

Anesthésie pour la chirurgie de la dextrogastrie avec l'anse en position de mésentère commun incomplet : A propos d'un cas.

Anesthesia for surgery dextrogastria with intestinal loop in incomplete common mesenterium position: about one case.

Coulibaly Y¹, Dembélé A. S², Togo A¹, Diakité A. A¹, Dembélé B. T¹, Traoré A¹, Kanté L¹, Diop T.M³, Mangane M. I³, Togola B¹, Traoré A. A¹, Diango DM³, Diallo G¹.

¹ *Département de chirurgie, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali*

² *Service d'Anesthésie, CHU IOTA, Bamako, Mali*

³ *Département d'Anesthésie Réanimation et des Urgences, CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali*

Auteur correspondant : Dembélé Aladji Seidou, Email : dralasaid@yahoo.fr / Tel : 00223 66715246

Résumé

La dextrogastrie est le déplacement de l'estomac à droite. C'est la plus rare des anomalies de rotations du tube digestif. Son association avec un mésentère commun est un phénomène exceptionnel. Les manifestations cliniques sont celles du mésentère commun. Nous rapportons un cas de dextrogastrie sur mésentère commun incomplet chez un garçon de 2 ans. L'association a d'autres anomalies constitue la hantise de l'anesthésie sur un tel terrain. La procédure de Ladd a été la technique chirurgicale réalisée pour traiter le mésentère commun. Le diagnostic précoce et le traitement du mésentère commun incomplet sont nécessaires pour éviter une complication redoutable.

Mots clés : anesthésie, dextrogastrie, mésentère commun, volvulus du grêle, Bamako (Mali)

Summary

Dextrogastria is a displacement of the stomach to the right side. It is the rarest anomalies of rotations of the digestive tract. Its association with a common mesenterium is an exceptional phenomenon. Clinical appearances are the ones of the common mesenterium. We report a case of dextrogastria associated to incomplete common mesenterium in a 2-year-old boy. The association has other abnormalities is the fear of anesthesia on such terrain. Ladd procedure was the surgical technic realized to handle the common mesenterium. Early diagnosis and treatment of incomplete common mesenterium is necessary to avoid dangerous complication.

Keys words: Anesthesia, dextrogastria, common mesenterium, ileal volvulus, Bamako

Introduction :

La dextrogastrie résulte d'un échec de rotation de l'intestin antérieur qui doit subir une rotation de 90° dans le sens horaire pour avoir sa position normale. Son incidence est de 1/100000 naissances vivantes [1]. Elle est le plus souvent asymptomatique d'où la découverte fortuite chez les sujets adultes [2]. La découverte chez le Nouveau-né ou le nourrisson est le plus souvent liée à une autre anomalie associée. La détection de ces anomalies de rotation est nécessaire pour éviter des erreurs diagnostiques et de complications per-anesthésiques. Nous rapportons l'anesthésie d'un cas de dextrogastrie associée à un mésentère commun incomplet symptomatique.

Observation :

Nourrisson de deux (2) ans adressé dans le service pour douleur abdominale à répétition. Le début remonterait à la naissance marquée par une intolérance alimentaire se manifestant par des épisodes de cris plaintifs post prandiaux précoces, intermittents, calmés par des vomissements ou l'émission de selles diarrhéiques, borborygmes sans altération de son état général ni autre signe associé. L'examen physique du nourrisson était normal. Une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a permis d'objectiver une malrotation intestinale, une dextrogastrie (Figure. 1) et une dextrosplénie (Figure 2).

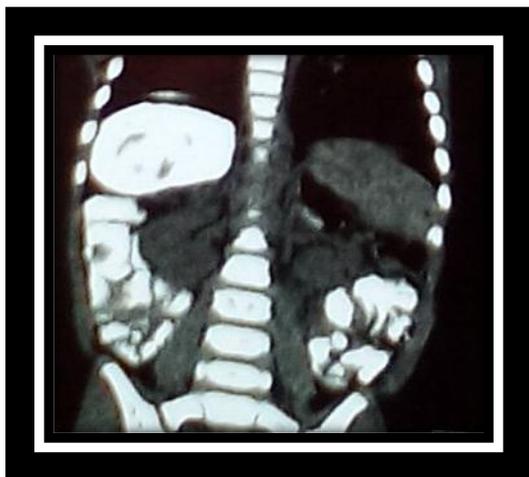


Figure.1 : TDM thoraco-abdomino-pelvien

Les examens biologiques pré opératoire réalisés étaient normaux. Le nourrisson a été opéré sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale selon le protocole suivant préoxygénation 3 min, propofol 2mg/kg, vecuronium 1mg/kg, entretien isoflurane. Monitoring classique (pression artérielle non invasive, SpO2, scope, température rectale). Il a été réalisé une incision transversale sous costale



Figure.2 : TDM abdominale montrant l'estomac et la rate à droite

droite. L'exploration a permis de mettre en évidence une dextroposition de l'estomac et de la rate qui étaient sous le foie sans hernie diaphragmatique, un mésentère commun type IA non inversé (anses grêles à droite, côlon à gauche) avec de multiples adhérences grélo-gréliques, grélo-coliques et colo-coliques (Figure. 3)

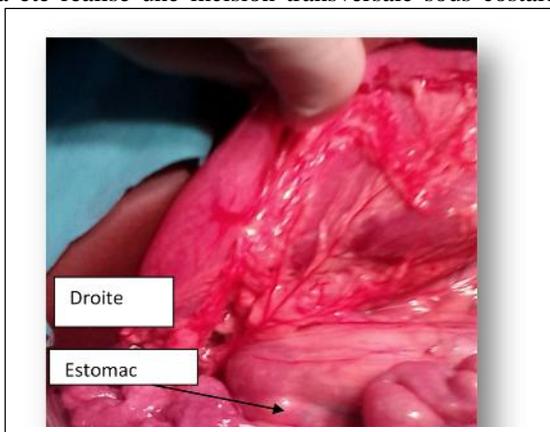


Figure 3 : Image peropératoire avec l'estomac et la rate à droite

Il a été réalisé la procédure de Ladd (libération des brides de Ladd, libération de l'angle de Treitz, libération des adhérences autour de l'artère mésentérique supérieure, appendicectomie, mise en place du mésentère commun complet des anses). Nous n'avons enregistré aucun événement indésirable anesthésique peropératoire. Le traitement post opératoire a consisté en une antibiothérapie (ceftriaxone à 50mg/kg/j), des antalgiques (paracétamol injectable à 60mg /kg/J) et une réhydratation (sérum physiologique, glucosé 5% et ringer lactate). Le transit a repris à J+2 postopératoire. Les suites opératoires immédiates ont été simples. Le patient est sorti de l'hôpital à J6. Les différents contrôles à 1 mois, 3 mois étaient sans particularité.

Discussion

Le situs inversus total a une incidence de 1/6000 à 20000 [3]. La dextrogastrie isolée est la plus rare de toutes les transpositions viscérales. Elle est liée à un défaut de rotation de l'intestin antérieur. En effet l'estomac, initialement orienté dans le plan médian subit une rotation de 90° dans le sens des aiguilles d'une montre autour de l'axe longitudinal de sorte que sa face gauche devient sa paroi antérieure et sa face droite sa paroi postérieure. L'estomac, au cours de sa rotation entraîne la rate à gauche dans l'hypochondre gauche [4]. Deux types de dextrogastrie ont été décrits dans la littérature : Type I : estomac retro-hépatique, type II : estomac sus hépatique associé à une hernie de la coupole diaphragmatique droite [1]. Notre observation est ici un type I. Le mésentère commun est la conséquence d'une interruption de la rotation de « l'anse ombilicale » avec réintégration et accolement [5]. L'association d'une dextrogastrie et d'un mésentère commun reste exceptionnel [3]. Des cas d'hétérotaxie abdominale sur mésentère commun ont été décrits dans la littérature. Notre observation se rapproche de celle rapportée par

Omar Abdulwahed [3] mais au lieu d'un mésentère commun, il avait trouvé un diaphragme duodénal.

La particularité de notre observation réside dans le fait que l'anomalie de rotation concernait l'intestin antérieur et moyen. La dextrogastrie est le plus souvent asymptomatique d'où la découverte fortuite chez les sujets adultes [3]. Dans notre cas la symptomatologie était moins bruyante avec surtout une intolérance alimentaire et un syndrome douloureux abdominal. Ceci est la manifestation du mésentère commun incomplet associé plutôt que la dextrogastrie elle-même. En effet, le volvulus de l'intestin grêle est la principale complication des anomalies de rotation de l'intestin. Son diagnostic peut se faire dans deux circonstances totalement différentes : soit en urgence, devant un tableau d'occlusion intestinale aiguë, voire un état de choc ou devant un tableau douloureux abdominal plus ou moins chronique [6]. Notre patient présentait un inconfort postprandial avec des douleurs soulagées par des vomissements sans altération de l'état général. La technique de référence dans le traitement des anomalies de rotation de l'intestin reste la procédure de Ladd bien que d'autres techniques aient été proposées [6]. La dextrogastrie isolée (sans autre anomalie associée) ne requiert pas de traitement. Nous avons réalisé la procédure de Ladd pour traiter le mésentère commun incomplet en gardant l'estomac et la rate à leurs places. Pallavi [7] et Sarin [8] ont réalisé une plicature de l'hémi-coupole diaphragmatique droite et un gastropexie antérieure dans leurs observations à cause de la hernie hiatale. L'anesthésie a été classique et les suites simples.

Conclusion :

L'anesthésie pour la chirurgie de la dextrogastrie et le mésentère commun sont des anomalies de rotation rares est classique en l'absence de d'autres anomalies. Un bilan complet à la recherche d'autres malformations et ou d'anomalies est gage d'un succès anesthésique.

Référence :

1. **Almy M.A, Volk F.H, Graney C.M.** Situs inversus de l'estomac. Radiologie 1953 ;61 : 376-78
2. **Teplick G.J, Wallner R.J, Levine A.H, Haskin M.E. and Teplick SK.** Isolated Dextrogastria: Report of Two Cases. American Journal of Roentgenology 1979; 132:124-126.
3. **Abdulwahed O, Al-Bardiny D and Salam A.** A rare association between dextrogastria, duodenal web, and intestinal malrotation in newborns. Annals of Pediatric Surgery 2012; 4 :129-131
4. **Kamina P.** Anatomie Clinique, tome 3. 3^e édition. Paris, Maloine, 2009 : p323
5. **Kotobi H, Gallot D.** Complications des anomalies embryologiques de la rotation intestinale : prise en charge chez l'adulte, In : Elsevier. Encycl Méd Chir (2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.) Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-440, 2004, 3-6p
6. **Chardot C, Lecoeur J, Habineza C, Rudakubana C, Hitimana L, Hussein A.** Situs inversus et mésentère commun : A propos d'un cas révélé par une invagination intestinale aiguë chez un garçon de 15 ans. Méd Afr Noire 1992 ; 39 : 672-676
7. **Aga P, Parashari UC, Parihar A, Singh R, Kohli N.** MRI in isolated dextrogastria with eventration of the right hemidiaphragm with associated mesentero-axial volvulus. Pediatric Radiology. 2010; 40 :1576-8
8. **Sarin Y.K, Nagdeve N.G.** Volvulus complicating dextrogastria in an Infant. Indian Pediatrics 2007; 44: 142-44