
MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

Diverticulite de Meckel compliquée d'un syndrome pseudo-occlusif chez un enfant de 7 ans : à propos d'un cas et revue de la littérature

DOI: 10.70780/medpeer.000QGQL

AUTEUR ET AFFILIATION

Dr Bekolo Metoumess Eugene Petrouss ¹, Prof. Menfaa ², Prof. Kwaokabi ³¹ Résident Chirurgie Viscérale et Digestive, Hôpital Militaire Moulay Ismaël, Meknès, Maroc² Chef de Service Chirurgie Viscérale et Digestive, même hôpital³ Chirurgien viscéral**Corresponding author:** Dr Bekolo Metoumess Eugene Petrouss.

RÉSUMÉ

Le diverticule de Meckel est la malformation congénitale la plus fréquente du grêle. Bien que souvent asymptomatique, il peut entraîner des complications sévères, notamment une diverticulite, une occlusion, voire une nécrose. Nous rapportons ici le cas d'un enfant de 7 ans présentant un tableau subaigu de douleurs abdominales, vomissements et syndrome pseudo-occlusif persistant, finalement diagnostiqué per-opératoire comme diverticulite de Meckel avec début de nécrose. Une diverticulectomie simple a été réalisée avec suture muqueuse et musculaire, et l'enfant a évolué favorablement. Ce cas met en évidence la difficulté du diagnostic préopératoire et l'importance d'une intervention chirurgicale précoce.

MOTS-CLÉS

Diverticule de Meckel · Diverticulite · Enfant · Occlusion · Syndrome pseudo-occlusif · Laparotomie

ARTICLE PRINCIPAL

1. INTRODUCTION

Le diverticule de Meckel est un vestige congénital du canal omphalomésentérique, présent chez environ 2 % de la population.[1]

Chez l'enfant, les complications possibles incluent l'hémorragie, l'occlusion, l'inflammation (diverticulite), voire la perforation.[1]

Le diagnostic préopératoire reste difficile, avec des présentations cliniques non spécifiques.

En cas de symptomatologie persistante et d'imagerie peu concluante, une exploration chirurgicale peut s'avérer nécessaire.

2. OBSERVATION

Un garçon de 7 ans, sans antécédents médicaux majeurs, est admis en urgence pour des douleurs abdominales apparues il y a 3 jours, vomissements persistants, sans arrêt des matières ni des gaz. Le traitement symptomatique initial (antalgiques, antispasmodiques) n'a pas été efficace.

3. HISTOIRE DE LA MALADIE

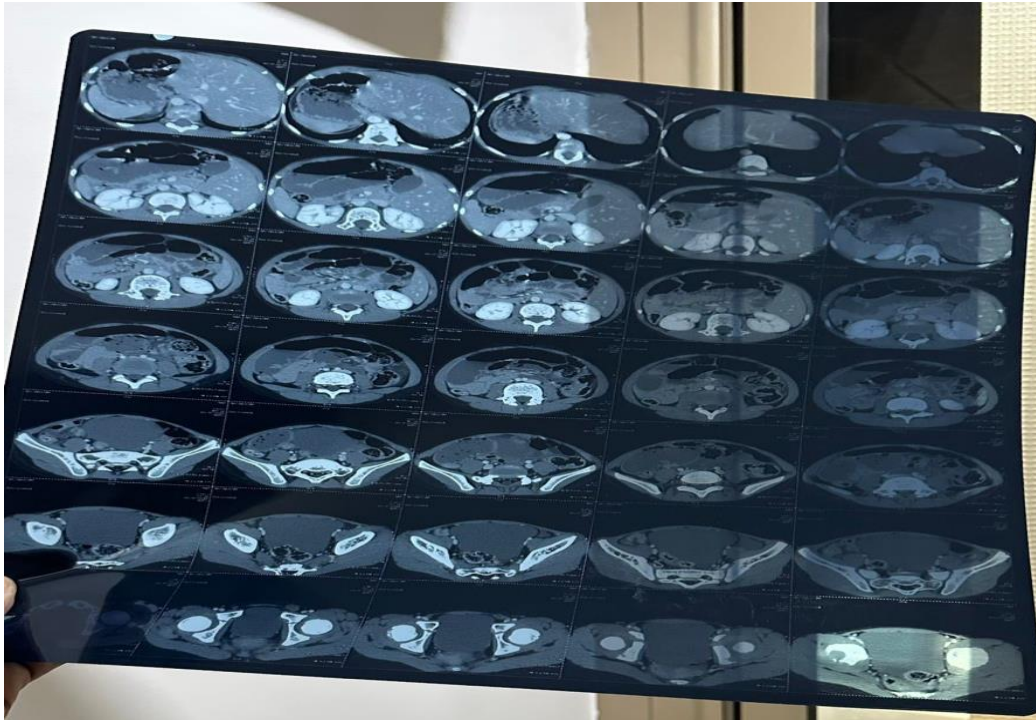
L'évolution a montré une aggravation progressive des symptômes, avec altération de l'état général, ce qui a motivé la consultation en urgence.

4. EXAMEN CLINIQUE

À l'admission : état général altéré par la douleur, paramètres hémodynamiques stables, abdomen souple non distendu, douleur localisée à l'ombilic et à l'hypochondre droit, sans défense ni rigidité. L'examen du reste de l'enfant ne montre pas d'autres anomalies.

5. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Biologie : globules blancs 5 000/mm³, CRP à 54 mg/L, sans signe infectieux important.
- Échographie abdominale : appendice normal.
- Scanner (TDM) abdominal : distension grêlique, mais absence claire de point d'obstruction mécanique ou d'anomalie évidente.



Devant la persistance clinique malgré l'imagerie, une laparotomie exploratrice urgente est décidée

6. CONDUITE CHIRURGICALE

L'enfant est placé en décubitus dorsal, et une incision médiane laparotomie est réalisée.

L'exploration retrouve une anse grêlique étranglée par une adhérence, formant une sorte de « cravate » autour d'une zone. À ce niveau, on constate un diverticule de Meckel inflammatoire, hémorragique, avec début de nécrose pariétale.

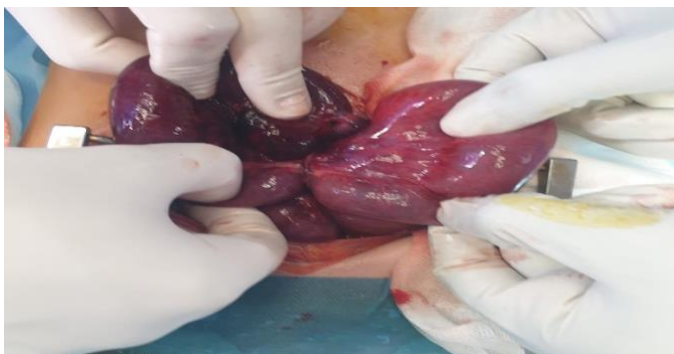


Fig1 : étranglement par adhérence

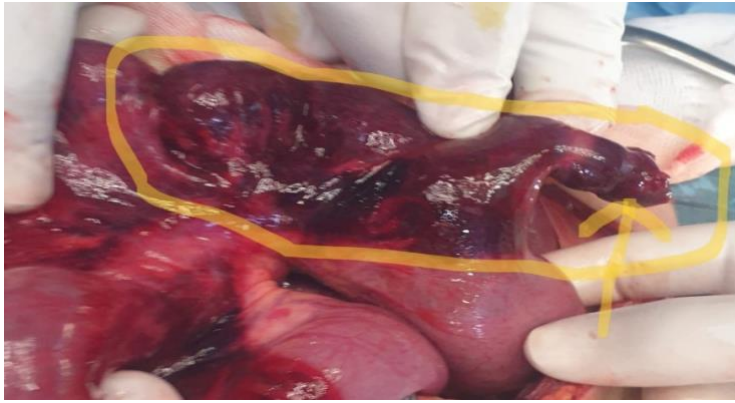


Fig2 :diverticulite de meckel avec zone de necrose

7. GESTES OPÉRATOIRES

- Libération de l'anse et des adhérences.
- Test de vitalité du segment grêlique (sérum salé tiède + xylocaïne).
- Résection du diverticule au collet, puis suture muqueuse, suivie d'une fermeture musculaire, avec des points séparés au fil résorbable (ex : Vicryl/Mersilene 2-0) selon technique standard.
- Lavage péritonéal, drainage éventuel selon situation.

8. SUITES OPÉRATOIRES

Les suites sont simples : reprise rapide du transit, alimentation progressive, pas de complications majeures, et sortie après quelques jours sous surveillance. Le suivi pédiatrique montre une récupération complète.

9. DISCUSSION

9.1 Incidence et importance clinique

Le diverticule de Meckel est estimé chez environ 2 % des individus [4], mais seulement une fraction se complique. Chez les enfants, les occlusions intestinales représenteraient jusqu'à 50 % des complications, selon certaines séries.[5]

Dans une série marocaine de 14 cas (CHU Mohammed VI, Marrakech), Niare & Oulad Saiad ont rapporté que 30 % des enfants présentaient une occlusion intestinale liée au diverticule de Meckel.

9.2 Mécanismes de complications rapportés

Divers mécanismes ont été décrits :

- Bande mésodiverticulaire : comme dans le cas rapporté par Zieliński et al. (Pologne, 2023), où une bande entre le diverticule et le mésentère a provoqué un volvulus du grêle.
- Internal hernie sur le gros du diverticule : chez une adolescente de 15 ans (Singapour), il a été rapporté une hernie interne entre le diverticule et le mésentère, diagnostic en laparoscopie, avec résection laparoscopique-assistée.
- Diverticulite avec gangrène ou torsion : Babbu UG et al. (2024) ont décrit un cas de torsion axiale d'un diverticule de Meckel gangrené chez un adulte, causant une occlusion.
- Diverticulite partielle avec obstruction : Aljasmi & Diab (Émirats arabes unis, 2023) ont décrit un cas d'imagerie TDM montrant un diverticule inflammé et des signes d'obstruction partielle.

9.3 Comparaison avec notre cas

Notre cas est similaire à ceux décrits dans la littérature :

- L'absence de diagnostic préopératoire malgré les examens d'imagerie n'est pas rare.
- Le mécanisme d'« étranglement » par une adhérence peut rappeler la bande mésodiverticulaire ou la formation d'anse en hernie interne.
- La diverticulite avec début de nécrose nécessite une résection.
- Le choix d'une diverticulectomie simple (plutôt qu'une résection segmentaire) est validé par plusieurs rapports de cas, s'il n'y a pas d'ischémie majeure du grêle environnant.

9.4 Pronostic

La chirurgie précoce, comme réalisée chez notre patient, est le garant d'un bon pronostic. Dans la littérature, les suites postopératoires sont généralement favorables, sans mortalité dans la majorité des cas rapportés récents.

10. CONCLUSION

La diverticulite du diverticule de Meckel est rare mais doit être envisagée dans les diagnostics différentiels chez un enfant présentant des douleurs abdominales persistantes, vomissements et distension, surtout si l'imagerie ne montre pas clairement d'obstacle mécanique. Une exploration chirurgicale (laparotomie ou laparoscopie) permet un diagnostic définitif et un traitement efficace. La résection du diverticule peut être réalisée en toute sécurité avec des suites généralement bénignes.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Zieliński M, Kaczor P, Jarczyk G, et al. Small bowel segment with Meckel's diverticulum volvulus related to short mesodiverticular band: a case report. J Med Case Reports. 2023;17:109. (Pologne) [OBJ]
<https://doi.org/10.1186/s13256-023-03844-x>
2. Hayanga AJ, Bass-Wilkins K, Bulkley GB, Whang EE. A Rare Case of Small Bowel Obstruction in a 15-Year-Old Girl: Internal Hernia Associated with Meckel's Diverticulum. (rapport de cas, Singapour) - PubMed. 2023/2024. [OBJ]
3. Babbu UG, Ghimire S, Koirala DP, etc. Unusual Presentation of Meckel's diverticulitis causing small bowel obstruction: axial torsion, gangrene. (adultes) 2024. [OBJ]
<https://doi.org/10.7759/cureus.70293>
4. Aljasmi A, Diab E. Meckel's diverticulitis complicated with partial small bowel obstruction. Eurorad, 24 ans, Émirats Arabes Unis. 2023. [OBJ]
5. Benjelloun Touimi Kenza. Bowel Obstruction due to Meckel's Diverticulum: A Case Report. Global Journal of Medical Research. 2023; (Maroc / Afrique du Nord). [OBJ]
6. Niare M, Oulad Saiad M. Le diverticule de Meckel chez l'enfant : à propos de 14 cas. Thèse, CHU Mohammed VI Marrakech, Maroc, 2012. [OBJ]
7. Wong BS, Larson DW, Smyrk TC, Oxentenko AS. Perforated Meckel's diverticulum presenting with combined bowel and urinary obstruction and mimicking Crohn's disease. J Med Case Reports. 2010;4:264. (USA) [OBJ]
<https://doi.org/10.1186/1752-1947-4-264>