

## Volvulus gastrique chronique

### Chronic gastric volvulus

Nadia Maamouri<sup>1</sup>, Héra Kchir<sup>1</sup>, Dhilel Issaoui<sup>1</sup>, Zoubeir Ben Safta<sup>2</sup>, Nabyl Ben Mami<sup>1</sup>

*1-Service de gastro-entérologie B- Hôpital la Rabta-Tunis / Faculté de Médecine de Tunis,*

*2-Service de chirurgie générale A- Hôpital la Rabta / Faculté de Médecine de Tunis,*

#### RÉSUMÉ

Le volvulus gastrique est une rotation anormale de l'estomac autour de son axe. La forme chronique, tout comme la forme aiguë, constitue une urgence chirurgicale. Nous rapportons 4 cas de volvulus gastriques chroniques. Il s'agissait de volvulus de type mésentérico-axial dans 2 cas et de volvulus organo-axial dans les 2 autres cas. Le transit oeso-gastro-duodénal a permis de poser le diagnostic chez tous les malades. Le volvulus était secondaire à une hernie hiatale dans 3 cas et à une agénésie de la coupole diaphragmatique gauche avec hyperlaxité ligamentaire chez 1 malade. Tous les patients ont été opérés dont 2 par voie coelioscopique.

#### Mots-clés

Estomac, volvulus

#### SUMMARY

Gastric volvulus is an abnormal rotation of the stomach around his axis. The chronic presenting, as the acute one, is considered as a surgical emergency. We report 4 cases of chronic gastic volvulus. In 2 cases, it was a mesenterico-axial volvulus while in the 2 other cases it was an organo-axial volvulus. The barium enema made the diagnosis in all cases. The volvulus was secondary to a hernia in 3 cases and an agenesis of left diaphragmatic dome with ligament laxity in 1 case. All the patients underwent surgery. The laparoscopic approach was used in two patients.

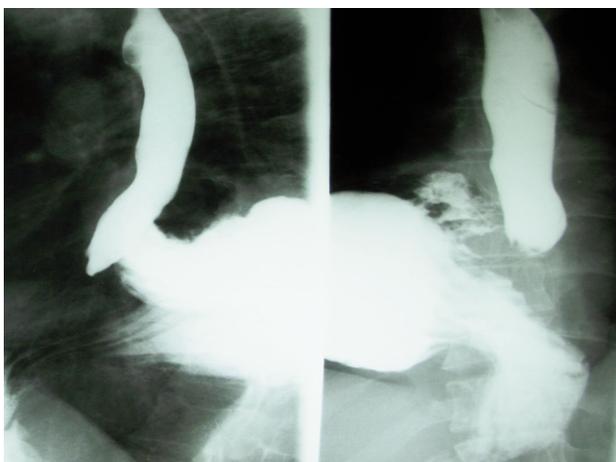
#### Key-words

Stomach, volvulus

Le volvulus gastrique (VG) est une pathologie rare, souvent méconnue, définie par une rotation de tout ou d'une partie de l'estomac par rapport à l'un de ses axes, créant des conditions favorables à une occlusion digestive haute, avec pour conséquence un risque d'étranglement, d'ischémie et de nécrose gastrique (1). Le VG constitue ainsi une urgence diagnostique et thérapeutique (1,2). L'incidence réelle de cette pathologie demeure sous-estimée. En effet, beaucoup de cas restent sous-diagnostiqués ou non rapportés. Nous rapportons le résumé de 4 cas de VG chronique.

#### Observation N°1 :

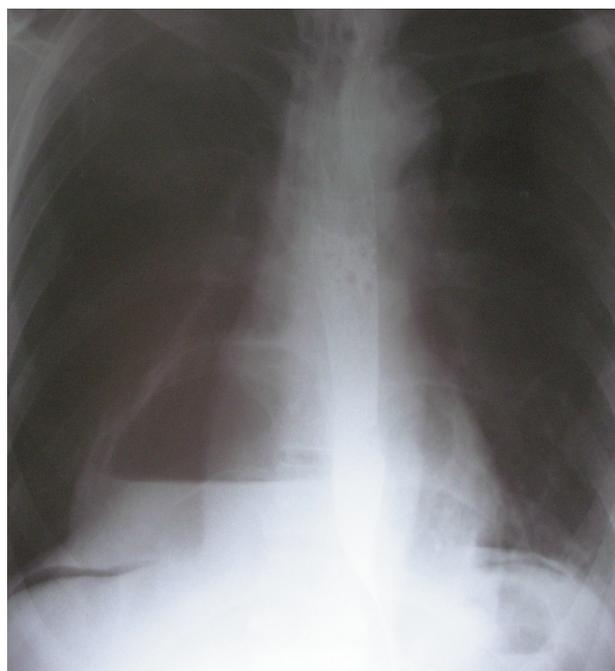
Patient âgé de 41 ans, présentant une dysphagie aux solides et aux liquides évoluant depuis 2 ans. L'examen physique et le bilan biologique étaient normaux. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) mettait en évidence une grosse hernie hiatale mixte et une torsion des plis fundiques empêchant le passage du fibroscope. La Radiographie du thorax de face révélait la présence d'un arc opaque paracardial droit correspondant à l'empreinte de la grosse tubérosité gastrique. Au transit oeso-gastro-duodénal (TOGD), la grosse tubérosité gastrique était située à droite et s'enroulait autour du cardia qui était en position sus-diaphragmatique (Fig 1). Le diagnostic de VG organo-axial a été retenu. Le patient a été opéré par voie coelioscopique. L'exploration per-opératoire découvrait une grosse hernie hiatale de 14 à 15 cm de grand axe. Le sac herniaire contenait les  $\frac{3}{4}$  proximaux de l'estomac, le transverse gauche et le grand épiploon. L'estomac était volvulé sur son axe. Le geste opératoire consistait en une résection du sac herniaire, une fermeture des piliers diaphragmatiques renforcée par une prothèse aortique en Dacron et par la confection d'une valve complète à la Nissen. Les suites opératoires étaient simples. La durée du suivi était de 72 mois. Le patient était asymptomatique.



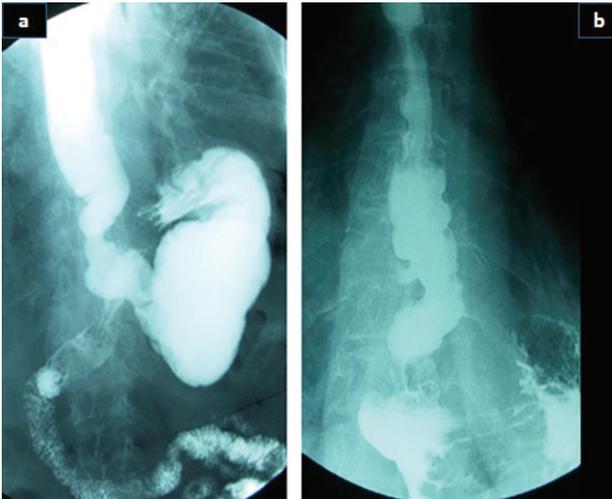
**Figure 1 :** Transit oeso-gastro-duodénal : Volvulus organo-axial : Grosse tubérosité s'enroulant autour du cardia qui se trouve en position sus diaphragmatique et à droite du cardia.

#### Observation N°2 :

Patiente âgée de 48 ans, présentant un pyrosis isolé évoluant depuis trois mois. L'examen physique et le bilan biologique étaient normaux. La FOGD n'a pas pu être réalisée du fait d'une limitation de l'ouverture buccale. La radiographie du thorax retrouvait une ascension de la coupole diaphragmatique gauche avec une poche à air gastrique intra thoracique refoulant le cœur à droite (Fig 2). Au TOGD, l'estomac était le siège d'un déplacement de l'axe vertical vers le bas : la grosse tubérosité et le cardia étaient abaissés et décollés de la coupole diaphragmatique avec perte de l'architecture normale des plis fundiques et ascension de l'antra gastrique, du pylore, du bulbe et du cadre duodénal qui sont situés juste au-dessous de la coupole diaphragmatique et latéralisés à gauche. Le cadre duodénal paraissait allongé croisant la ligne médiane en arrière du cardia. Cet aspect cadrait avec un VG mésentérico-axial (Fig 3). La patiente a été opérée par voie bi sous-costale. L'exploration trouvait une éventration diaphragmatique en rapport avec une agénésie de la coupole diaphragmatique gauche associée à une hyperlaxité des ligaments gastro-splénique, gastro-colique et gastro-hépatique. Le geste opératoire a consisté en une réduction du contenu de l'éventration, une fermeture de la brèche par une cure à la Paletot et une confection d'une hémi valve postérieure à la Toupet. Les suites opératoires étaient simples. La patiente a été perdue de vue 2 mois suivant l'intervention.



**Figure 2 :** Radiographie du thorax de face : Niveau hydro- aérique sus diaphragmatique et arc opaque paracardial droit correspondant à l'empreinte de la grosse tubérosité gastrique



**Figure 2** : Radiographie du thorax de face : Niveau hydro- aérique sus diaphragmatique et arc opaque paracardial droit correspondant à l'empreinte de la grosse tubérosité gastrique

#### Observation N°3 :

Patiente âgée de 71 ans, présentant depuis 7 mois des épigastalgies, des nausées, des vomissements, un syndrome anémique et un amaigrissement non chiffré. L'examen physique mettait en évidence une pâleur cutanéomuqueuse et des signes de sidéropénie. Le bilan biologique notait une anémie hypochrome microcytaire à 5.2 g/dl et un taux de ferritine à 2.54 ng/ml (18-380ng/ml). La FOGD retrouvait une grosse hernie hiatale et une torsion des plis fundiques empêchant le passage du fibroscope. La radiographie du thorax révélait la présence d'un arc opaque para-cardial droit. Au TOGD et à la tomodynamométrie thoraco-abdominale, la grosse tubérosité gastrique était située à droite et s'enroulait autour du cardia qui était en position sus-

diaphragmatique. Le diagnostic de VG organo-axial a été retenu. La patiente a été opérée par voie coelioscopique. Le geste opératoire consistait en une résection du sac herniaire, une fermeture des piliers diaphragmatiques et une confection d'une valve complète de type Folppy Nissen. Les suites opératoires étaient simples. La patiente a été perdue de vue en post opératoire.

#### Observation N°4 :

Patient âgé de 51 ans, présentant des épigastalgies, des vomissements et un amaigrissement important évoluant depuis 2 mois. L'examen physique et le bilan biologique étaient normaux. La radiographie du thorax retrouvait une ascension de la coupole diaphragmatique gauche et une poche à air gastrique intra-thoracique. La FOGD objectivait une œsophagite et une torsion des plis fundiques empêchant le passage du fibroscope. Au TOGD et à la tomodynamométrie thoraco-abdominale, l'estomac était le siège d'un déplacement de l'axe vertical vers le bas : la grosse tubérosité et le cardia étaient abaissés et décollés de la coupole diaphragmatique avec perte de l'architecture normale des plis fundiques et ascension de l'antra gastrique, du pylore, du bulbe et du cadre duodénal qui sont situés juste au-dessous de la coupole diaphragmatique et latéralisés à gauche. Le cadre duodénal paraissait allongé croisant la ligne médiane en arrière du cardia. Ces aspects cadraient avec le d'un VG mésentérico-axial. Le patient a été opéré par voie sous costale gauche élargie à droite. L'exploration peropératoire retrouvait une ascension de la totalité de l'estomac et du transverse à travers une brèche de la coupole diaphragmatique. Le hiatus œsophagien a été intégré. La brèche diaphragmatique a été suturée par cure à la Paletot. Les suites opératoires étaient simples. Le patient a été suivi pendant 3 mois. Il était asymptomatique.

**Tableau 1**: Résumé des caractéristiques cliniques et morphologiques des patients

N°	Sexe	Age (ans)	Symptôme (date de début)	FOGD	RadioThorax	TOGD
1	M	41	Dysphagie (2 ans)	-Hernie hiatale mixte -Torsion des plis fundiques	Arc opaque paracardial droit	VG Organo-axial
2	F	48	Pyrosis (3 mois)	Non faite (rétrognatisme)	Poche à air gastrique intrathoracique	VG Mésentérico-axial
3	F	71	Epigastalgies Nausées/vomissements Amaigrissement (7 mois)	Torsion des plis fundiques	Arc opaque paracardial droit	VG Organo-axial
4	M	51	Epigastalgies vomissements Amaigrissement (2 mois)	-Œsophagite -Torsion des plis fundiques	Poche à air gastrique intrathoracique	VG Mésentérico-axial

**Tableau 2 :** Résultats du traitement chirurgical des patients

N°	Per opératoire	Geste opératoire	Recul post opératoire (mois)
1	-Hernie hiatale -Faiblesse des piliers diaphragmatiques	-Résection du sac herniaire -Fermeture des piliers prothèse dacron -Valve complète Nissen	72
2	-Eventration diaphragmatique -Laxité des ligaments	-Réduction de l'éventration -Mise en place d'un Paletot -Hémi valve Toupet	2
3	-Volumineuse hernie hiatale par Roulement -Faiblesse des piliers diaphragmatiques	- Résection du sac herniaire -Fermeture des piliers - valve type FolppyNissen	0
4	-Brèche du diaphragme	-Suture de la brèche par cure à la Paletot	3

### CONCLUSION

En résumé, le VG est une urgence diagnostique et thérapeutique rare dont l'évolution peut être grave. Le diagnostic évoqué par la FOGD est confirmé par le TOGD et la tomodensitométrie thoraco-abdominale qui permettent en outre d'identifier le type du volvulus. Le traitement est chirurgical avec recours à la voie laparoscopique.

### REFERENCES

1-Bedioui H, BensafatZ. Gastric volvulus: diagnosis and management. Presse Med 2008; 37: e 67-76

2-Rantomalala HY, Rajaonarivony T, Rakototiana AF et al. A case of acute gastric volvulus in a child. Arch Pediatr 2005 ; 12: 1726-1728