



Cas Clinique

Le Nœud Iléo Sigmoidien : À Propos de Deux Cas à Tombouctou

The Ileosigmoidal Node: A Case Report from Timbuktu Hospital

Ongoiba O¹, Sangare AS¹, Dao K², Tounkara I³, Dolo A¹, Saye J⁴, Mariko S¹, Traore B¹, Toure SI¹

RÉSUMÉ

Le nœud iléosigmoïdien (NIS), communément appelé volvulus double de l'intestin grêle et du sigmoïde, est une occlusion par strangulation mixte du grêle et du colon. Il s'agit d'une variété de volvulus du colon sigmoïde, causée par la strangulation de l'anse sigmoïde et d'une anse grêle, réalisant un véritable nœud impliquant le sigmoïde et le grêle. C'est une entité clinique exceptionnelle et c'est une urgence chirurgicale. Toutes les techniques chirurgicales décrites dans la littérature sont grevées de nombreuses complications post opératoires (suppuration pariétale, éviscération, fistule digestive, péritonite post opératoire), dues à la translocation bactérienne. Une technique peu décrite est la résection en monobloc suivie d'une double iléo colostomie, qui a très peu de complications. Vu les complications aigues de l'occlusion intestinale et les complications post opératoires de l'intervention chirurgicale, la technique de double résection et double stomie semble être un choix judicieux. Le but de ce travail est d'écrire la stratégie diagnostique et thérapeutique du NIS à Tombouctou à l'aide de deux cas dont l'issue a été favorable.

ABSTRACT

The ileosigmoid node (ISN), commonly known as double volvulus of the small intestine and sigmoid, is a mixed strangulation occlusion of the small intestine and colon. It is a variety of sigmoid volvulus, caused by strangulation of the sigmoid loop and a small bowel loop, creating a veritable knot involving the sigmoid and small bowel. This is an exceptional clinical entity and a surgical emergency. All surgical techniques described in the literature are fraught with postoperative complications (parietal suppuration, evisceration, digestive fistula, postoperative peritonitis), due to bacterial translocation. A little-described technique is monoblock resection followed by double ileocolostomy, which has very few complications. Given the acute complications of intestinal obstruction and the postoperative complications of surgery, the double resection and double stoma technique seems to be a wise choice. The aim of this paper is to describe the diagnostic and therapeutic strategy for NIS in Timbuktu, based on two cases with favorable outcomes.

1: Hôpital de Tombouctou /Mali
2: Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré de Bamako/Mali
3: Centre de santé de référence de la commune II de Bamako/Mali
4: Centre Hospitalier Universitaire du Point G/Mali

Auteur correspondant : Oumar Ongoiba, chirurgien généraliste à l'hôpital de Tombouctou/ Mali.

Email : babaongoiba@gmail.com;
Tel : (223)76254442/66254442

Mots clés : Nœud iléo-Sigmoïdien, Stratégie Thérapeutique, Hôpital de Tombouctou.

Keywords : Ileo-Sigmoid Node, Therapeutic Strategy, Timbuktu Hospital.

INTRODUCTION

Le nœud iléo-sigmoïdien (NIS) est un double volvulus intéressant le sigmoïde et le grêle qui évolue rapidement vers la nécrose intestinale [1]. 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 avec deux segments volvulés [2]. Il est rare en occident (<1%) et plus fréquemment décrit en Afrique avec une fréquence hospitalière de 0,8 à 1,8 cas par an [2][3]. Le tableau clinique est celui d'une occlusion par strangulation avec des signes mixtes :

- Le premier correspond à ceux qui ont une occlusion haute avec des vomissements précoces

- Et le second à ceux qui ont une occlusion basse avec un arrêt de matières, de gaz précoces et un météorisme important. [4].

L'évolution se fait dans 56% des cas vers un état de choc hypovolémique [5]. Le traitement chirurgical en cas de nœud iléo-sigmoïdien est un sujet à controverse, avec des attitudes influencées essentiellement par le contexte d'urgence, l'état général des patients, l'état de l'anse intestinale et de la cavité abdominale [6]. La morbidité est dominée par la fistule entéro-pariétale, l'éviscération et la septicémie. La mortalité est élevée, liée à la présence de nécroses intestinales [7].

OBSERVATIONS

Cas 1

Il s'agissait d'un patient de 35 ans, de sexe masculin, cultivateur, qui a été admis au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Tombouctou. Il souffrait des douleurs abdominales diffuses d'installation brutale, évoluant depuis trois jours, associées à une distension abdominale importante et à un arrêt des matières et des gaz.

La tension artérielle à l'admission était à 140/80 mmHg, la température à 37,4°C, et la saturation à 100%. Il y avait une tachycardie à 135 pulsation/mn et le taux d'hémoglobine était de 12,9g/dl. L'indice de performance de l'OMS a été évalué à II.

A l'examen physique, l'abdomen était distendu, tympanique, associé à une douleur abdominale à la palpation profonde. Les orifices herniaires étaient libres. L'ampoule rectale était vide. L'hypothèse diagnostique fut une occlusion intestinale aigüe.

Après une consultation d'anesthésie et l'administration d'une antibioprophylaxie à base de céfazoline, l'équipe a réalisé une laparotomie en urgence. Nous avons découvert une strangulation de l'intestin grêle à 15 cm de l'angle iléo-caecal, qui cravatait le sigmoïde, une nécrose du grêle sur à mètres de l'iléon terminale et du côlon sigmoïde.

Nous avons aspiré deux (2) litres d'épanchement sérohématique. Nous avons effectué une résection emportant la nécrose iléale suivie d'une iléostomie terminale et la fermeture du moignon distal, une résection du colon sigmoïde nécrosé avec anastomose colorectale puis drainage.

Les suites se sont compliquées d'une suppuration pariétale profonde très abondante et d'une dénutrition associée à une éviscération couverte qui ont été traités médicalement. Le patient est sorti à J44 postopératoire.

Le rétablissement de la continuité digestive iléo colique termino-terminale a été réalisé au 90^{ème} jour postopératoire et il est sorti à J5. Les suites ont été simples sur un recul de quatre ans.

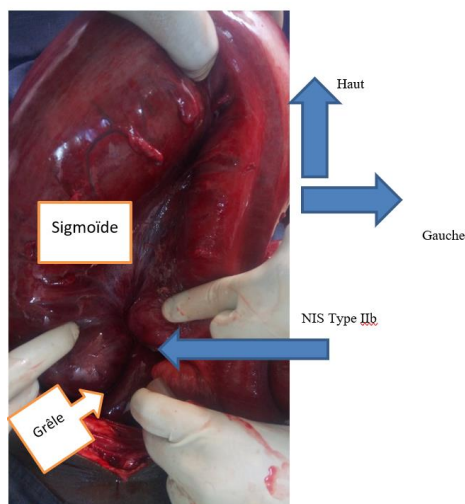


Figure 1. Image du Nœud Iléo-sigmoïdien avec une nécrose du grêle et du colon sigmoïde

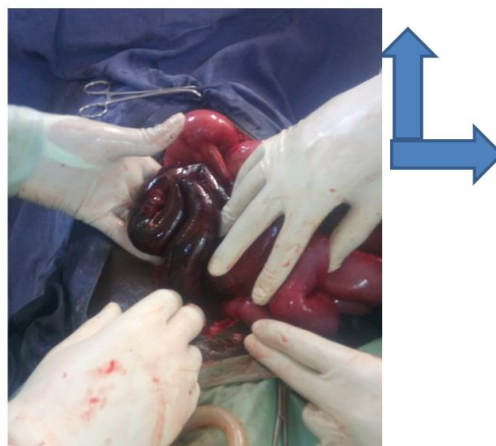


Figure 2. Image de la nécrose du grêle après une laparotomie

Cas 2

Il s'agit d'un patient de 52 ans, de sexe masculin, cultivateur, qui a été admis aux services d'accueil des urgences de l'hôpital régional de Tombouctou pour des douleurs abdominales évoluant depuis 5 jours. La douleur était d'installation brutale diffusant dans tout l'abdomen et irradiant dans le dos. Elle était accompagnée de vomissements et d'un arrêt des matières et des gaz.

La tension artérielle à l'admission était à 130/70 mm Hg, la température à 38,4°C et la saturation à 98%. Il y avait une tachycardie à 136 pul/mn et le taux d'hémoglobine était de 13,8g/dl, la fréquence respiratoire était à 24 cycles à la minute. L'indice de performance de l'OMS a été évalué à III.

A l'examen physique, l'abdomen était distendu, tympanique, douloureux à la palpation. Les orifices herniaires étaient libres mais le douglas était bombé. L'examen radiologique a mis en évidence des niveaux hydroaériques grêliques et coliques.

Nous avons émis l'hypothèse diagnostique d'une occlusion intestinale par volvulus du colon sigmoïde. Après une consultation d'anesthésie et l'administration d'une antibioprophylaxie à base de céfazoline 2G, nous avons réalisé une laparotomie en urgence. A la coeliotomie ; nous avons découvert un volvulus du grêle à 10 cm de l'angle iléo-caecal étendu sur 1m qui cravatait le colon sigmoïde aussi nécrosé.

Comme geste chirurgical, l'équipe chirurgicale a effectué une double résection emportant le grêle et le sigmoïde nécrosé suivi d'une double stomie puis drainage. Le patient a repris l'alimentation à J1 post opératoire et a été libéré à J6 postopératoire avec un suivi en ambulatoire. Le rétablissement de la continuité digestive a été réalisé à 74 jours postopératoires et une deuxième sortie à J7 postopératoire. Après un recul de cinq (7) ans, nous avons constaté une discrète éventration postopératoire pour laquelle le patient a décliné une intervention chirurgicale.

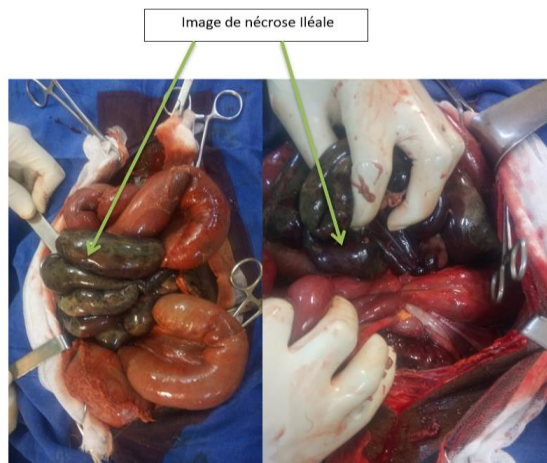


Figure 3. Nécrose Iléale

DISCUSSION

Le nœud iléo sigmoïdien est une urgence chirurgicale rare, qui touche surtout l'homme à la quatrième décade [8]. La consommation des aliments riches en fibres essentiellement végétales et la consommation des aliments lourds favoriseraient la survenue du nœud iléo sigmoïdien. Le NIS a été plusieurs fois décrit chez les cultivateurs et les ouvriers, soit respectivement 40% et 23% [9][10].

Alver et al. [7] [2] décrivent 4 types de mécanismes de formation du nœud iléosigmoïdien, selon le segment digestif actif responsable de la torsion, dans le type I l'iléon est le segment actif s'enroulant au tour du sigmoïde passif (Ia sens horaire, Ib anti horaire), le type II résulte de la torsion sigmoïdienne active qui attire le grêle passif (IIa sens horaire, IIb anti horaire), 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].

Nos deux patients étaient respectivement de type IIb et de type IV selon la classification de Alver.

Le type le plus courant du NIS 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 [9]

Les patients sont vus tôt dans la grande majorité des cas, dans les 24 heures suivant l'apparition de la douleur (68,7%), dans la série de Soro[11] Selon certains auteurs, la brièveté du délai de consultation témoigne de la bruyance de la symptomatologie et ont relevé la présence fréquente d'une défense abdominale voire d'une contracture et qui signent la présence d'une nécrose intestinale. [11] [10] [7] [2].

La survenue de la nécrose intestinale n'est pas liée seulement à la durée d'évolution de la maladie, mais également au degré de striction de l'anse intestinale. Cependant le long délai d'admission constitue également un facteur aggravant [12].

Le taux élevé de suppuration (21,6%), compliquée parfois d'éviscération a été également rapporté dans la littérature [13].

Ces complications sont souvent sans gravité mais pourraient prolonger l'hospitalisation et imputer sur l'économie du patient. La colectomie idéale est corrélée à un taux de morbidité et de mortalité plus importante que dans la technique de Hartmann. [13] [10].

L'implication du grêle dans le volvulus du sigmoïde en rajouterait probablement aux problèmes posés par le volvulus isolé du sigmoïde. En effet, pour certains auteurs, après résection du sigmoïde pour volvulus, le rétablissement de la continuité digestive doit être différé [12].

Selon Maiga A, sur 30 patients opérés de nœud iléo sigmoïdien, deux patients ont bénéficié une double résection et une double iléocolostomie et ont évolué vers la guérison sans complication [9].

Le bas débit induit par un choc hypovolémique pourrait effectivement compromettre l'avenir d'une anastomose par ischémie. De même, une cavité abdominale souillée de selle suite à la perforation d'une anse volvulée, va constituer le lit d'un lâchage de l'anastomose [11].

Les bons résultats rapportés par certains auteurs [13] [14] après double résection anastomose chez ces patients avec un taux élevé de choc hémodynamique en préopératoire témoignent que le choc corrigé en préopératoire devrait pas être une contre-indication à la résection anastomose immédiate. Seul le choc non ou mal corrigé et la présence de selles ou de pus dans la cavité abdominale devraient constituer les seules contre-indications formelles à la confection immédiate des deux(2) anastomoses iléo-iléale et colo-colique.

Le bon état général du malade, l'aspect séreux du liquide péritonéal et l'absence d'irritation péritonéale ont permis de réaliser en un temps une double anastomose malgré la présence de nécrose intestinale.[15]

La mortalité dans le NIS est consécutive au choc septique parfois induit par la fistule stercorale [7]

Il n'existe pas ce jour de protocole unanime pour la prise en charge chirurgicale du NIS. [11]

Le traitement chirurgical en cas de nœud iléosigmoïdien est un sujet à controverse avec de multiples attitudes influencées essentiellement par le contexte d'urgence, l'état général des patients, l'état de l'anse intestinale et de la cavité abdominale [16][4]. En cas de nécrose intestinale une résection du grêle, du colon et du nœud en monobloc est recommandée [17].

CONCLUSION

La nécrose intestinale s'installe le plus rapidement possible, malgré le diagnostic précoce d'un nœud iléo-sigmoïdien. La présence de l'occlusion du grêle entraîne une altération importante et rapide de l'état général et de la survenue du choc hémodynamique.

Le volvulus double du colon sigmoïde et du grêle a pour conséquence la translocation bactérienne par la survenue de la nécrose et de la péritonite, d'où la nécessité de réaliser une résection du nœud iléo-sigmoïdien et de la nécrose iléocolique en monobloc

Les techniques qui ont été apporté dans la littérature ont entraîné des complications majeures.

La technique chirurgicale de choix après une résection en monobloc reste la double stomie qui n'a pas révélée de complication post opératoire à ce jour.

RÉFÉRENCES

- 1-Hind B, Oujidane Z, Laila J. Un cas de nœud iléosigmoïdien chez une femme en post-partum. *Pan Afr Med J* 2019;32:106.
- 2-Journé C, Ravard C, Monneuse O, Pilleul F. Nœud iléosigmoïdien : une urgence chirurgicale. *J Radiol.* 2008; 89(12):1947-9
- 3-Baheti AD, Patel D, Hira P, Babu D. Ileosigmoid Knot: A case report. *Indian J radiol Imaging* 2011; 21:147-9.

4-James Didier. Les occlusions intestinales par nœud ileo-Sigmoïdien : Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. *European Scientific Journal* 2017; 13(33);, 254-64.

5- M Konaté, AA Traoré, T Koné, B Karembé, D Kanté, TM Diop et al. Volvulus du grêle chez l'adulte en chirurgie générale au CHU Babriel Touré, Bamako, Mali. *AFCD* 2018 ;18(1) :2307-11].

6- S. Selcuk Atamanalp. Ileosigmoid knotting. *Eurasian J Med.* 2009 ; 41(2) : 116-119].[4]

7-Alever O, Ören D, Tireli M et al. Ileosigmoid knotting in Turkey Review of 68 cases. *Dis colon Rectum* 1993 Dec ;36(12) :1139-47

8-Raveenthiran V. The ileosigmoid knot: new observations and changing trends, *dis colon rectum* 2001; 44: 1196-200