

Volvulus du colon pelvien



Pr MARDACI ,H
SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE
CHU ANNABA



PLAN DU COURS

I- GÉNÉRALITÉS / DÉFINITION

II_ INTÉRÊT DE LA QUESTION

III-RAPPEL ANATOMIQUE

IV- ÉTIOPATHOGÉNIE

V-ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

VI-PHYSIOPATHOLOGIE

VII-CINIQUE

VIII-EXAMENS PARA CLINIQUES

IX-EVOLUTION

X-FORMES CLINIQUES

XI-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

XII-TRAITEMENT

XIII- CONCLUSION

I-Généralités/ définition:

- Le volvulus du côlon sigmoïde est définie comme étant la torsion de l'anse sigmoïde autour de son axe méso colique réalisant une occlusion basse par strangulation.
- Il s'agit d'une cause très fréquente d'occlusion intestinale, 60% des volvulus intestinaux.
- la gravité est liée au diagnostic tardif, survenant chez un sujet âgé et le risque d'ischémie et de gangrène du colon sigmoïde volvulé, avec une mortalité de 50 %, malgré une intervention chirurgicale.

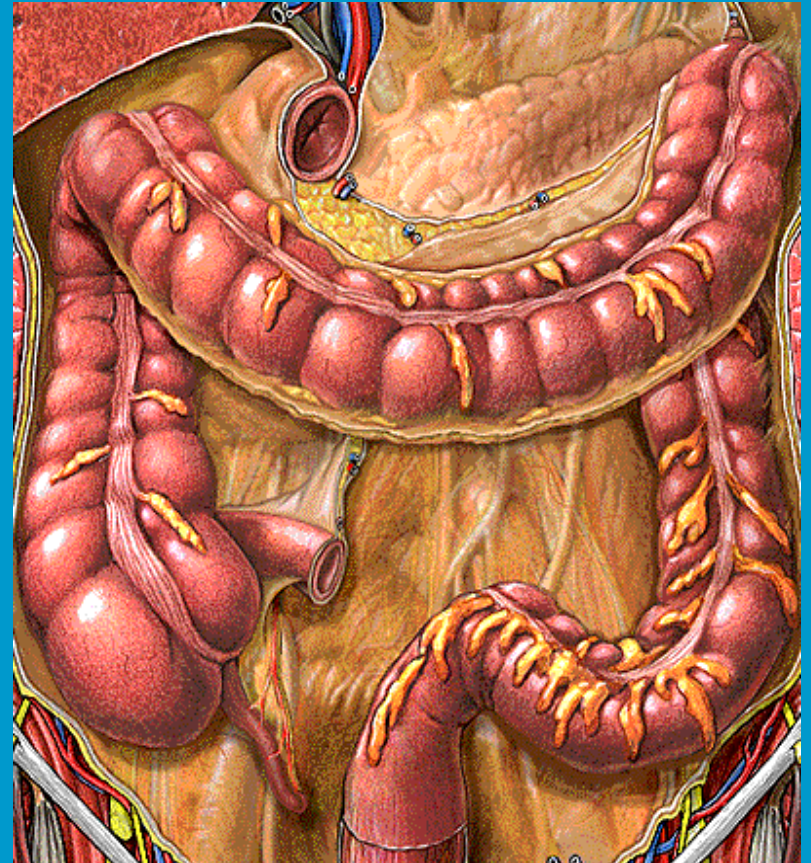
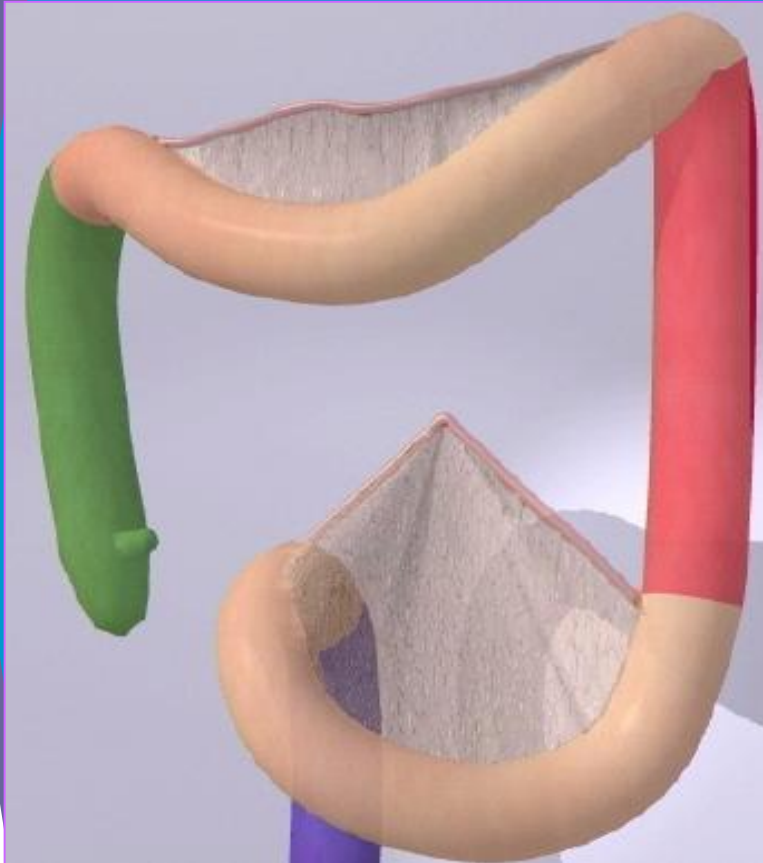




II-intérêt de la question

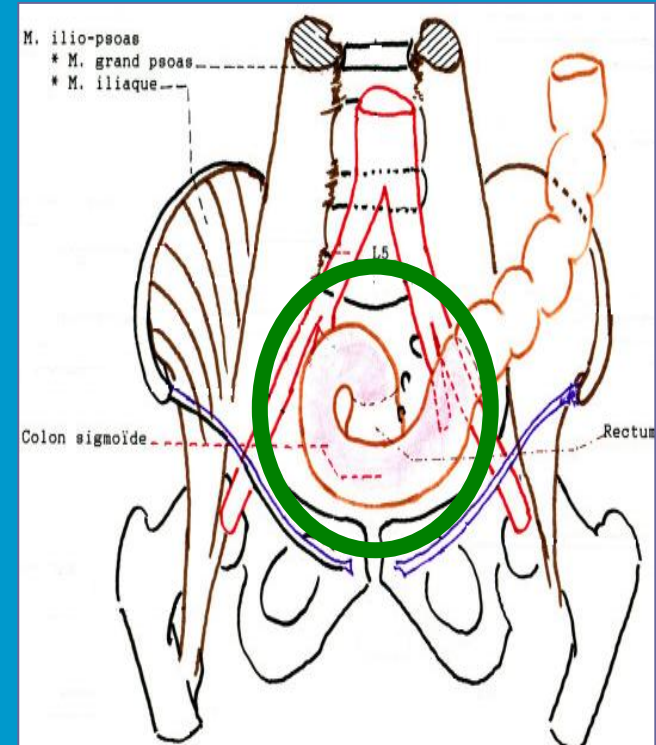
- Urgence médico-chirurgicale.
- Il existe des facteurs favorisants (anatomiques ; alimentaires; médicaux).
- Gravité liée au retard diagnostic ainsi que sa survenue chez un sujet âgé, taré.
- Importance de la mortalité post opératoire (20% des occlusions intestinales).

III-RAPPEL ANATOMIQUE:



COLON PELVIEN(sigmoïde)

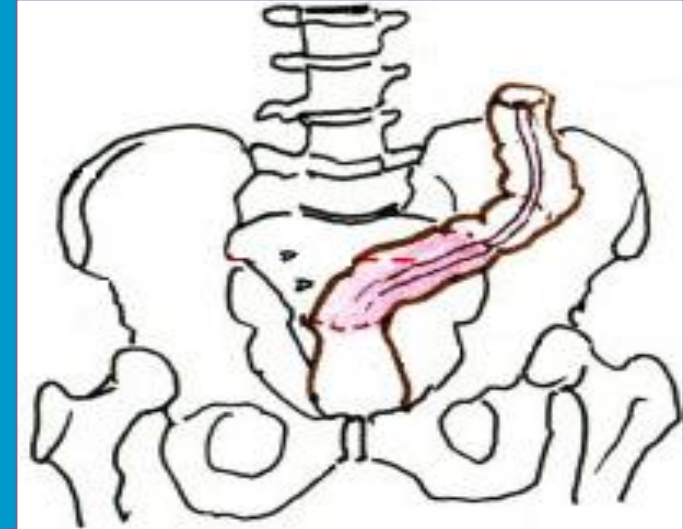
- Représente la partie terminale du colon comprise entre:
- **en haut:** le bord gauche du détroit supérieur, au bord interne du psoas où il fait suite au colon iliaque
- **en bas:** la face antérieure de 3ème vertèbre sacrée, où il se continue avec le rectum



Anatomie descriptive

Il est mobile, sa longueur est variable

- **sigmoïde court:** 15—30 cm, presque rectiligne dans la FIG
- **sigmoïde moyen:** 40cm en forme de sigma inversé, sa boucle est à concavité postéro-inferieure
- **sigmoïde long:** 60—80cm remonte en escalier jusqu'à l'H CG, parfois au-delà de la ligne médiane, avec une boucle concave en bas (dolicho colon).



Configuration externe

- Son diamètre est de 2—3cm
- Il a deux bandelettes longitudinales
- Sa paroi n'est pas lisse(présence des haustrations)



Configuration interne

4 tuniques de la superficie à la profondeur:

- **séreuse**: péritoine viscéral entourant la surface libre du colon
- **musculeuse**: 2 plans de fibres
 - ✓ couche longitudinale externe
 - ✓ couche circulaire interne
- **sous-muqueuse**: lâche
- **muqueuse**: épaisse

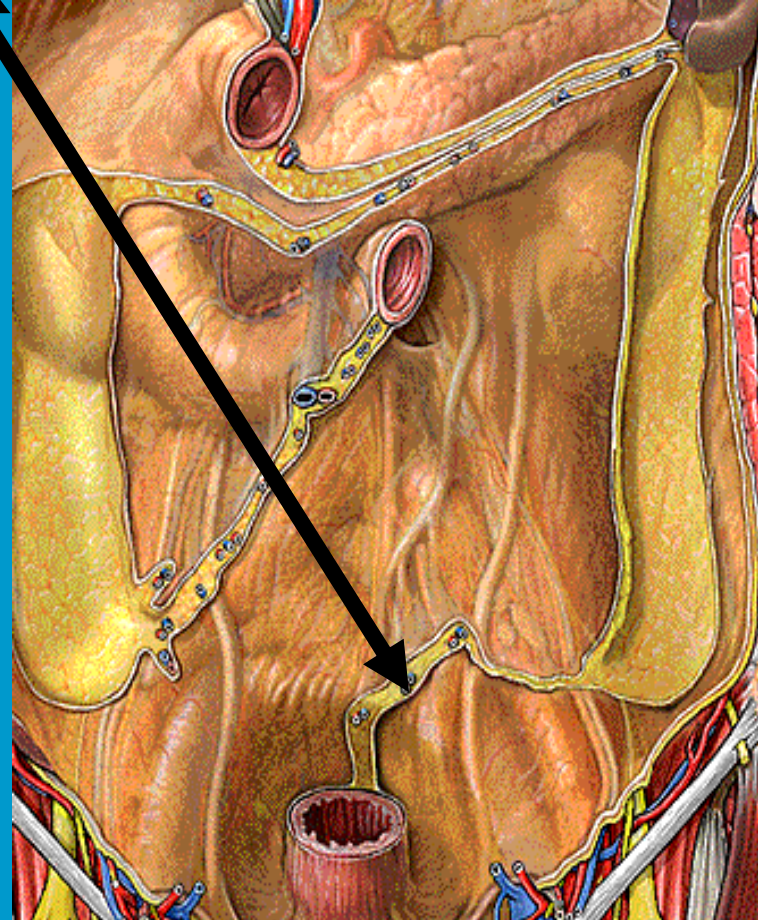


RAPPORTS ANATOMIQUES

□ Rapports péritonéaux

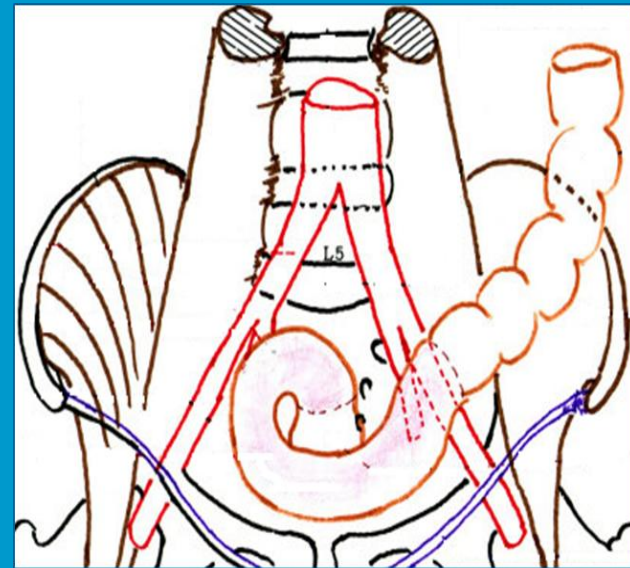
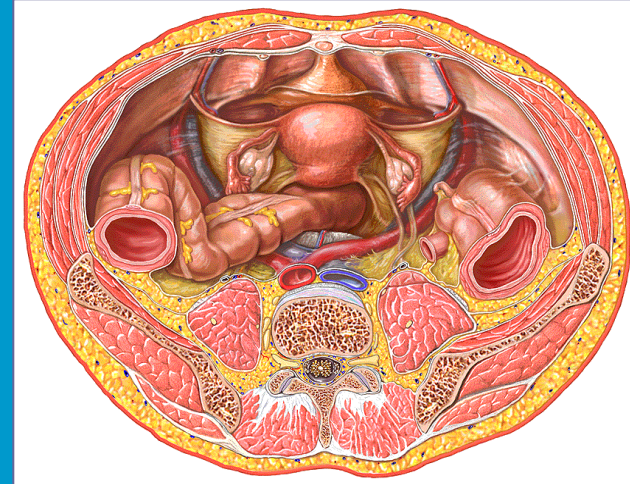
- Est entièrement recouvert par le péritoine viscéral et mobile.

Attaché à la paroi postérieure par le méso-sigmoïde qui contient ses vaisseaux et ses nerfs



❑ Rapport avec les organes

- Variable selon la longueur du sigmoïde
- **En haut:** anses grêles
- **En bas:** vessie, utérus , annexes , rectum et cul-de-sac de douglas
- **En arrière:** veine iliaque primitive gauche, artère sacrée moyenne et les nerfs pré-sacrés



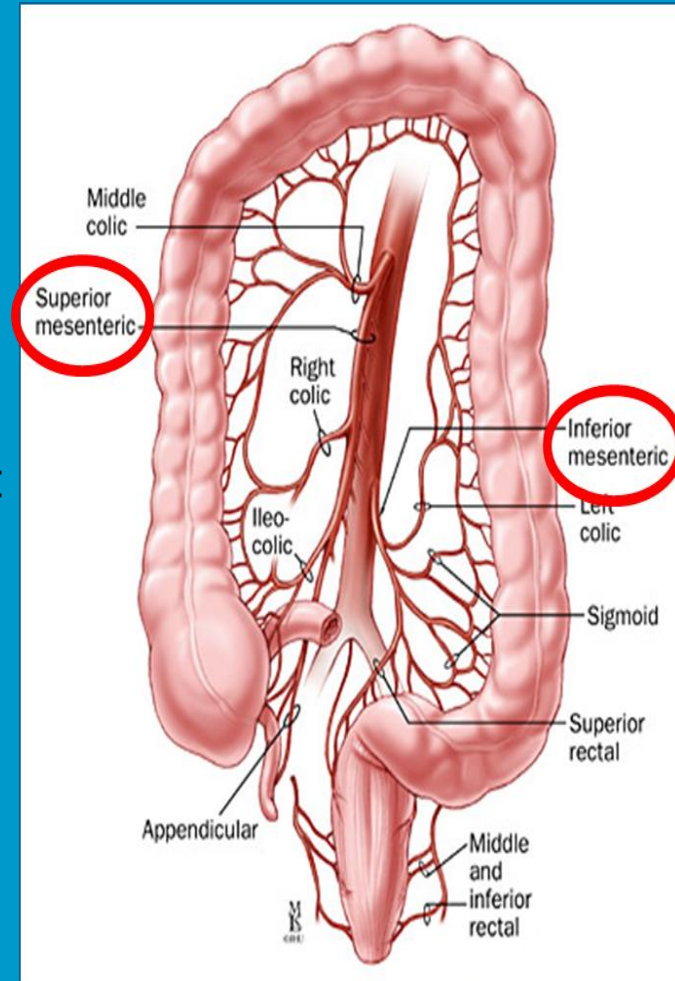
Vascularisation:

□ Artères

Artères sigmoïdiennes

sont des branches de l'artère mésentérique inférieure, nombre 2—6, elles naissent le plus souvent par un tronc commun, c'est le tronc des sigmoïdes; elles pré-croisent la veine mésentérique inférieure puis divergent dans le méso sigmoïde en donnant:

- ✓ **artère sigmoïde supérieure** qui suit la racine secondaire
- ✓ **artère sigmoïde moyenne** qui chemine dans le méso
- ✓ **artère sigmoïde inférieure**





- Puis ses artères sigmoïde se bifurquent et forment une arcade bourdante , cette arcade est anastomosée avec des branches venues de la **colique supérieure gauche** et en bas avec **l'hémorroïdale supérieure**.

- 
- ❑ **Veines** satellites des artères se drainent dans le système porte par la veine mésentérique inférieure
 - ❑ **lymphatiques** sont communs au rectum et au colon
 - ❑ **Nerfs** viennent du plexus solaire et sont satellites des artères



IV-ETIOPATHOGENIE

❑ **Fréquence:**

- très fréquent, 60% des volvulus intestinaux
- variable d'un continent à un autre et d'un pays à un autre
- La prédisposition anatomique, les facteurs géographiques et alimentaires peuvent expliquer cette fréquence



❑ Terrain:

- l'âge: sujet âgé, maximum vers la 6^{ème}, 7^{ème} décennies; peut se voir chez le sujet jeune
- sexe: prédominance masculine, sex- ratio: 4

❑ Facteurs anatomiques:

- la longueur de l'anse: anse longue et mobile: c'est le **dolichocôlon**
- étroitesse du pied: un méso-sigmoïde étroit rapprochant les pieds de l'anse (**méso-sigmoïdite rétractile**)



❑ Facteurs déclenchants

-constipation: est un facteur déterminant du volvulus due à:

- mode d'alimentation
- destruction des plexus nerveux intra muraux
- neuropathies
- médicaments neuropsychiques
- maladie du système, diabète, vasculopathies
- hypokaliémie(iléus paralytique)

-accessoirement:

- repas copieux, effort et déplétion abdominale du post partum

V-ANAT-PATH

□ Torsion

- Partielle ou totale
- Pivotal de torsion: la charnière recto-sigmoïdienne, parfois bride recto-sigmoïdienne
- Sens de torsion: antihoraire, (rectum en avant), ou horaire, (rectum en arrière).



❑ lésions intestinales

1-formes aiguës:

- infarctus intestinal
- stase veineuse avec œdème du méso et extravasation séro-sanglante dans l'anse et la cavité péritonéale: troisième secteur

2-formes subaigües:

distension de l'anse et amincissement de la paroi menaçant de la rompre .

pas de striction veineuse

VI-PHYSIO-PATH

- **1-mécanisme:**

torsion de l'intestin sur lui-même avec striction des vaisseaux dans le méso

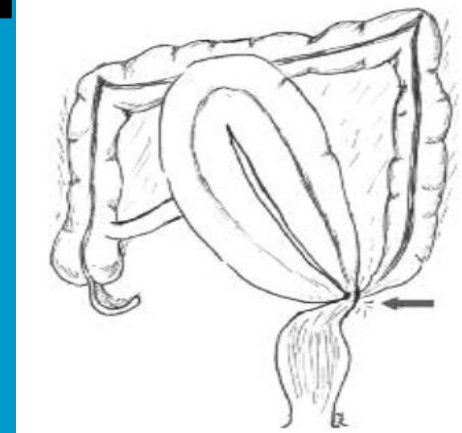
- **2-conséquences:**

deux ordres de troubles

a-Distension gazeuse et fécale du colon:

donnant une stase veineuse et passage d'eau et d'électrolytes de la lumière intestinale vers la cavité péritonéale: troisième secteur

b- Torsion axiale sur le méso-colon: entraine une souffrance des vaisseaux sigmoïdiens voir mésentériques inférieurs ,avec thrombose et ischémie globale ou partielle évoluant vers la sphacèle et la perforation.



VII-CLINIQUE

• ***TDD:VOLVULUS SUBAIGU***

A/INTERROGATOIRE: Age , sexe, profession ,mode d'alimentation , ATCDs (constipation chronique ,épisodes sub occlusifs , autres maladies....)

B/SIGNES CLINIQUES:

a- signes fonctionnels:

☐ ***douleur :***

- *siège : au niveau de la FIG ou hypogastrique*
- début : le + svt progressif parfois brutal*
- évolution : fond douloureux permanent avec violentes coliques paroxystiques.*

- ##### ☐ **Arrêt des matières et des gaz:** exceptionnellement remplacé par des diarrhées ou selles glairo- sanglantes



❑ Vomissements:

tardifs voir absents ,ou un état nauséeux.

b-signes généraux:

-état général est long temps conservé

C- signes physiques

- **Inspection: météorisme** (+)monstrueux réalisant un gros ventre **asymétrique**(+),de siège variable, **immobile**.(+)
- **Palpation: résistance élastique** (+)avec dlr provoquée dans la région hypogastrique
- **Percussion: tympanisme** (+)parfois matité
- **Auscultation:** silence total

Triade de VAN WAHL



TR: -vacuité de l'ampoule rectale
- muqueuse infiltrée , oedématiée
-tuméfaction douloureuse et élastique dans le douglas
-douleur sur la face gauche du rectum

Orifices herniaires libres

VIII- Examens Paracliniques:

A- Morphologiques:

1- ASP: debout de face:

- Enorme image gazeuse ,déssinant un arceau à deux jambages en U inversé , surmonté par deux niveaux Liquides horizontaux au pied de l'anse.
- Niveaux greliques: témoignant de Participation iléo-jéjunale dans VCP aggravant pstic vital.
- pneumopéritoine: perforation colique
- Grisaille diffuse: épanchement péritonéal



- **ASP: profil**

- Anses jumelles superposées , surmontées par un niveau liquide.





2- lavement baryté:

Sous faible pression par un hydrosoluble dilué sous contrôle scopique en préopératoire ,prenant des clichés avec différentes incidences.

contres indications:

- malade agité
- AEG
- état de choc
- fièvre
- douleurs violentes
- défense

signes de souffrance faisant craindre
la **perforation.**

Résultat: image d'arrêt total au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne, aspect évocateur en cône en bec d'oiseau ou aspect en sablier si la baryte a franchi la spire de torsion.

3-Endoscopie

❑ Rectoscopie:

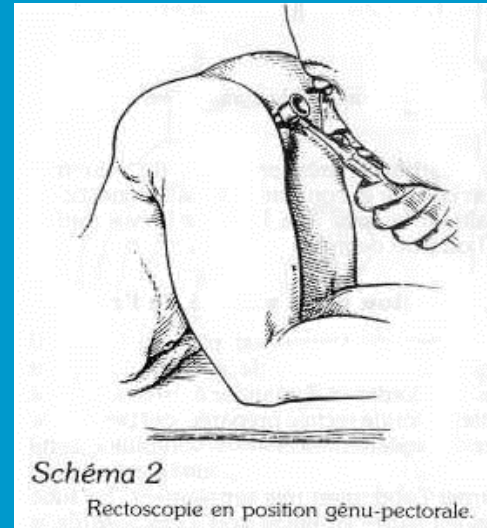
elle est possible en position genu-pectorale si l'état du patient le permet, montre:

- la vacuité du rectum
- absence de masse tumorale
- replis sphinctériens convergents

vers une spire infranchissable .

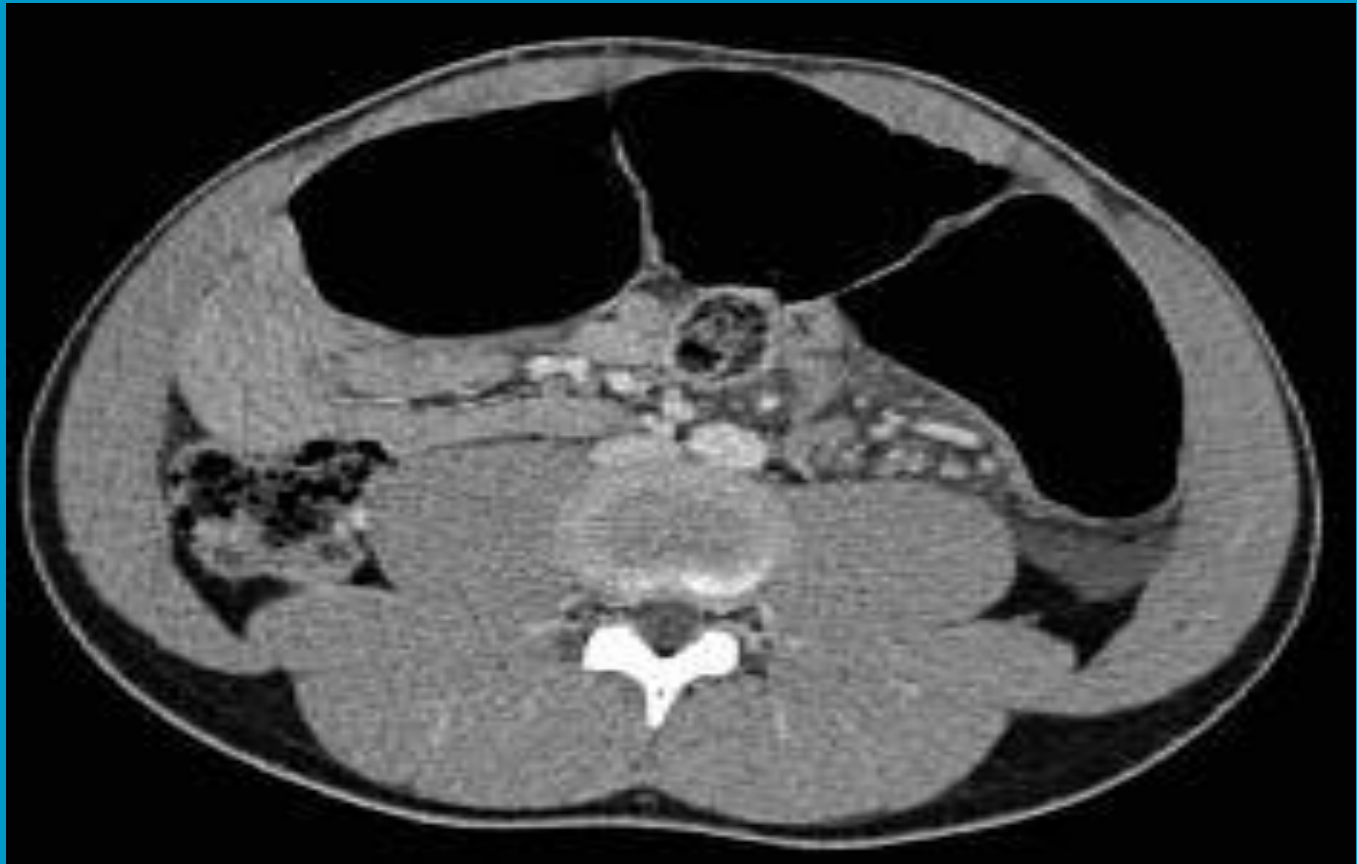
❑ Coloscopie:

si la torsion est haute doit être faite avec prudence ,avec peu ou pas d'insuflation permet de voir la spire, l'état de la muqueuse ainsi que d'intuber et d'affaïsser l'anse on **détordant** le volvulus .



4- TDM :

met en évidence une dilatation de l'anse volvulée avec stase au pied de l'anse.





B-Bilan préopératoire et de retentissement:

- Groupage rhésus, NFS , TP,TCK,
- UREE , CREAT ,ionogramme,
- taux de bicarbonate ,
- Rx thorax , ECG.

IX- EVOLUTION:

- Evolution spontanée est fatale marquée par :
 - AEG
 - Aggravation des signes occlusifs
 - Deshydratation
 - Souffrance multiviscérales avec fièvre , annonçant le sphacèle qui précède la péritonite par perforation (gravissime de Pc sombre)
- VCP traité à temps (avant installation du sphacèle), l'évolution est favorable.

X- FORMES CLINIQUES:

A/formes symptomatiques:

❑ **volvulus aigu:**

sujet jeune sans antécédents avec état de choc + syndrome occlusif (douleur abdominale violente et vomissements), évolution rapide vers le sphacèle
intervenir en urgence. ➡

❑ **volvulus atypique:** soit

- tableau d'occlusion par obstruction colique évoquant une sténose néoplasique
- un tableau d'occlusion grélique : incarceration d'une anse gélisque(hernie interne)
- distension à travers la valvule de Bauhin: intérêt de la radiographie



B/formes évolutives:

☐ **Volvulus chronique:**

évoluant depuis des mois (alternance de sub-occlusion et diarrhée), réalisant un étranglement incomplet.

☐ **volvulus récidivant** : après détorsion médicale.

C/ formes selon le terrain:

☐ Femme enceinte ou en post partum : dg difficile.

☐ enfant: mégacôlon rare.

D/formes associées :

☐ **volvulus du grêle associé** : dlrs violentes, VMS précoces voir fécaloïdes, arrêt du transit, AEG, oligurie
Ex: météorisme abdominal médian ,dlr de la FIG et clapotage.

Rx: NHA gréliques .

- 
- ❑ **volvulus de la maladie de Chaggas :**
secondaire à un mégacôlon acquis avec
d'autres atteintes digestives :
méga duodénum et cardiaque



XI-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1-VCP subaigu du sujet âgé:

* **Affection médicale:** donnant un iléus paralytique .

* **Affection chirurgicale:**

1 -iléus biliaire

2-péritonite aigue: forme occlusive

3-volvulus aigu du cæcum :ASP anse unique oblique ;dilatation grélique (intérêt du L.B)

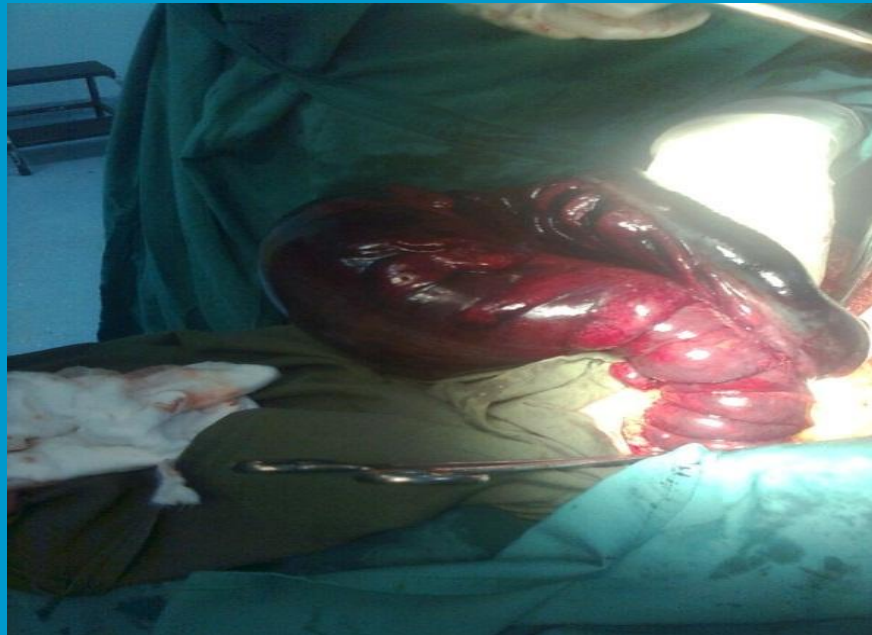
4-kc du colon gauche :(amaigrissement récent, hémorragie , métastases ,météorisme en cadre animé de mvts péristaltiques)

5-volvulus aigu chez le sujet jeune : prise en charge rapide vu la gravité du tableau clinique.

XII-TRAITEMENT:

A- But:

1. correction des conséquences physiopathologiques de l'occlusion ;
2. traiter la lésion et lever l'obstacle;
3. rétablir la continuité digestive si possible.





B- Méthodes :

1- Réanimation :

- admission dans un milieu chirurgical et mise en conditions du patient ;
- abord veineux solide voir un cathéter central;
- sonde d'aspiration digestive pour lutter contre la distension et éliminer le troisième secteur : elle doit être de calibre suffisant, ferme, multi perforée et radio opaque;
- sonde vésicale: surveillance de la diurèse;
- Surveillance clinique et biologique.

- 
- compensation des troubles hydro-électrolytiques et métaboliques;
 - antibiothérapie prophylactique ;
 - contrôle des pathologies associées.

2- Traitement non opératoire:

la réduction non opératoire peut être obtenue par :

- un lavement simple opaque sous contrôle Rx ou par l'intubation par sonde rectale longue et lubrifiée sous contrôle rectoscopique ; le succès se traduit par l'énorme débâcle de gaz et de matières avec sédation du météorisme.
- Si échec en cas de torsion haute ; on utilise la colonoscopie pour avoir une détorsion avec contrôle colonoscopique 3 jours après.

Avantages:

- simple surtout chez un sujet âgé à haut risque opératoire, succès à 95% avec faible mortalité .
- permet une préparation colique pour une cure chirurgicale différée



Inconvénients:

- caractère aveugle
- risque de perforation et de méconnaître un sphacèle
- laisser évoluer une lésion associée (volvulus grêle)
- récurrence imprévisible

Indications :

conditions absolues :

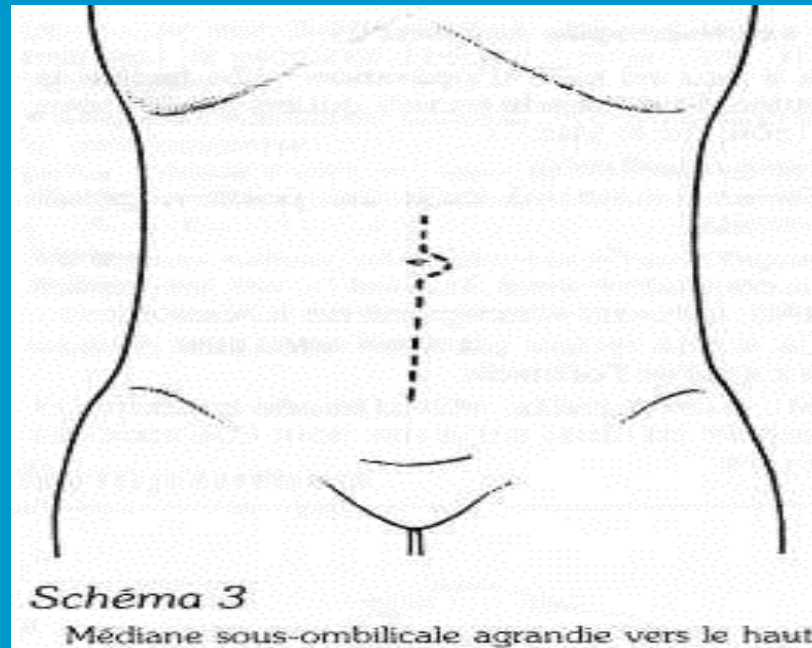
- certitude de Dg
- volvulus vu tôt sans signe d'infarctus
- absence de participation grélique

3- Traitement chirurgical:

pourvu d'une lourde mortalité; mais c'est lui seul qui permet de lever l'obstacle et prévenir les récives.

Au bloc sous AG ,DD ,IOT.

Voie d'abord médiane sous ombilicale, peut être élargie à la xiphoïde.



❑ Détorsion simple:

- Extériorisation de l'anse volvulée
- Apprécier sa vitalité(si sphacèle:résection)
- Détorsion horaire ou antihoraire, selon la position du rectum, aidée par sonde rectale
- Fixation de l'anse à la paroi



❑ Résection:

trt radical de l'occlusion et de la cause Peut être :

{ Segmentaire: colectomie segmentaire basse

{ Élargie: hémi colectomie gauche

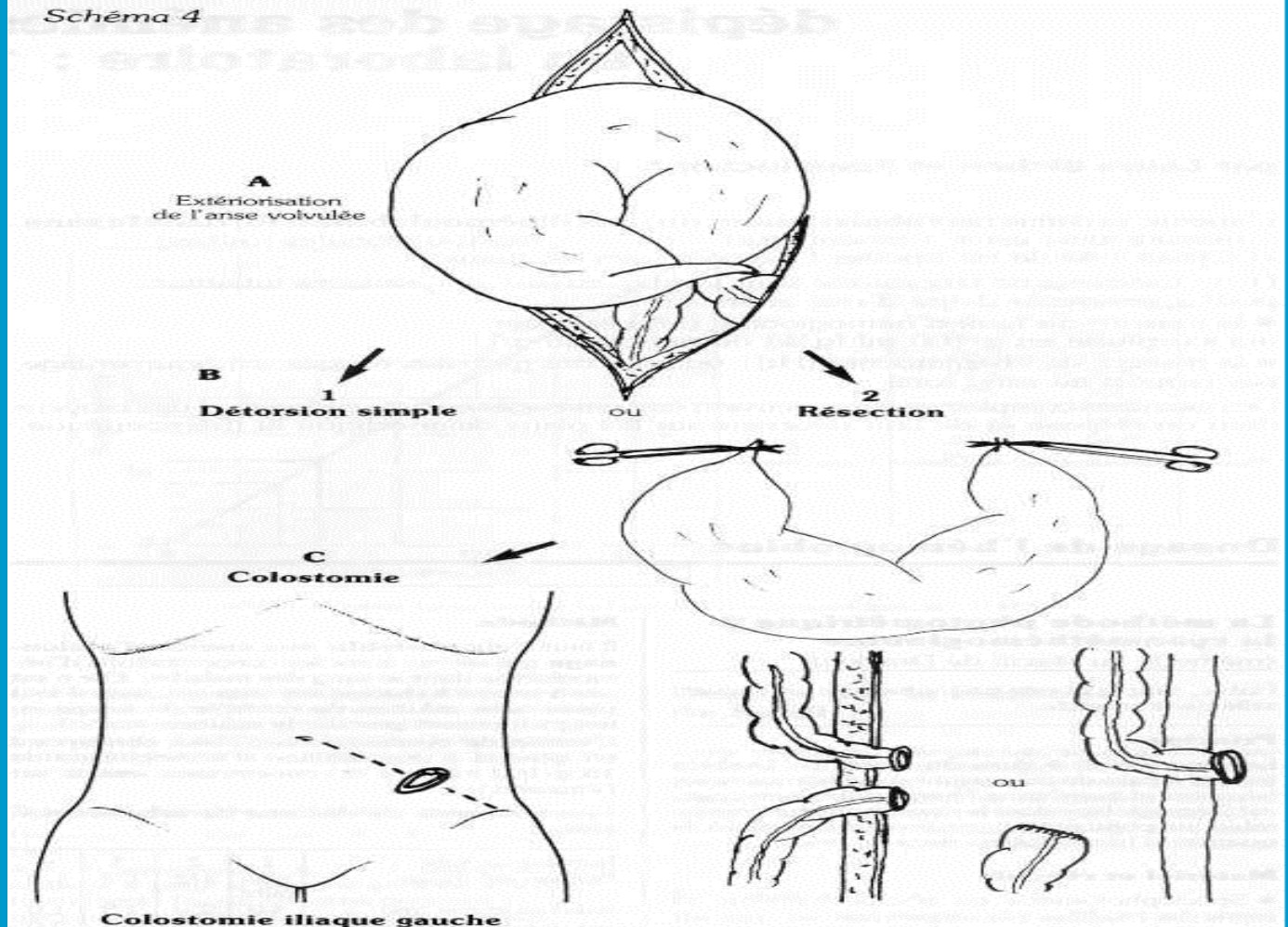
Se fait soit:

- en 1 temps: résection + RC immédiat :colectomie idéale(Anastomose C.R).

- en 2 temps: résection avec abouchement à la peau des 2 bouts coliques(B.W), soit du bout proximal et fermeture du bout distal(HARTMAN)+ RC 3-6 mois.



Schéma 4





• **indications:**

☐ Sont basées sur:

- l'état du malade
- l'état de l'anse
- les données endoscopiques

☐ Détorsion médicale:

- VCP incomplet ou intermittent
- VCP aigu sans fièvre ,sans signes de choc, ni GB 
- pas de dlrs ,ni défense FIG
- absence de signes endoscopique évoquant le sphacèle

☐ chirurgie d'emblée:

- doute dgc
- sphacèle soupçonné: fièvre, état de choc , défense, ASP: pneumopéritoine ;
- échec de la détorsion

❑ Chirurgie différée:

après détorsion médicale obtenue et vérifiée permettant une préparation du malade, le délais souhaitable est de 3 semaines.



XIII- Conclusion

- Le VCP représente 60% des occlusions intestinales aiguës.
- Son Dgc est clinique, réalisant un tableau d'OIA (douleur,VMS,AMG)+Triade de VANWAHL
- Confirmé par ASP, L.B, endoscopie et surtout TDM (arceau gazeux).
- Traitement peut soit non opératoire (pas de Sphacèle) , ou opératoire.
- Pronostic est favorable , si le Dgc est posé à temps .



**Merci
de votre attention**