

TORSION D'UN DIVERTICULE DE MECKEL : A PROPOS D'UN CAS DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU C.H.U. GABRIEL TOURE

Torsion Of Meckel's Diverticulum, A Case Report At Paediatric Surgery Service Of CHU Gabriel Touré

Coulibaly Y¹, Coulibaly Y¹, Keita M¹, Issa Amadou¹, Farota S¹, Ouologem H¹, Maiga M¹, Kanté L², Togo A², Diakité I², Konaté M², Traoré A², Dembélé BT², Diallo G².

¹Service de chirurgie pédiatrique, C.H.U Gabriel TOURE, Bamako, Mali ; ²Service de chirurgie générale, C.H.U Gabriel TOURE, Bamako, Mali.

Auteur correspondant: Dr Youssouf COULIBALY, chirurgie pédiatrique, C.H.U Gabriel TOURE, Bamako, Mali BP : 267, tel: 75306620, **Email** : nabicoulou@yahoo.fr

RESUME

La torsion est la plus rare des complications du diverticule de Meckel (DM). Nous n'avons pas trouvé de cas publié dans la littérature africaine. Nous rapportons un cas de diverticule « géant » tordu survenu chez un garçon de 15 ans qui avait consulté pour douleur abdominale. Opéré en urgence, le diagnostic était per-opératoire. Le diverticule avait 14 cm de long et 5 cm de diamètre. Il était tordu à sa base, totalement nécrosé et perforé à son sommet. Nous avons réalisé une résection emportant le diverticule suivie d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale. Les suites opératoires ont été simples. **Mots clés** : Diverticule de Meckel, torsion, nécrose.

ABSTRACT

Twist is the rarest complication of Meckel's diverticulum (DM). We did not find a case published in African literature. We report a case of twisted "giant" diverticulum occurred in a 15-year-old boy who had consulted for abdominal pain. Operated in emergency, the diagnosis was intraoperative. The diverticulum was 14 cm long and 5 cm in diameter. It was twisted at its base, totally necrotic and perforated at the top. We performed a resection carrying the diverticulum followed by a termino-terminal ileal ileal anastomosis. The postoperative course was simple. **Key words:** Meckel diverticulum, torsion, necrosis.

Introduction : Le diverticule de Meckel (DM), considéré comme la plus fréquente des anomalies congénitales du tractus digestif résulte d'une résorption incomplète du canal omphalo-mésentérique entre la 6^{ème} et 8^{ème} semaine de la gestation [1, 2,3]. Il touche 2-3% de la population générale et 2-4% présentent une complication le plus souvent avant la deuxième année de vie. La torsion est la plus rare de ses complications [3, 4, 5,6]. Nous rapportons le premier cas de torsion de DM enregistré en chirurgie pédiatrique du C.H.U Gabriel TOURE.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de sexe masculin, âgé de 15 ans, sans antécédent médico-chirurgical notable. Il a été référé du centre de santé de référence de Diola pour « douleur abdominale ». Le début de la maladie remonterait à 13 jours environ marqué des douleurs abdominales péri-ombilicales, intermittentes sans irradiation, à type de piqure, d'intensité modérée, sans facteur déclenchant, calmée par les antalgiques. A cette douleur était associée une fièvre non quantifiée, une anorexie sans notion de trouble du transit. Une automédication à base d'antalgiques non spécifiés et de décoctions a été administré sans succès. Devant l'altération progressive de l'état général, une consultation médicale a été effectuée dans un centre de santé de référence où après une série de traitement non

documenté il nous a été référé pour une prise en charge. Il est le 5^{ème} d'une fratrie de 9 enfants. Le père et la mère n'avaient pas d'antécédent particulier connu. Il n'existait pas de notion de consanguinité.

L'examen à l'entrée a trouvé : un état général altéré avec score de performance O.M.S à 3. Les conjonctives étaient colorées, la langue saburrale, une pression artérielle à 100/60 mm Hg, une tachycardie à 116 battements/mn, une température à 39°C. L'abdomen était distendu, respirant peu, sans cicatrice de laparotomie ni de hernie de la paroi abdominale. Nous avons noté une douleur et une défense dans la fosse iliaque droite et dans la région péri-ombilicale ; une matité déclive à la percussion et un silence auscultatoire. Le cul de sac de Douglas était bombé et douloureux et le rectum était vide. Le reste de l'examen était sans particularité.

Nous avons évoqué l'hypothèse d'une péritonite typhique ou une péritonite appendiculaire.

La radiographie de l'abdomen sans préparation avait montré des grisailles. Le taux d'hémoglobine était à 14,33g/dl, l'hématocrite à 43%, l'enfant était du groupe sanguin B rhésus positif.

Le diagnostic de péritonite appendiculaire a été retenu.

Au bloc opératoire, une incision médiane sus et sous ombilicale a été effectuée. A la cœliotomie, nous avons aspiré 800 cc de pus franc. L'exploration chirurgicale a mis en

évidence un diverticule de Meckel de 14 cm de long et 5 cm de diamètre tordu à sa base, totalement nécrosé et perforé à son sommet (**fig1**). Il était situé à 40 cm de l'angle iléo-caecal et de multiples adhérences grelo-greliques. Les gestes réalisés ont été une adhésiolyse, une résection iléale emportant le diverticule suivi d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale, lavage de la cavité abdominale et mise en place d'un de Delbet dans le cul de sac de Douglas. Nous avons retenu le diagnostic de péritonite par torsion et nécrose de diverticule de Meckel. Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti à J7 post opératoire. L'histologie de la pièce n'a pas été contributive à cause de la nécrose.

DISCUSSION

Le DM est la plus commune des anomalies congénitales du tractus digestif mais sa torsion est la plus rare des complications [3]. Nous n'avons pas trouvé de cas publié dans la littérature africaine. Ceci est le premier cas rapporté en chirurgie pédiatrique du C.H.U Gabriel TOURE. La majorité des complications (plus de 50%) du DM surviennent avant la 10^e année de vie et sont essentiellement de type hémorragique ou ulcéreuse [3, 7]. La torsion, rarissime est favorisée par une base d'implantation étroite du DM. Elle n'a été rapporté que 8 fois chez l'adulte [1,4]. Dans notre cas le diamètre du diverticule était de 5 cm ce qui lui confère la dénomination de diverticule « géant ». Ces diverticules « géants » se tordent très rarement ; ils sont surtout sujets à des obstructions par des corps étranglés [8, 9]. La taille du DM est de l'ordre 5 cm avec des variations de 1 à 11 cm [3]. Nous avons enlevé un DM de 14 cm de long. La meilleure technique chirurgicale reste la résection-anastomose pour enlever d'éventuelles hétérotopies tissulaire [10]. Nous avons réalisé une résection iléale emportant le MD suivie d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale.

CONCLUSION

La torsion est une complication très rare du DM. Elle est favorisée par une base d'implantation étroite du diverticule. Ce seul cas est insuffisant pour déterminer les conditions de torsion d'un DM en général et d'un DM « géant » en particulier.

REFERENCES

- 1- Carmine C, Tommaso P, Ernesto M, Antonio P, Davide M, Matteo Z et al. Intestinal obstruction caused by torted gangrenous Meckel's diverticulum encircling terminal ileum. *World J Gastrointest Surg*, 2011; 3(7): 106-9.
- 2- Mohamed IB, Mohamed BA, Ramez B, Mohamed A, Lobna A, Oussama A et al. Complications du diverticule de Meckel, à

propos de 42 cas. *La Tunisie Médicale*, 2009 ; 87 (4) : 253-6.

- 3- Barbary C, Tissier S, Floquet M, Régent D. Imagerie des complications du diverticule de Meckel. *J Radiol*, 2004 ; 85 : 273-9.
- 4- Malhotra S, Roth DA, Gouge TH, Hofstetter SR, Sidhu G, Newman E. Gangrene of Meckel's diverticulum secondary to axial torsion: a rare complication. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:1373-75.
- 5- Redon H, d'alincourt A, Pondevie R, Lerat F. Diverticulite de Meckel chez l'adulte: diagnostic par tomodynamométrie. *J Radiol*, 2001; 82:261-3.
- 6- Mundelson KG, Bailey BM, Balint TD. Meckel's diverticulum: review and surgical management. *Current Surg*, 2001; 58: 455-7.
- 7- Yahchouchy EK, Marano AF, Etienne JC, Fingerhut AL. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 658-62.
- 8- Tan YM, Zheng ZX. Recurrent torsion of a giant Meckel's diverticulum. *Dig Dis Sci*, 2005; 50: 1285-7.
- 9- Elsayes KM, Menias CO, Harvin HJ, Francis IR. Imaging manifestations of Meckel's diverticulum. *AJR Am J Roentgenol* 2007; 189: 81-8.
- 10- Tekou H, Akakpo-Numado GK, Gnassingbe K, Tchama R, Attipou K. Les diverticules de Meckel chez l'enfant : à propos de 11 cas. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2007 ; 31 (6-7) :617-620.



Figure 1 : Diverticule de Meckel tordu et nécrosé. (Meckel's diverticulum twisted and necrotic).