



# Un cas de volvulus aigu de l'estomac chez l'adulte

## *A case of acute gastric volvulus*

**Asmae El khadir, Nicolas Degrave, Jean Roger, Bernard Lisambert**

Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier d'Armentières, France

*e\_l\_alaoui1983@hotmail.fr*

### Résumé

Le volvulus gastrique est une rotation anormale de l'estomac autour de son axe. La forme aiguë constitue une urgence chirurgicale. Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 52 ans présentant un volvulus gastrique aigu, diagnostiqué par tomodensitométrie, et confirmé par une intervention chirurgicale.

Le volvulus gastrique aigu est une entité rare, dont le traitement est chirurgical, et le diagnostic souvent retardé en raison d'une symptomatologie fréquemment aspécifique. La clinique de cette affection est caractérisée par la triade de Borchardt : une épigastrie, des vomissements et une difficulté de la mise en place de la sonde gastrique. Une opacification par le transit œsogastrique ou la tomodensitométrie permet d'asseoir le diagnostic. Le traitement est chirurgical et consiste à détordre et fixer l'estomac pour prévenir la récurrence.

### Mots-clés

Estomac ; Volvulus ; Hernie ; Diagnostic ; Traitement

### Abstract

*Gastric volvulus is an abnormal rotation of the stomach around its axis. The acute form is a surgical emergency, which does not tolerate any therapeutic delay. We report a case of acute gastric volvulus diagnosed by computed tomography in a 52-year old man that was confirmed at surgery.*

*The clinical picture of gastric volvulus is characterized by the Borchardt's triad of symptoms: upper abdominal pain, vomiting and difficulty to pass a nasogastric tube. The gastrointestinal barium series and CT-scan help to confirm the diagnosis. As was demonstrated in this case, the treatment is surgical by reducing the volvulus and fixing the stomach to prevent recurrence.*

### Keywords

*Stomach; Volvulus; Hernia; Diagnosis; Treatment*

### Introduction

Le volvulus gastrique aigu est une urgence chirurgicale rare, réalisant une occlusion digestive haute par torsion de l'estomac d'au moins 180°. L'étiologie est dominée par la hernie hiatale. La symptomatologie clinique est souvent atypique. Le traitement de choix reste chirurgical. Nous rapportons une nouvelle observation d'un volvulus gastrique aigu diagnostiqué grâce à la tomodensitométrie (TDM).



## Observation

Patient âgé de 52 ans, ayant pour principal antécédent un retard mental, est hospitalisé dans le cadre de l'urgence pour des vomissements incoercibles : le scanner objective un volvulus gastrique avec double cavitation et une hernie diaphragmatique droite, avec refoulement du cadre colique sans occlusion grêlo-colique constituée (Fig. 1a, b, c, d). Un transit œsogastroduodénal révèle un double niveau dans l'estomac avec hernie hiatale par roulement. La gastroscopie œsogastroduodénale met en évidence une gastroparésie de l'estomac et il n'existe pas de signe de gravité biologique et notamment pas de signe infectieux, ni de signe de cytolysse ou de nécrose ; en revanche, le patient qui présentait une déshydratation initiale, aggrave sa fonction rénale malgré une réhydratation bien conduite avec une créatinine qui est passée de 35 mg/l à 80 mg/l. Après une préparation en réanimation, notamment une dialyse pour assurer le bon équilibre ionique du patient, l'indication chirurgicale a été posée.

L'intervention est conduite par une cœlioscopie : l'exploration objective une volumineuse hernie diaphragmatique droite par la fente de Larrey, comportant l'estomac en quasi-totalité bien que le cardia reste en place, le colon droit également attracté est incarcerated dans l'orifice herniaire, sans retentissement occlusif sus-jacent. Il n'y a pas de signe de nécrose. Le traitement consiste en la résection partielle du sac et mise en place d'une plaque afin de fermer l'orifice diaphragmatique.

Les suites opératoires sont compliquées d'une hémorragie avec hémothorax sévère, lors de la mise en place d'un drain thoracique pour drainage d'un épanchement pleural droit. Une thoracotomie d'hémostase associée à une lobectomie moyenne droite est réalisée avec une évolution favorable.

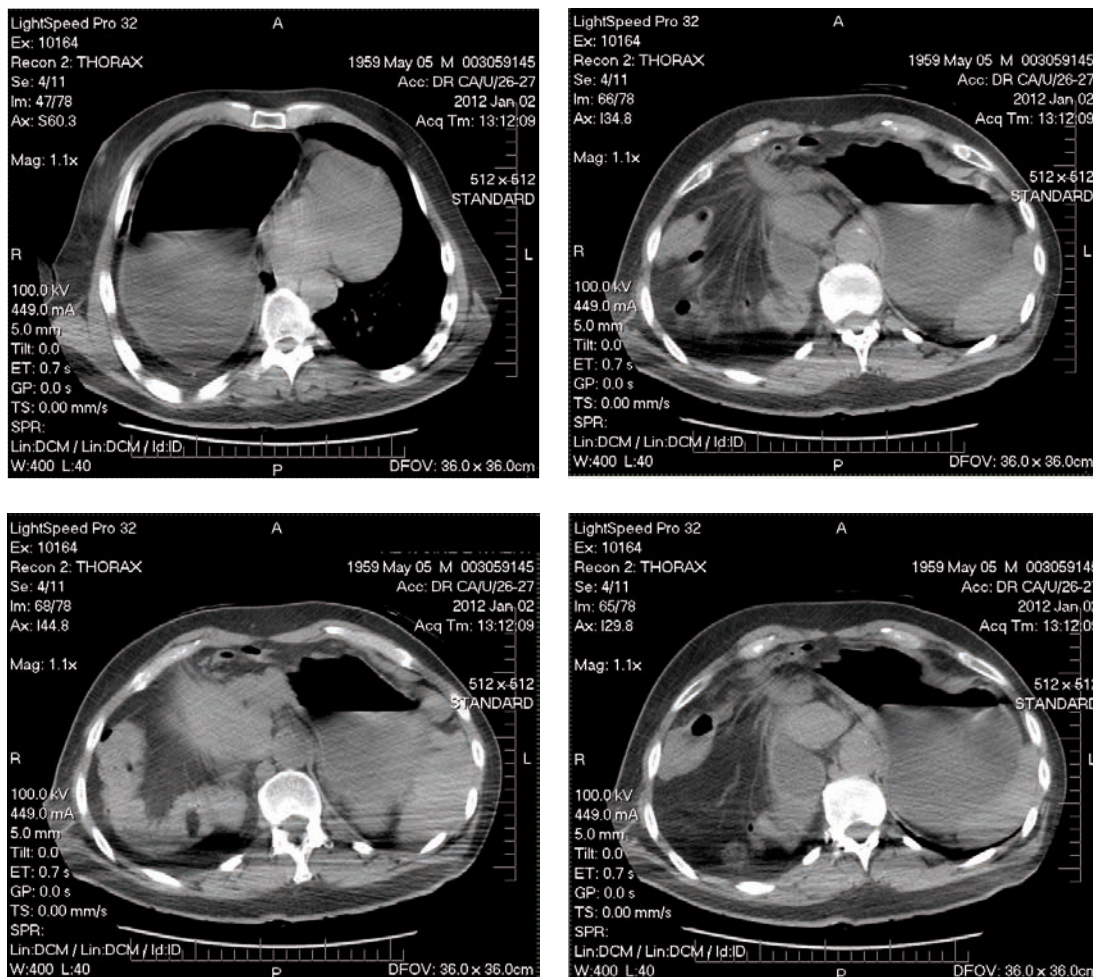


Figure 1a,b,c,d  
Tomodensitométrie: volvulus gastrique avec double cavitation et une hernie diaphragmatique droite



## Discussion

Le volvulus gastrique est défini par une rotation anormale de tout ou partie de l'estomac par rapport à l'un de ses axes créant ainsi les conditions d'une occlusion haute avec dilatation gastrique et risque d'étranglement. Tenant compte de l'axe de la rotation, on différenciera le volvulus organo-axial et le volvulus mésentérico-axial [1,2].

Il s'agit d'une maladie rare, en raison de la solidité de ses moyens de fixation, représentés par quatre ligaments : gastro-colique, gastro-splénique, gastro-hépatique, et gastro-phrénique. Cependant, sa fréquence est probablement sous-estimée car des formes spontanément résolutive sont possibles [3].

Cette affection est surtout l'apanage des sujets âgés avec un pic de fréquence aux alentours de la cinquantaine [1,4]. Des cas d'adulte jeune ont été rapportés chez qui l'étiopathogénie était dominée par les lésions diaphragmatiques traumatiques [1,5,6]. Les volvulus gastriques touchent aussi les enfants (représentant 45 % des cas publiés) porteurs d'anomalies diaphragmatiques congénitales ou rarement l'asplénie [1,7,8]. Concernant le sexe, il ne semble pas y avoir de prédilection selon certains auteurs [9,1], alors que d'autres rapportent une légère prédominance féminine [1,4,10].

Le volvulus gastrique est souvent associé à d'autres anomalies abdominales (gastriques, diaphragmatiques, spléniques, hépatiques notamment) [3,11,12]. Une lésion diaphragmatique (hernie ou éventration) est un facteur essentiel car la pression négative intrathoracique et la poussée des autres organes abdominaux favorisent la survenue du volvulus. Il peut aussi être liée à une laxité des moyens de fixation de l'estomac, le faisant alors qualifier d'idiopathique [3].

Deux principaux types anatomiques de torsion existent. Le premier est dit organo-axial. Sa rotation s'effectue autour de l'axe cardiopylorique et réalise un volvulus vrai. Dans le second type, plus fréquent, appelé mésentérico-axial, elle se fait selon l'axe horizontal réunissant le milieu des deux courbures gastriques et entraîne en fait plus une plicature qu'une véritable torsion [3,13]. Dans la majorité des cas, la rotation est antérieure. La grande courbure se déplace de gauche à droite et de bas en haut dans la rotation organo-axiale ; l'antrum bascule de bas en haut et de droite à gauche dans la rotation mésentérico-axiale. Le volvulus peut être total ou partiel (concernant alors l'antrum), incomplet ou complet (compromettant alors la vascularisation gastrique) [3,14,15,16].

Le tableau clinique est parfois évocateur lorsqu'il réalise une triade caractéristique (triade de Borchardt [3]) : douleur épigastrique majeure avec irradiations dans le dos et/ou l'hypochondre ou l'hémithorax gauches, efforts de vomissement inefficaces, intolérance alimentaire absolue avec difficultés ou impossibilité de pose d'une sonde gastrique. Le plus souvent cependant, le tableau clinique reste aspécifique (douleurs abdominales, état occlusif...) [3].

Les clichés d'abdomen sans préparation sont habituellement peu contributifs. Ils peuvent montrer une distension gazeuse de la partie haute de l'abdomen, des niveaux hydro-aériques rétrocardiaques, en cas de hernie hiatale associée, et parfois un emphysème de la paroi gastrique [3,17].

Le transit œsogastroduodénal est l'examen essentiel pour le diagnostic des volvulus gastriques. Il permet d'étudier la réductibilité du volvulus gastrique, sa position, sa forme anatomique mésentérico-axiale ou organo-axiale et l'évacuation antropylorique du produit de contraste [1,4,18]. Les faux négatifs sont rares et peuvent être expliqués par le caractère intermittent du volvulus gastrique.

La tomодensitométrie est un examen d'un grand intérêt dans le diagnostic positif, permettant à la fois de reconnaître la torsion de l'estomac, éliminer une autre pathologie abdominale (en particulier un volvulus caecal devant une image de distension gazeuse massive d'une structure digestive creuse de l'hypochondre gauche découverte sur les clichés d'abdomen sans préparation) et guider selon la gravité de l'état clinique, un éventuel geste chirurgical.

Les signes typiques de la hernie de l'estomac à la tomодensitométrie associent une distension hydro-aérique gastrique marquée et une zone d'épaississement tissulaire, avec congestion vasculaire, séparant un contingent gastrique purement aérique et un autre contingent hydrique, qui est traversée par la sonde nasogastrique, dont le trajet est bien suivi sur les niveaux de coupe successifs [3,19,20].

L'échographie abdominale n'a pas d'intérêt diagnostique mais contribue à détecter d'autres pathologies associées.



La gastroscopie n'a pas un grand intérêt diagnostique mais permet surtout de rechercher une étiologie telle qu'une hernie hiatale et d'étudier l'état de la muqueuse gastrique. Elle est contre indiquée en présence de signes de nécrose ou de perforation gastrique. Malheureusement cette exploration est souvent incomplète par la torsion gastrique qui entrave la progression de l'endoscope [1,21]. Certains auteurs ont rapporté un intérêt thérapeutique à la gastroscopie qui permet une détorsion endoscopique voire même un guidage endoscopique d'une gastropexie percutanée [1,22,23].

La chirurgie est le traitement de choix du volvulus gastrique. Elle est indiquée, en particulier en cas de retentissement général, de syndrome douloureux hyperalgique, et de signes tomodynamométriques d'ischémie gastrique pariétale. Le geste chirurgical comprend la réduction de la hernie après vidange gastrique et la réalisation d'une gastropexie et/ou la cure d'une lésion associée si l'état général du patient le permet [3].

La dévolvulation ou la gastropexie sous guidage endoscopique ne se conçoit qu'en l'absence de signes de nécrose ou de perforation gastrique [1].

Comme dans notre cas, le pronostic est souvent excellent dans les formes opérées précocement.

## Conclusion

Le volvulus gastrique est une affection rare, dont l'évolution peut être gravissime. L'indication d'un transit œsogastroduodénal doit être large permettant de confirmer le diagnostic. La tomodynamométrie permet de dresser le bilan lésionnel thoracique et d'étudier la vitalité de l'estomac. Le traitement de choix reste chirurgical.

## Références

1. Bedioui H, Bensafta Z. Volvulus gastrique : diagnostic et prise en charge thérapeutique. *Presse Med.* 2008; 37: e67-e76
2. Hillemand P, Bernard HJ, Villard J. A propos des volvulus gastriques. *Sem Hop Paris* 1955;31:2890-9.
3. Grignon B, Sebbag H, Reibel N, Zhu X, Grosdidier G, Roland J. Diagnostic tomodynamométrique d'un volvulus gastrique idiopathique aigu. *J Radiol* 2004;85:1070-3.
4. Alamowitch B, Christophe M, Bourbon M, Porcheron J, Balique JG. Hernie hiatale para œsophagienne avec volvulus gastrique aigu. *Gastroenterol Clin Biol* 1999;23:271-4.
5. Shivanand G, Seema S, Srivastava DN, Pande GK, Sahni P, Prasad R et al. Gastric volvulus: Acute and chronic presentation. *Clin Imaging* 2003;27:265-8.
6. Bhandarkar DS, Shah R, Dhawan P. Laparoscopic gastropexy for chronic intermittent gastric volvulus. *Indian J Gastroenterol* 2001;20:111-2.
7. Godshall D, Mossallam U, Rosenbaum R. Gastric volvulus: Case report and review of literature. *J Emerg Med* 1999;17:837-40.
8. Carter R, Brewer LA, Hinshaw DB. Acute gastric volvulus. A study of 25 cases. *Am J Surg* 1980; 140:90-106.
9. Menguy R. Le traitement chirurgical des hernies hiatales par roulement avec volvulus intrathoracique de la totalité de l'estomac. *Chirurgie* 1995;120:439-43.
10. Cloyd CW. Laparoscopic repair of incarcerated paraoesophageal hernia. *Surg Endosc* 1994; 8:893-7.
11. Braun L, Lester S. Gastric dilatation-volvulus in the dog with histological evidence of preexisting bowel disease: a retrospective study of 23 cases. *J Am Anim Hosp Assoc* 1996;32:287-90.
12. Schaefer DC, Nikoomenesh P, Moore C. Gastric volvulus: an old disease with new twists. *Gastroenterologist* 1997;5:41-5.
13. Shivanand G, Seema S, Srivastava DN, et al. Gastric volvulus Acute and chronic presentation. *Clinical Imaging* 2003;27:265-8.
14. Larricq J. Pathologie gastrique rare. *Encycl Med Chir Paris Appareil digestif* 1996;9-031-B-10 12 p.
15. Dalgard BJ. Volvulus of the stomach. *Acta Chir Scand* 1952;103:131-53.
16. Bernier JJ. Volvulus gastrique. *Gastroentérologie*. Flammarion Médecine Sciences, 1986:181-82.
17. Lozano L, Martin F, Garciar, et al. Gastric emphysema associated with gastric volvulus. *Gastroenterol Hepatol* 1995;18:372-4.
18. Alamowitch B, Bourbon M, Porcheron J, Pyneandee S, Balique JG. Volvulus gastrique aigu sur hernie hiatale révélé par une lithiase cholécystique. *J Chir (Paris)* 1995;132:454-8.
19. Chiechi MV, Hamrick-Turner J, Abbitt NPL. Gastric herniation and volvulus: CT and MR appearance. *Gastrointest Radiol* 1992;17:99-101.



20. Pelizzo G, Lembo MA, Francella A et al. Gastric volvulus associated with congenital diaphragmatic hernia, wandering spleen, and intrathoracic left kidney: CT findings. *Abdom Imaging* 2001;26:306-308.
21. Leblanc I, Scotte M, Michot F, Teniere P. Incarcération gastrique sur hernies hiatales para-oesophagiennes et par glissement. *Ann Chir* 1991;45:42-5.
22. Bahsin DK, Nagi B, Kochhar R, Singh K, Metha SK. Endoscopic correction for organoaxial volvulus. *Endoscopy* 1988;20:238.
23. Tsang TK, Walker R, Yu DJ. Endoscopic reduction of gastric volvulus: The alpha loop maneuver. *Gastrointest Endosc* 1995;42: 244-8.

**Lien d'intérêt : aucun**