

L'invagination intestinale aigue double: une observation inhabituelle Double acute Intussusception: An Unusual Observation

**MIDÉKOR Gonébo Kokoé A., KOUASSI Dria Amenan Kan Sophie,
BONNY Obro Rebecca, AKÉ Yapi Landry, MOH Ello N**

Service de chirurgie pédiatrique du CHU de Cocody, Abidjan.

Auteurs : MIDÉKOR Gonébo Kokoé A. Assistant - Kouassi Dria Amenan Kan Sophie
Assistant chef de clinique - Bonny Obro Rebecca - Aké Yapi Landry, Maitre de Conférences Agrégé, Dr Moh
Ello N, Maitre de Conférences Agrégé, Chef de service.

Auteur correspondant : Midékor-Gonébo Kokoé A.

22 BP 1178 Abidjan 22 - kokoemidekor@hotmail.com

RESUME

Introduction. La présence de deux boudins d'invagination chez un même patient est une forme rare.

Observation. Nous avons rapporté une forme anatomopathologique inhabituelle chez un nourrisson de 10 mois de sexe féminin sans antécédents particuliers.

Le diagnostic d'invagination intestinale aiguë a été posé devant des selles glairo-sanglantes, des vomissements, une masse abdominale et un boudin objectivé à l'échographie. Le traitement a été chirurgical avec la découverte de deux boudins antérogrades, colo-colique et iléo-colique. On a procédé à une désinvagination manuelle du premier boudin et d'une résection caecale avec iléostomie. Les suites opératoires ont été simples. Un rétablissement de la continuité digestive a été réalisé à 4 mois post opératoire.

MOTS CLÉS : Invagination, Enfant

SUMMARY

Introduction. The presence of two invagination tubes in the same patient is a rare form.

Case report. We reported in this observation this unusual anatomopathological form in a 10-month-old female infant with no particular antecedents. The diagnosis of acute intussusception was made in front of bloody stools, vomiting, abdominal mass and an ultrasound objectified an invagination tube. The treatment was surgical with the discovery of two anterograde, colo-colic and ileo-colic tubes. Manual disinvagination of the first tube and caecal resection with ileostomy were performed. The postoperative course was simple. A recovery of digestive continuity was performed at 4 months postoperatively.

KEYWORDS: Invagination, Child

INTRODUCTION

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale de l'enfant. Elle se définit comme la pénétration d'un segment intestinal dans le segment sous-jacent réalisant un boudin d'invagination¹. La mise en évidence de deux boudins d'invagination est une forme rare². Nous rapportons dans cette observation cette forme anatomopathologique inhabituelle.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un nourrisson de 10 mois de sexe féminin, admis aux urgences de pédiatrie médicale pour gastro-entérite fébrile.

La symptomatologie remonterait à la veille de son admission par la survenue d'une fièvre non chiffrée accompagnée de 6 épisodes de vomissements post prandiaux et 7 selles glaireuses fétides non sanglantes. Il n'y avait pas de notion de crise douloureuse abdominale. Les parents avaient consulté dans une formation sanitaire ou une prescription de métronidazole, paracétamol et céfixime avait été établie mais qui n'avait pas amendé pas les symptômes. Devant la survenue de selles glairo-sanglantes 12 heures plus tard, les parents avaient consulté le service des urgences de pédiatrie pour une prise en charge.

L'interrogatoire et l'examen clinique avaient mis en évidence une gastro-entérite fébrile avec des signes évidents de déshydratation et un épisode de convulsion hyper-pyrétique. Une réhydratation avait été instituée associée à du paracétamol injectable, diazépam en intra-rectal et de la ceftriaxone. Un avis de la chirurgie pédiatrique avait été demandé 24 heures plus tard devant la persistance des vomissements.

La mère âgée de 33 ans, son second enfant, de la deuxième grossesse, avait réalisée 5 consultations prénatales. Le bilan prénatal fait est sans anomalie, la sérologie rubéole n'a pas été réalisée.

L'accouchement avait eu lieu à terme par voie basse avec un poids de naissance de 3850 g.

A l'admission, il s'agissait d'un nourrisson en mauvais état général, un score de Blantyre à 3/5. Un Z score a -2. Il présentait les signes d'une déshydratation modérée. L'examen de l'appareil digestif avait mis en évidence une langue saburrale, un abdomen non distendu qui respirait bien, souple dépressible. Une masse ferme, allongée douloureuse péri-ombilicale, mobile faisant évoquer un boudin d'invagination.

Le doigtier au toucher rectal était souillé de sang rouge.

L'auscultation pulmonaire avait mise en évidence des râles crépitants dans les deux champs pulmonaires.

L'examen cardio-vasculaire et neurologique était sans particularité.

L'hypothèse diagnostique d'une invagination intestinale aigue a été posée et confirmée par l'échographie abdominale.

Après une réanimation hydro-électrolytique, une laparotomie avait été réalisée. L'exploration avait permis de retrouver un boudin colocolique antérograde siégeant sur le colon descendant (figure 1), un deuxième boudin iléocolique antérograde (figure 2) et de multiples adénopathies mésentériques.

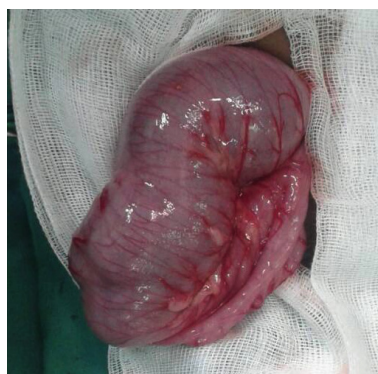


Fig. 1 : Premier boudin d'invagination colo-colique
First invagination°



Fig. 2 : Deuxième boudin d'invagination iléo-colique
View of the second invagination

La désinvagination manuelle du premier boudin était aisée avec anse viable. La désinvagination laborieuse du deuxième boudin avec constat d'un caecum nécrosé et d'un défaut d'accolement de tout le cadre colique. Il avait été réalisé une résection caeco-appendiculaire avec iléostomie terminale uni tubulaire.

Les suites opératoires avaient été sans particularité et la sortie de la patiente avait été autorisée après neuf jours. Le rétablissement de la continuité digestive avait été réalisé à quatre mois post iléostomie avec des suites simples.

DISCUSSION

L'invagination intestinale aiguë (IIA) du nourrisson est le plus souvent idiopathique, lorsqu'elle fait suite à une cause elle est dite secondaire. L'IIA peut donc être secondaire à : un diverticule de Meckel, un lymphome malin, une duplication digestive ou un polype intestinal³. Il existe peu de variations anatomopathologiques pour les formes idiopathiques. Peu de travaux ont été décrits dans la littérature sub-saharienne à propos de double boudin^{4,5}.

Le mécanisme de migration décrit était double dans tous les cas (antérograde et rétrograde). Les boudins retrouvés chez notre patiente étaient dans le sens antérograde. Le défaut d'accolement du cadre colique a été un facteur favorisant dans notre observation. Cette notion n'a pas été retrouvée dans les autres observations. Il est plutôt rapporté dans la littérature le syndrome de Waugh qui associe l'invagination à une malrotation intestinale⁶.

L'indication de réduction chirurgicale a été posée d'emblée devant le mauvais état général du patient et le délai de la symptomatologie qui excédait 24h. Ni l'examen clinique ni l'échographie ne laissait présager de l'existence de deux boudins.

Le traitement de ces formes d'invagination particulière est de préférence chirurgical.

RÉFÉRENCES

- 1-**M Inan, U N Basaran, S Ayvaz, M Pul.** Waugh's Syndrome: Report of Two Cases. *J Pediatr Surg* 2004;39:110-111.
- 2-**Al-Monam H.** Waugh syndrome: a report of 7 patients and review of the published reports. *Ann Saudi Med* 2014; 34,6:527-531.
- 3-**K Maazoun, M Mekki, L Sahnoun, S Hafsa, M Ben Brahim, M Belghith, et al.** Les causes inhabituelles d'invagination intestinale aiguë : à propos de 27 cas. Intussusception owing to pathologic lead points in children: Report of 27 cases. *Arch Pédiat* 2007;14,1:4-9.
- 4-**KR Nandiolo-Anélone, TFF Mouafo, AS Diabaté, SR Bankolé, L Coupris.** L'invagination intestinale aiguë double, antérograde et rétrograde : une observation inhabituelle chez un nourrisson de 5 mois. *Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités* 2010;4:31-34
- 5- **K I Egbuchulem, TA Lawal, MC Nweke , AO Adeoye.** A case of compound intussusceptions in a nigerian child – a rare finding in a common disease . *Ann Ibd Pg Med* 2017;15 :57-60
- 6-**M Inan, U Nusret Basaran, S Ayvaz, M Pul Edirne.** Waugh's syndrome: report of two cases. *J Pediatr Surg* 2004;39:110-111.