

Volvulus du caecum avec nécrose du bas-fond caecal : à propos d'une observation

Cecal volvulus with necrosis of the lower cecal fundus: a case report

Sylla A, Baldé TM2, Sylla H, Touré I, Diallo AA, Bah TMF, Koundouno AM,
Bah IB, Camara FL

Service de chirurgie viscérale, hôpital national Donka, CHU de Conakry

Faculté des sciences et techniques de la santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Auteur correspondant: Alhassane SYLLA; Téléphone: (+224) 626694229

E-mail: alhassanesylla626694229@gmail.com

Reçu le 05 octobre 2025 - Accepté le 23 décembre 2025 - Publié le 30 décembre 2025

RESUME

Introduction: le volvulus aigu du caecum est une cause rare de l'occlusion intestinale aiguë. C'est une urgence médico-chirurgicale dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du délai de prise en charge. Le but de cette étude était de rapporter un cas de complication du volvulus du caecum.

Observation : il s'agissait d'un patient âgé de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui depuis 7 jours a présenté des douleurs abdominales à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements, d'un arrêt du transit intestinal et une fièvre. A l'examen physique on notait un météorisme abdominal diffuse et une défense à la fosse iliaque droite. La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré une image hydro-aérique de nature colique. En peropératoire, nous avons noté une absence d'accolement de la portion terminale de l'intestin grêle, du cœcum, et du côlon ascendant, une torsion du cœcum entraînant avec lui la moitié inférieure du côlon ascendant et de l'iléon terminal, une nécrose du bas-fond caecal. Nous avons réalisé une hémicolectomie droite suivie d'une anastomose iléo-transverse termino-latérale. Les suites opératoires ont été simples.

Conclusion: le volvulus du caecum est une entité rare dans notre contexte. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de la qualité de la prise en charge.

Mots clés : volvulus du caecum, prise en charge, Conakry

SUMMARY

Introduction: acute cecal volvulus is a rare cause of acute intestinal obstruction. It is a medical and surgical emergency whose prognosis depends on early diagnosis and timely treatment. The aim of this study was to report a case of complication of cecal volvulus.

Case report: this was a 28-year-old patient with no specific medical history who, for the past 7 days, presented with abdominal pain in the epigastrium and right iliac fossa, accompanied by vomiting, obstructed bowel movements, and fever. Physical examination revealed diffuse abdominal distention and tenderness in the right iliac fossa. Abdominal x-ray showed a colonic fluid-air image. Intraoperatively, we found a lack of adhesion of the terminal portion of the small intestine, the cecum, and the ascending colon, a torsion of the cecum carrying with it the lower half of the ascending colon and the terminal ileum, and necrosis of the cecal base. We performed a right hemicolectomy followed by an end-to-side ileotransverse anastomosis. The postoperative course was uneventful.

Conclusion: cecal volvulus is a rare entity in our setting. The prognosis depends on early diagnosis and the quality of management.

Keywords: cecal volvulus, management, Conakry

INTRODUCTION

Le volvulus aigu du caecum est une cause rare de l'occlusion intestinale aiguë. C'est une urgence médico-chirurgicale dont le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du délai de prise en charge. Il s'agit d'une torsion de la partie initiale du côlon droit et de la partie terminale de l'iléon autour du pédicule vasculaire colique inférieur droit [1]. Il serait responsable de 1% des occlusions intestinales [2]. La présentation clinique de cette affection est polymorphe et sa prise en charge demeure encore un sujet de controverse [2]. Le but de cette étude était de rapporter un cas de complication du volvulus du caecum.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui depuis 7 jours se plaint de douleurs abdominales à l'épigastre, dans la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements, d'un arrêt du transit intestinal, une fièvre. A l'examen physique nous avons noté un météorisme abdominal diffuse avec une défense de la fosse iliaque droite, les orifices herniaires étaient libres. La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré une image hydro-aérique de nature colique. La tomodensitométrie n'a pu être réalisée, car non disponible en urgence. Les examens biologiques ont mis en évidence une hyperleucocytose à 11100/mm³, la CRP à 150 mg/l, le taux d'hémoglobine à 12,7g/dl. En peropératoire, nous avons noté un volvulus du caecum à un tour de spires dans le sens antihoraire avec une zone de nécrose du bas-fond caecal. Nous avons réalisé une hémicolectomie droite suivie d'une anastomose iléo-transverse termino-latérale. Les suites opératoires ont été simples.

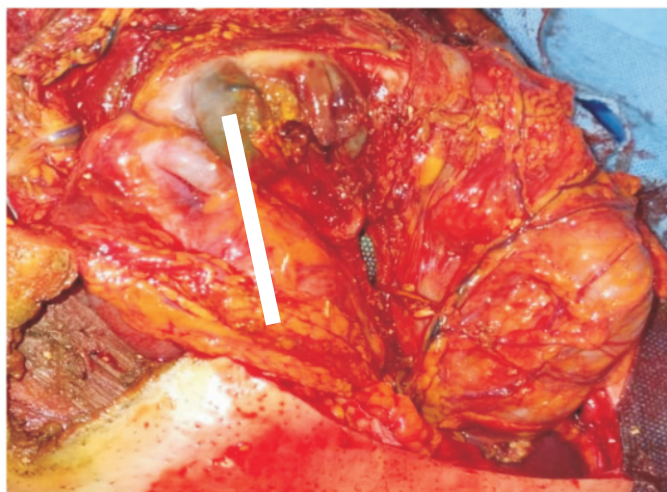


Figure 1 : vue opératoire montrant la torsion caecale mésentérique - axiale avec une zone de nécrose (fleche)

DISCUSSION

Le volvulus du caecum représente environ 1% des occlusions intestinales et 10 % à 40 % des cas de volvulus colique [3]. Son incidence varie entre 0,2% et 0,5% de la population [4,5,6]. Le volvulus du caecum est une torsion du côlon droit autour de son axe mésentérique si le côlon proximal est mobile. La mobilité excessive du caecum est due à une rotation embryologique incomplète de l'intestin ou à un défaut d'accolement du côlon ascendant au péritoine pariétal postérieur [8,6]. Deux grands types de volvulus sont décrits : soit par une rotation du côlon autour de son axe, le caecum restant alors dans le cadran abdominal inférieur droit, soit par une bascule du caecum associée à une rotation du côlon qui se place alors dans le cadran supérieur gauche de l'abdomen [7,9,10].

Selon le mécanisme physiopathologique, il peut être classé en trois types : le type à torsion axiale (type I), le type à boucle (type II) et le type à bascule caecale (type III). Dans le type I (40%), le caecum tourne dans le plan axial, en se tordant le long de son axe long ; dans le type II (40%), le caecum se tord et s'inverse ; et dans le type III (20%), il se plie antérieurement sans aucune torsion [8]. Notre cas correspondait à une bascule du caecum avec rotation du côlon ascendant.

Le diagnostic est difficile car les signes cliniques ne sont pas spécifiques et que l'intensité de la douleur est très variable [4]. Les signes et symptômes présentés peuvent être aigus ou insidieux, notamment des douleurs abdominales non spécifiques, une distension, des nausées, des vomissements et une constipation, dont l'intensité dépend du degré d'obstruction et d'ischémie [10]. A l'examen physique, la vacuité de la fosse iliaque droite et de l'ampoule rectale est retrouvée dans 36 à 76% des cas [11]. Le diagnostic peut être établi à partir de la seule radiographie abdominale dans 75 % des cas. Elle montre un niveau hydro-aérique volumineux traduisant la distension du caecum, médian ou latéralisé à droite ou à gauche. Dans 50% des cas, on note une image en « grain de café » ou en « goutte de larme ». Le lavement aux produits hydrosolubles montre une opacification colique totale, et une absence d'opacification caecale, avec un arrêt du produit en « bec d'oiseau ». Le scanner montre une image pathognomonique en « tourbillon » caecal avec une zone hypodense qui correspond au point de départ de la torsion [3]. Il permet également de diagnostiquer une complication associée comme une ischémie ou une perforation [6]. La coloscopie peut montrer le volvulus et une ischémie pariétale colique plus ou moins profonde [8,9].

Une détorsion endoscopique est faisable en absence d'ischémie sévère mais comporte un risque non négligeable de perforation [10].

Le volvulus non traité peut évoluer vers la strangulation, une ischémie et la perforation avec irritation péritonéale et présentation d'instabilité

hémodynamique [5]. Le traitement a trois buts, il s'agit de lever l'obstacle par une détorsion, si cela est possible, de traiter les complications évolutives et de prévenir la récurrence [7]. Il demeure un sujet de controverse. L'hémi-colectomie droite avec anastomose primaire est recommandée par plusieurs équipes même en absence de nécrose colique car elle supprime le risque de récurrence [2]. La cœcostomie est efficace pour la prévention des récurrences mais comporte un risque élevé d'infection de paroi et expose au risque de fistule digestive nécessitant une intervention de fermeture. Les complications infectieuses sont moins fréquentes avec les cœcopexies mais les récurrences sont plus fréquentes [1]. La voie d'abord cœlioscopique [14] est rarement utilisée en urgence du fait de la distension du caecum et des difficultés d'exposition. Elle pourrait être réalisée après une détorsion et une exsufflation endoscopique.

La prise en charge conservatrice n'est pas recommandée en raison du risque élevé d'ischémie, et la détorsion chirurgicale seule entraîne un taux élevé de récurrence (20 % à 75 %) [11]. Des séries de cas rétrospectives ont démontré la morbidité et la récurrence les plus faibles avec la résection chirurgicale du caecum, par opposition aux autres interventions telles que la cœcopexie et la cœcostomie [1].

En effet, si l'indication d'une intervention chirurgicale dans le volvulus du caecum est bien établie le choix du procédé chirurgical demeure toujours controversé mais dépend surtout de la précocité du diagnostic et de la gravité de la maladie [7, 8]. Aussi, faut-il signaler que l'introduction de la laparoscopie n'a eu qu'un effet assez négligeable sur le traitement chirurgical du volvulus du caecum. Halabi WJ et al [15] ont rapporté un examen complet des patients présentant un volvulus colique sur deux décennies et constaté que seulement moins de 4 % des patients étaient traités par laparoscopie, le plus souvent des patients plus jeunes présentant moins de comorbidités [15]. Toutefois, dans un souci de réduction de la morbidité et de la mortalité, la chirurgie laparoscopique pourrait devenir la méthode privilégiée de traitement du volvulus du caecum chez les sujets ne présentant pas de signes de gravité.

CONCLUSION

Le volvulus aigu du caecum est une cause rare de l'occlusion intestinale aiguë. Les difficultés diagnostiques sont en rapport avec une symptomatologie non spécifique. Le choix de la technique opératoire est conditionné par l'état local de la paroi colique et l'état général du patient. Le résultat du traitement chirurgical dépend du délai et de la qualité de la prise en charge.

REFERENCES

- Khalid M, Hicham E, Imane T, Ouadie M, Elbachir B, Abdelmalek O, Khalid AT.** Volvulus du caecum: une cause rare d'occlusion intestinale: à propos de deux cas. *Pan Afr Med J.* 2017;28:162
- Soumaoro LT, Fofana N, Fofana H, Mamy GF, Touré A, Diallo AT.** Volvulus du caecum : à propos de deux observations au service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry. *J Afr Chir Digest* 2020; 20(1):3017-3020
- Sedik A, Bar EA, Ismail M.** Cecal volvulus : Case report and review of literature. *Saudi Surg J.* 2015 ;3(2):47–9
- Rosenblat JM, Rozenblit AM, Wolf EL, DuBrow RA, Den EI, Levsky MJ.** Findings of cecal volvulus at CT. *Radiology* 2010 ; 256(1): 169-75
- Randrianirina A, Rabesalama SEN, Ramananaso ML, Rakotoarijaona AH.** Volvulus du caecum sur mésentère commun chez un adulte. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence* 2010 ; 2 (3): 7-9
- Consorti ET, Liu T.** Diagnosis and treatment of cecal volvulus. *Med.J* 2005 ; 81 : 772-776
- Horesh N, Nadler R, Pery R, Gravetz A, Amitai MM, Rosin D.** Surgical treatment of cecal volvulus. *Clin Surg* 2017 ; 2 : 1346
- Majeski J.** Operative therapy for cecal volvulus combining resection with colopexy. *Am. J. Surg* 2005 ; 189: 211-213
- Habre J, Sautot-Vial N, Marcotte C, Benchimol D.** Cecal volvulus. *American Journal of Surgery* 2008 ; 196: 48
- Berger JA, Leersum MV, Plaisier PW.** Cecal volvulus : Case report and overview of the literature. *European Journal of Radiology Extra* 2005 ; 55 (4) : 101-103.
- Madiba TE, Thomson SR.** The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum* 2002 ; 45 : 264-7
- Kelly MD, Bunni J, Pullyblank AM.** Laparoscopic assisted right hemicolectomy for cecal volvulus. *World Journal of Emergency Surgery* 2008 ; 3 : 1-4
- Abita T, Lachachi F, Durand-Fontanier S, Maissonnette F, Roudaut V, Valleix D, Descottes B.** Les volvulus du caecum. *J Chir Juillet.* 2005 ;142(4):220–224
- Jarry J, Razafindratsira T, Bodin R, Lepront D, Durand-Dastes F.** A propos d'un cas de mésentère commun complet de l'adulte révélé par une complication occlusive. *Press Med* 2008 ; 37 (11) : 1689-92
- Halabi WJ, Jafari MD, Kang CY, Nguyen VQ, Carmichael JC, Mills S, et al.** Colonic volvulus in the United States : trends, outcomes, and predictors of mortality. *Ann surg* 2014 ; 259 :293-301