

homme 26 ans syndrome occlusif aigu à début brutal-réalisation d'un scanner abdomino-pelvien le 27 août 2016

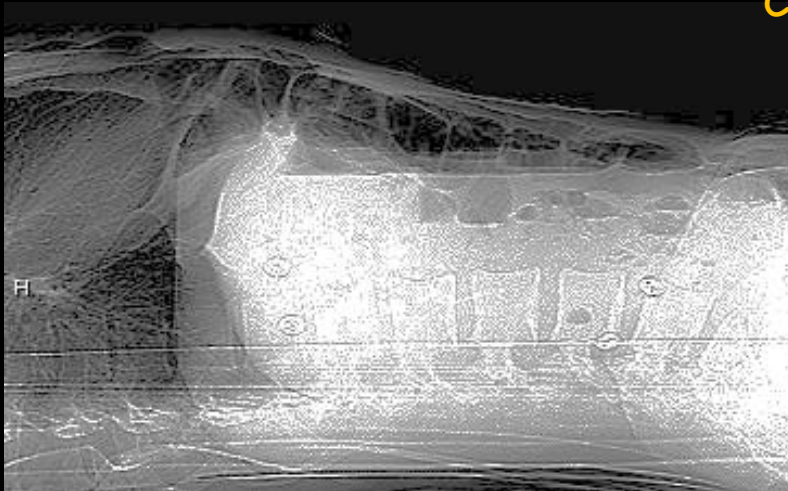
quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir , dans ce contexte

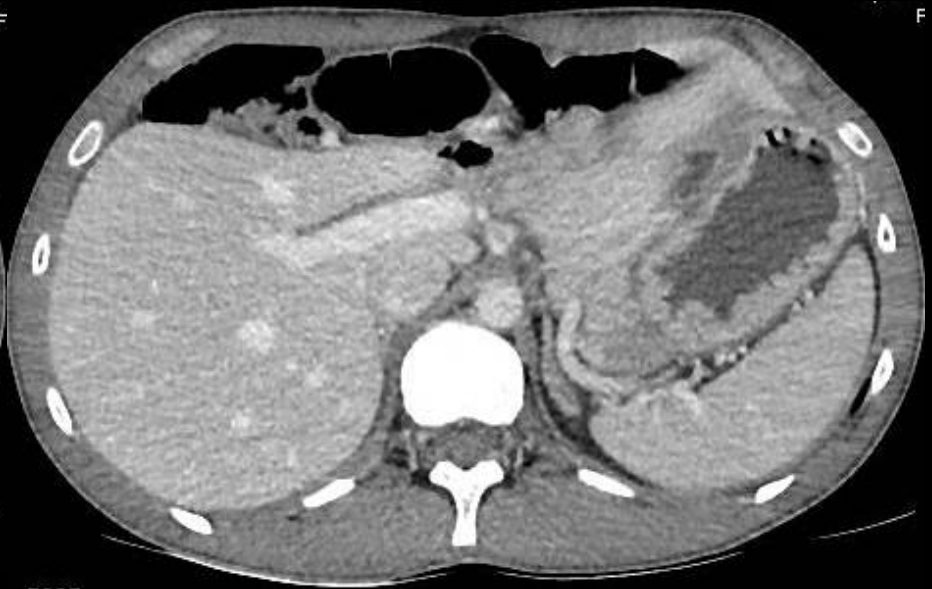




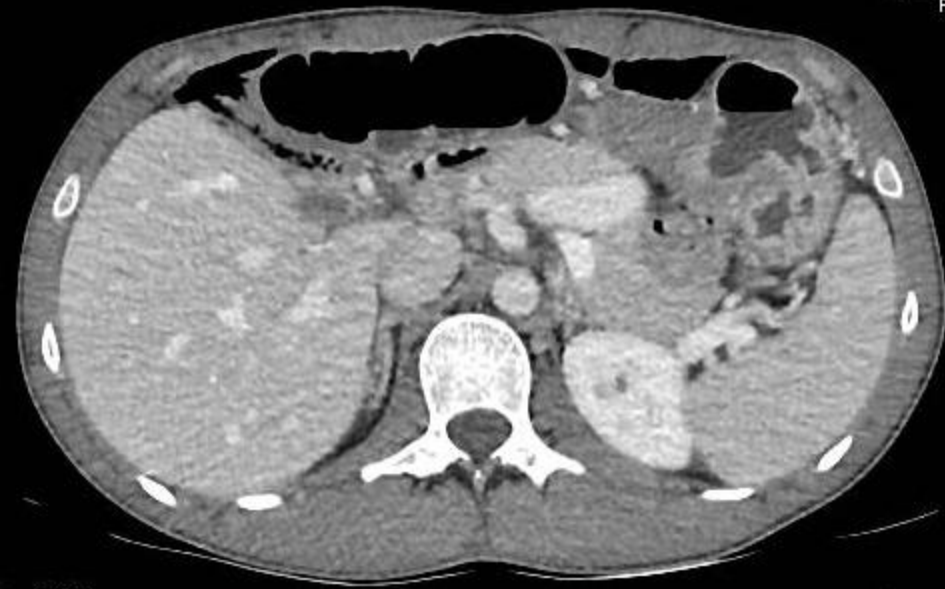
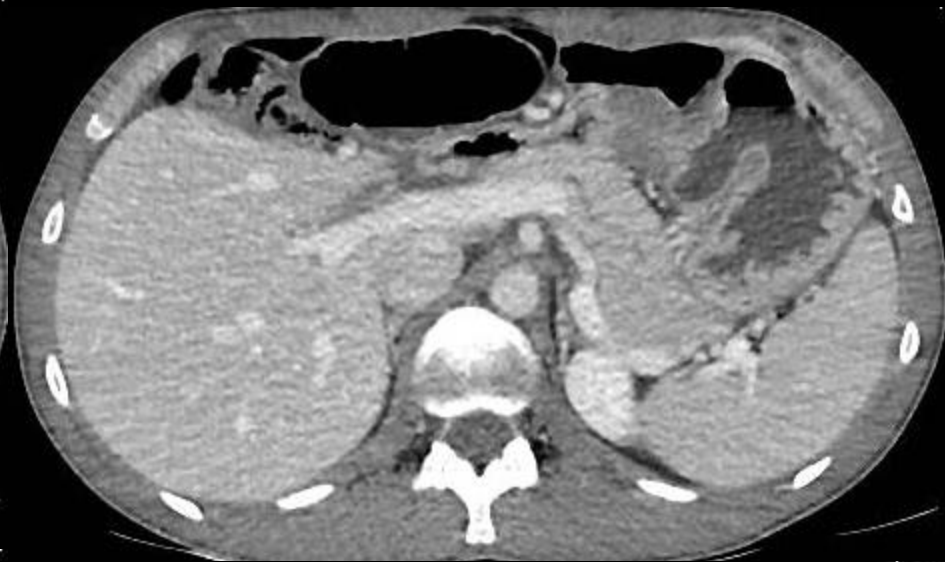
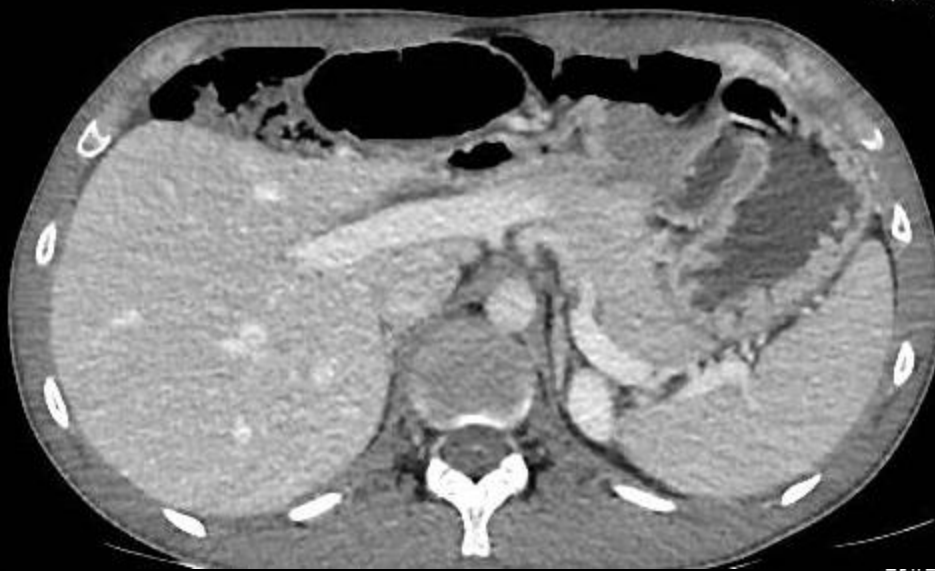
Tableau occlusif de haut grade avec distension gazeuse grêles et coliques droites

Présence d'images gazeuses coliques pré-hépatiques correspondant à un **syndrome de Chilaiditi**. Pas de distension colique gauche





Syndrôme de Chiladiti et lobe gauche du foie " en queue de castor " (beaver tail)



Pédicule artério-veineux mésentérique supérieur sans particularités sur le plan anatomique. Dilatation marquée du tronc de la VMS

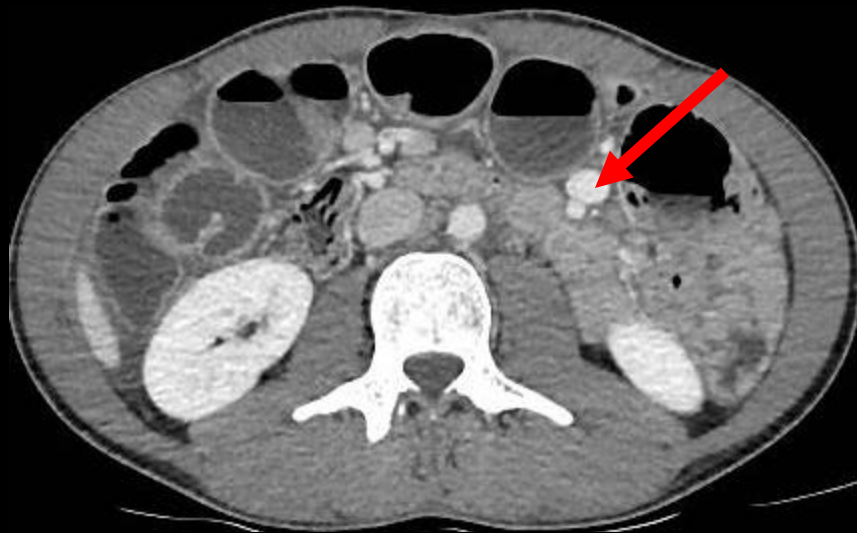


Dilatation marquée du tronc de la VMS, déplacé vers l'avant et la gauche - aspect de "tire-bouchon" traduisant la vue axiale du pédicule vasculaire jéjunal et correspondant à un volvulus

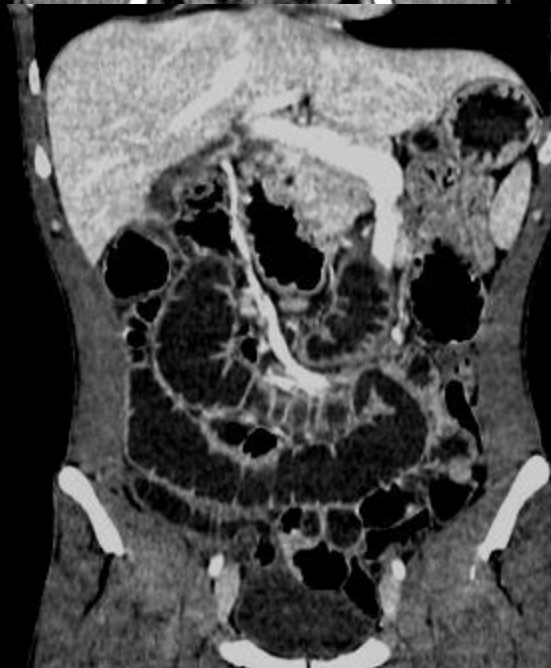


PC:R2



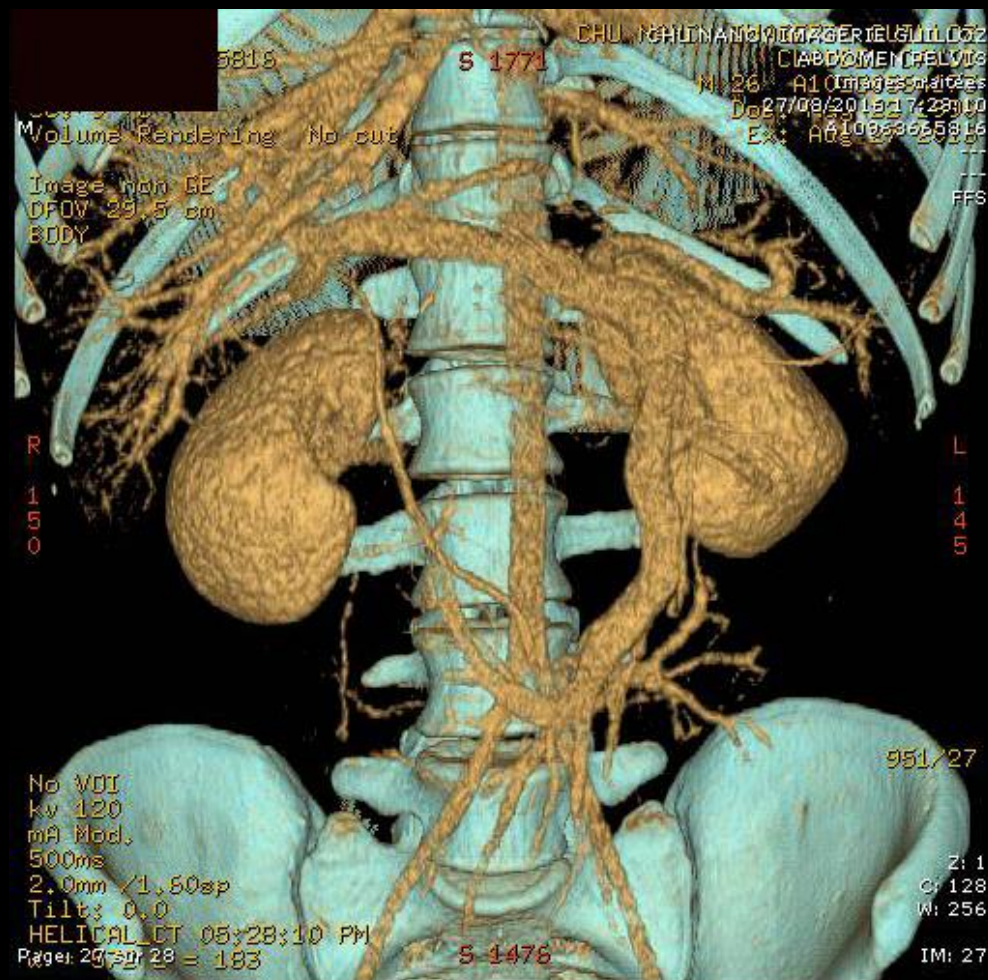


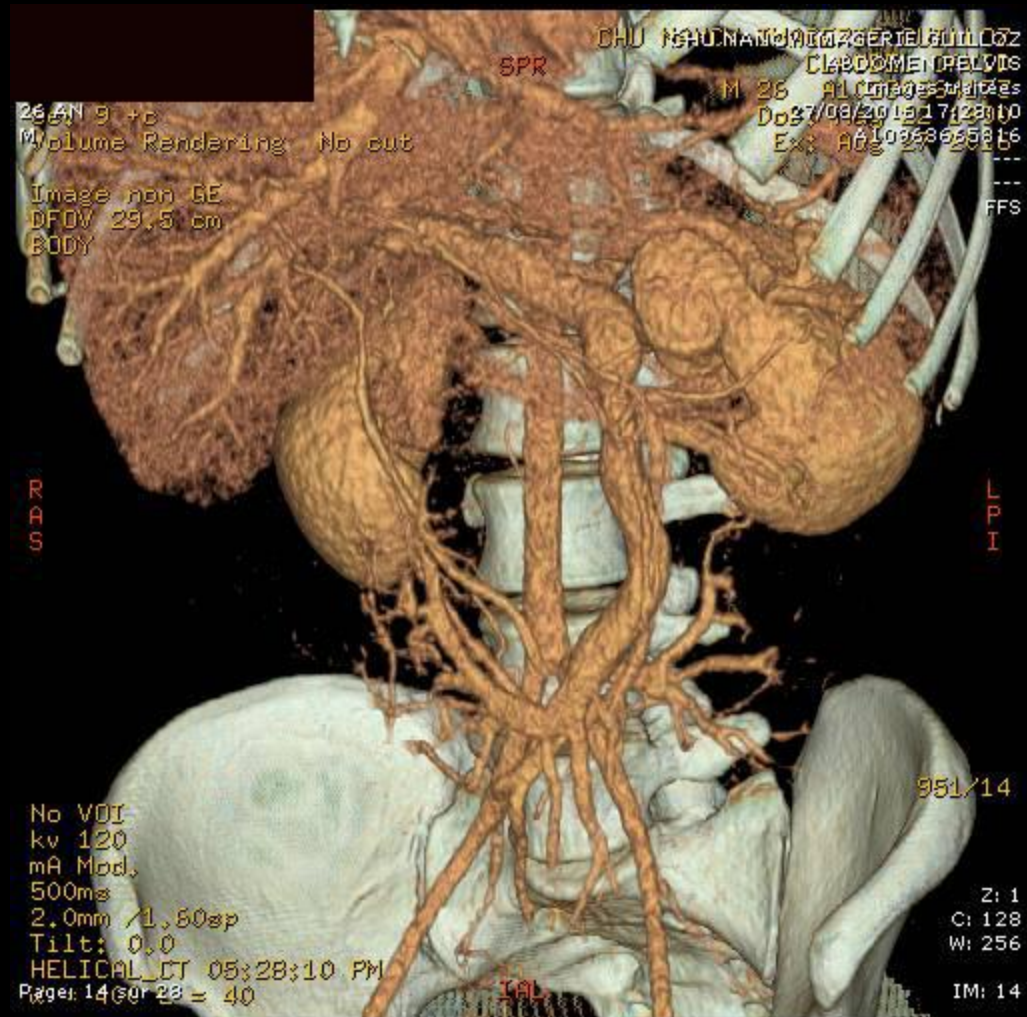
on objective la distension liquide des anses iléales et du colon droit jusqu'au transverse ,les anses jéjunales ont un aspect "sac-like", dans le flanc gauche ; le pédicule mésentérique supérieur est déplacé vers la gauche



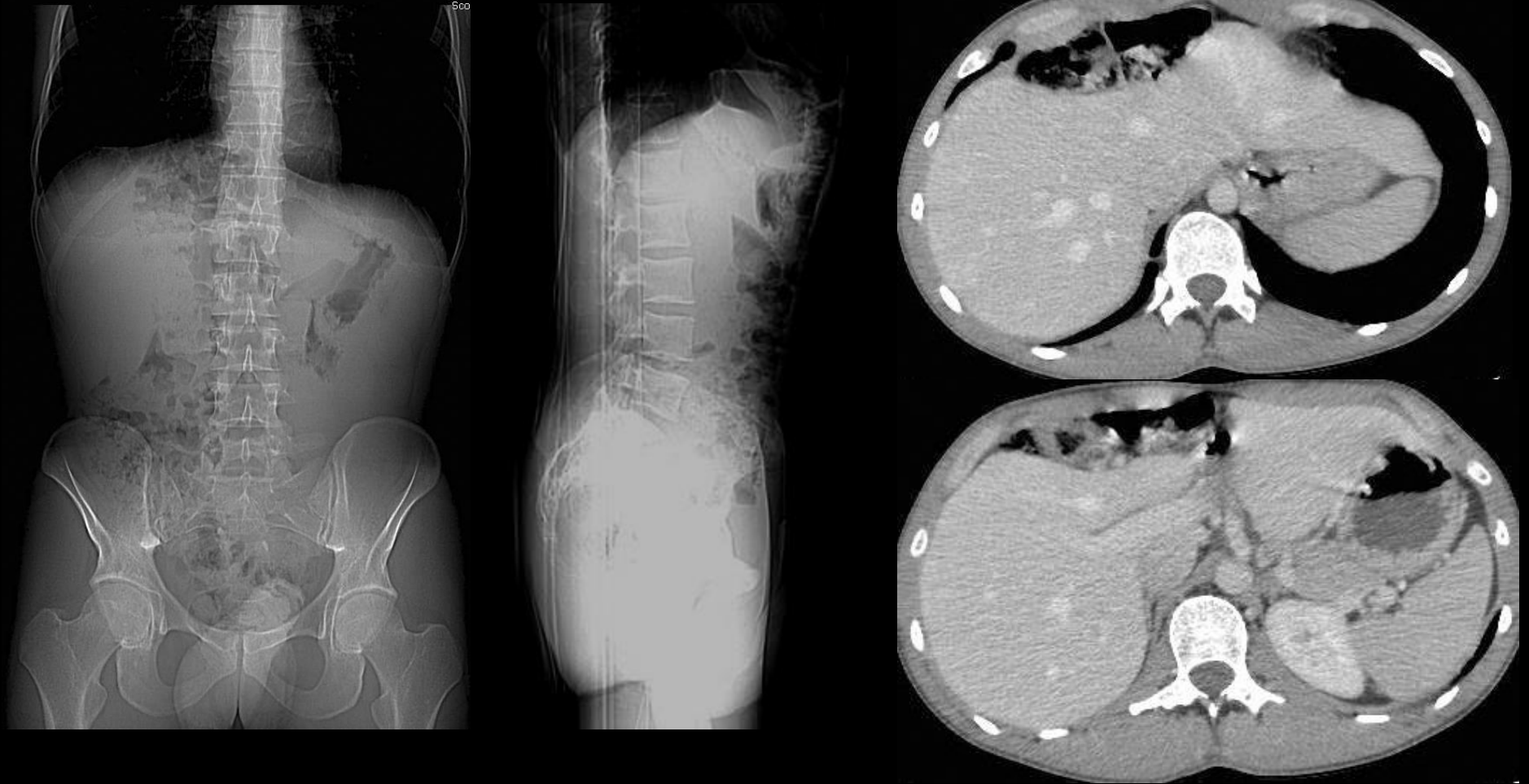


la position et le trajet  
de la veine mésentérique  
inférieure sont des  
appoints précieux pour  
l'identification des  
segments coliques  
gauches





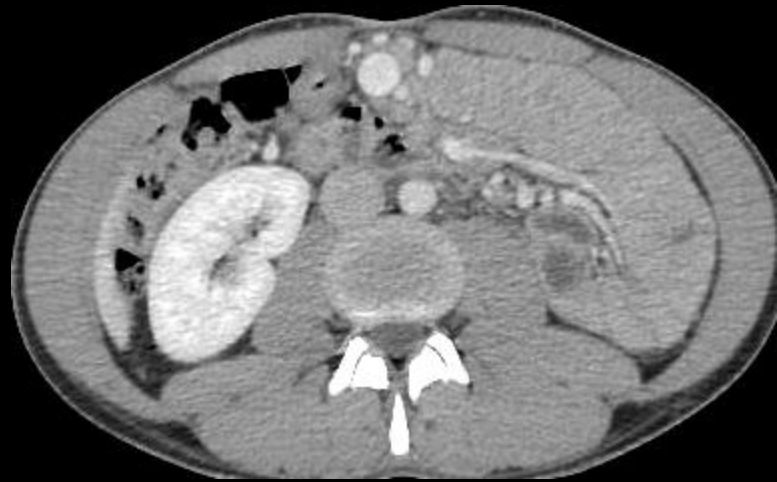
le 8 septembre 2016, nouvelle crise douloureuse aiguë hyperalgique motivant la réalisation d'un scanner abdomino-pelvien



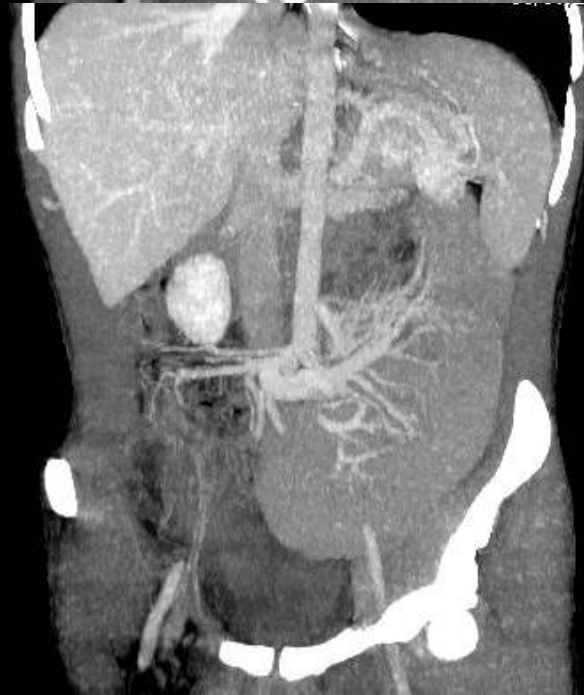
dilatation des anses grêles avec images hydro-gazeuses ;  
syndrome de Chilaïditi



inversion des rapports anatomiques du pédicule mésentérique supérieur à son origine puis trajet très antérieur qui amène ce pédicule à la face profonde de la ligne blanche. Le colon transverse est comprimé en regard du pédicule mésentérique supérieur **mais il semble rester en avant des éléments vasculaires**

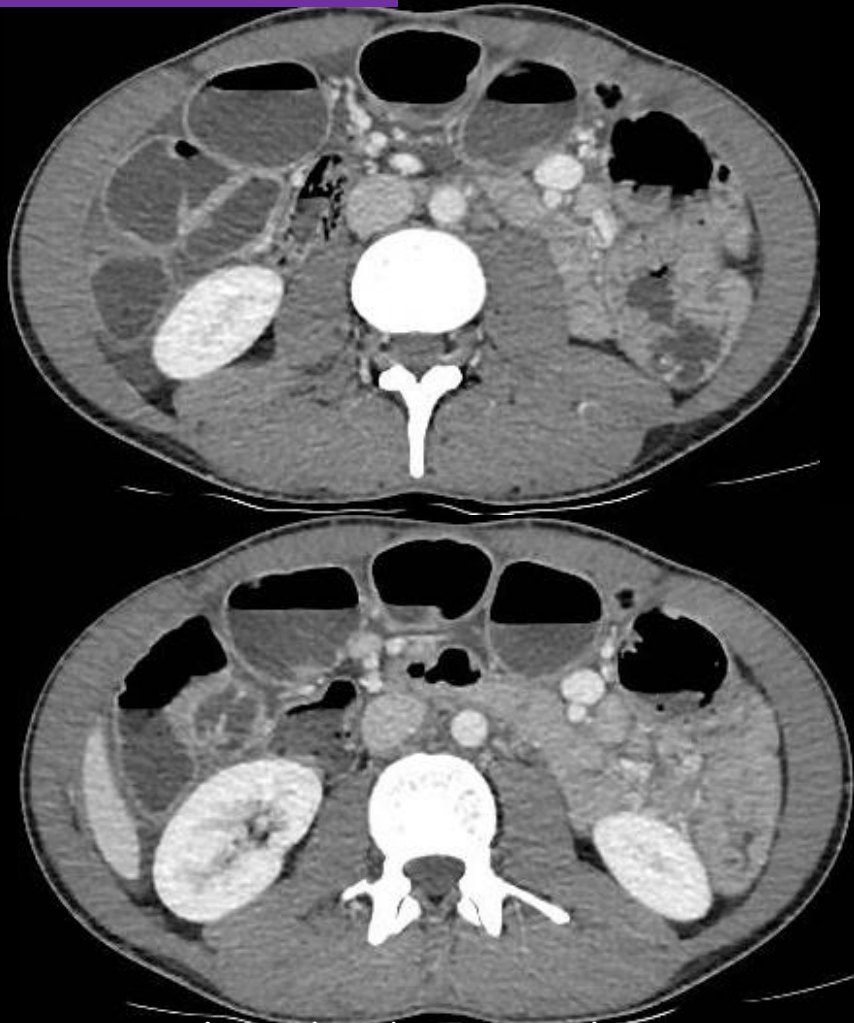


les anses jéjunales à parois épaissie ont une configuration d'ensemble "sac-like" on n'observe plus de distension ni même de dilatation intestinale dans l'hémi-abdomen droit



images comparatives des 2 examens pratiqués  
à 12 jours d'intervalle

examen du 27 08

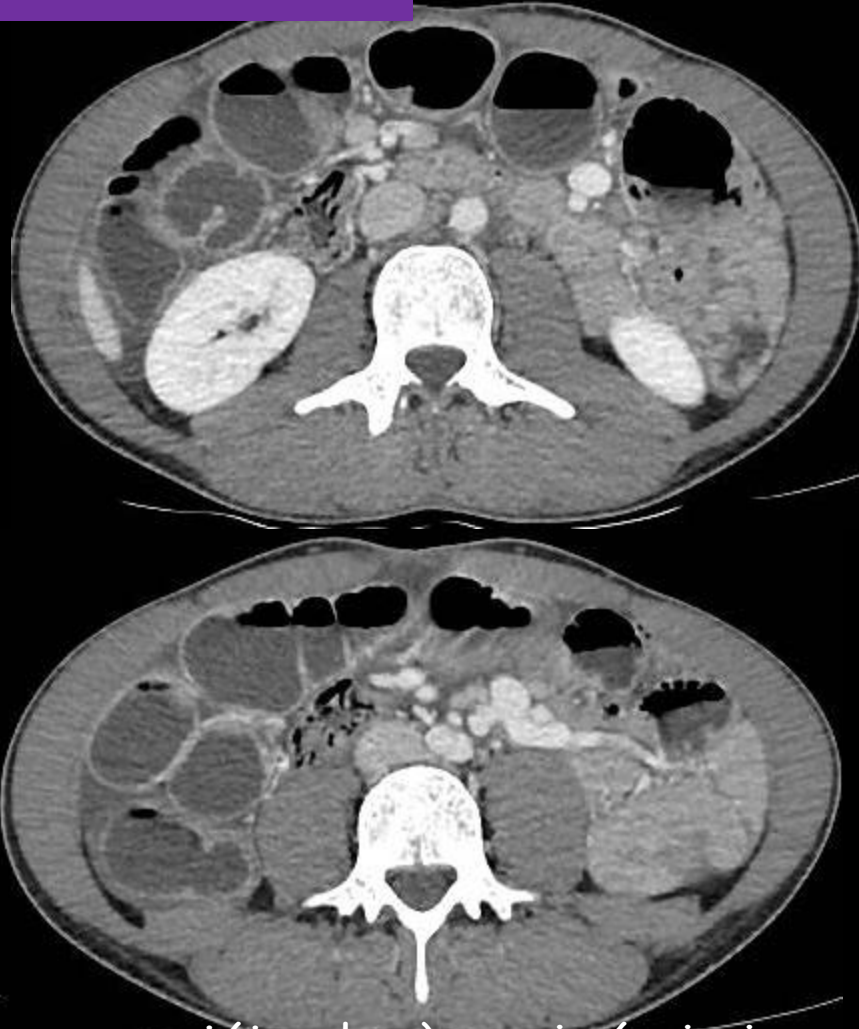


examen du 08 09



les anses jéjunales à parois épaissie ont une configuration d'ensemble "sac-like" on n'observe plus de distension ni même de dilatation intestinale dans l'hémi-abdomen droit

examen du 27 08



examen du 08 09

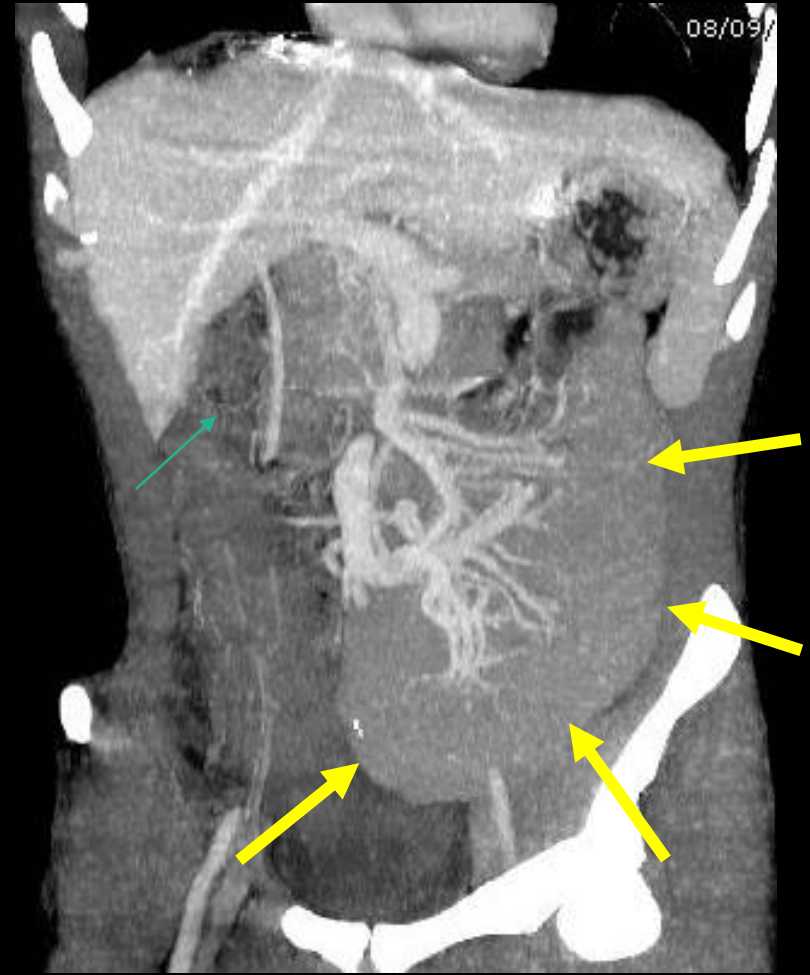


les anses jéjunales à parois épaissies ont une configuration d'ensemble "sac-like", dans le flanc et la fosse iliaque gauches; le 08 09 on n'observe plus de distension ni même de dilatation intestinale dans l'hémi-abdomen droit

examen du 27 08



examen du 08 09



les anses jéjunales ont une configuration d'ensemble "sac-like", dans le flanc et la fosse iliaque gauches

## au total

il s'agit bien d'une anomalie dysembryoplasique de l'intestin moyen (midgut),  
révélée par un épisode occlusif , chez un jeune adulte

il ne s'agit pas d'un type "classique" :

- mésentère commun complet par non-rotation de l'anse intestinale primitive (arrêt de rotation à  $90^\circ$ ) , malformation non pathogène

- ni d'un arrêt de rotation à  $180^\circ$  (rotation incomplète ou mésentère commun incomplet) qui expose au volvulus total du grêle de l'adulte (avec un risque majeur d'infarctus intestino mésentérique)

parmi les formes rares (sinon exceptionnelles , surtout chez l'adulte), il faut envisager en particulier **les rotations inverses**

# les anomalies embryologiques intestino-mésentériques révélées à l'âge adulte

## Complications des anomalies embryologiques de la rotation intestinale : prise en charge chez l'adulte

M. Peycelon, H. Kotobi

<file:///C:/Users/XP/Desktop/malrotations%20et%20complications.pdf>

EMC - Techniques chirurgicales.

(4)Appareil digestif, 2012; 7(4:1-12

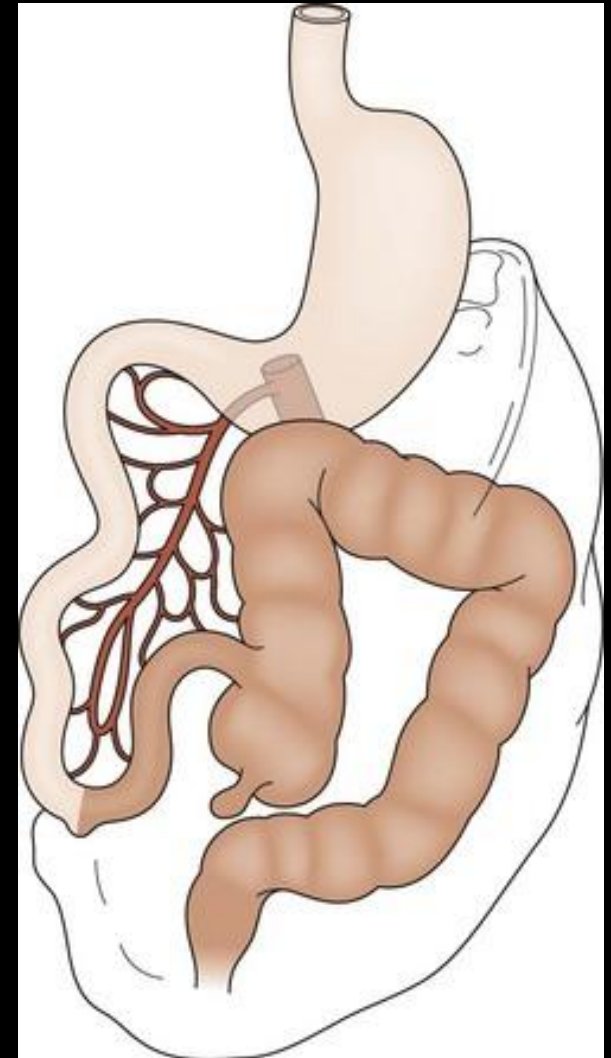
## Malrotation intestinale

D. Weil – L. Coupris  
Chirurgie pédiatrique  
CHU – Angers  
31/01/08

<file:///C:/Users/XP/Desktop/malrotationintestinaleweil2008.pdf>

-le **mésentère commun complet** correspond à une non-rotation de l'anse intestinale primitive (arrêt de la rotation à  $90^\circ$ ). Il se traduit par la position de l'ensemble des anses grêles dans la partie droite de l'abdomen, tandis que le colon se situe en totalité dans la partie gauche; le caecum se situant derrière le grand droit Gauche avec un abouchement de l'iléon distal sur son bord médial. Le colon transverse est très court .

Cette malposition n'est pas pathogène et reste asymptomatique



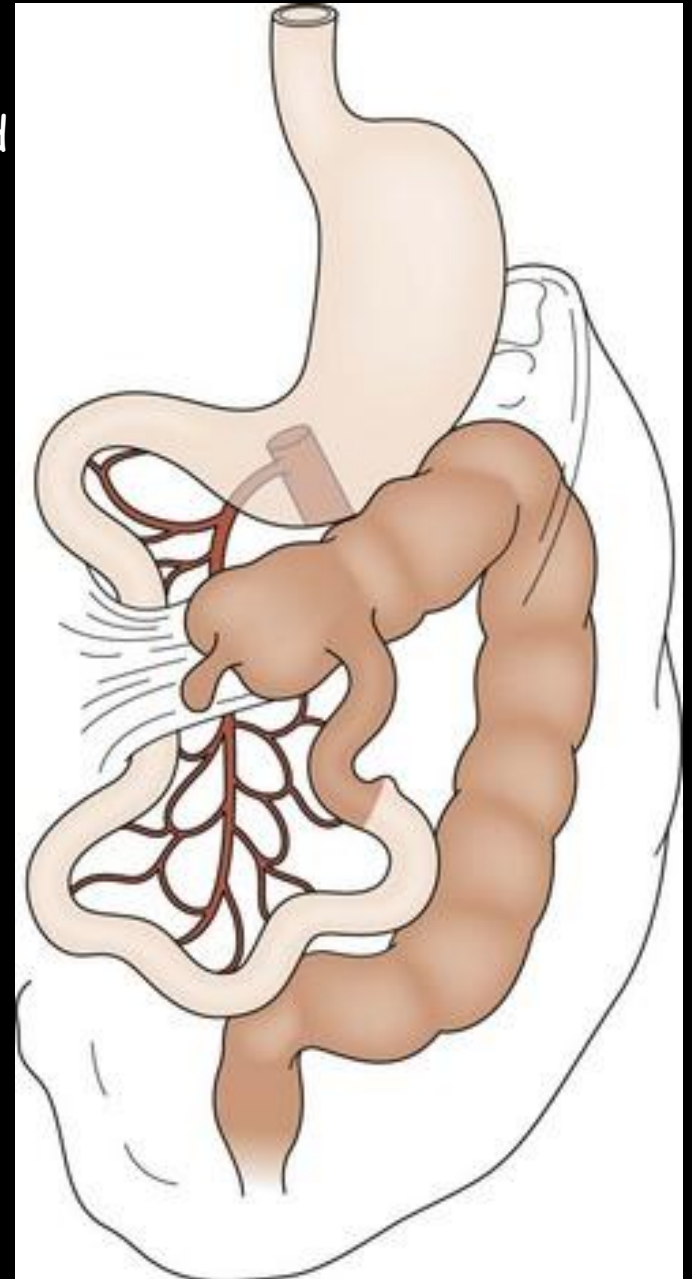
[http://clinicalgate.com/wp-content/uploads/2015/02/B9781455743339000318\\_f031-002-97814557433391.jpg](http://clinicalgate.com/wp-content/uploads/2015/02/B9781455743339000318_f031-002-97814557433391.jpg)

-le **mésentère commun incomplet** correspond

à un **arrêt de la rotation à 180°**

avec la jonction iléo-caecale au contact de la région sous hépatique. la racine du mésentère est très courte et l'ensemble de l'intestin grêle se trouve pédiculé sur l'axe artériel mésentérique supérieur.

Cette situation est à très haut risque de volvulus du grêle et d'infarctus intestino-mésentérique.

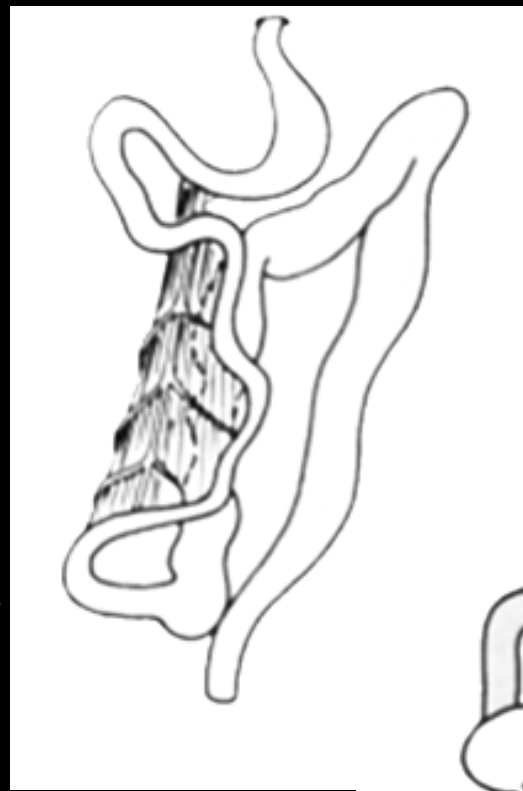


## -les rotations inversées

exceptionnelles , elles ont été décrites par Grob en 1953. Toutes ont un duodénum situé en avant des vaisseaux mésentériques (correspondant à la 1<sup>ère</sup> rotation de 90° normal. Pui apparait une rotation de 90° puis une rotation inverse de 180°.

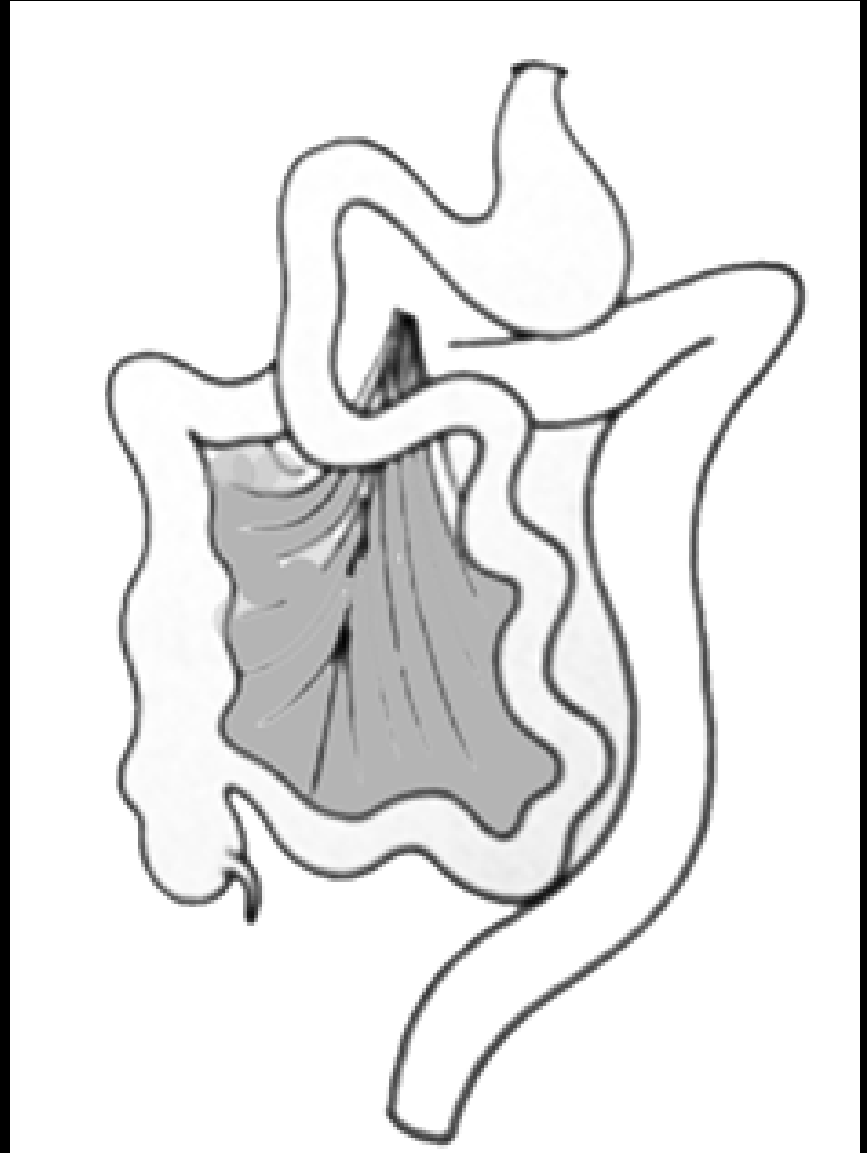
Le colon réintègre l'abdomen avant le grêle

Dans la rotation inverse de 90°, le caecum vient dans le petit bassin, en arrière du mésentère qui est venu s'accoler sur le colon droit ou en avant du duodénum, seul l'iléon distal est en arrière des vaisseaux mésentériques



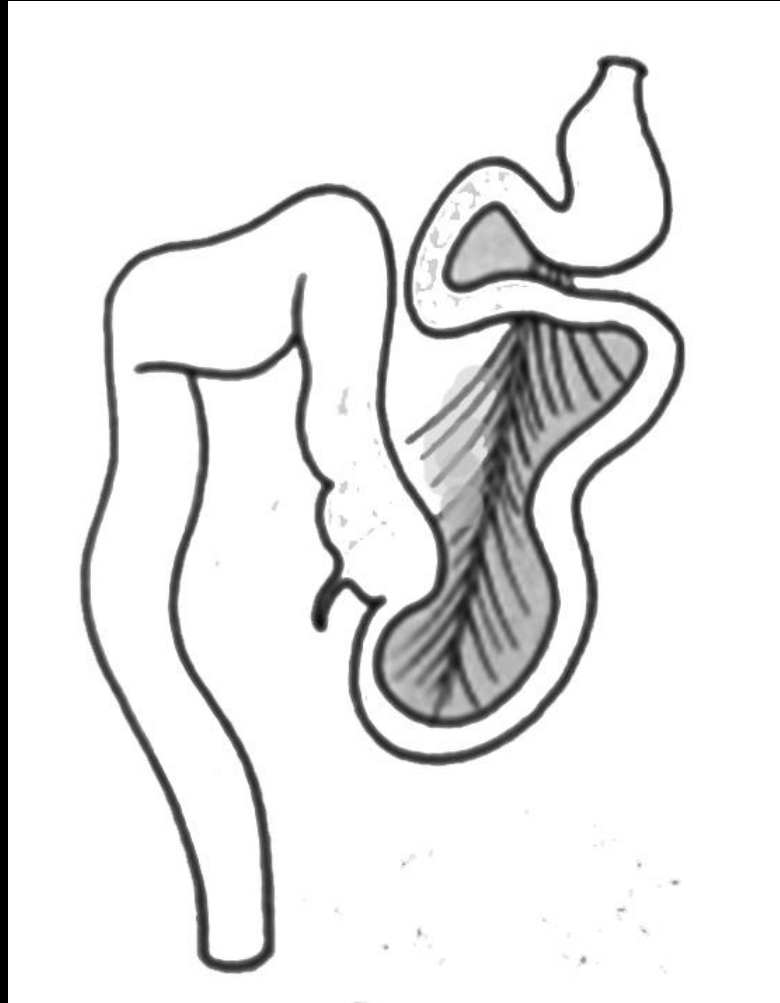
## -les rotations inverses

Dans la **rotation inversée à 180°**, le cadre colique est en place avec un caecum dans la FID, mais le colon transverse passe en arrière des vaisseaux mésentériques et du duodénum



## -les rotations inverses

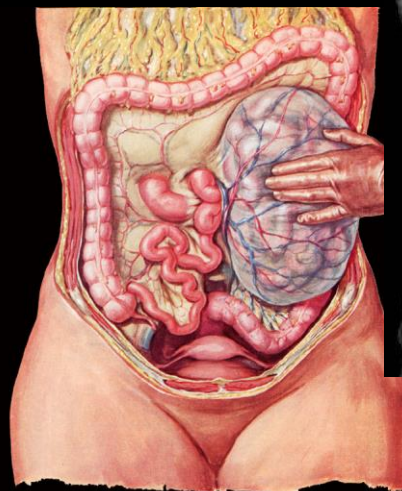
Dans les cas encore plus exceptionnels où le colon réintègre l'abdomen après le grêle, on peut trouver la totalité du grêle dans l'hémi-abdomen gauche et la totalité du colon dans l'hémi-abdomen droit, conduisant à un aspect "en miroir" du mésentère commun complet mais avec un duodénum en avant des vaisseaux mésentériques

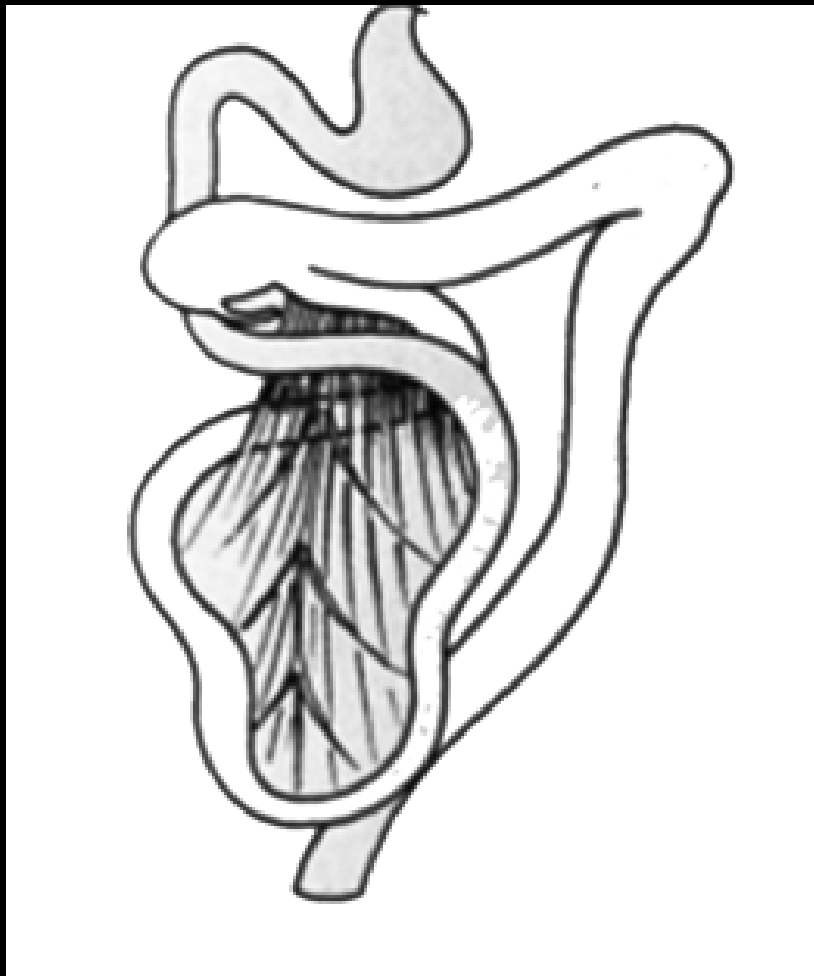


## -les rotations inverses

enfin dans certains cas, dont probablement le nôtre, la totalité du grêle étant réintégrée avant le colon, , le mésocolon peut envelopper le grêle en totalité, **ce qui pourrait expliquer le mécanisme de formation des exceptionnelles hernies paraduodénales gauches et droites**, dont l'origine congénitale est fortement suspectée du fait qu'elles intéressent le plus souvent la totalité du grêle et que le grand épiploon n'est jamais retrouvé en intra-herniaire.

Dans ces hernies paraduodénales, le cadre colique et le duodénum sont en place mais dans l forme gauche, la racine du mésentère peut être courte et exposer au volvulus total du grêle.





-Dès le mémoire magistral de **Thoma Ionescu** en 1890, intitulé "hernies internes rétro-péritonéales", on voit s'opposer **pour les variétés para-duodénales**

**-la théorie mécanique** ( Treitz, Ionescu) qui suggère que la hernie paraduodénale gauche se développe à partir de défauts d'accolement du duodénum (fossette de Landzert). Morton Meyers ne connaît que cette théorie, séduisante sur le plan didactique, et en assure la diffusion à l'échelle mondiale. Cette théorie est pourtant de moins en moins admise en milieu chirurgical

**-la théorie embryologique** (Andrew, Calender, Dott) est admise par la majorité des auteurs , en particulier les chirurgiens infantiles. **la totalité du grêle ayant réintégré l'abdomen**, aboutirait à son piégeage en arrière du mésocolon gauche .Le duodénum et le colon sont en place mais la racine du mésentère peut être courte dans la

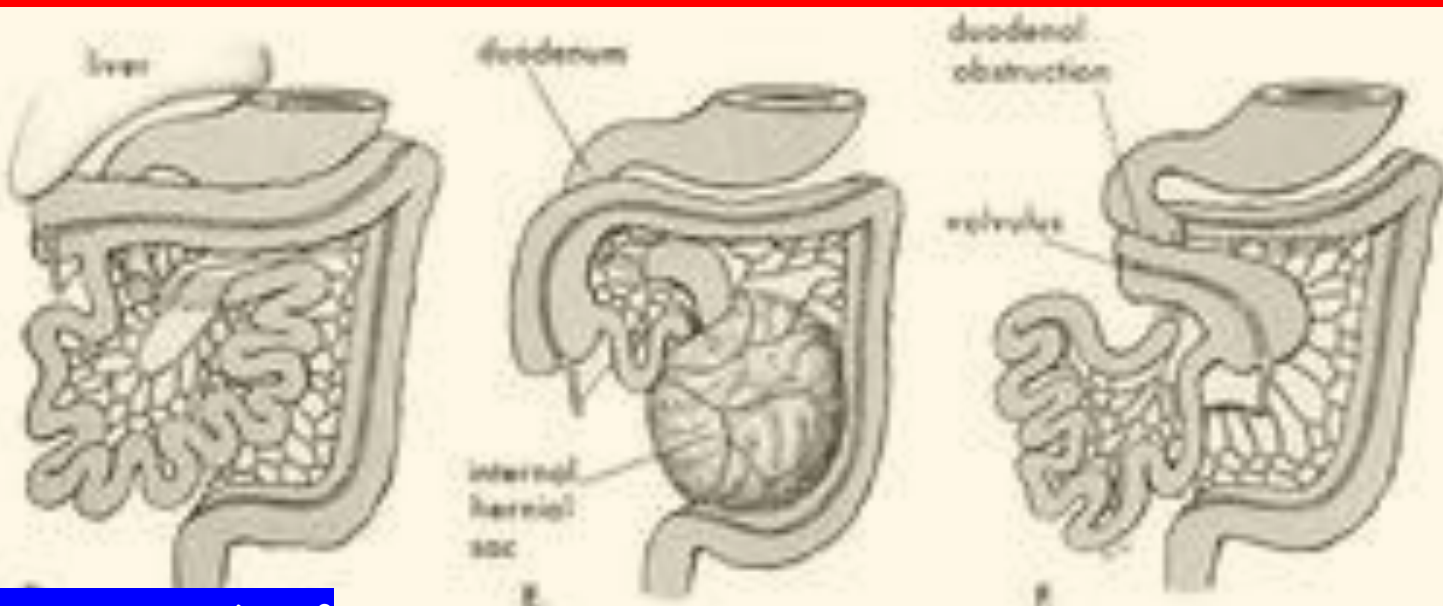
mésentère commun  
complet



mésentère commun  
incomplet arrêt  
180°



rotation inverse à 180°



rotation inverse à 90°

hernie paraduodénale gauche  
avec racine du mésentère courte

## -Au total

-devant une suspicion d'anomalie de rotation de l'anse intestinale primitive(midgut) en imagerie, chez un adulte , il convient d'abord de rechercher dans les antécédents proches et/ou plus lointains; la présence de crises douloureuses abdominales d'allure mécanique, pouvant s'acutiser en cas de strangulation vasculaire, jusqu'à l'infarctus intestino-mésentérique massif dans les formes comportant un raccourcissement de la racine du mésentère (qui s'étend de l'angle de Treitz à la valvule iléo-caecale): mésentère commun incomplet par arrêt de rotation à  $180^{\circ}$  ++, dans certaines hernies paraduodénales gauches

-le volvulus aigu impose l'intervention d'urgence ; l'imagerie peut être une source d'aggravation si elle entraîne un retard . Le volvulus est détordu (dans le sens antihoraire) , la viabilité de l'intestin appréciée.

L'intestin est "arrangé" en position de mésentère commun complet : caecum dans la fosse iliaque gauche . Appendicectomie de principe.

-la découverte fortuite d'une anomalie de rotation de type mésentère commun incomplet  $180^\circ$  asymptomatique par l'imagerie ou lors d'un geste chirurgical doit faire programmer la mise en mésentère commun avec appendicectomie

-la découverte d'un mésentère commun complet doit faire programmer ou réaliser une appendicectomie