La colonoscopie a été proposée pour réduire le volvulus caecal chez les patients à haut risque opératoire. Dans le volvulus du sigmoïde cette technique a été largement utilisée. [30]

Le taux de réussite d'une réduction d'un volvulus du caecum par colonoscopie est de 30%. [30]

Sur une série de 55 patients, GROSSMANN *et AL.* ont réalisé 20 cœco-exsufflations endoscopiques (36 %) avec un seul succès (5 %).

Des résultats aussi peu encourageants ont été rapportés par ANDERSON et WELCH (1 succès sur 4), et Friedman *et al.* (0 succès sur 10) [6] [30].

Certains auteurs défendent l'intérêt de la colonoscopie dans le traitement du volvulus du caecum, vu son caractère moins invasif, chaque fois que l'état

ou'une chirurgie d'urgence n'est pas considérée

Pour d'autres, cette méthode n'est plus recommandée vu le taux élevé d'échec, le retard fréquent de la procédure opératoire, l'exigence d'un opérateur entraîné, et le risque majeur de perforation colique. [30][31]

C- Traitement chirurgical

1- Voie d'abord

Quand la décision opératoire est prise, il faut choisir la voie d'abord. Dans nos trois observations, il est pratiquée une incision médiane à cheval sur l'ombilic donnant un meilleur accès aux lésions. Une incision oblique du flanc est possible mais ne doit pas être recommandée car trop étroite au départ, son agrandissement à des mécomptes dans la recherche et la cure du volvulus.

2- Exploration

Une fois la paroi ouverte, on trouve un énorme ballon hydroaérique. L'extériorisation de ce dernier doit être extrêmement prudente "si grande est sa tension, si minces sont ses parois que la rupture semble parfois imminente" [30]. Si l'extériorisation n'est pas possible ou trop risquée, il vaut mieux commencer par une exsufflation de l'air afin d'obtenir une déplétion du ballon de torsion (**Figure 19**).



Figure 19: Vue opératoire: extériorisation du caecum

Le bilan des lésions peut alors être fait:

- Siège et sens de la torsion
- Existence fréquente d'une bride cause de la torsion, qu'il faut sectionner

Il convient alors d'apprécier avec soin l'état des parois intestinales, particulièrement en trois points:

- Le bas fond caecal, siège de gangrène muqueuse voire de perforation.
- La zone de torsion caeco-colique éventuellement celle du grêle.

...ration a permis de trouver des sphacèles avec
des lésions pré perforatives chez 2 malades (observation n°1 et n°2) et une
nécrose du colon droit associée au volvulus chez une malade (observation n°3)

Une vérification complète du colon et du grêle s'impose à la recherche d'une cause déclenchante qui nécessiterait un traitement adéquat. Comme dans l'observation n°3, où une malformation colique sous forme d'un segment colique borgne accolé au colon transverse, est trouvée.

3- Méthodes utilisées

3-1- Méthodes chirurgicales conservatrices

❖ Détorsion simple: consiste en la réduction du volvulus dans le sens contraire de son mécanisme. (**Figure 20**)

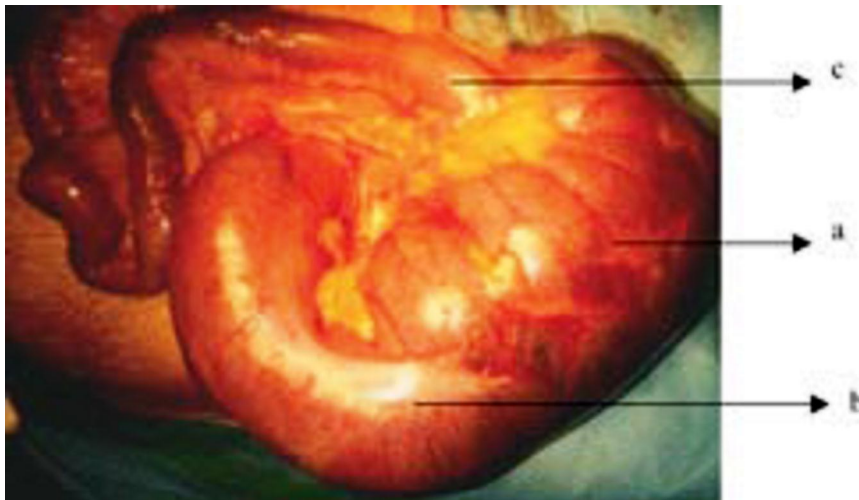


Figure 20: Vue opératoire d'un côlon volvulé après détorsion ; remarquer :
la distension du cæcum (a), le côlon ascendant (b), et l'iléon terminal (c).

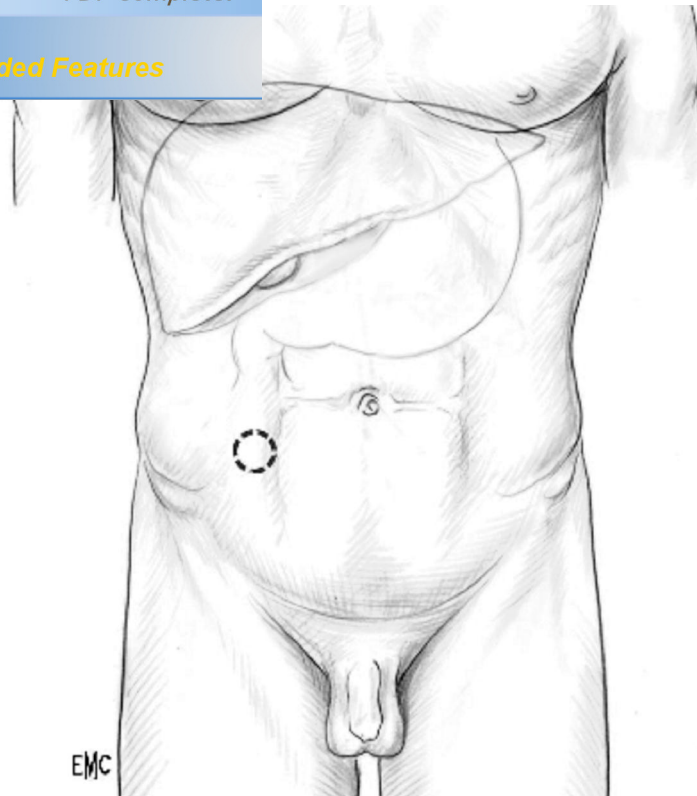


PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

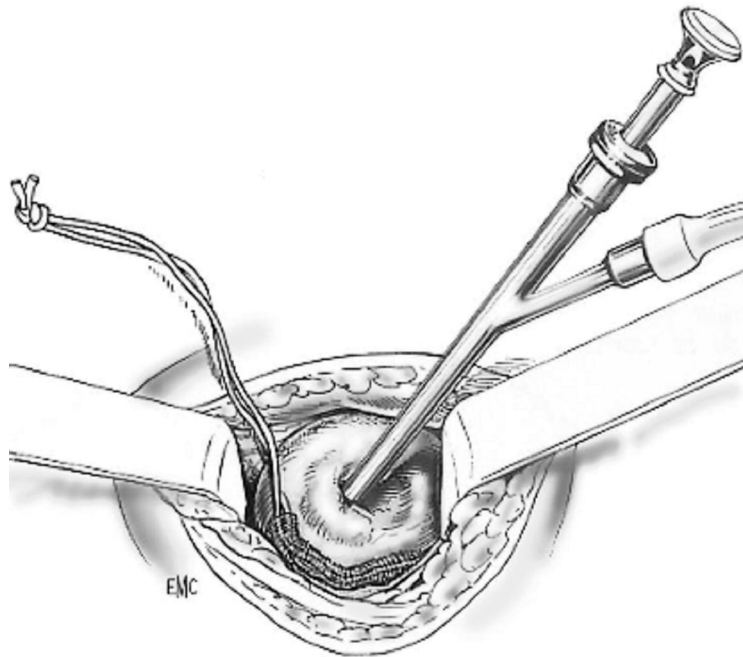
[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

une incision de Mac Burney et l'introduction
à un tube de Falgout dans le cæcum qui est ainsi amené à la paroi. (**Figure 21**)
[30]

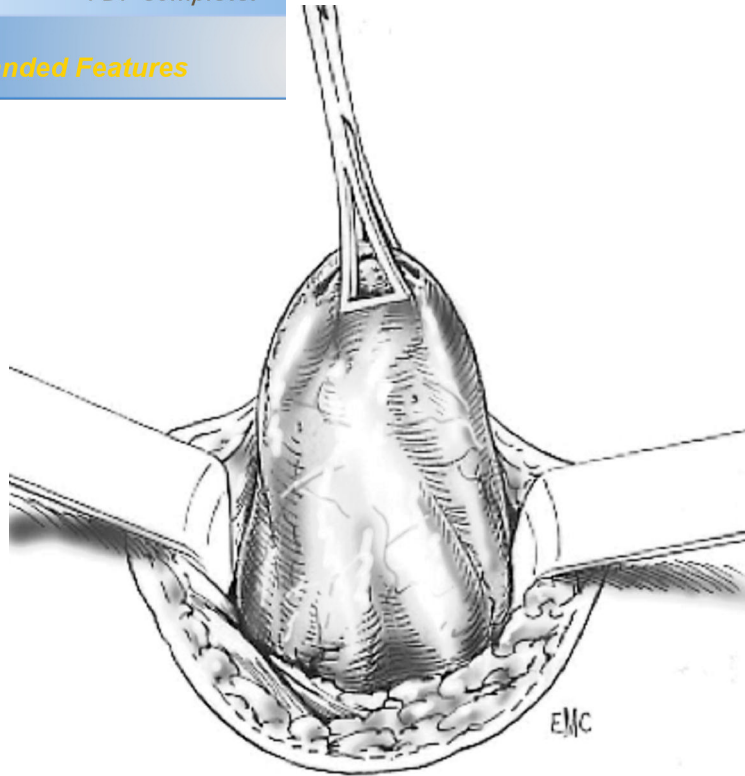
Le rôle de la cæcostomie comme méthode de diversion colique, décompression et fixation caecale est sujet de beaucoup de controverse.



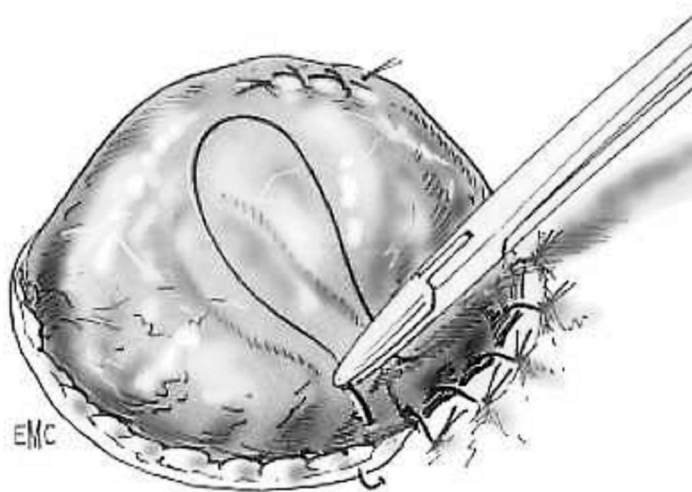
1- Petite incision circulaire en fosse iliaque droite



2- Ponction première du caecum après isolement par une mèche bétadinée



3- Extériorisation d'un cône caecal



4- Fixation d'un cône caecal

Fermeture par application d'une agrafeuse après désinsertion

Figure 21: Différentes étapes de la caecostomie [53]

fixation du cæcum au péritoine pariétal par des points simples au fil non résorbable.[30] Dans certains cas de côlon droit non accolé associé, une cæcocolopexie en équerre peut être réalisée (**Figure 22**).

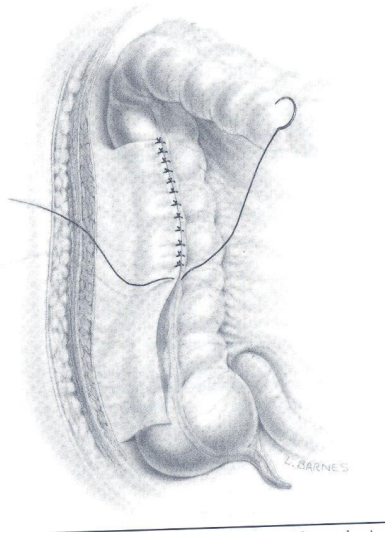


Figure 22: Caecopexie

3-2- Méthodes radicales

La revue de littérature japonaise révèle que 32,6% des patients opérés pour volvulus du caecum avant 1988 ont bénéficié d'un traitement radical. Ce taux s'est élevé entre 1999 et 2008 pour atteindre 70% des patients.

Cette augmentation significative est due principalement aux progrès qu'ont connus les techniques chirurgicales et les mesures de réanimation. [16]

Ces méthodes radicales comportent la résection iléo-caecale et l'hémicolectomie droite.

L'intervention consiste en une résection de la partie terminale de l'iléon et du caecum, complétée par une anastomose iléo-colique latéro-terminale.

❖ **Hémicolectomie droite (Figure 23)**

Il s'agit en fait d'une iléo-colectomie droite à visée pathogénique et radicale.

Elle consiste à réséquer le caecum, le côlon ascendant et l'angle colique droit.

Elle emporte les 15 à 20 derniers centimètres du grêle. On lie les artères coliques droites au ras de la mésentérique supérieure.

On termine par une anastomose iléo-transverse termino-terminale ou termino-latérale, manuelle ou mécanique complétée par un drainage de la gouttière pariéto-colique.

Cette iléo-colectomie pourra être de principe, elle permet, en supprimant tout le segment intestinal suspect, d'éviter les récurrences secondaires.

Elle devra être de nécessité en cas de sphacèles, de perforation ou même si la vitalité intestinale est simplement douteuse.

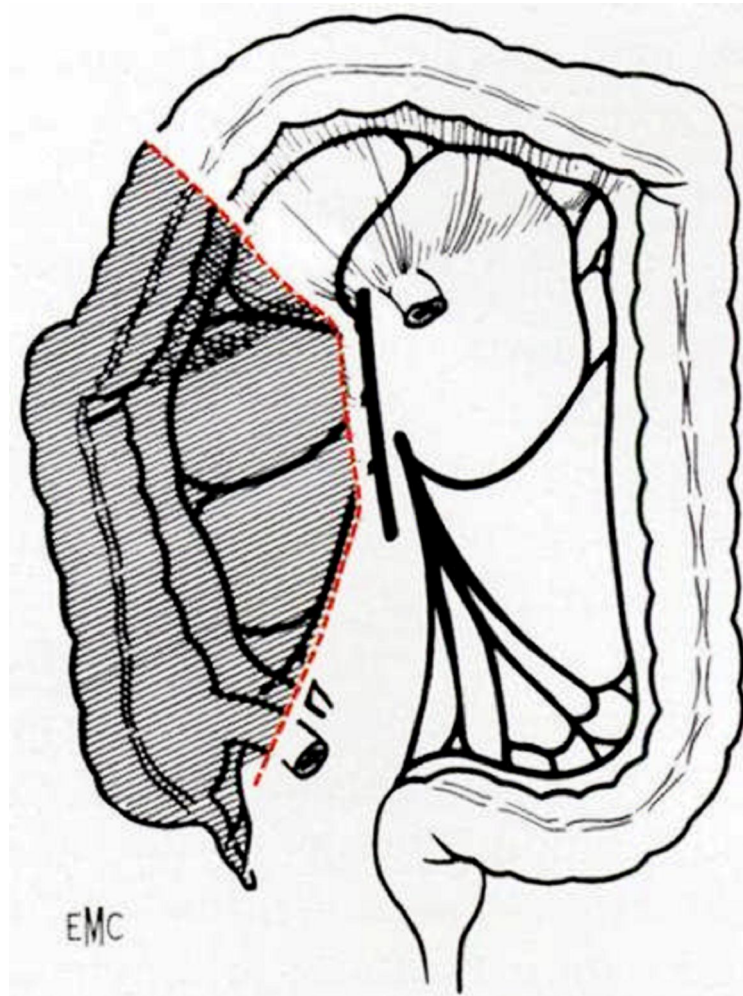


Figure 23: Hémicolectomie droite [53]

rgicales utilisées par les différents auteurs.

Auteurs/année	Nombre de cas	Résection	Caecopexie	Caecostomie	Réduction
Harold – 1950 [38]	1	0/1	0/1	0/1	1/1
Jordan et Olivier – 1952 [26]	6	2/6	2/6	1/6	1/6
Omara et Al – 1978 [32]	50	14/50	18/50	6/50	12/50
UCV-1996 [21]	3	3/3	0/3	0/3	0/3
A.PAL et Al-2005 [43]	1	0/1	0/1	1/1	1/1
Breda et Al – 2006 [29]	1	0/1	0/1	0/1	1/1
CD.Scott et Al – 2008 [3]	1	1/1	0/1	0/1	0/1
Takkaki – 2008 [1]	1	0/1	1/1	0/1	0/1
J.Habre et Al – 2008 [2]	1	1/1	0/1	0/1	0/1
Toshio Katoh et Al – 2009 [16]	1	1/1	0/1	0/1	0/1

L'extension de la chirurgie laparoscopique à la pathologie colorectale et le développement des anastomoses coliques manuelles sous contrôle vidéolaparoscopique semblent représenter une évolution thérapeutique. [30]

La chirurgie laparoscopique est réalisée sous anesthésie générale. Après sondage urinaire, le malade est installé en décubitus dorsal

Après la création d'un pneumopéritoine, le premier temps de l'intervention consiste en l'introduction du système optique en sub-ombilical, puis l'emplacement des trocarts. [1]

Une résection avec anastomose peut être réalisée après exsufflation et détorsion du volvulus du caecum, en absence de nécrose.

Une fixation du caecum mobile au péritoine pariétal par laparoscopie est possible. [1]

TSUSHIMI et al. ont traité avec succès un cas de volvulus de caecum par caecopexie laparoscopique réalisée 18 jours après une réduction par colonoscopie. [1]

Trois cas similaires de volvulus du caecum traités par caecopexie laparoscopique ont été publiés. [1]

Le traitement laparoscopique offre plusieurs avantages: le confort post opératoire, la diminution de la douleur, le bon résultat esthétique et une reprise a priori plus précoce du travail. [1]

difficile de poser le diagnostic de volvulus de caecum en postopératoire et qu'une chirurgie d'urgence est souvent nécessaire, le traitement laparoscopique est rarement indiqué.

C- Indications

Les indications tiennent compte de l'âge, de l'état du patient, en particulier de l'existence ou non d'une comorbidité sévère, de l'état de la paroi colique, mais aussi de l'expérience personnelle de chaque chirurgien. [6] [29] [30]

La chirurgie conservatrice a l'avantage d'être moins lourde à mettre en œuvre et d'espérer une période postopératoire plus simple. En revanche, elle expose au risque de récurrence, 13% pour la détorsion simple et la caecopexie, et 14% en cas de colostomie. [31]

Toutes les séries publiées s'accordent sur l'avantage de la chirurgie par colectomie ou hémicolectomie droite, pour traiter définitivement la cause. [1][30]

Chez les malades considérés comme à haut risque chirurgical, (grands vieillards, comorbidité sévère), une solution conservatrice de réalisation rapide est recommandée en absence de nécrose caecale.

À ces objectifs répond la **détorsion simple** avec l'inconvénient de ne pas prévenir la récurrence, associée à la **caecostomie** qui dans son principe même est vouée à l'échec. En effet, il s'agit d'une vidange du caecum, dont on espère la détorsion spontanée après évacuation [6]. Mais en pratique, si elle est efficace dans la bascule caecale, son intérêt dans la torsion axiale est quasi-nul. Il en résulte une ischémie caecale chronique avec gangrène extensive. La **caecopexie** ou caeco-colopexie, après détorsion, a l'avantage de mieux répondre aux objectifs.

s et *a fortiori* en cas de nécrose cœcale, une [31].

Une décision importante est la réalisation ou non d'une détorsion du volvulus qui fait courir le risque de collapsus irréversible.

Majeski a en effet montré que la reperfusion brutale d'un côlon ischémique et gangrené peut entraîner une acidose métabolique, associée à une translocation de toxines et de bactéries intestinales conduisant à un choc septique sévère, c'est une complication per opératoire connue dans le volvulus du sigmoïde [6] [29][31].

La résection d'un caecum gangrené sans détorsion du volvulus est recommandée. [31]

L'étendue de la résection iléo-cæco-colique droite tient compte de la participation intestinale au volvulus et de la longueur du défaut d'accolement cæcocolique.

Si ces méthodes traitent le volvulus et préviennent la récurrence, elles peuvent imposer dans certains cas une stomie. En effet, une anastomose iléocolique à haut risque, du fait des lésions intestinales ou de la précarité de l'état général du patient, peut ne pas être réalisée ou être protégée par une iléostomie.

Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients. Il faut tenir compte du pourcentage élevé de récurrence dans un traitement conservateur; les chiffres de la littérature sont entre 13 et 66 % [6] [18][29][31]. Ce pourcentage est évidemment nul en cas de colectomie.

trois malades ont bénéficié d'un traitement

- Une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique termino-terminale est réalisée dans l'observation n°1.
- Dans l'observation n°2, où les lésions étaient moins étendues, on a procédé à une résection iléo-caecale.
- Dans l'observation n°3 une colectomie subtotala est réalisée devant la découverte d'une malformation colique (duplicité colique).

VI- COMPLICATIONS

A- Pré-opératoire

Les complications préopératoires dépendent de l'état du patient et celui de la paroi colique.

Les principales complications sont représentées par la nécrose, la perforation et l'infection.

Dans notre série une seule patiente a été admise dans un état de choc. L'exploration a montré qu'elle présentait une nécrose étendue du colon droit.

La revue de littérature rapporte d'autres complications telles que la septicémie, le collapsus ou la décompensation d'une tare. [32][41]

B- Per-opératoire

La mort peut être due au:

- Retard du diagnostic
- Choc hypovolémique
- Choc septique par détorsion d'un caecum ischémique

Les complications sont souvent en rapport avec la combinaison de plusieurs facteurs tels que: l'âge avancé, le mauvais état général, l'importance de tares associées et le défaut de la réanimation postopératoire.

Les complications rapportées dans la littérature sont:

- Les péritonites postopératoires par lâchage des sutures chez les patients qui ont bénéficié d'une résection anastomose,
- Les accidents thromboemboliques,
- L'insuffisance rénale fonctionnelle due à l'hypovolémie aigüe ou organique due au choc septique,
- La septicémie,
- L'hémorragie digestive,
- L'éventration.

Dans notre série les complications étaient:

- Suppuration de la plaie chez une malade,
- Occlusion surbride chez une malade.

A- Mortalité globale

Le taux de mortalité lié au volvulus du caecum est variable selon les auteurs, il varie entre 9% et 60%. [6] [32]

B- Facteurs influençant le pronostic

1- Le terrain

Il est lié à l'âge avancé des patients et l'existence de tares associées.

Dans la série d'OMARA:

- La moyenne d'âge des personnes décédées était de 63 ans, contre une moyenne d'âge de 52 ans pour les survivants,
- Il n'y a eu aucun décès parmi les 19 patients de moins de 50 ans,
- Cinq décès sont survenus dans le groupe des 21 patients (24%) avec une histoire de maladie chronique, contre un décès survenant dans un groupe de 29 patients (3%) sans antécédents pathologiques notables.

2- Le type de traitement

La mortalité et la morbidité après traitement par résection chirurgicale pour un volvulus aigu du caecum, sont nettement meilleures que celles constatées après un traitement conservateur (**Tableau V**). [30]

ive en fonction de la technique chirurgicale [30]

Auteur	L'année	Résection m/r*(%)	Caecopexie m/r (%)	Caecostomie m/r(%)	Détorsion m/r (%)
Ballantyne et al.	1985	39/0	8/0	0/0	0/20
O'Mara et al.	1979	7/0	0/0	25/0	17/0
Rabinovici et al.	1990	22/0	10/13	32/14	22/12
Tejler, Jiborn	1988	7/0	50/0	0/0	25/25
Theuer	1990	22/0	0/0	100/0	AD*

(*m/r : mortalité/récidive, *AD: aucune donnée)

La revue de littérature confirme que les résultats après traitement chirurgical se sont nettement améliorés au fil des 10 dernières années. [1][16][41]

Majeski a rapporté en 2005 qu'il n'y avait aucun décès opératoire parmi les 10 patients traités par iléo-colectomie. [31]

Avant 1988, il ya eu cinq décès postopératoire parmi 45 patients traités chirurgicalement au Japon (15 résections et 30 traitements conservateurs), contre 1 seul décès parmi les 36 patients ayant bénéficié d'un traitement chirurgical (8 résections et 28 non-résections) entre 1999 et 2008. [16]

D'après une étude réalisée par OMARA en 1979, le taux de mortalité était de 7% en absence de gangrène, alors que ce taux atteignait 33% en présence de gangrène intestinale. [32]

La revue de littérature confirme un taux de mortalité plus élevé en présence de gangrène intestinale, soulignant ainsi l'intérêt d'un diagnostic et d'un traitement rapides (**Tableau VI**). [16][30][31][41]

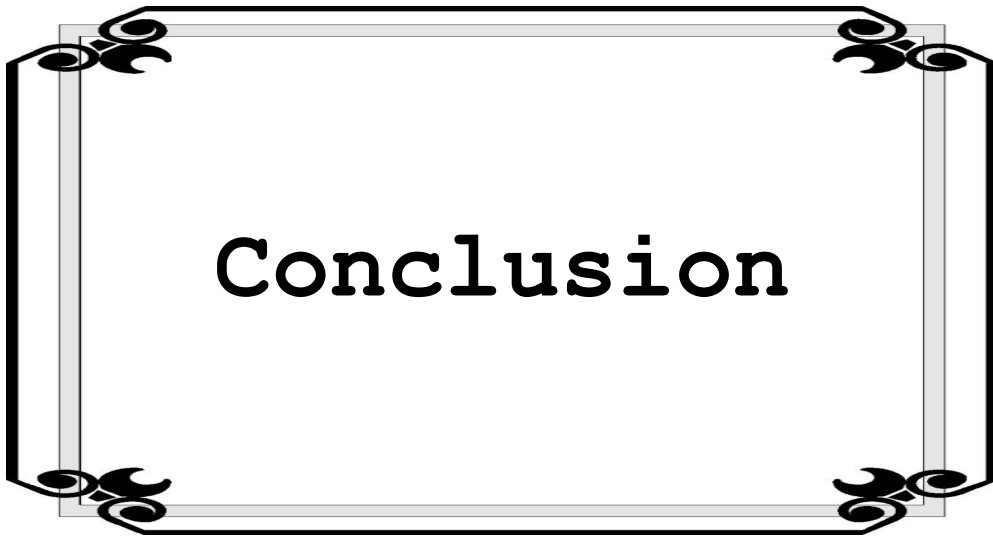
Tableau VI: Taux de mortalité en fonction de l'état de la paroi intestinale selon les différentes séries.

Auteur	Gangrène		Intestin viable		Total	
	Nbre de cas	Décès	Nbre de cas	Décès	Nbre de cas	Décès
TODD [54]	6	3	14	0	20	3
SMITH [34]	2	0	22	3	24	3
MEYERS [58]	1	0	8	0	9	0
GROVER [60]	6	1	6	1	12	2
INBERG [61]	10	3	33	4	43	7
KRONGORG[57]	1	0	10	1	11	1
ANDERSON [58]	5	2	32	10	37	12
ANDERSON [59]	8	3	33	2	41	5
Taux de mortalité	31%		12%		16%	



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Conclusion

ne affection rare.

La mobilité caecale est une condition anatomique indispensable mais insuffisante pour entraîner le volvulus.

Les difficultés diagnostiques ne doivent en aucun cas retarder l'acte opératoire.

Le choix de la technique opératoire est conditionné par l'état local de la paroi colique et l'état général du patient.



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Résumé

Thèse n° 44 : Volvulus du caecum à propos de 3 cas avec revue de la littérature.

Mots clé : volvulus du caecum-occlusion-nécrose-traitement.

Auteur : Lamiae TALIOUA

Ce travail a été fait dans le but de rappeler la symptomatologie et les modalités thérapeutiques du volvulus du caecum à travers trois observations récentes.

En effet, le cæcum est, en fréquence, la deuxième partie du côlon concernée par le volvulus après le sigmoïde et avant l'angle gauche et le côlon transverse.

Cette affection survient sur des cæcums anormalement mobiles. Le mécanisme du volvulus est la torsion ou la bascule.

Le tableau clinique est celui d'une occlusion intestinale aiguë par strangulation.

La radiographie de l'abdomen sans préparation permet de poser le diagnostic dans plus de la moitié des cas. Elle montre le cæcum distendu, donnant l'image en « grain de café » ou en « goutte de larme », associée à des niveaux hydro-aériques de l'intestin grêle, et à une absence d'air dans le côlon.

Le lavement aux produits hydrosolubles montre une opacification colique totale, et une absence d'opacification cæcale, avec un arrêt du produit en « bec d'oiseau ».

Le scanner montre une image pathognomonique que l'on nomme le « Tourbillon » cæcal.

Le traitement vise à réduire le volvulus et à traiter les complications évolutives.

La résection iléo-cæco-colique est la meilleure option thérapeutique.

La cæcopexie peut dans de rares cas constituer une alternative thérapeutique chez les sujets âgés, ou sur terrain débilité et en l'absence de nécrose.

Notre étude réalisée au service des urgences chirurgicales viscérales du centre hospitalier IBN SINA Rabat, traite trois cas de volvulus de caecum admis dans un tableau d'occlusion intestinale aiguë. L'évolution a été favorable après traitement chirurgical. Les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et l'attitude thérapeutique sont discutés à la lumière des données de la littérature.

Notre étude milite en la faveur d'un diagnostic et d'une intervention rapides.

Summary

Thesis n° 44: Cecal volvulus report of 3 cases and data of the literature.

Keywords: cecal volvulus-bowel obstruction-necrosis-treatment.

Author: Lamiae TALIOUA

This work is done in order to recall the symptoms and treatment modalities of cecal volvulus through three cases.

The cecum is the second most common site of colonic volvulus after the sigmoid. The mechanism is torsion or hyperflexion of the enlarged, poorly-fixed, and hypermobile cecum.

It presents clinically as an acute bowel obstruction with strangulation. Diagnosis can be made by plain abdominal X-ray in more than half the cases on the basis of cecal distention (with a classical « teardrop » or « comma appearance »), proximal small bowel distention with air-fluid levels, and a gasless distal colon.

Barium enema shows lack of filling of the cecum, often with a « beaked » termination of the column of contrast.

Computed tomography images are pathognomonic when they reveal a cecal « vortex ».

After surgical reduction of the torsion, ileo-cecal resection is usually the best therapeutic alternative. Cecopexy may be appropriate in older and debilitated patients if there is no concomitant cecal necrosis.

Our study performed at the emergency surgery department in the University Hospital Center IBN SINA Rabat, deals with three cases of volvulus of the cecum admitted in a table of acute bowel obstruction.

The evolution was favorable after surgical treatment. The epidemiologic, clinical, radiological sides and the therapeutic attitude are discussed in the light of the data of the literature.

Our study argues in favor of an early diagnosis and rapid intervention.

ملخص

أطروحة رقم 44: انفثال الأعور بصدد 3 حالات مع استعراض الأدبيات.

الكلمات الأساسية: - انفثال الأعور- الإنسداد المعوي-نخر-علاج.

من طرف: لمياء تلوى

يروم هذا البحث التذكير بالأعراض والوسائل العلاجية للإنفثال الأعوري عبر ثلاث مشاهدات طبية حديثة.

يعتبر الأعور ثاني جزء قولوني معرض للإنفثال بعد القولون السيني وقبل الزاوية اليسرى والقولون المستعرض. تحدث هذه العلة في حالة أعور متحرك بطريقة غير اعتيادية ويقع الإنفثال إما عن طريق اللوي أو الانكفاء.

تمكن الصورة الإشعاعية البطنية (بدون إعداد) من تشخيص الإنفثال الأعوري في أكثر من نصف الحالات، حيث يظهر الأعور متوسعا في صورة "حبة قهوة" أو "قطرة دمعة" بالإضافة إلى وجود مستويات موهائية في المعوي الدقيق، وغياب للهواء في القولون.


يبين الحقن بمواد ذؤوبة في الماء تعتيما تاما للقولون وغياب تعتيم الأعور مع توقف المحلول في شكل "منقار الطائر"، أما المفراس فيبرز صورة واسمة تسمى الإحصار الأعوري.

تهدف وسائل العلاج إلى تقويم الإنفثال وعلاج المضاعفات.

يعتبر الاستئصال للفائفي الأعوري القولوني الخيار العلاجي الأمثل، في حين أن تثبيت الأعور يمكن أن يشكل بديلا علاجيا في بعض الحالات كالمرضى المسنين أو الواهين شريطة عدم وجود نخر.

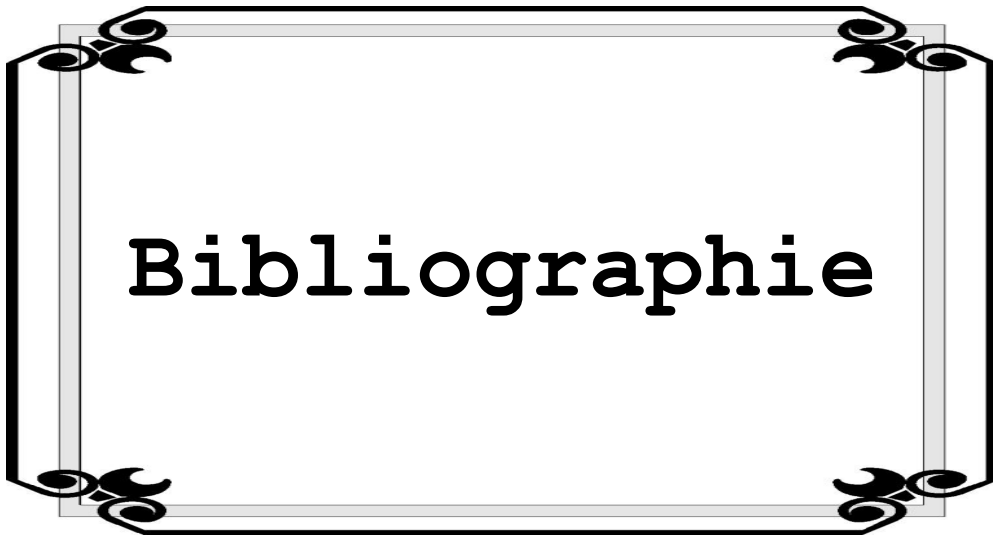
استعرض بحثنا المنجز في مصلحة المستعجلات الجراحية الحشوية بالمركز الاستشفائي ابن سينا بالرباط، ثلاث حالات لإنفثال الأعور، شخصت كحالات انسداد معوي حاد.

أثناء المعاينة، تمت دراسة الجوانب البوائية والسريرية والإشعاعية والعلاجية استنادا على المراجع العلمية.



Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



Bibliographie

**YAMAZUMI H, TAKEMOTO Y, OKA K,
MORIMOTO Y, SHIMADA A, MORITA T.**

Laparoscopic cecopexy for mobile cecum syndrome manifesting as
cecal volvulus: report of a case

Surg Today. 2008;38(4):359-62.

[2] HABRE J, SAUTOT VIAL N, MARCOTTE C, BENCHIMOL D.

Caecal volvulus

Am J Surg. 2008 Nov;196(5):e48-9.

**[3] SCOTT CD, TROTTA BM, DUBOSE JJ, LEDESMA E, FRIEL
CM**

A cruel twist: post-operative cecal volvulus

Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2008 Apr;14(2):158-62

**[4] BALDARELLI M, De SANCTIS A, SARNARI J, NISI M, RIMINI
M, GUERRIERI M.**

Laparoscopic cecopexy for cecal volvulus after laparoscopy. Case report
and a review of the literature.

Minerva Chir. 2007 Jun;62(3):201-4

**[5] DELABROUSSE E, SARLIEVE P, SAILLEY N, AUBRY S,
KASTLER BA**

Cecal volvulus: CT findings and correlation with pathophysiology.

Emerg Radiol. 2007 Nov;14(6):411-5.

- [7] **WALES L, TYSOME J, MENON R, HABIB N, NAVARRA G.**
Caecal volvulus following laparoscopy assisted sigmoid colectomy for sigmoid volvulus.
Int J Colorectal Dis. 2003 Nov;18(6):529-32
- [8] **SWEET, R. H.**
Volvulus of Cecum; Acute and Chronic with Reports of 8 cases. New England
England
J. Med., 213: 287, 1935.
- [9] **WRIGHT TP, MAX MH**
Cecal volvulus : review of 12 cases.
South Med J. 1988 Oct;81(10):1233-5.
- [10] **ANDERSON JR, MILLS JO**
Cecal volvulus : a frequently missed diagnosis.
Clin Radiol. 1984 Jan;35(1):65-9.
- [11] **WEISS BD.**
Cecal volvulus: A diagnostic and therapeutic challenge.
Postgrad Med. 1982 Aug;72(2):189-94.

M.D., BRUCE G. WOLFF, M.D.

Cecostomy: Therapeutic Indications and Results

Dis Colon Rectum, May 1995.

**[13] RAPPAPORT A. , ROLAND Th. , PRINGOT J. , BILLEMONT M.
F. , GHIJSELINGS L. , VAN CAMPENHOUDT M.**

The whirl sign in cecal volvulus: a decisive diagnostic clue

JBR-BTR, 2007, vol. 90, no 6 , pp. 532 – 534

[14] JAN LANGMAN T. –W. SADLER

Embryologie médicale 6ème édition,

Appareil digestif, 2000, 259-262.

[15] RENZULLI P, MAURER C.A, NETZER P, BUCHER W.

Preoperative colonoscopie derotation is benefical in acute colonic
volvulus digestive.

Surgery, 2002, 19, 223-29.

**[16] TOSHIO Katoh, TSUNEHICO Shigemori, RYO FUKAYA,
HIROSHI SUZUKI**

Cecal volvulus: Report of a case and review of Japanese Literature

World J Gastroenterol 2009 May 28; 15(20): 2547-2549

[17] MSEDDE M. , MZALI Rafik et al.

Le volvulus du caecum. A propos de 10 cas.

Tunisie chirurgicale. [Tunis. chir.] , 1995, No 1, pp. 11 – 13.

N G, CATTAN F, ARNAUD JP.

plaidoyer pour l'hémi-colectomie droite.

J Chir 1996;6:267- 269.

[19] GULLER U, ZUBER M, HARDER F

Cecal volvulus a misdiagnosed disease picture. Results of a retrospective study of 26 patients and review of literature.

Swiss Surg. 2001; 7(4):158-64

[20] FANNING J, CROSS CB

Post cesarean section cecal volvulus.

Am J Obstet Gynecol. 1988 May; 158(5):1200-2.

[21] S. BALAFREJ*, A. ERROUGANI, M.R. CHKOFF,

Volvulus du caecum

Médecine du Maghreb 1996 n°56

[22] ONDER A, OKUR N, BULBULOGLU E, YUZBASIOGLU MF.

Cecal volvulus in situs inversus totalis accompanied with pancreatic malrotation.

Diagn Interv Radiol. 2009 Sep;15(3):188-92

[23] SHAM LAL SINGLA, YOGENDER, SINGH KADIAN, ASHISH GOYAL, UMESH SHARMA and NIRMLA KADIAN.

Caecal Volvulus in Pregnancy: Is Delay in Diagnosis Avoidable?

Asia journal surgery

Vol 28 • NO 1 • January 2005.

N. M.D., FRANK M. MORGAN, M.D., and
M.D., Glendale

Case report

VOL. 90. NO. 4 * APRIL 1959

[25] **J. H. POWELL, JR., M.D., AND RALPH F. BOWERS, M.D.**

Volvulus of the Cecum

Volume 143 Number 1

[26] **GEORGE L. JORDAN, JR., M.D., AND OLIVER H. BEAHR, M.D.**

Volvulus of the cecum as a postoperative complication: report of six
Ann Surg. 1953 Feb;137(2):245-9

[27] **HAROLD H. LINDNER, M.D., and SANFORD MARCUS, M.D.,**

Acute Volvulus of the Cecum -A Method of
Diagnosis, with Report of a Case
California medicine vol 72,n°1

[28] **ZALAR A, DUCROTT P.**

Constipation chronique chez l'adulte. Groupe de recherche sur l'appareil
digestif, hôpital Charles-Nicolle, Rouen

[29] **R. BREDI, L. MATHIEU, A. MLYNSKI, L. MONTGLIANI V.
DUVERGER.**

Volvulus du caecum
J Chir 2006,143, N°5

IU.

Diagnosis and treatment of caecal volvulus

Postgrad. Med. J. 2005;81;772-776

[31] MAJESKI J.et Al

Operative therapy for cecal volvulus combining resection
with colopexy. *Am J Surg* 2005; 189:211-213.

[32] O'MARA ET AL

Cecal volvulus: analysis of 50 patients with long term follow up
Ann.surg. june 1979

[33] THOMAS M, BOCCON-GIBOB L, GUYARD MP.

Volvulus of the cecum revealing intestinal ganglioneuromatosis. Review
of the literature and development of the concept *Med Chir Dig.*
1982;11(4):253-6

[34] SMITH WB, GOODWIN JN.

Cecal volvulus.
Am J Surg 1973;126: 215-21.

[35] FISHER JK.

Computed tomographic diagnosis of volvulus in intestinal malrotation.
Radiology, 1981, 140, 145-146

LES MC, BOULAY-COLETTA et Al

Directeur à la phase aigue des volvulus du côlon
2007, 48p

[37] CAROLYN J. MOOR, FRANK M. CORL ELLIOT K. FISHMAN

CT of Cecal Volvulus: Unraveling the Image

AJR: 177, July 2001

[38] I. R. STILLMAN, B.M., B.Ch.

Two Cases of Volvulus of the Caecum

British medical journal JULY 31, 1948

**[39] ABDUL GHAFOOR DALWANI, ABDUL RAZAQUE SHAIKH
and GULSHAN ARA SHAIKH**

Volvulus of Caecum

JLUMHS SEPTEMBER - DECEMBER 2008

[40] J. BENJAMIN BURKE, M.D., GARTH H. BALLANTYNE, M.D.

Cecal Volvulus

Low Mortality at a City Hospital

Dis Colon Rectum 1984; 27:737-740.

[41] Neil et al.

Caecal volvulus: ten year experience in an

Australian teaching hospital

Annals of the Royal College of Surgeons of England (1987) vol. 69

Cecal Volvulus in Pregnancy

The American journal of gastroenterology

Vol. 94, No. 9, 1999

[43] A. PAL, E. CORBETT, & N. MAHADEVAN

Caecal volvulus secondary to malrotation presenting after
caesarean section

Journal of Obstetrics and Gynaecology, November 2005; 25(8): 805 –
820

[44] MABIDA TE, THOMSON SR

The management of cecal volvulus.

Dis Colon Rectum. 2002 Feb;45(2):264-7.

[45] DONHAUSER, J. L., and S. ATWELL

Volvulus of the Cecum with a Review of 100 Cases in the Literature and
a Report of Six New Cases. Arch. Surg., 58: 129, 1949.-

[46] CARTAS AL DIRECTOR

Vólvulo de ciego como causa de obstrucción Intestinal

REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 100, N° 6, pp. 373-379, 2008

[47] ATI Othmen , KETATA Mohamed et al.

Le volvulus du caecum. A propos de 2 cas

Tunisie chirurgicale. [Tunis. chir.] , 2000, No 3, pp. 123 – 124.

d S. ATWELL

Volvulus of the Cecum with a Review of 100 Cases in the Literature and
a Report of Six New Cases.

Arch. Surg., 58: 129, 1949.

**[49] PIRRO N. , CORROLLER Le , SOLARI C. , MERAD A. ,
SIELEZNEFF I. , SASTRE B. , CHAMPSAUR P. , DI MARINO V.**

Volvulus du cæcum : Bases anatomiques et physiopathologie.

Morphologie. [Morphologie.] , 2006, Vol. 90, no 291, pp. 197 – 202

[50] LARSEN.

Développement du tractus gastro-intestinal.

Embryologie humaine, 2000, 205-233.

[51] CORMAN, M.D

Colon and Rectal Surgery. Fourth edition.

1998, 1069-1298

[52] MOHAMED AZIZ HANI Naoufel , MIAADI Naoufel et al.

Le volvulus du caecum.

Tunisie chirurgicale. [Tunis. chir.] , 2004, No 1, pp. 39 – 42

[53] ALLOT D.

Colostomies.

EMC, Techniques chirurgicales, appareil digestif, 2002, 40-540, 11p

Volvulus of the cecum: choice of operation.
Am J Surg 1979;138:632-4.

[55] MEHINTO D. K. , MATHONNET M. , PADONOU N.

Un cas de mésentère commun de révélation tardive par une péritonite
par perforation d'un volvulus du caecum.

Médecine d'Afrique Noire. [Méd. Afr. Noire.] , 2007 , vol. 54, no 7,
pp. 406 – 412

[56] MEYERS JR, HEIFTZ CJ, BAUE AE.

Cecal volvulus: a lesion requiring resection.

Arch Surg 1972;104:594-8.

[57] KRONBORG O, LAURUSTEN K.

Volvulus of the colon. Acta Chir Scand

1975; 141:550-3.

[58] ANDERSON A, BERGDAHL L, VAN DER LINDER W.

Volvulus of the cecum.

Ann Surg 1975; 181:876-7.

[59] ANDERSON JR, LEE D.

Acute cecal volvulus.

Br J Surg 1980;67: 39-41.

TI SM, TAGORE NK, TANEJA OP.

volvulus of the cecum and ascending colon.

Am J Surg 1973; 125:672.

[61] **INBERG MV, HAVIA T, DAVIDSON L, SALO M.**

Acute intestinal volvulus: a report of 238 cases.

Scand J Gastroenterol 1972; 7:209-14.

[62] **BM RYAN, PJ BYRNE, R QUILL.**

Pudendal nerve neuropathies are extremely common in chronic constipation and faecal incontinence *Gastroenterology, Volume 114, Supplement 1, 15 April 1998, Page A829*

Serment

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne

قسم ابقر

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بأوازع من طميرى وشرفى بأعلا طحة مريضى هدى فى الأول.
- ◀ وأن لا أفشى الأسرار المعهودة إلى.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لى من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لى.
- ◀ وأن أقوم بأواجبى نل ومرضائى بدون أى اعتبار دلى أو وطنى أو عرقى أو سياسى أو اجتماعى.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أسعمل معلوماى الطيبة بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقبت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفى.

والله على ما أقول شهيد.

أطروحة رقم: 44

سنة : 2010

انفتال الأعور

بصدد 03 حالات مع استعراض الأدبيات

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة : لمياء تلوي

المزودة في 13 يونيو 1984 بسلا

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: انفتال الأعور – الانسداد المعوي – نخر – علاج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

أعضاء

السيد : عبد القادر الروكاني

أستاذ في الجراحة العامة

السيد : محمد عمراوي

أستاذ في الجراحة العامة

السيد : الحسن العلمي الفريشة

أستاذ في الجراحة العامة

السيدة : سلوى بوكلاطة

أستاذة مبرزة في علم الأشعة