



Case report

Occlusion intestinale sur diverticule de Meckel: à propos d'un cas

Intestinal occlusion due to Meckel's diverticulum: a case study

Pius Wonga Omole¹, Didier Tshibangu Mujinga^{1,&}, Nasser Amisi Lubosha¹, Igor Mujinga Wa Mujinga¹, Daniel Ilunga Ntanga¹

¹Département de Chirurgie, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo

[&]Corresponding author: Didier Tshibangu Mujinga, Département de Chirurgie, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Mots clés: Diverticule de Meckel, occlusion intestinale, canal omphalomésenterique

Received: 10/07/2018 - Accepted: 29/01/2019 - Published: 13/03/2019

Résumé

Le diverticule de Meckel est un reliquat du canal omphalomésenterique. Ce diverticule peut se perforer, s'enflammer aussi créer une occlusion. Les auteurs rapportent le cas d'un homme âgé de 30 ans, hospitalisé et pris en charge dans les cliniques universitaires de Lubumbashi pour occlusion intestinale et dont le constat per opératoire était un volvulus du grêle sur diverticule de Meckel avec nécrose intestinale. Son évolution était bonne après l'intervention chirurgicale.

Pan African Medical Journal. 2019;32:117. doi:10.11604/pamj.2019.32.117.16523

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/32/117/full/>

© Pius Wonga Omole et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Meckel's diverticulum is a remnant of the omphalomesenteric channel. Diverticulum may result in perforation, inflammation and even in occlusion. We here report the case of a 30-year old man, hospitalized and treated for bowel obstruction at the university clinics of Lubumbashi. Intraoperative findings showed small bowel volvulus due to Meckel's diverticulum associated with intestinal necrosis. Patient's outcome was favorable after surgery.

Key words: *Meckel's diverticulum, bowel obstruction, omphalomesenteric channel*

Introduction

Durant la période embryonnaire précoce (2^{ème} et 4^{ème} semaine du développement après la conception), l'embryon est constitué de 3 feuillets: mésoblaste, endoblaste et ectoblaste [1]. Tous ces feuillets convergent antérieurement vers l'ombilic de manière concomitante. L'intestin moyen communique avec l'ombilic par le canal vitellin (canal omphalomésentérique) qui disparaît à la 10^{ème} semaine de la vie embryonnaire lors de la réintégration des anses dans l'abdomen [1,2]. La persistance partielle de ce canal est appelée Diverticule de Meckel. C'est l'anomalie congénitale la plus fréquente du tractus gastro-intestinal avec une légère prédominance masculine [3,4]. Elle est rare et est rencontrée chez 2 à 4% de la population [3]. Le diverticule de Meckel reste le plus souvent asymptomatique et n'est diagnostiqué que fortuitement ou lors de la survenue des complications telles que: l'hémorragie digestive, l'occlusion intestinale, l'invagination intestinale, la diverticulite de Meckel, la perforation, la fistule ombilicale et la dégénérescence tumorale [3,5-8]. Ces complications sont fréquentes chez l'enfant, d'autant plus qu'il est jeune. Cependant elles ne sont pas habituelles chez l'adulte [9]. L'objectif de cet article était de décrire le cas clinique et la prise en charge de volvulus du grêle sur diverticule de Meckel observé dans les cliniques universitaires de Lubumbashi chez un adulte de 30 ans en juin 2017.

Patient et observation

Il s'agissait d'un homme âgé de 30 ans transféré d'un centre hospitalier de la place vers le service de médecine interne des Cliniques Universitaires de Lubumbashi (CUL) pour fièvre. Ce transfert a eu lieu après trois jours de traitement sans succès. Au service de médecine interne, une échographie abdominale a été réalisée et avait révélé une dilatation des anses intestinales et un épanchement liquidien abdominal de moyenne abondance. Cette

échographie a motivé le transfert du patient vers le service de chirurgie. Ses antécédents étaient non contributifs à sa pathologie. Les plaintes du patient étaient une douleur abdominale permanente avec des paroxysmes, localisée à l'épigastre; vomissement et arrêt des gaz depuis 1 jour. L'examen physique de l'abdomen a révélé: un ballonnement abdominal diffus plus marqué dans la moitié supérieure de l'abdomen; une défense abdominale diffuse; une matité mobilisable dans les deux flancs; et présence des bruits hydro-aériques à l'auscultation. Les orifices inguinaux étaient libres. Le toucher rectal a révélé un cul-de-sac de Douglas non bombant mais sensible. La radiographie de l'abdomen sans préparation n'avait pas été réalisée. Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë a été retenu. Et après le bilan sanguin préopératoire, la visite pré anesthésique et la réanimation préopératoire, une laparotomie exploratrice a été réalisée. L'inventaire des lésions a révélé ce qui suit: 1) un intestin grêle fortement dilaté et un colon ratatiné mais d'aspect normal; 2) un volvulus du grêle à 60cm de valvule de Bauhin. L'intestin a été dévolvulé, et un diverticule de Meckel long de 8cm et 5cm de diamètre a été mis en évidence (Figure 1) sur le bord ante-mésentérique. C'est autour de ce diverticule que le grêle avait volvé. La portion de l'intestin volvé était sphacélé sur une longueur de 75cm (Figure 2). L'acte opératoire a consisté en une résection de la portion sphacélée emportant le diverticule de Meckel suivie d'une anastomose termino-terminale. Les suites postopératoires ont été simples. Sa sortie a été autorisée au 14^{ème} jour. L'examen histo-pathologique du diverticule a montré un tissu fibreux, siège d'une importante réaction inflammatoire, la muqueuse était semblable à celle de la muqueuse gastrique.

Discussion

Le diverticule de Meckel est la persistance partielle du canal omphalomésentérique. C'est l'anomalie congénitale la plus fréquente du tractus gastro-intestinal avec une légère prédominance

masculine [3,4]. Il est rare et rencontré entre 2 à 4% de la population [2,3]. Le diverticule de Meckel reste le plus souvent asymptomatique et n'est diagnostiqué que fortuitement ou lors de la survenue des complications. Cependant elles ne sont pas habituelles chez l'adulte [5-7]. Le diagnostic d'une occlusion intestinale due au diverticule de Meckel peut être évoqué en préopératoire, soit à l'échographie abdominale, à la scintigraphie au technétium 99m, à la tomодensitométrie abdominale ou à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) [7]. L'occlusion mécanique est la complication la plus fréquente chez l'adulte; elle représente 24 à 53%. Le plus souvent il s'agit d'une occlusion avec mécanisme variable [5,6,9]: volvulus, invagination, fixation de diverticule à l'ombilic ou en tout autre point de l'abdomen. La fréquence des complications est légèrement plus importante chez l'homme [3,4]. Dans le cas présenté, il s'agit d'un homme ayant présenté un volvulus du grêle. La localisation du diverticule de Meckel varie entre 10 et 100 cm par rapport à la valvule de Bauhin dans 50% des cas, ses dimensions sont en moyenne 2cm de diamètre, 5cm de longueur [4], les diverticules sont constitués d'une hétérotopie muqueuse, de type gastrique dans 23 à 60% des cas; il peut s'agir d'une muqueuse de type pancréatique. Dans cette étude, le diverticule de Meckel était situé à 60cm de valvule de Bauhin avec 5cm de diamètre et 8cm de long avec une muqueuse de type gastrique. Edgar Ouangré *et al.* ont réalisé une étude de 11 cas de diverticule de Meckel. Au cours de cette étude l'âge moyen était de 29,8 ans, il y avait 8 cas d'occlusion intestinale avec résection segmentaire iléale emportant le diverticule de Meckel avec rétablissement de la continuité digestive. Dans le cas présenté, il y a eu résection intestinale emportant le diverticule de Meckel avec rétablissement de la continuité. Il faut savoir évoquer le diagnostic de diverticule de Meckel au sein du vaste groupe des occlusions intestinales aiguës ou subaiguës notamment chez le sujet jeune sans antécédents chirurgicaux, car le diverticule de Meckel est difficile à identifier malgré les progrès de l'imagerie en coupe [3]. Il faut savoir le reconnaître dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës afin de guider au mieux la prise en charge chirurgicale.

Conclusion

Le diverticule de Meckel est la persistance partielle du canal omphalomésentérique, Il est rare et rencontré entre 2 à 4% de la population. Il reste le plus souvent asymptomatique et n'est diagnostiqué que fortuitement ou lors de la survenue des

complications. Cependant elles ne sont pas habituelles chez l'adulte. Il faut savoir le reconnaître dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës afin de guider au mieux la prise en charge chirurgicale. L'évolution dépend de la précocité du diagnostic.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la lecture finale de cet article.

Figures

Figure 1: La poche de diverticule de Meckel sectionnée per opératoire

Figure 2: La portion de l'intestin du grêle nécrosé sur ou moins 75cm

Références

1. Guillaume Levard. Grêle Pathologies du Canal Omphalo-Mésentérique. 10-03-2015. Cité le 26 mai 2018
2. Hama K, Iouknane D. Les occlusions intestinales aiguës chez l'adulte: étude rétrospective à propos de 75 cas de Janvier 2012 à Décembre 2013 au service de chirurgie générale. Université de Béjaïa. 2014. **Google Scholar**
3. Barbary C, Tissier S, Floquet M, Régent D. Imagerie des complications du diverticule de Meckel. J Radiol. 1 mars 2004;85(3):273-9. **PubMed | Google Scholar**

4. Ouangré E, Zida M, Bazongo M, Sanou A, Patindé Bonkougou G, Doamba ND *et al.* Complications du diverticule de Meckel (DM) chez l'adulte: à propos de 11 cas au CHU-Yalgado Ouédraogo au Burkina Faso. *Pan Afr Med J.* 2015;22:74. **PubMed | Google Scholar**
5. Barbary C, Floquet M, Riebel N, Tissier S, Laurent V, Régent D. Occlusion par entérolithe et diverticulite de Meckel associée à une hernie interne paracaecale chez un adulte. *J Radiol.* 1 janv 2004;85(1):49-50. **PubMed | Google Scholar**
6. Franchi S, Martelli H, Paye-Jaouen A, Goldszmidt D, Pariente D. Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. *EMC-Pédiatrie.* 1 févr 2005;2(1):45-57. **Google Scholar**
7. Ajmi S, Sahnoun L, Boujelbene N, Sriha B, Essabbah H. Hémorragie d'un diverticule de Meckel de l'enfant découvert par scintigraphie au Technétium 99m. *J Chir (Paris).* 1 juill 2005;142(4):244-6. **PubMed | Google Scholar**
8. Pilleul F, Buc E, Dupas J-L, Boyer J, Bruel J-M, Berdah S. Prise en charge de l'hémorragie d'origine diverticulaire. *Gastroentérologie Clin Biol.* 1 sept 2007;31(8, Part 2):47-52. **Google Scholar**
9. Khemekhem R, Ben Ahmed Y, Rahay H, Soufiane G, Said J, Douira W *et al.* Les aspects pathologiques du diverticule de Meckel chez l'enfant. *J Pédiatrie Puériculture.* 1 juin 2013;26(3):146-50. **Google Scholar**

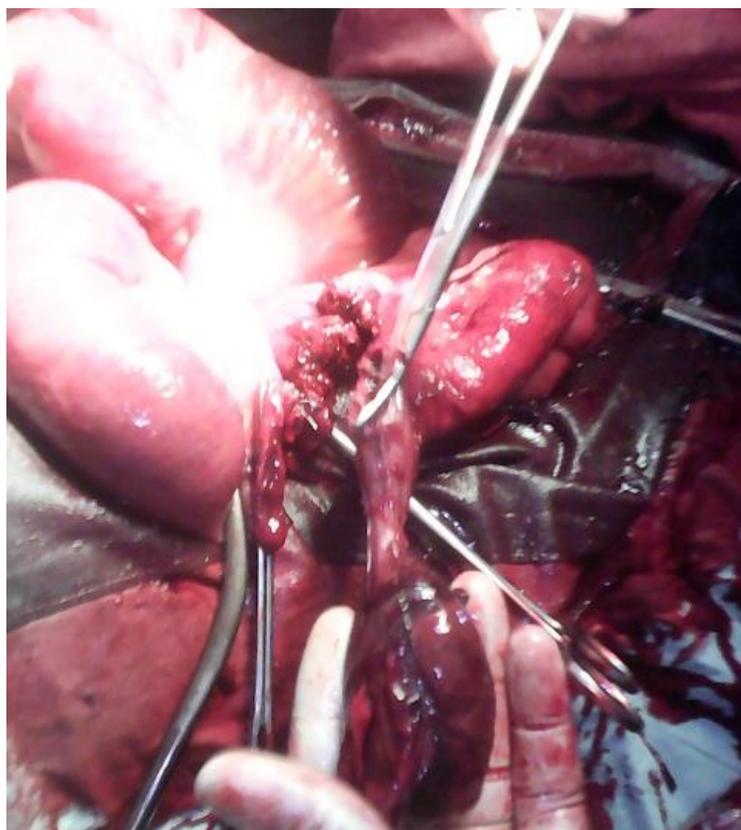


Figure 1: La poche de diverticule de Meckel sectionnée per opératoire

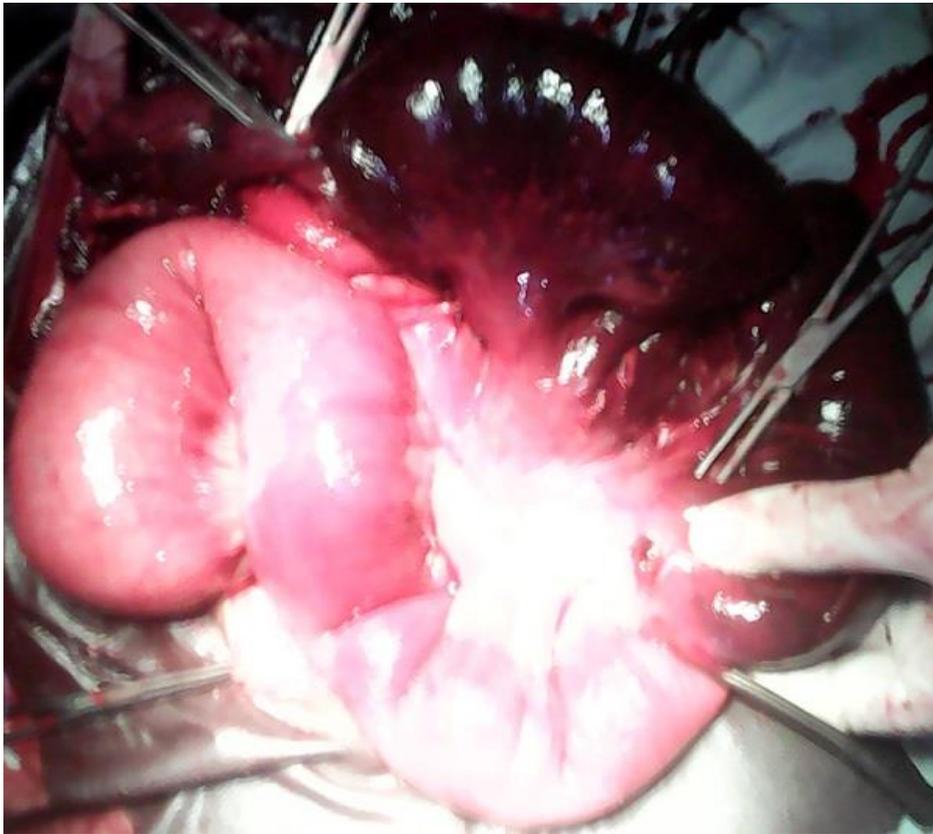


Figure 2: La portion de l'intestin du grêle nécrosé sur ou moins 75cm