

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

Mauritanie Médicale

Article Original

Les invaginations intestinales prolabées de l'enfant : étude clinique et aspects thérapeutiques (à propos de 15 cas).

Prolapsed intussusception in children: clinical study and therapeutic aspects (about 15 cases).

Auteurs :
Ahmed D. Kane[1], Cheikh Diouf[2], Aby NDoye[2], Hadya Tandia[3], Yacoub Mouhamed Sghair[3], Abdallahi Ely Salem[1], Mouhamedou Houssein[3], Sidi M Nagi[3], Gabriel Ngom[2].

Auteur correspondant : Ahmed KANE
Service de Chirurgie CHN - BP : 612. Nouakchott- Mauritanie.
Téléphone: 00 222 33 56 75 91
Adresse E-mail: kane.ahmed@yahoo.fr

Affiliation des auteurs :

[1] Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier National, Nouakchott, Mauritanie
[2] Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal
[3] Service de Chirurgie Pédiatrique, Centre Hospitalier Mère et Enfant, Nouakchott, Mauritanie

Article Info

Soumis :
le 27/08/2016
Dernière correction :
le 23/11/2016
Accepté le : 12/2/2017

Résumé

But :

Analyser les aspects cliniques et thérapeutiques des invaginations prolabées à l'anus chez l'enfant.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre juin 1998 et mai 2015 au service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, au service de chirurgie du Centre Hospitalier National de Nouakchott et au service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Mère et Enfant de Nouakchott. Nous avons ainsi répertorié quinze observations d'invaginations prolabées à l'anus. Nous avons étudié le délai de consultation, les motifs de consultation, les signes généraux et physiques, le délai d'intervention, les découvertes opératoires, les méthodes thérapeutiques et les suites opératoires.

Résultats

Tous les enfants ont été adressés pour un prolapsus rectal. Douze enfants présentaient des douleurs abdominales, treize des vomissements et sept des rectorragies. Une masse prolabée à l'anus était le signe physique constant. Le toucher rectal mettait en évidence un sillon de séparation entre la masse et la paroi rectale. Une désinvagination par taxis était réussie chez sept enfants. Huit cas de nécrose intestinale ont nécessité une résection intestinale. Trois enfants ont présenté une suppuration pariétale et un enfant a présenté une éviscération. Ces complications ont bien évolué sous traitement. Cinq enfants sont décédés. Les décès concernaient 3 enfants ayant eu une résection intestinale étendue et deux enfants qui présentaient une instabilité hémodynamique.

Article original

Conclusion :

Les aspects cliniques permettent de différencier l'invagination prolabée du prolapsus rectal. Le traitement chirurgical est souvent délicat du fait de la longue durée d'évolution de la pathologie.

Mots clés : Prolapsus intestinal • Sulcus • Chirurgie du prolapsus

Abstract

Aim :

To analyze clinical and therapeutic aspects of prolapsed intussusceptions.

Patients and methods :

This is a retrospective study conducted between June 1998 and May 2015 at the Department of Pediatric Surgery at the Aristide Le Dantec Hospital in Dakar, at the Surgery Department of the National Hospital Center of Nouakchott and at the Pediatric Surgery Service of the Hospital Center Mother and Child of Nouakchott. We have thus recorded fifteen observations of invasive prolapse at the anus. We studied the consultation period, the reasons for consultation, the general and physical signs, the time of intervention, the operative findings, the therapeutic methods and the follow-up procedures.

Results :

All children were referred for rectal prolapse. Twelve children had abdominal pain, thirteen vomiting and seven rectal bleeding. A mass prolapsed at the anus was the constant physical sign. The rectal examination revealed a separation furrow between the mass and the rectal wall. Disinvagination by taxis was successful in seven children. Eight cases of intestinal necrosis required intestinal resection. Three children presented with a parietal suppuration and one child presented an evisceration. These complications have evolved well under treatment. Five children died. The deaths involved 3 children with extensive intestinal resection and 2 children with hemodynamic instability.

Conclusion :

The clinical aspects make it possible to differentiate prolapsed invagination from rectal prolapse. Surgical treatment is often delicate because of the long duration of the pathology.

Keywords : Prolapsed intussusception • Sulcus • Surgical treatment

Introduction

L'invagination intestinale est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez le nourrisson. Dans les pays développés le diagnostic est fait précocement. Par contre, dans les pays en développement, les enfants sont reçus tardivement au centre de référence [1,2]. Il n'est pas d'ailleurs rare de rencontrer une invagination avec un boudin prolabé à l'anus [3]. En Afrique des observations isolées de prolapsus d'invagination à l'anus ont été rapportées mais aucune étude originale n'a été publiée. C'est pour combler ce vide que nous avons entrepris ce travail dont le but était de rapporter les aspects cliniques et thérapeutiques de l'invagination intestinale prolabée à l'anus.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre juin 1998 et mai 2015 au service de chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar, au service de chirurgie du Centre Hospitalier National de Nouakchott et au service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Mère et Enfant de Nouakchott. Tous les enfants âgés de moins de 16 ans et présentant une invagination intestinale avec un prolapsus du boudin à l'anus ont été inclus dans l'étude. Nous avons ainsi répertorié quinze observations d'invaginations prolabées à l'anus. L'âge moyen des enfants était de 7,6 mois avec des extrêmes de 2 mois et 9 mois. La série était composée de onze enfants de sexe masculin et quatre de sexe féminin. Les aspects

cliniques étudiés étaient le délai de consultation, les motifs de consultation, les signes généraux et physiques. Les paramètres thérapeutiques étaient le délai d'intervention, les découvertes opératoires, les méthodes thérapeutiques et les suites opératoires. Les enfants ont été suivis avec un recul moyen de 30 mois.

Résultats

Aspects cliniques

Le délai moyen de consultation était de 22,8 jours avec des extrêmes de 1 jour et 95 jours. Tous les enfants ont été adressés pour un prolapsus rectal. L'interrogatoire révélait des douleurs abdominales entrecoupées de rémission chez 12 enfants. Treize enfants présentaient des vomissements qui étaient alimentaires dans 12 cas et bilieux dans 1 cas. Sept enfants avaient des rectorragies. Un syndrome dysentérique a été le motif de consultation chez 6 enfants qui ont présenté des selles glairo-sanglantes. Six parents signalaient un ballonnement abdominal. Chez un patient la fièvre faisait partie des motifs de consultation. Sept enfants présentaient une dénutrition et une déshydration. L'examen physique retrouvait un signe constant : une masse prolabée à l'anus de couleur prune, à surface irrégulière de consistance ferme. Une nécrose était visible sur cette masse extériorisée dans 4 cas. Le toucher rectal mettait en évidence un sillon de séparation entre la masse et la paroi rectale ce qui permettait de faire le diagnostic d'une invagination prolabée (figures 1 et 2). Au niveau de l'abdomen, on palpait le boudin d'invagination chez 9 enfants. Six enfants présentaient un météorisme abdominal.



Figure 1 : Invagination prolabée pris en charge au Centre Hospitalier National de Nouakchott. Le doigt est dans le sillon entre la masse prolabée et la paroi rectale



Figure 2 : Invagination prolabée pris en charge à l'Hôpital A. Le Dantec de Dakar

Tableau I : Comparaison entre le prolapsus rectal et l'invagination prolabée

Caractéristiques	Prolapsus d'invagination	Prolapsus rectal
Consistance	Ferme	Molle
Surface	Irrégulière, bosselée	Régulière
Couleur	Prune	Rouge
Sulcus	Présent	Absent

Tableau II : Comparaison des pourcentages de nécrose selon les délais diagnostiques

Série	Effectif	Délai diagnostique	Pourcentage de nécrose
Davies [7]	8	12 jours	12 %
Nouri [4]	4	15 jours	25 %
Notre étude	9	29,8 jours	44,4 %

Aspects thérapeutiques

Les enfants ont bénéficié d'une réanimation avant l'intervention chirurgicale. Ils ont été opérés en moyenne dans les 3,5 heures qui ont suivi la confirmation diagnostique. L'exploration chirurgicale a retrouvé 13 cas d'invagination iléo-cæco-colique et 2 cas d'invagination sigmoïdo-rectale. Huit enfants présentaient un mésentère long et 11 avaient un défaut d'accolement colique. Huit enfants ont présenté une nécrose intestinale. Des adénopathies mésentériques étaient retrouvées dans 11 cas. L'intervention chirurgicale était réalisée sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale. Une laparotomie transverse a été réalisée chez 13 patients et les deux autres ont eu une laparotomie médiane. Un

chirurgien placé au niveau du périnée réalisait une expression douce du boudin prolabé. L'équipe abdominale complétait la désinvagination. Cette manœuvre était réussie chez sept enfants et était complétée par une appendicectomie. Chez 8 enfants une résection intestinale était nécessaire du fait de l'existence de nécrose intestinale. Cette résection était suivie d'une anastomose termino-terminale dans 5 cas et d'une stomie dans les 3 autres cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 19,3 jours avec des extrêmes de 4 jours et 30 jours. Les suites opératoires étaient simples dans 6 cas. Un enfant a présenté une éviscération qui a bénéficié d'une réfection pariétale et trois enfants ont présenté une suppuration pariétale qui a bien évolué avec les soins locaux. Cinq enfants sont décédés, tous en unité de réanimation. Il s'agissait de deux enfants décédés à J1 postopératoire par instabilité hémodynamique et de 3 enfants ayant eu une résection intestinale étendue (décédés respectivement à J12, J21 et J25 postopératoire).

Discussion

Aspects cliniques

Le délai de consultation élevé dans notre contexte peut s'expliquer par l'absence d'un diagnostic correct dans les structures sanitaires qui ont reçu les enfants au tout début des symptômes. Ce délai est élevé comparé à celui des séries occidentales mais se rapproche de celui de certaines séries dans les pays en développement où l'affection est le plus souvent considérée comme un prolapsus rectal [3,4]. La masse rectale extériorisée était le motif de consultation constant. Elle était considérée dans tous les cas comme un prolapsus rectal. Cette confusion diagnostique est retrouvée dans certaines séries de la littérature. Les vomissements, les douleurs abdominales, les rectorragies sont des signes classiques d'invagination intestinale aiguë. Les selles glairo-sanglantes ont fait évoquer un syndrome dysentérique chez 6 patients. Cette confusion retarde davantage le diagnostic comme cela été le cas dans l'étude de Gnassingbé et al. au Togo [3]. Le mauvais état général de la plupart des enfants s'explique par le long délai de consultation. Le signe physique commun à tous les enfants était le boudin d'invagination extériorisé à l'anus. Ses caractères ont permis de le différencier du prolapsus rectal (tableau I, figure 3). L'élément essentiel est la présence d'un sulcus entre le boudin d'invagination et la paroi rectale. L'examen de l'abdomen retrouvait un météorisme chez 6 enfants. Ce signe est certainement en rapport avec le diagnostic tardif. Cependant les enfants de notre série n'étaient pas en occlusion intestinale contrairement aux études de Gnassingbé et al. [3] et Nouri et al. [4] où tous les malades présentaient une occlusion. Chez 6 de nos enfants le boudin n'a pu être palpé à cause du météorisme abdominal.

Aspects thérapeutiques

Le délai d'intervention de 3,5 heures peut paraitre court surtout pour les enfants reçus avec un mauvais état général. Ainsi, chez les enfants présentant une instabilité hémodynamique le décès pourrait être imputé à une insuffisance de la réanimation. Sur les 15 invaginations, 13 étaient iléo-cæco-coliques et deux étaientt sigmoïdo-rectales. La prédominance de la forme iléo-cæco-colique est conforme aux résultats de la plupart des auteurs [5,6]. Le mécanisme invoqué est un retournement du cæcum et du côlon qui constitue un facteur déterminant dans la progression du boudin jusqu'à l'anus. Cependant le phénomène de retournement ne pourrait expliquer la forme transvalvulaire retrouvée dans l'étude de Nouri et al. [4] de même que les formes sigmoïdo-rectales rencontrées dans notre série. Selon Nouri et al. [4], la forme transvalvulaire serait liée à la longue durée d'évolution de l'invagination. Quant à l'invagination sigmoïdo-rectale, elle a surtout été rapportée chez l'adulte. Des anomalies anatomiques sont décrites comme favorisant la survenue d'un prolapsus d'invagination. Dans les formes iléo-coliques, un mésentère long et un défaut d'accolement colique permettent au boudin de migrer jusqu'à l'anus. Ces anomalies ont été retrouvées chez la plupart de nos enfants qui ont présenté des formes iléo-cæco-coliques. Pour l'invagination sigmoïdo-rectale, la progression du boudin peut s'expliquer par le fait que le sigmoïde traverse le rectum

et atteint rapidement l'anus [7]. Malgré la longue durée d'évolution de l'invagination, 8 enfants seulement présentaient une nécrose intestinale. Ceci pourrait s'expliquer par la nature anatomique de l'invagination. Il est établi en effet que dans les formes iléo-cæco-coliques, la progression est maximale et l'ischémie minimale contrairement aux formes transvalvulaires où l'ischémie est maximale et la progression très limitée. Le tableau II nous permet de comparer le pourcentage de nécrose intestinale retrouvé par divers auteurs. Nous constatons ainsi que plus le délai diagnostique est long plus le pourcentage de nécrose augmente. Le choix de la méthode thérapeutique dans l'invagination prolabée à l'anus dépend de plusieurs facteurs : le délai de consultation, l'état général du patient, l'étiologie de l'invagination, l'existence d'une nécrose intestinale. Les auteurs sont unanimes quant à l'indication de la réduction par technique de lavement en traitement de première intention dans l'invagination intestinale, la chirurgie n'étant réservée qu'aux échecs et contre-indications du lavement ou en cas de suspicion d'une invagination secondaire [8,9,10]. Dans notre contexte la chirurgie était réalisée dans tous les cas. Du fait du délai de consultation particulièrement long, tenter une désinvagination par un lavement serait très risqué. L'existence de nécrose intestinale a conduit à une résection intestinale chez 8 enfants. Cette résection a été suivie d'une anastomose immédiate ou d'une stomie, le choix étant guidé par l'état général de l'enfant. Dans la littérature la majorité des auteurs prônent l'anastomose termino-terminale [3,11]. Chez 3 enfants de notre série qui avaient un état général altéré, nous avons préféré réaliser une stomie. La durée moyenne d'hospitalisation dans notre contexte est supérieure à celle des séries de Rakotoarisoa et al. [12] et de Maazouna et al. [11] qui était respectivement de 5,6 jours et 6 jours. Cela pourrait s'expliquer par les complications post-opératoires et la prolongation de l'hospitalisation pour les enfants présentant une stomie digestive. Quant à la mortalité, elle est élevée comparée à la plupart des séries [13,14]. Trois enfants qui avaient une résection intestinale étendue sont décédés d'un syndrome du grêle court. Deux enfants sont décédés d'une instabilité hémodynamique. La qualité de la réanimation pourrait être incriminée dans ce cas car ce sont des enfants qui ont été reçus avec un mauvais état général. Ainsi une réanimation rigoureuse est indispensable en période péri-opératoire pour améliorer les résultats.

Conclusion

Il existe quelques similitudes entre nos résultats et la plupart des études comparatives concernant les aspects cliniques et thérapeutiques. Cependant nous avons noté des différences ayant trait au délai de consultation qui est long, au pourcentage élevé de nécrose intestinale, à la pratique systématique de la chirurgie, à la durée d'hospitalisation qui est longue et aux taux de morbidité et de mortalité qui sont élevés.

Références

[1] Gaudin J, Lefevre C, Jehannin B. Résultat du traitement des invaginations intestinales aiguës par lavement opaque : à propos de 70 cas. Chir Pediatr 1987;28: 151-4.

[2] Fall I, Ngom G, Sankalé AA, Ndoye M. Invagination intestinale de l'enfant à propos de 20 cas. Dakar Medical 2003;48:194-8.

[3] Gnassingbé K, Akakpo-Numado GK, Attipou K, Tekou H. Invagination intestinale avec boudin prolabé par l'anus chez le nourrisson. Arch Pediatr 2008;15:1672-5.

[4] Nouri A, Mekki M, Belghith M, Krichene I, Chelly S. Invagination intestinale prolabée à l'anus: à propos de 4 cas. Ann Pediatr 1995 ; 42(3):316-8

[5] Franchi S, Martelli H, Paye-Jaouen A, et al. Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. Encycl MC-Pédiat 2005 ; pp 45-57

|6] Chazelet C, Romano L, Baumel H : Une forme rare d'invagination intestinale du nourrisson : l'invagination iléo-caeco-colique totale. Chir Pediatr 1987; 28 : 185-6

[7] Davies MRQ, Cywes S. Colonic intussusception in children. S Afr Med J 1978; 54: 517-9

|8] Grant RL, Piotto L. Benefits of sonographic guided hydrostatic reduction. Australas Radiol 2004;14:621-3

[9] Markowitz RI. Pneumatic versus hydrostatic reduction of intussusception. Radiology 1992;183:623-4

[10] Wood SK, Kim JS, Suh SJ et al. Childhood intussusceptions: US guided hydrostatic reduction. Radiology 1992;187:77-80

[11] Maazouna K, Mekkia M, Sahnouna L Hafsab S, Ben Brahima M,

[12] Rakotoarisa B, Rabarljaona M, Zafitasondry LRAA. Invagination intestinale aiguë du nourrisson : à propos de 22 cas traités chirurgicalement dans le service de chirurgie pédiatrique d'Antananarivo. Med Afr Noire 2001;48 :8-9.

[13] Welch K J, Randolph JG, Ravitch MM, et al. Pediatric Surgery. Chicago: Year Book Medical Publisher;1986; pp 868-82.

[14] She YX. Traitement de l'invagination intestinale avec regard spécial sur la réduction par l'insufflation du côlon. Expérience de 5110 cas. Chir Pediatr 1982;23:373-8.