

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Volvulus du colon transverse chez un enfant avaleur d'air : à propos d'un cas avec revue de la littérature.

Volvulus of the transverse colon in a child swallower of air: one case report with review of the literature.

إلتواء القولون المعترض عند طفل بلاّع للهواء : عرض حالة مع مراجعة للأدب الطبي

Auteurs :
Yacoub Mohamed Sghair[1,2], Henri Kotobi[2], Benoit Permentier[2], George Audry[2]

Auteur correspondant : Yacoub Mouhamed Sghair
Mail : yaccobmed@yahoo.fr

Affiliation des auteurs :

[1] Centre Hôspitalier de la Mère et de l'Enfant Nouakchott. Mauritanie
[2] Hôpital Armand Trousseau AP-HP. 26 Avenue du Dr Arnold Netter, 75012 Paris, France

Article Info

Soumis : le 16/09/2016
Accepté : le 29/01/2018

Résumé

Le volvulus du colon transverse est une cause exceptionnelle d'occlusion intestinale chez l'enfant. Il est fréquemment associé à un terrain particulier neurologique ou psychiatrique. Nous rapportons un cas de volvulus du colon transverse chez un enfant avaleur d'air avec revue de la littérature.

Il s'agit d'un enfant âgé de 10 ans aux antécédents de troubles de comportement hospitalisé dans un tableau d'occlusion intestinale. Les examens radiologiques ont confirmé l'occlusion sans pouvoir en préciser l'étiologie. L'exploration chirurgicale a montré un volvulus du colon transverse qui est nécrosé. Une résection colique et une colostomie ont été réalisées. Dans les suites opératoires nous avons constaté que l'enfant avalait de l'air et le bilan étiologique du ballonnement abdominal était normal. Le syndrome d'avaleur d'air a été retenu comme étiologie du ballonnement et un bouton de gastrostomie a été mis en place pour évacuer l'air dégluti par l'enfant. Les suites opératoires ont été simples.

Le volvulus du colon transverse et le syndrome d'avaleur d'air constituent deux entités rares chez l'enfant dont l'association mérite d'être connue afin d'en dégager le meilleur traitement.

Mots clés : volvulus • colon transverse • occlusion • enfant a valeur d'air

Abstract

The volvulus of the transverse colon is an extremely rare cause of intestinal obstruction among children. It is frequently associated with a particular medical history; neurological or psychiatric disease. We report a case of volvulus of the transverse colon in an air swallowing child with a review of the literature.

A 10-year-old child with a history of behavioral disorder was hospitalized for intestinal occlusion. Radiological investigations confirmed the occlusion without being able to specify the etiology. Surgical exploration confirmed the diagnosis of the transverse colon volvulus

which was complicated by necrosis. A colic resection and a colostomy were performed. During the post-operative period, it was noted that the child swallows air and the etiological assessment of abdominal bloating was normal. So, it was concluded that the cause of the bloating was an air-swallowing syndrome and therefore a gastrostomy button was placed in order to evacuate the air swallowed by the child with an eventful evolution.

The transverse colon volvulus and air-swallowing syndrom are extremely rare among children. Nevertheless, the association of both diseases deserves to be known in order to have a better treatment.

Mots clés : volvulus • transverse colon • intestinal occlusion • child swallower of air.

Introduction

Le volvulus du colon est une cause rare d'occlusion chez l'enfant [1]. Le colon sigmoïde est le segment le plus fréquemment touché suivi en ordre de fréquence par le caecum puis par le colon transverse [2]. Le volvulus du colon transverse constitue une urgence chirurgicale qui peut être à l'origine d'une ischémie ou de perforation colique, voire du décès du patient. La littérature sur ce sujet rapporte des cas cliniques isolés, tant chez l'adulte que chez l'enfant, dans lesquels sont décrites des prises en charges non uniformes, le plus souvent relatives à la présentation clinique des patients. Chez l'enfant, le volvulus du colon transverse est caractérisé par la fréquence d'un terrain neurologiquesous jacent et la place prépondérante du traitement chirurgical [1, 3, 4, 5].

Nous présentons un cas de volvulus du colon transverse avec nécrose, survenu chez un garçon âgé de 10 ans porteur d'un syndrome d'avaleur d'air. A la lumière de ce cas clinique, nous proposons une revue de la littérature afin d'éclaircir les aspects épidémiologiques, physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette association.

Cas Clinique :

Il s'agit de l'enfant B.B. âgé de 10 ans, suivi en neurologie pour un retard psychomoteur non étiqueté avec troubles du comportement. Il était scolarisé en semaine dans un internat et vivait en famille d'accueil le week end.

Sur le plan digestif, cet enfant présentait depuis la première année de vie un météorisme abdominal diffus avec un reflux gastro-œsophagien invalidant, ayant nécessité une fundoplicature type Nissen avec gastrostomie d'alimentation, réalisée par voie coelioscopique à l'âge de 4 ans. La gastrostomie a pu être fermée un an plus tard du fait d'une bonne tolérance de l'alimentation orale et de la diminution du météorisme abdominal. Trois ans plus tard, la gastrostomie a été reposée du fait d'une mauvaise prise pondérale. Des lavements évacuateurs de type Peristeen® ont été introduits la même année du fait de la reprise du météorisme abdominal et de l'apparition de syndromes sub-occlusifs. Devant ce tableau, une pseudo obstruction intestinale chronique (POIC) ou une maladie de Hirschsprung (MH) ont été suspectées mais éliminées par les examens suivants : Le transit oeso-gastro-duodénal, le lavement opaque, la manométrie anorectale et œsophagienne et la biopsie rectale à la pince de Noblett. L'histoire récente remontait à deux jours de son admission marquée par un refus alimentaire, des troubles de sommeil, une aggravation du ballonnement et une absence de transit.

A l'admission, l'examen clinique a retrouvé un enfant conscient, pâle, déshydraté et tachycarde à 160 battements/minute, avec marbrure des membres inférieurs et fièvre à 38°. L'abdomen était sensible et ballonné (Fig. 1). Le toucher rectal a ramené des selles molles. Le bilan biologique a mis en évidence un syndrome inflammatoire modéré avec des globules blancs (GB) à 20000 éléments/ml, une C-reactiveprotein (CRP) à 37mg/l et un ionogramme sanguin normal. Sur le plan radiologique, l'abdomen sans préparation (ASP), a montré une distension intestinale majeure, avec une anse digestive d'allure colique remontant au-dessus du foie et une ampoule rectale non aérée (Fig. 2). Le scanner abdominal a objectivé un méga-dolichocôlon refoulant les coupoles diaphragmatiques vers le haut sans signe de souffrance intestinale ni de pneumopéritoine avec par ailleurs une distension du colon droit contrastant avec un colon descendant non dilaté (Fig. 3). L'opacification colique par voie basse a permis d'éliminer le diagnostic d'un volvulus du sigmoïde (Fig. 4).

Le diagnostic de volvulus du colon transverse a été évoqué et une exploration chirurgicale en urgence a été décidée. En per opératoire, nous avons constaté l'existence d'un volvulus du colon transverse avec un tour de spire dans le sens antihoraire. Le colon transverse était le siège d'une ischémie associant des zones de nécrose et de sphacèle (Fig. 5). Par ailleurs, nous avons retrouvé un épanchement séro-hématique de moyenne abondance avec présence de quelques fausses membranes, un colon ascendant et un intestin grêle distendus contrastant avec un colon sigmoïde plat. Sur le plan thérapeutique, l'enfant a subi une résection du colon ischémié emportant 60 cm de colon transverse avec une colostomie en canon de fusil au niveau flanc droit et une fermeture de la brèche méso-colique. Les suites opératoires ont été marquées par une évolution favorable avec une extubation au 4ème jour et une sortie de réanimation au 8ème jour post opératoire. Par ailleurs, la famille signalait une hyper aération digestive avec une poche de stomie qui était changée toute les 3 heures du fait du volume des gaz digestifs émis. Le test de transit aux marqueurs radio opaques a montré une élimination quasi complète des capsules dans des délais normaux (en moins de 24h), ce qui va également contre le diagnostic de POIC.

Finalement l'observation clinique du patient a révélé un comportement « d'avaleur d'air » méconnu jusqu'alors, qui a été donc retenu comme cause de son ballonnement avec aérocolie et aérogrêlie diffuse. Un rétablissement de continuité digestive avec une mise en place d'un bouton de gastrostomie ont été réalisés avec suites opératoires simples.

Discussion :

Le volvulus du colon représente 2 à 5% des causes d'occlusion colique [1,6,7,8]. Il intéresse essentiellement le colon sigmoïde (43 à 80% des cas) et exceptionnellement le colon transverse (2 à 4% des cas) [2]. Il existe une légère prédominance masculine et l'âge moyen de survenue chez l'enfant est aux alentours de 10 ans [2, 7, 9]. Le cas le plus précoce a été rapporté dans la littérature japonaise chez un nouveau-né de 6 jours porteur d'une MH [4]. Toutefois, cette pathologie concerne le plus souvent des grands enfants et des adultes. Certains auteurs rapportent une plus grande fréquence du volvulus du colon transverse en Afrique, en Amérique de sud et en Inde [1, 3, 4, 10]. Asabe[1] et Houshian[3] ont mentionné la notion d'un terrain neurologique et/ou psychiatrique chez les enfants atteints d'un volvulus du colon transverse. A notre connaissance, un seul cas de volvulus du colon transverse associé à un syndrome d'avaleur d'air a été rapporté dans la littérature [11].

Le syndrome d'enfant «avaleur d'air» correspond à un trouble fonctionnel digestif rarement décrit dans la littérature pédiatrique. Par contre, il est souvent décrit dans la littérature psychiatrique, notamment chez les autistes et les enfants ayant un retard mental [12, 13]. Il est défini selon les critères de Rome [12] par la présence d'au moins 2 des symptômes suivants, durant 12 semaines (non obligatoirement consécutives) au cours des 12 derniers mois : une déglutition d'air quotidienne, une distension abdominale constante, des éructations fréquentes et une augmentation des flatulences.

Quel que soit le terrain, différentes anomalies anatomiques, mécaniques et fonctionnelles peuvent être pourvoyeuses du volvulus du colon transverse. C'est le cas du colon ascendant libre [8] ou en cas d'absence du mésocolon [3]. L'existence de brides postopératoires ou congénitales [5, 11], de tumeur obstructive, d'une constipation chronique [2, 14], d'aérophagie [6] ou un régime alimentaire riche en fibres [1, 7] sont autant d'autres facteurs favorisant la survenue d'un volvulus du colon transverse. La MH [1, 8], la POIC [14], ainsi que certaines maladies neuropsychiatriques [2, 6, 7, 8, 9] ou génétiques, telle que la trisomie 21 [10], peuvent également se compliquer de volvulus du colon transverse. Dans le cas de notre patient, les d'explorations ont permis d'éliminer une POIC ou une MH. En revanche, celui-ci souffrait d'un retard psychomoteur et s'est révélé être un « avaleur d'air ».

Le diagnostic de volvulus du colon transverse est parfois difficile. Il s'agit souvent d'un tableau d'occlusion basse avec la triade classique douleur abdominale, vomissement et arrêt des matières et de gaz associée à un ballonnement abdominal majeur. Si ce tableau est vu tardivement, des signes péritonéaux et généraux peuvent également être présents [11].

Sur le plan radiologique, l'abdomen sans préparation (ASP) est l'examen de première intention [3, 4]. Il montre une distension colique majeure, avec une image colique médiane en « U » [3, 13] ou le signe du « grain de café » inversé [14, 15]. Dans le cas d'un patient avaleur d'air, l'ASP met aussi en évidence une distension aérique harmonieuse de

l'ensemble du tube digestif, sans niveaux hydro-aériques [12]. Le lavement opaque reste le « gold standard » dans l'exploration d'un volvulus colique. Il permet de retrouver l'image en « bec d'oiseau » typique du volvulus [11, 14]. Il permet parfois aussi de dévolvuler le colon transverse lors de la phase initiale [8]. Toutefois, les limites de cet examen sont le mauvais état général et/ou la présence de signes péritonéaux. La tomodensitométrie abdominale peut également être utile devant une suspicion de volvulus colique. Elle permet en plus du diagnostic de rechercher des signes de souffrance colique [7, 14].

Le choix du traitement du volvulus du colon transverse n'est pas univoque. Plusieurs options thérapeutiques sont disponibles, à savoir la radiologie interventionnelle, l'endoscopie et la chirurgie. La réduction du volvulus par lavement opaque n'est indiquée que si l'état clinique du patient le permet [2, 3, 4]. Elle n'est pas toujours efficace et nécessite une colopexie ou une colectomie ultérieure du fait du risque élevé de récidive [2, 3]. L'intérêt du lavement opaque réside cependant dans son caractère peu agressif et du fait qu'il permet d'éviter une intervention chirurgicale en urgence. La réduction endoscopique a un taux de succès plus important que la réduction radiologique, du moins chez l'adulte et par des équipes expérimentées [2, 7]. Après la réduction endoscopique, il est également nécessaire de fixer le colon ou de le réséquer secondairement, du fait d'un taux élevé de récidive estimé à 57% [14]. La chirurgie qu'elle soit préventive ou curative, par voie ouverte ou par voie coelioscopique, est souvent indispensable pour le traitement du volvulus du colon transverse [9, 10, 11]. Plusieurs procédures peuvent être proposées et le choix doit se faire selon l'état local du colon et l'état général du patient. Il peut s'agir d'une résection anastomose colique, d'une résection colique avec double stomie [4, 7, 9] ou d'une simple réduction du volvulus avec colopexie[1].

Notre patient a eu en outre la repose d'un bouton de gastrostomie pour améliorer son syndrome d'avaleur d'air. En effet, chez ces enfants avaleur d'air la distension digestive constitue un véritable problème. L'utilisation du charbon semble être le meilleur traitement de fond pour remédier à la distension digestive [12]. Néanmoins, au cours des périodes de distension importante, la mise en place d'une sonde nasogastrique permet de déballonner l'abdomen.

La mortalité au décours du volvulus du colon transverse reste élevée malgré les moyens modernes de la réanimation. Osuka et al. [5] rapportent une mortalité de 7% dans la littérature. Le pronostic semble être lié essentiellement au délai de prise en charge. A long terme, l'évolution est souvent favorable sauf dans le cas des enfants ayant un retard mental ou les complications sont parfois graves, à type de volvulus colique itératif, de nécrose digestive, voire de décès [12, 13].

Conclusion :

Le volvulus du colon transverse est une cause exceptionnelle d'occlusion intestinale chez l'enfant. Sa survenue peut être favorisée par l'existence d'une pathologie neuro-psychiatrique sous-jacente telle que le syndrome d'avaleur d'air. Le traitement chirurgical doit être entrepris sans délai afin d'éviter une nécrose colique qui peut grever lourdement la mortalité. Le traitement par le charbon au long court semble être une alternative à la gastrostomie de décompression.

Annexe



Figure 1 : Ballonnement



Figure 2 : ASP couché: anse distendue qui surmonte le foie



Figure 3 : Scanner abdominal : colon droit très dilaté.

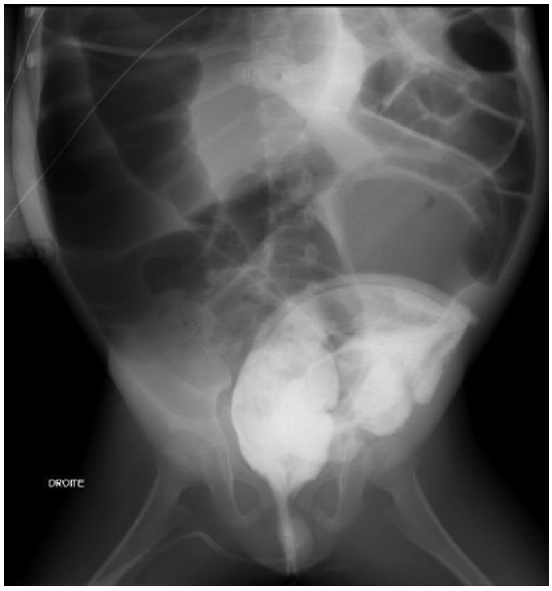


Figure 4 : Opacification du colon sigmoïde non volvulé.



Figure 5 : Colontransverse volvulé et nécrosé

Références

[1] Asabe K, Ushijima H, Bepu R, Shirakusa T. A case of transverse colon volvulus in a child and a review of the literature in Japan.J Pediatr Surg. 2002;37:1626-8.

[2] Mellor MF, Drake DG. Colonic volvulus in children: value of barium enema for diagnosis and treatment in 14 children. AJR Am J Roentgenol 1994;162:1157-9.

[3] Houshian S, SolgaardSørensen J. Volvulus of the transverse colon in children.JPediatrSurg1998;33:1399-1401.

[4] Mercado-Deane MG, Burton EM. Transverse colon volvulus in pediatric patients.PediatrRadiol.1995;25:111-2.

[5] Osuka A, Ikegami R, Watanabe Y. Splenic flexure volvulus in a child with chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction syndrome.PediatrSurgInt 2006;22:833-5.

[6] Trillis F Jr, Gauderer MW, Ponsky JL. Transverse colon volvulus in a child with pathologic aerophagia.JPediatrSurg 1986;21:966-8.

[7] Sana L, Ali G, Kallel H. Spontaneous transverse colon volvulus. Pan AfrMedJ 2013;25:160.

[8] BarrosoJornet JM, Balaguer A, Escribano J, Chilaiditi syndrome associated with transverse colon volvulus: first report in pediatric patient and review of the literature. Eur J PediatrSurg 2003;13:425-8.

[9] Rahbour G, Ayantunde A, Ullah MR.Transverse colon volvulus in a 15 year old boy and the review of the literature. World Journal of Emergency Surgery 2010;5:19.

[10] Liolios N, Mouravas V, Kepertis C. Volvulus of the transverse colon in a child: a case report. Eur J PediatrSurg 2003;13:140-2.

[11] Anderson JR, Lee D. Volvulus of the transverse colon.Br J Surg. 1981;68:179-81.

[12] Delaperrièrea N, Oregaa M. L'enfant avaleur d'air: définition et prise en charge. ArchPediatr. 2007;14:10–14.

[13] T Lecine, L Michaud, F Gottrand. Les enfants avaleurs d'air. ArchPediatr. 1998;5:1224-8.

[14] Inoue M, Uchida K, Otake Ket al. Laparoscopic detorsion and colopexy for splenic flexure volvulus in an infant. J Pediatr Surg. 2011;46:25–8.

[15] Chen MH, Chou CM. Transverse colon volvulus presenting as 'inverted' coffee-bean sign.ArchDis Child. 2012;97:123.