



Cas clinique

Occlusion intestinale aiguë par nœud iléo-sigmoïdien : à propos d'un cas et revue de la littérature

Acute bowel obstruction by ileo-sigmoid node: about a case and review of the literature

Y Alokoutou¹, CK Aliamutu², HN Natta N'tcha³, MM Valimungighe^{*2,4}, DG Gbessi³, DK Mehinto³

Résumé

Introduction : Le nœud iléo-sigmoïdien est une cause rare d'occlusion intestinale dont le diagnostic est per opératoire suite aux difficultés du diagnostic pré opératoire.

Cas clinique : Il s'agissait d'un patient âgé de 32 ans sans antécédents particuliers admis aux urgences pour une prise en charge d'un syndrome occlusif. Le diagnostic per opératoire du nœud iléosigmoïdien a été retenu suite aux ressources diagnostiques limitées.

Conclusion : Devant l'atypie clinico-radiologique, le diagnostic est, dans la majorité des cas, porté en per opératoire. La bonne compréhension du mécanisme et le diagnostic per opératoire permettent de diminuer la morbimortalité par une prise en charge précoce et adéquate.

Mots-clés : Nœud, ileosigmoïdien ; Occlusion intestinale, Hôpital de Zone de BOKO.

Abstract

Background: The ileo-sigmoid node is a rare cause of intestinal obstruction whose diagnosis is per operative following the difficulties of preoperative diagnosis.

Clinical case: This was a 32-year-old patient with no previous history admitted to the emergency room for management of an occlusive syndrome. The

intraoperative diagnosis of ileosigmoid node was retained due to limited diagnostic resources.

Conclusion: In the face of clinico-radiological atypia, the diagnosis is, in the majority of cases, made intraoperatively. A good understanding of the mechanism and a diagnosis during the operation will reduce morbidity and mortality by early and adequate management.

Keywords: Node, ileosigmoidian, intestinal occlusion, BOKO Zone Hospital.

Introduction

Forme exceptionnelle de volvulus du colon sigmoïde, le double volvulus iléo-sigmoïdien spontané ou nœud iléo-sigmoïdien est une cause rare d'occlusion intestinale [1-4]. Son diagnostic per opératoire, intervention réalisée en urgence dans la quasi-totalité des cas ; témoigne non seulement des difficultés du diagnostic pré opératoire mais aussi de la gravité du tableau clinique lors du diagnostic [1]. Son pronostic est fortement corrélé au terrain et au délai de prise en charge [1, 5]. Nous rapportons un cas de nœud iléo-sigmoïdien pris en charge dans un hôpital à ressources limitées. A partir de ce cas, nous exposons les aspects

épidémiologique, diagnostique et thérapeutique de cette entité rare.

Cas clinique

Il s'agissait d'un jeune patient de 32 ans, sans antécédent particulier, admis aux urgences pour prise en charge d'un syndrome occlusif. L'anamnèse retrouve un début remontant à trois (3) jours avant admission marqué par la survenue de douleurs abdominales violentes accompagnées de vomissements bilieux et d'un arrêt des matières et des gaz. A son admission le patient était conscient mais agité, déshydraté, normotherme à 36°C, en état de pré choc avec une TA à 80/60 mmHg et un pouls à 116 pulsations/minute, avec une polypnée superficielle à 32 cycles/minutes et des muqueuses palpébrales normo-colorées. L'examen de l'abdomen retrouvait un volumineux météorisme abdominal diffus, avec douleurs abdominales diffuses et une matité déclive des flancs. Les orifices herniaires étaient libres et au toucher rectal le cul de sac de Douglas était bombé. Sur le plan biologique on notait un taux d'hémoglobine à 17g/dl, un ionogramme et un bilan rénal normal. Après une brève réanimation hydro-électrolytique et évaluation pré-anesthésique, le patient fut conduit au bloc opératoire. En per opératoire il avait été découvert : 2,5 litres de liquide de souffrance intestinale (séro-hématique), un enroulement dans le sens horaire de l'iléon autour du sigmoïde réalisant un nœud iléo-sigmoïdien, une nécrose iléale s'étendant sur 2 mètres environ en amont des 25 derniers centimètres du grêle (figure 1) et une nécrose de la boucle sigmoïdienne (figure 2). Devant ces constatations per opératoires, il a été réalisé : une résection monobloc du grêle et du sigmoïde nécrosés, suivie d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale et colrectale termino-terminale immédiates. En post opératoire, le patient a séjourné cinq (5) jours en unité de soins intensifs où il a bénéficié de la transfusion de sang total avec un bon rendement. Les suites opératoires ont été par la suite simples et l'exéat a eu lieu au 8ème jour post opératoire.



Figure 1 : iléon nécrosé



Figure 2 : boucle sigmoïdienne nécrosée

Discussion

Décrit pour la 1ère fois en 1845 par Parker [4], le nœud iléo-sigmoïdien (NIS) ou double volvulus iléo-sigmoïdien, est une urgence médico-chirurgicale réalisant une occlusion intestinale par enroulement du grêle autour du sigmoïde ou vice versa. Il touche surtout l'adulte jeune de sexe masculin en préférentiellement [3-4,]. Il représente 7,6% des volvulus du sigmoïde dont il reste une forme particulière tant sur le plan physiopathologique que sur le plan thérapeutique [8]. Deux (02) facteurs favorisants spécifiques ont été associés à la survenue du nœud iléo-sigmoïdien : Atamanalp et al. [1] ont évoqué d'une part des prédispositions anatomiques avec un intestin grêle hypermobile, un méso trop long ou des boucles sigmoïdiennes redondantes à base d'implantation étroite ; et d'autre part la réplétion rapide du jéjunum chez les patients qui mangent un seul repas par jour qui favoriserait sa torsion autour de l'iléon vide,

emportant ainsi la boucle sigmoïdienne [2-4, 6-8]. Alver et al [4] ont proposé une classification du nœud iléo-sigmoïdien en quatre (04) types en fonction du segment digestif actif responsable de la torsion. Dans le type I l'iléon est le segment actif s'enroulant autour du sigmoïde passif (la rotation du grêle peut se faire dans le sens horaire ou anti horaire définissant respectivement les sous types Ia et Ib), le type II résulte de la torsion sigmoïdienne active qui attire le grêle passif, dans le type III exceptionnel c'est la jonction iléo-caecale qui s'enroule autour de la boucle sigmoïdienne, tandis que dans le type IV indéterminé il n'est pas possible de différencier les deux segments [2-4, 8]. Les types les plus fréquents sont le type I (57,5%), suivi du type II (20%). Le sens de la torsion est dans le sens des aiguilles d'une montre dans 65% des cas [1]

Sur le plan physiopathologique, le nœud iléo-sigmoïdien est responsable d'une occlusion intestinale par strangulation en fonction du degré de striction du nœud entraîne dans un délai plus ou moins court une ischémie puis nécrose du grêle et ou du sigmoïde et ceci en rapport avec la composante vasculaire de ce type d'occlusion. La gravité du tableau est liée d'une part à l'étendue des phénomènes ischémiques, mais aussi à la contamination péritonéale par le contenu septique du sigmoïde en cas de nécrose sigmoïdienne [9-10].

Sur le plan diagnostique, les patients sont vus dans un tableau d'occlusion intestinale comme notre patient [2-4 8-10]. Ce tableau associe des douleurs abdominales violentes d'apparition brutale, des vomissements précoces abondants, un arrêt des matières et des gaz, et un météorisme abdominal plus ou moins important et diffus. L'état général du patient est témoin du stade au moment du diagnostic. Tant tôt l'état général est conservé avec de bonnes constantes hémodynamiques témoin d'une occlusion récente sans nécrose intestinale ; ou alors l'état général est rapidement altéré avec un état de pré choc ou de choc hypovolémique en rapport avec les vomissements abondants et le 3ème secteur, puis un état de choc septique en rapport avec la contamination

péritonéale par le liquide intestinale en cas de nécrose [2, 8-10]. Les résultats du bilan sanguin sont le reflet de l'état général du patient. Ce bilan minimum peut être normal chez les patients vus tôt, mais il est le plus souvent perturbé avec des troubles hydro-électrolytiques, une insuffisance rénale fonctionnelle, une hémococoncentration. Toutefois, si le diagnostic clinique de l'occlusion est évident, celui du nœud iléo-sigmoïdien est difficile, possible dans moins de 20% des cas en raison de sa rareté et de son atypie clinico-radiologique, ce qui rend le diagnostic évident uniquement lors d'une laparotomie [3-4, 11]. Sur le plan radiologique, en fonction du plateau technique, la radiographie (ASP) de l'abdomen sans préparation ou le scanner abdomino-pelvien sont d'un apport important pour le diagnostic [4, 9-12]. La radiographie de l'abdomen sans préparation permet d'objectiver dans de rares cas des images caractéristiques d'une double occlusion à anse fermée (volvulus) avec des niveaux hydro-aériques sigmoïdien dans le quadrant supérieur droit, et d'autres de type grêlique pouvant être latéralisées à gauche [4] ; mais il s'agit le plus souvent d'images hydro-aériques plus larges que hautes centrales associées à des images hydro-aériques plus hautes que larges périphériques ou des images de volvulus du sigmoïde; qui dans ce contexte impose l'exploration chirurgicale. Le scanner abdominal, examen de choix dans le diagnostic des occlusions, quand il est réalisé, confirme l'occlusion iléale et sigmoïdienne, permet de chercher outre les signes de l'ischémie intestinale, des signes caractéristiques du nœud iléo-sigmoïdien, le tour de spire est plus volumineux que dans un volvulus isolé du sigmoïde, portant les vaisseaux mésentériques supérieurs et inférieurs [9-12]. Cet aspect pourrait s'expliquer par le fait que les deux volvulus se superposent [4]. L'aspect le plus caractéristique au scanner abdominal est l'association d'une déviation médiale du colon descendant et du méso-caecum, avec aspect effilé et pointu de leurs bords internes, convergeant vers des tours de spires [4]. Cet aspect est dû d'une part à l'attraction du péritoine pariéto-colique gauche et du méso-caecum vers le centre du nœud iléo-sigmoïdien,

et d'autre part à l'effet de masse des anses grêles dilatées [4].

Sur le plan thérapeutique, devant un tel tableau une réanimation hydro-électrolytique est indispensable. Contrairement aux autres formes de volvulus ou une détorsion endoscopique peut être envisagée de 1ère intention en absence de nécrose intestinale, la détorsion endoscopique est proscrite dans le nœud iléo-sigmoïdien [2-3, 8-10]. L'exploration chirurgicale en urgence reste alors la seule option thérapeutique [2-4, 8]. L'exploration chirurgicale permet de poser ou de confirmer le diagnostic de nœud iléo-sigmoïdien et permet de faire le bilan des lésions. Les actes opératoires dépendent du bilan lésionnel. En absence de nécrose, une détorsion est faite et une sigmoïdectomie (avec anastomose colo-rectale ou colostomie selon Hartmann) ou sigmoïdopexie est réalisée [9-10]. En cas de nécrose intestinale, une résection du segment nécrosé est réalisée suivie d'une anastomose immédiate ou une mise en stomie en fonction des conditions locale et générale [2, 8-10]. En cas de nécroses iléale et sigmoïdienne, on procède à une résection en monobloc sans détorsion suivie d'une anastomose iléo-iléale, colo-rectale, ou de la mise en stomie en fonction des conditions locale et générale [9-10]. Le pronostic post opératoire dépend surtout du terrain et du stade au diagnostic, et de l'étendue de la résection du grêle. La mortalité est élevée, atteignant 73 % dans certaines séries [9-10, 13].

Conclusion

Le nœud iléo-sigmoïdien constitue une cause rare d'occlusion intestinale. Devant l'atypie clinico-radiologique, le diagnostic est, dans la majorité des cas, porté en per opératoire. Seul un diagnostic préopératoire précoce avec une prise en charge chirurgicale rapide, peuvent améliorer le pronostic de cette pathologie.

*Correspondance

Muhindo Valimungighe Moïse

drmoisev@gmail.com

valimungighe.moise@ucgraben.ac.cd

Disponible en ligne : 04 Avril 2022

- 1 : Hôpital de zone saint Jean de BOKO zone sanitaire Parakou–Ndali, Benin
- 2 : Résident en chirurgie générale, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou
- 3 : Centre national hospitalo-universitaire Hubert Koutoukou MAGA Cotonou, Benin
- 4 : Université Catholique du Graben Butembo, Nord Kivu, République Démocratique du Congo

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit de intérêt : Aucun

Références

- [1] Atamanalp S, Ören S, Başoğlu D, Yıldırğan MMI, Balık AA, Polat KY et al. Ileosigmoidal knotting: outcome in 63 patients. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(6):906–10.
- [2] El Majdoubi H, Ben Moussa M, Baiss M, Medarhri J, Mssrouri R, Taghy A et al. Occlusion intestinale sur nœud iléo-sigmoïdien chez une femme en post-partum: à propos d'un cas et revue de la littérature. *Int J Med Rev Case Report* 2020;4(8):14-7.
- [3] Bensardi F, Elhattabi K, Fadil A, Benissa N, Lefriyekh R, Khaiz D et al. (2012). Le nœud ileosigmoidien: à propos de 2 cas. *Pan Afr Med J*. 2012;11(1).
- [4] Boukhalit H, Zamani O, Jroundi L. Un cas de nœud iléo-sigmoïdien chez une femme en post-partum. *Pan Afr Med J*. 2019;32.
- [5] 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
- [6] Shepherd JJ. Ninety-two cases of ileosigmoid knotting in Uganda. *Br J Surg*. 1967;54(6):561-6.

- [7] 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.
- [8] Barry AM, Baldé AK, Camara SN, Camara CC, Camara FL, Diakité SY et al. Ileo-Sigmoidian Node: About A Case in the Visceral Surgery Department of the Donka National Hospital. *GSC Adv Res Rev.* 2021;9(1):179–84.
- [9] Rothmann C, Pierrard O, Schmutz T. Volvulus du sigmoïde : diagnostic et traitement en urgence. *J Eur Urg Réa.* 2018;30:41-5.
- [10] Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Volvulus du côlon: quelle prise en charge en 2016 *J Chir Visc* 2016;153(3):188-98
- [11] Dequiedt C, Milicevic M. Comment j’explore...un volvulus du sigmoïde : le rôle du radiologue. *Rev Med Liège.* 2016;71(5):252-5.
- [12] Bernard C, Lubrano J, Moulin V, Manton G, Kastler B, Delabrousse E. Apport du scanner multi-détecteurs dans la prise en charge des volvulus du sigmoïde. *J Radiol* 2010;91:213-20.
- [13] BY Sidibé, T Koné, A Maïga, S Kanté, A Bah, S Konaté et al. Le noeud iléo-sigmoïdien : un rare cas d’occlusion intestinale aiguë rapporté au CHU Gabriel Touré. *Jaccr Africa* 2020;4(1): 441-44

Pour citer cet article :

Y Alokoutou, CK Aliamutu, HN Natta N’tcha, MM Valimungighe, DG Gbessi, DK Mehinto. Occlusion intestinale aiguë par nœud iléo-sigmoïdien : à propos d’un cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2022; 6(2): 30-34