



Cas clinique

Le nœud iléo-sigmoïdien : un rare cas d'occlusion intestinale aigüe rapporté au CHU Gabriel Touré

The ileosigmoid knot: a rare case of acute intestinal obstruction reported at the CHU Gabriel Touré

BY Sidibé^{*1}, T Koné¹, A Maïga¹, S Kanté¹, A Bah¹, S Konaté¹, Z Saye¹, A Doumbia¹, I Tounkara¹, MI Diakité¹, B Kelly¹, A Traoré¹, M Konaté¹, B Karembé¹, THM Diop², MI Mangané², A Traoré¹, M Diassana, I Diakité¹, BT Dembélé¹, L Kanté¹, A Togo¹

Résumé

Le nœud iléo-sigmoïdien (NIS) est une pathologie rare et touche majoritairement les sujets de sexe masculin de la quatrième décennie. Le diagnostic préopératoire de cette affection est difficile en raison de sa rareté et de ses résultats radiographiques atypiques.

Nous rapportons le cas clinique d'une forme rare d'occlusion intestinale primitive par strangulation dénommée le nœud iléo-sigmoïdien.

Mots-clés : nœud iléo-sigmoïdien, volvulus composé, occlusion intestinale

Abstract

The ileosigmoid knot is a rare pathology and affects mostly male subjects of the fourth decade. Preoperative diagnosis of this condition is difficult because of its rarity and atypical radiographic findings.

We report the clinical case of a rare form of primary intestinal obstruction by strangulation called the ileosigmoid knot.

Keywords: Ileosigmoid knot, Compound volvulus, Intestinal obstruction.

Introduction

Le nœud iléo-sigmoïdien est un double volvulus intéressant le sigmoïde et le grêle, il évolue rapidement vers la nécrose intestinale [1]. Le diagnostic préopératoire de cette affection est difficile en raison de sa rareté et de ses résultats radiographiques atypiques [2]. Une intervention chirurgicale et des soins postopératoires efficaces sauvent des vies. Le choix du traitement chirurgical est controversé [3–5].

Nous rapportons l'observation d'un patient dont le diagnostic du nœud iléo-sigmoïdien a été trouvé en peropératoire.

Cas clinique

Un homme de 44 ans, tabagique en raison de 30 paquets/année, une notion de consommation occasionnelle d'alcool pendant 8 ans et de constipation chronique (4 jours sans selles) admis aux urgences, pour un syndrome occlusif fait de distension abdominale douloureuse au point de départ périombilical, vomissement et arrêt des matières et des gaz, évoluant depuis 28heures

précédant son admission.

A l'admission, malade en état de choc hémodynamique, TA=80/50 mm Hg, Pouls=120/mn, fébrile à 38°8c, abdomen sensible dans son ensemble, une matité déclive surmontée d'une distension tympanique, orifices herniaires libres, au toucher rectal le cul-de-sac de Douglas bombé et douloureux.

La radiographie de l'abdomen sans préparation demandée a mis en évidence de deux niveaux hydro-aériques de type grêlique dans le quadrant supérieur gauche et une dilatation colique localisée (hyperclarté) dans le flanc droit (figure1). La NFS a révélé une Hb à 11,8 g/dl, une hyperleucocytose à 16,7 10³ /mm³ et une créatininémie et une urémie normales.

Après correction d'un choc hypovolémique et sous couverture antibiotique, le malade était acheminé au bloc opératoire pour occlusion intestinale aiguë compliquée de nécrose. L'exploration chirurgicale avait retrouvé un liquide serohématique nauséabond de 1,5l qui a été évacué ; un volvulus du grêle autour du sigmoïde sous forme de noeud, avec nécrose iléale sur 1m40 à 10cm de la jonction iléo-caecale et une nécrose de la boucle sigmoïdienne (figure2). Une résection iléocæcale emportant la nécrose iléale suivie d'une anastomose iléo-colique et une intervention de Hartmann (sigmoïdectomie+ colostomie terminale) ont été réalisées.

Une anémie à 8,7 g/dl a été corrigée par la transfusion en postopératoire.

Nous avons réalisé le rétablissement de la continuité digestive colorectale 3 mois plus tard dont les suites ont été simples.



Figure 1 : Abdomen sans préparation montrant deux

niveaux hydro-aériques à gauche et une anse dilatée à droite.



Figure 2 : Vue per opératoire du nœud iléo-sigmoïdien avec nécrose

Tableau 1 : Classification du nœud iléo-sigmoïdien selon Alver et al.

Type	Segment actif responsable de la torsion
I	l'iléon est le segment actif s'enroulant autour du sigmoïde passif
II	Il résulte de la torsion sigmoïdienne active qui attire le grêle passif
III	Exceptionnel, c'est la jonction iléo-caecale qui s'enroule autour de la boucle sigmoïdienne
IV	Indéterminé ; il n'est pas possible de différencier les deux segments

Discussion

Le nœud iléo-sigmoïdien, également appelé volvulus composé ou double volvulus, est une urgence chirurgicale rare caractérisée par obstruction à double boucle de l'intestin grêle et du côlon sigmoïde. Cette maladie a été décrite pour la première fois par Riverius dans XVIIe siècle [6].

Le NIS est une entité décrite dans les régions

d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est mais qui reste rare, représentant 7,6% (en France plus vraisemblablement, moins de 1%) de l'ensemble des volvulus du sigmoïde [3,7].

Les patients qui développent cette maladie sont généralement plus jeunes, souvent âgés de 40 à 50 ans. Il est plus fréquent chez l'homme. Il peut progresser rapidement et provoquer une gangrène du côlon sigmoïde, mais également de l'iléon terminal [8,9].

Plusieurs facteurs ont été incriminés pour expliquer cette pathologie. Atamanalp et al. [7] ont évoqué des prédispositions anatomiques avec un intestin grêle hypermobile, un méso trop long ou des boucles sigmoïdiennes redondantes à base d'implantation étroite. Un deuxième facteur est d'ordre alimentaire, la réplétion rapide du jéjunum chez les patients qui mangent un seul repas par jour favoriserait sa torsion autour de l'iléon vide, emportant ainsi la boucle sigmoïdienne [10,11].

Alver et al. [3] décrivent 4 types de mécanismes de formation du NIS (tableau 1), selon le segment digestif actif responsable de la torsion. Les types I et II peuvent être classés en sous-types A et B selon que la torsion est dans le sens horaire ou antihoraire, respectivement.

Le type le plus courant d'ISK est le type I (53,9–57,5%), suivi du type II (18,9–20,6%), du type III (1,5%). Le sens de la torsion est dans le sens des aiguilles d'une montre dans 60,9 à 63,2% des cas [7].

Le NIS entraîne une occlusion intestinale complexe par double strangulation des vaisseaux mésentériques à destinée des anses grêles et du sigmoïde, ce mécanisme aboutit à une nécrose ischémique rapide des deux segments volvulés [12]. Le tableau clinique est un syndrome occlusif d'installation brutale, avec souvent un état général altéré et un retard de prise en charge. Le diagnostic préopératoire est difficile, possible dans moins de 20% des cas en raison de sa rareté et d'une atypie clinico-radiologique, ce qui rend le diagnostic

évident uniquement lors d'une laparotomie [13,14]. La radiographie de l'abdomen sans préparation peut montrer occasionnellement les caractéristiques d'une double occlusion à boucle fermée avec des niveaux hydro-aériques sigmoïdiens dans le quadrant supérieur droit, et d'autres de type grêlique pouvant être latéralisées à gauche [2, 3, 10]. Elle révèle généralement un côlon sigmoïde dilaté dans le côté droit de l'abdomen et / ou de multiples niveaux hydro-aériques dans l'intestin grêle dans le côté gauche, suggérant un volvulus sigmoïdien ou une occlusion grêlique isolée [7].

Le diagnostic repose actuellement sur le scanner abdominopelvien. Il permet de visualiser le volvulus sigmoïde avec le tourbillon caractéristique, les signes d'ischémie intestinale, une déviation médiale du cæcum et du côlon descendant et des structures vasculaires, et une disposition radiaire des anses grêles en situation [15,16].

Le retard au diagnostic conduit souvent à une prise en charge chirurgicale tardive avec pour corollaire une incidence élevée de nécrose digestive, variant entre 74 % et 100 % [17].

La prise en charge thérapeutique associe rééquilibration hydro-électrolytique et intervention chirurgicale incluant une double résection avec ou sans rétablissement selon les constations opératoires [18].

La résection de l'intestin gangrené, la restauration de la continuité de l'intestin grêle et l'intervention de Hartmann sont adéquates [19]. Une anastomose primaire du gros intestin est acceptable chez un patient stable sans contamination globale [17]. Dans de rares cas où il n'y avait pas gangrène du sigmoïde, de la détorsion et de la sigmoïdopexie a également été décrit [7].

La mortalité est élevée, atteignant 73 % dans certaines séries [19].

Conclusion

Le nœud iléo-sigmoïdien est une cause rare

d'occlusion intestinale, de diagnostic difficile, l'évolution se fait rapidement vers la nécrose digestive. La découverte d'un aspect de double volvulus au scanner incite à une intervention chirurgicale urgente. La bonne compréhension du mécanisme et le diagnostic radiologique préopératoire permettent de diminuer la morbi-mortalité.

***Correspondance :**

Dr Boubacar Yoro Sidibé

byoro82@gmail.com

Disponible en ligne : 14 Mars 2020

1 Chirurgie générale CHU Gabriel Touré Bamako - Mali

2 Anesthésie-Réanimation CHU Gabriel Touré Bamako - Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Hind B, Oujidane Z, Laila J. Un cas de nœud iléo-sigmoïdien chez une femme en post-partum. *Pan Afr Med J* 2019;32:106
- [2] Lee SH, Park YH, Won YS. The ileosigmoid knot: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174(3):685-7.
- [3] Alver O, Oren D, Tireli M, Kayabasi B et al. Ileosigmoid knotting in Turkey: review of 68 cases. *Dis Colon Rectum* 1993;36(12):1139-47
- [4] Oren D, Atamanalp SS, Polat KY, Polat M, Yildirgan MI, Basoglu M. Ileosigmoidal knotting. *Dis Colon Rectum* 1993;3:167-70.
- [5] Kedir M, Kotisso B, Messele G. Ileosigmoidal knotting in Gondar teaching hospital north-west Ethiopia. *Ethiop Med J* 1998;36:255-60.
- [6] Aslam T, Baloch MN, Maher M. Ileosigmoid knotting. *J Coll Physicians Surg Pak* 2007;17(3):166-7.
- [7] Atamanalp SS, Oren D, Basoglu M, Yildirgan MI et al.

Ileosigmoidal knotting: outcome in 63 patients. *Dis Colon Rectum* 2004;47(6):906-10.

[8] Akgun Y. Management of ileosigmoid knotting. *Br J Surg* 1997;84(5):672-3

[9] Kotisso B, Bekele A. Ilio-sigmoid knotting in Addis Ababa: a three year comprehensive retrospective analysis. *Ethiop Med J* 2006;44(4):377-383

[10] Shepherd JJ. Ninety-two cases of ileosigmoid knotting in Uganda. *Br J Surg.* 1967;54(6):561-6.

[11] Fouquet V, Berrebi D, De Lagausie P et al. Ileosigmoid knotting in a child: the first case report in a French girl. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30(12):1414-6.

[12] Journée C, Ravard C, Monneuse O, Pilleul F. Nœud iléosigmoïdien: une urgence chirurgicale. *J Radiol* 2008;89(12):1947-9

[13] Burrah R, Menon A, Pathan H et al. The ileosigmoid knot. *Indian J Surg* 2010; 72:140-2

[14] Rakinic J. Colonic volvulus. In: Beck DE, Rombeau JL, Stamos MJ, Wexner SD, eds. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*. 2nd ed. New York: Springer; 2011:395-406

[15] Journée C, Ravard C, Monneuse O, Pilleul F. Nœud iléosigmoïdien: une urgence chirurgicale. *J Radiol* 2008;89(12):1947-9.

[16] Hirano Y, Hara T, Horichi Y, Nozawa H, Nakada K, Oyama K, et al. Ileosigmoidknot: case report and CT findings. *Abdom Imaging* 2005;30:674-6.

[17] Arthur V, Pascal A, Hubert R, Christophe C, Yves-Patrice L T. Le nœud iléosigmoïde : une cause improbable d'occlusion intestinale primitive par strangulation bifocale. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:975-7

[18] Perrota L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Volvulus du côlon : quelle prise en charge en 2016 ? *JCHIRV* 2016;153(3):188-98

[19] Kotisso B, Bekele A. Ilio-sigmoid knotting in Addis Ababa: a three-year comprehensive retrospective analysis. *EthiopMedJ* 2006;44:377-83.

Pour citer cet article

BY Sidibé, T Koné, A Maïga, S Kanté, A Bah, S Konaté et al. Le nœud iléo-sigmoïdien : un rare cas d'occlusion intestinale aiguë rapporté au CHU Gabriel Touré. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 441-444