
MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

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

Diverticulite grêlique compliquée d'un syndrome occlusif : à propos d'un cas opéré au Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Militaire Moulay Ismaël de Meknès

DOI: 10.70780/medpeer.000QGQM

AUTEUR ET AFFILIATION

Dr Bekolo Metoumess Eugene Petrouss ¹, Pr Menfaa ²¹ Résident en Chirurgie Viscérale et Digestive ,Hôpital Militaire Moulay Ismaël, Meknès – Maroc² Chef service chirurgie visceral et digestive de l hopital militaire Moulay ismael)**Corresponding author:** Dr Bekolo Metoumess Eugene Petrouss.

RÉSUMÉ

La diverticulite grêlique est une affection rare, souvent méconnue et de présentation clinique polymorphe. Nous rapportons le cas d'une patiente de 61 ans admise pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë révélant une diverticulite iléale compliquée. Le diagnostic a été évoqué sur des explorations radiologiques et confirmé en peropératoire. La patiente a bénéficié d'une résection iléale avec anastomose termino-terminal, avec des suites favorables. Ce cas illustre les difficultés diagnostiques et la prise en charge chirurgicale adaptée de cette pathologie peu fréquente.

MOTS-CLÉS

Diverticulite grêlique , Iléon terminal , Syndrome occlusif ,Laparotomie ,Résection iléale , Anastomose

ARTICLE PRINCIPAL

1. INTRODUCTION :

Les diverticulites du grêle représentent une pathologie rare, bien moins fréquente que les diverticulites coliques. Leur incidence est estimée entre 0,06 % et 1,3 % dans la population générale (Kassir et al., 2020). Leur diagnostic préopératoire est difficile en raison d'une symptomatologie non spécifique et d'une présentation radiologique parfois trompeuse. Nous présentons un cas de diverticulite iléale compliquée d'un syndrome occlusif, traité chirurgicalement dans notre service.

2. OBSERVATION :

Patiente de 61 ans, ayant comme antécédents une chirurgie pour prolapsus vésical datant de 3 ans et sous Levothyrox avec bilan récent suggérant une hypothyroïdie (T3 libre basse). Elle consulte pour arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures, associée à des vomissements et à une altération de l'état général avec douleur abdominale diffuse.

3. HISTOIRE DE LA MALADIE :

L'évolution est marquée, quelques heures après l'admission, par une émission de selles après prise de Fortrans®, suivie 24 h plus tard d'une aggravation franche avec distension abdominale croissante et réinstallation d'un arrêt complet des matières altération de l'état général. Cette évolution impose une prise en charge chirurgicale urgente.

4. EXAMEN CLINIQUE

- Paramètres hémodynamiques stables. TA : 183/67 mmHg, FC : 74 bpm, T : 37,4 °C
- Conjonctives roses, sclères anictériques.
- Aires ganglionnaires libres.
- Poumons clairs ; bruits du cœur normaux.
- Abdomen : légèrement distendu, souple, tympanique, sensible dans tous les cadrans.
- Toucher rectal : fécalome solide arrondi dans l'ampoule rectale.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

5. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

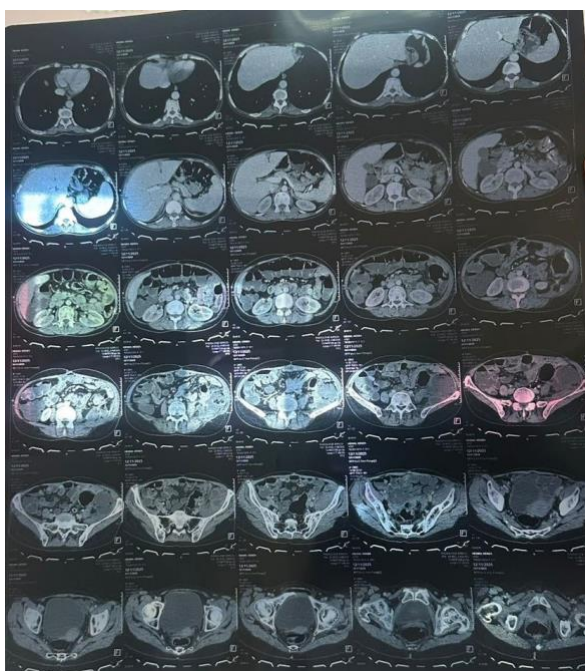
Radiographie d'abdomen sans préparation (ASP)

Présence de niveaux hydroaériques grêliques.



Tomodensitométrie abdominopelvienne (TDM)

- Syndrome occlusif grêlique.
- Aspect en anse fermée au contact de l'iléon terminal.
- Présence d'un pseudo-signe du tourbillon évoquant une souffrance localisée.



Biologie

- GB : 5 300 /mm³ (pas d'hyperleucocytose)
- Hb : 15 g/dl
- CRP : 29 mg/l (inflammation modérée)
- T3 libre basse (hypothyroïdie probable)

6. CONDUITE CHIRURGICALE

Décision de chirurgie en urgence devant :

- aggravation clinique,
- distension croissante,
- occlusion persistante,
- signes d'anse fermée au scanner.

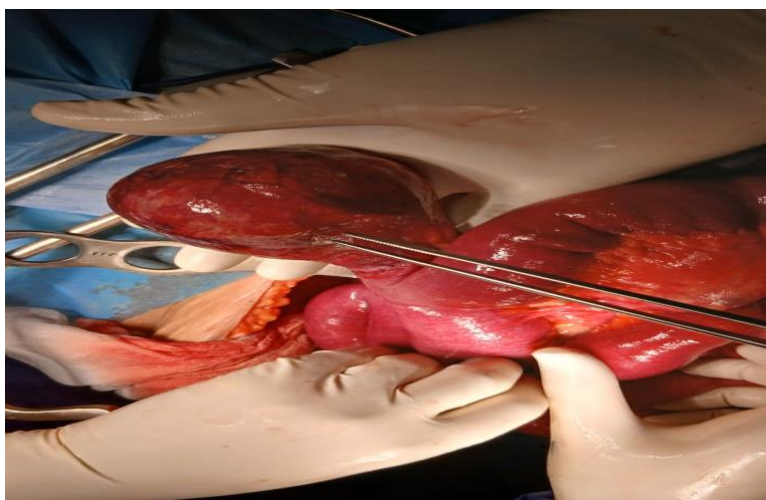
La patiente est conditionnée puis transférée au bloc opératoire.

7. TEMPS OPÉRATOIRE

- Position : décubitus dorsal.
- Voie d'abord : laparotomie médiane sus- et sous-ombilicale.
- Exploration :
- Présence d'une diverticulite iléale unique, inflammatoire, responsable d'un

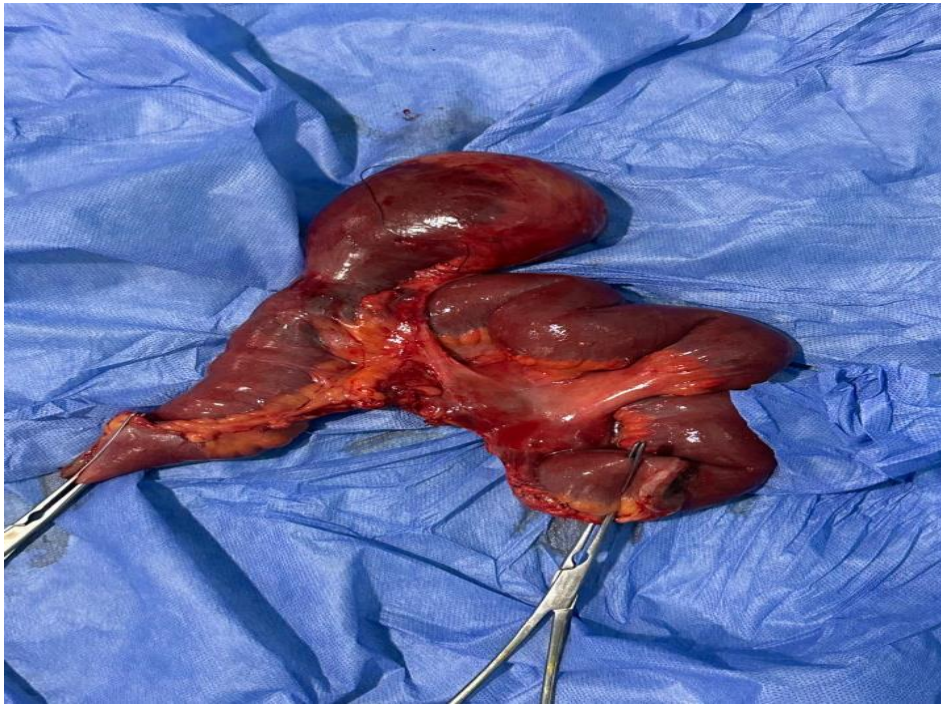
blocage mécanique du grêle.

- Pas de perforation franche, mais un foyer inflammatoire localisé engainant une anse terminale.



Gestes réalisés :

- Résection segmentaire de l'iléon atteint (environ 40 cm).
- Anastomose iléo-iléale termino-terminale manuelle.
- Lavage et drainage.



La fermeture pariétale est standard.

8. SUITES OPÉRATOIRES

Les suites immédiates sont simples :

- Reprise progressive du transit.
- Tolérance alimentaire correcte.
- Surveillance biologique rassurante.

Concernant l'hypothyroïdie, un avis endocrinologique est demandé pour adaptation du traitement par Levothyrox.

L'évolution globale est favorable avec bonne rémission clinique.

9. DISCUSSION

Incidence

La diverticulite grêlique est rare :

- $\approx 1 \%$ des diverticulites digestives.
- 0,06–1,3 % en autopsie selon les séries (Kassir et al., 2020 ; Azzam et al., 2021).

Facteurs de risque

- Âge > 50 ans
- Atrophie musculo-pariétale du grêle
- Troubles moteurs (neuromusculaires, endocriniens)
- Hypothyroïdie : pouvant favoriser le ralentissement du transit

Selon notre conduite chirurgicale

Compte tenu de :

- l'évolution défavorable,
- les signes radiologiques évocateurs d'anse fermée,
- l'échec du traitement médical,

la décision de résection-anastomose s'imposait.

La résection segmentaire reste le gold standard pour les diverticulites grêles compliquées (Silecchia et al., 2022).

Évolution

Le pronostic est généralement bon après chirurgie adéquate.

La mortalité varie de 0 à 8 % selon les complications initiales (perforation, péritonite) selon les dernières séries (Lee et al., 2023).

CONCLUSION

La diverticulite grêlique est une entité rare mais potentiellement grave lorsqu'elle se complique d'occlusion. Le diagnostic préopératoire reste difficile. La TDM est indispensable pour orienter vers un mécanisme obstructif. La prise en charge est avant tout chirurgicale en cas de complication. Ce cas illustre l'importance d'une exploration rapide et d'une résection adaptée avec anastomose primaire.

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. Kassir R., et al. Small bowel diverticulitis: Diagnosis and management. *Int J Surg*, 2020.
2. Azzam A., et al. Jejuno-ileal diverticulitis: A systematic review. *World J Gastrointest Surg*, 2021.
3. Silecchia G., et al. Surgical strategies for complicated small bowel diverticulitis. *Surg Endosc*, 2022.
4. Lee S., et al. Outcomes in small bowel diverticulitis: A 10-year experience. *Ann Surg Open*, 2023.