

**VOLVULUS DU CÔLON SIGMOÏDE :
PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU CHU DU
POINT G**

Koumaré S, Koné A, Keita S, Soumaré L, Camara M, Sacko O, Sissoko
M, Dakouo D, Traoré A F, Coulibaly M, Koita A, Sanogo ZZ.

INTRODUCTION

- Vs= torsion de l'anse sigmoïde, réalisant une occlusion basse par strangulation .
- 30% des occlusions intestinales aiguës en Afrique noire, versus 2% en Europe occidentale .
- Le diagnostic clinique et para clinique.
- Traitement :controverse
- La détorsion endoscopique et la sigmoïdectomie sur colon préparé est de consensus.

OBJECTIFS

- Etudier la prise en charge chirurgicale du volvulus du côlon sigmoïde dans le service de chirurgie « A » du CHU du point G.
- Déterminer les techniques chirurgicales devant un volvulus du côlon sigmoïde.
- Déterminer les avantages et les inconvénients liés à ces techniques.
- Analyser les suites opératoires.

METHODOLOGIE(1)

- **Type et cadre d'étude** :Etude rétrospective et descriptive menée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.
- **Période d'étude**: 4 ans allant de Janvier 2014 à Décembre 2018.
- **Inclusion**: volvulus du côlon sigmoïde.

RESULTATS (1) : EPIDÉMIOLOGIE

- Nombre de cas = 55
- Age moyen = $48,13 \pm 18,4$ (22ans et 82 ans)
- Sex-ratio= 8 en faveur du sexe masculin
- 2,1 % des interventions chirurgicales (55/2526)

RESULTATS (2)

➤ **Tableau 1:** répartition des patients selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Effectif	Pourcentage
Urgence	50	90,9
Consultation	5	9,1
Total	55	100,0

RESULTATS (3)

➤ **Tableau 2** : répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	39	70,9
Arrêt des matières et des gaz	22	40,0
Vomissements	9	16,4
Indéterminé	7	12,7
Autre	9	16,4

RESULTATS (4)

➤ **Tableau 3** : répartition des patients selon le siège de la douleur

Siège de la douleur abdominale	Effectif	Pourcentage
Fosse iliaque gauche	31	56,4
Péri-ombilical	10	18,2
Flanc gauche	5	9,1
Epigastre	4	7,3
Hypochondre gauche	2	3,6
Hypogastre	2	3,6
Flanc droit	1	1,8

RESULTATS (5)

➤ **Tableau 4** : Répartition des patients selon l'état général

Indice de Performance OMS	Effectif	Pourcentage
Grade1	1	1,8
Grade2	24	43,6
Grade3	6	10,9
Indéterminé	24	43,6

RESULTATS (6)

➤ **Tableau 5** : Répartition selon la palpation abdominale

Palpation abdominale	Effectif	Pourcentage
Rénitence élastique	23	41,8
Contracture abdominale	21	38,2
Défense abdominale	20	36,4
Masse abdominale	6	10,9

RESULTATS (7)

➤ **Tableau 6** : Répartition selon le toucher rectal

Ampoule rectale	Effectif	Pourcentage
Vide	45	81,8
Présence de selles	6	10,9
Indéterminé	4	7,3
Total	55	100,0

RESULTATS (8)

➤ **Tableau 7** : Répartition selon le résultat de l'imagerie

RX Abdomen Sans Préparation	Effectif (n=55)	Pourcentage
Image en double jambage	25	45,5
Niveaux hydro-aréiques plus hauts que larges	25	45,5
Niveaux hydro-aréiques plus larges que hauts	2	3,6
Niveaux hydro-aréiques mixtes	1	1,8
Autre*	2	3,6

RESULTSTS (9)

➤ **Tableau 8** : Répartition selon la réanimation pré opératoire

Réanimation préopératoire	Effectif (n=55)	Pourcentage
Voie veineuse périphérique	55	100
Perfusion de sérum	55	100
Sonde nasogastrique	31	56,4
Sonde urinaire	31	56,4
Antalgique	55	100
Antibiothérapie	55	100

RESULTATS (10)

➤ **Tableau 9** : Répartition selon la voie d'abord

Voies d'abord	Effectif	Pourcentage
Cœlioscopie	2	3,6
Classique	51	92,7
Indéterminé	2	3,6
Total	55	100,0

RESULTATS (11)

➤ **Tableau 10** : Répartition selon l'état du colon sigmoïde

Etat du sigmoïde	Effectif	Pourcentage
Sans nécrose	24	43,6
Nécrose	8	14,5
Péritonite	4	7,3
Autre*	4	7,3
Indéterminé	15	27,3
Total	55	100,0

RESULTATS (12)

➤ **Tableau 11:** Répartition selon le nombre de tour de spire

Nombre de tours de spire du sigmoïde	Effectif	Pourcentage
1 /2 tour	1	1,8
1 tour	5	9,1
2 tours	36	65,5
plus de 2 tours	9	16,4
Indéterminé	4	7,3
Total	55	100,0

RESULTATS (13)

➤ **Tableau 12** : Répartition selon le geste chirurgical effectué

Geste chirurgical effectué	Effectif	Pourcentage
Résection anastomose immédiate	25	45,5
Résection + Hartmann	22	40,0
Détorsion simple	6	10,9
Résection + Bouilly Volkmann	2	3,6
Total	55	100,0

RESULTATS (14)

➤ **Tableau 13** : Répartition selon les suites opératoires

Suites opératoires immédiates	Effectif	Pourcentage
Simple	38	69,1
Eviscération	3	5,5
Suppuration pariétale	4	7,3
Fistule digestive	1	1,8
Décès	1	1,8
Péritonite	1	1,8
Indéterminé	7	12,7

RESULTATS (15)

➤ **Tableau 14** : répartition selon les suites opératoires tardives

Suites opératoires Tardives (1 mois)	Effectif	Pourcentage
Simple	28	50,9
Eventration	2	3,6
Décès	2	3,6
Eviscération	1	1,8
Indéterminées	22	40,1

RESULTATS (16)

➤ **Tableau 15** : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation postopératoire (jours)	Effectif	Pourcentage
< 7	18	32,7
7 - 14	34	61,8
> 14	3	5,5
Total	55	100,0

- Durée min = 2 jours ; max = 42 jours ; moyenne = 9jour avec un écart-type de 6,68

CONCLUSION

Le volvulus du sigmoïde est une urgence médico-chirurgicale dont la prise en charge occupe une place importante dans les activités du service de chirurgie A du CHU du Point G. Il est plus fréquent chez l'homme que la femme .

De nos jours, la détorsion endoscopique suivie d'une résection anastomose à froid constitue la méthode de traitement qui retient le plus de consensus.