

INVAGINATION INTESTINALE AIGÜE DU NOURRISSON

A propos de 22 cas traités chirurgicalement

dans le service de chirurgie pédiatrique

au CHU d'Antananarivo

B. RAKOTOARISOA*, M. RABARIJAONA**, ZAFITASONDRY***, L. RABARIOELINA****, A. ANDRIANANDRASANA*****

RESUME

L'invagination intestinale aiguë est un drame digestif du nourrisson. Dans les pays développés son pronostic est nettement amélioré avec tendance à l'annulation de la mortalité. Le but de ce travail a été d'établir les aspects diagnostiques et les éléments pronostiques de cette affection chez les nourrissons malgaches. Sur une période de 18 mois, 22 cas d'invagination intestinale aiguë ont été colligés et traités chirurgicalement. L'âge moyen de nos patients est de 8,1 mois. Le garçon est le plus fréquemment atteint. Les étiologies sont souvent idiopathiques (95,4 %). Le délai moyen du diagnostic est de 44,1 heures. Les douleurs et les vomissements sont les signes les plus fréquemment rencontrés. 45,4 % de nos patients ont eu le boudin d'invagination. La symptomatologie radiologique est très variée. L'unique méthode thérapeutique possible dans notre service a été la réduction chirurgicale. 72,7 % des lésions sont de siège iléo-cæcocolique. La mortalité est estimée à 22,7 % avec une morbidité non négligeable à 18,1 %. Ce travail confirme que cette affection présente une potentialité évolutive grave et la majorité de ces cas mortels était en rapport avec un délai diagnostique et traitement trop long. L'essentiel est d'avoir le réflexe de toujours y penser afin de porter sans délai le diagnostic. Une amélioration de l'infrastructure en matière d'investigation et réanimation infantile de notre centre hospitalier est un impératif pour améliorer, d'une façon certaine, le pronostic de cet accident grave.

Mots clés : invagination intestinale, diagnostic, pronostic.

I - INTRODUCTION

L'invagination Intestinale Aiguë (I.I.A.) est le télescopage d'un segment intestinal dans le segment d'aval (1). C'est une affection grave et dramatique du tube digestif nécessitant un diagnostic précoce et un traitement d'urgence (2). Par faute des moyens disponibles notre choix thérapeutique est limité à la réduction chirurgicale de cette affection. Le diagnostic tardif n'est pas une exception dans un pays en développement comme Madagascar. L'I.I.A. du nourrisson est encore une problématique pour nos médecins. Cette difficulté nous a incité à faire une étude rétrospective de nos cas récents, dans le but d'établir les aspects diagnostiques et les éléments pronostiques de cette affection chez les nourrissons malgaches.

II - PATIENTS ET METHODES

C'est une étude rétrospective qui s'étend sur une période de 18 mois, du mois de janvier 99 au mois de juin 2000. 22 cas d'I.I.A. du nourrisson ont été observés dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU d'Antananarivo.

Tous les dossiers ont été revus en étudiant les paramètres suivants : âge, sexe, étiologie, délai diagnostique, signes d'appel, données cliniques, signes biologiques, données de l'imagerie, protocole opératoire, durée d'hospitalisation, suites opératoires.

Pour notre étude, sont retenus les cas des nourrissons où l'intervention chirurgicale a confirmé la suspicion clinique et radiologique.

Tous les patients ont été opérés, soit par un chirurgien pédiatre ou par un chirurgien généraliste ou un médecin généraliste assistant dans un service de chirurgie. Les malades nous ont été adressés à partir des formations sanitaires de base comme les dispensaires ou envoyés par un médecin pédiatre ou médecin en ville.

* Chirurgien, ancien interne de l'internat qualifiant de Madagascar, Service de Chirurgie Viscérale, CHR Fianarantsoa, BP 1050, 301 Fianarantsoa

** Chirurgien, Service de Traumatologie, CHR Fianarantsoa

*** Médecin Diplômé d'Etat, Cenhosoa Antananarivo (101)

**** Professeur Emérite de Chirurgie Réparatrice à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

***** Professeur Emérite de Chirurgie Pédiatrique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

III - RESULTATS

III - 1 Données épidémiologiques

Nous relevons une moyenne de 3,1 cas par trimestre. L'âge moyen de nos patients est de 8,1 mois avec des extrêmes de 3 mois et 21 mois. La tranche d'âge la plus touchée est située entre 3 mois et 9 mois.

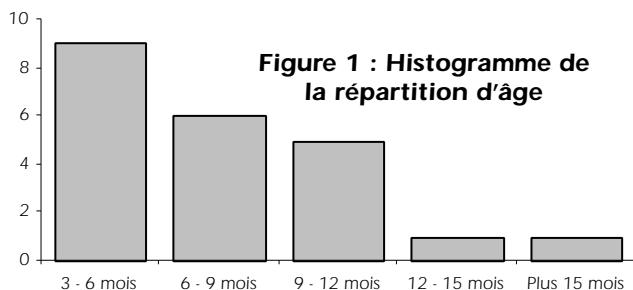


Figure 1 : Histogramme de la répartition d'âge

La prédominance du sexe masculin est évidente dans notre série avec une proportion de 68,18 %.

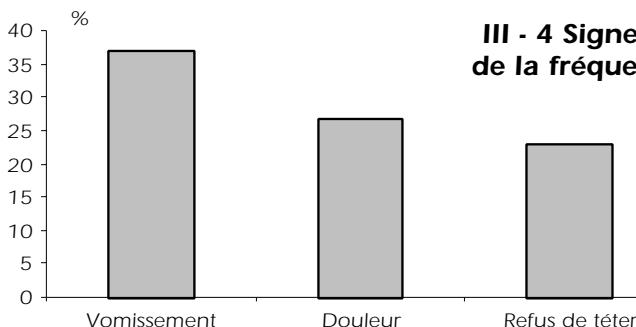
III - 2 Données étiologiques

La grande majorité de I.I.A. chez nos patients est d'origine idiopathique (95,4 %). Un cas seulement est secondaire à un diverticule de Meckel inflammatoire (4,5 %).

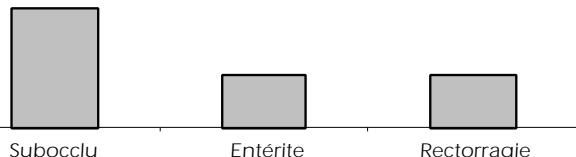
III - 3 Délai diagnostique

La notion de délai diagnostique se définit par rapport à l'heure de début des premiers signes et le temps écoulé au moment de l'admission dans notre service pour poser le diagnostic.

Nous avons un délai moyen de 44,1 heures avec des extrêmes de 6 heures et 5 jours. Cinq patients ont été vus après 3 à 5 jours d'évolution de sa maladie.



III - 4 Signes d'appel : Figure 2 : Histogramme de la fréquence de survenue des signes d'appel

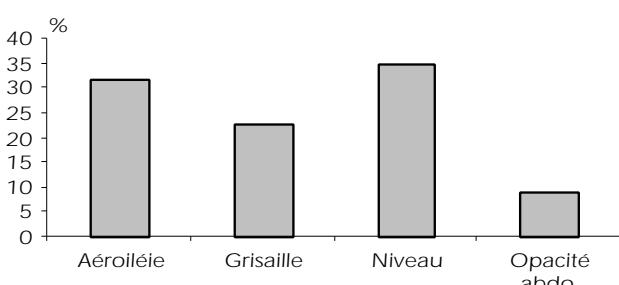


III - 5 Données cliniques

L'examen physique a retrouvé un ballonnement abdominal dans 7 cas, un boudin d'invagination dans 10 cas dont 3 cas prolabés dans le rectum, un doigtier ramenant du sang dans 5 cas, une fosse iliaque vide dans 3 cas, une déshydratation dans 2 cas.

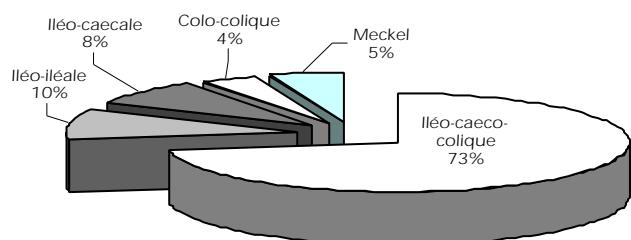
III - 6 Données radiologiques

Figure 3 : La fréquence de survenue de la symptomatologie radiologique



III - 7 Bilan lésionnel

Figure 4 : La répartition des lésions



III - 8 Traitement

L'intervention est conduite sous anesthésie générale, avec intubation. Compte tenu des habitudes de l'opérateur et du tableau clinique à l'admission, la voie d'abord a été transversale droite (13 cas), médiane (8 cas), et oblique (2 cas).

La réduction manuelle douce a été réalisable facilement chez 16 patients. L'appendicectomie complémentaire a

été faite chez 14 malades, et 5 anses infarcies ont été réséquées. L'iléo-cæcoplexie a été pratiquée sur 2 patients.

III - 9 Evolution

En période post-opératoire, les suites ont été simples dans 13 cas. La mortalité postopératoire est estimée à 22,7 % dont 5 cas sur 22 opérés. Les causes sont très variables : défaillance cardiorespiratoire (1 cas), septicémie (1 cas), déshydratation sévère (1 cas), mauvais état général (1 cas), inconnue (1 cas). Nous déplorons une morbidité post-opératoire à 18,1 %. Nous avons une suppuration pariétale sur 2 patients, déshydratation et infection bronchique chez 2 patients.

III - 10 Durée d'hospitalisation

Elle se situe entre 5 et 10 jours. La moyenne est de 5,6 jours.

IV - DISCUSSION

IV - 1 Épidémiologie

a) Fréquence

L'I.I.A. est une des urgences abdominales pédiatriques les plus fréquentes. HAROUNA (3) a trouvé 11 cas, estimés à 2 % de l'ensemble des hospitalisations digestives, sur une période de 20 mois à l'Hôpital National de Niamey. CARCASSONNE (4), a colligé 5 cas seulement par an au centre hospitalier de La Timone. Sur une période de 18 mois dans notre CHU nous avons diagnostiqué 22 cas d'invagination intestinale aiguë. Cette fréquence élevée peut s'expliquer par la considération de notre service comme référence en matière de chirurgie pédiatrique.

b) Age et sexe

De l'étude de notre série, on constate que l'âge moyen de nos patients concorde à celle de la littérature (3, 5, 6). La majorité des cas apparaît dans les deux premières années de la vie avec une fréquence maximale avant 12 mois. Les auteurs sont unanimes sur la prédominance masculine nette de cette affection (3, 5, 7). Certains trouvent un sex-ratio 2 sur 1 (3, 4).

c) Etiologie

Dans la majorité des cas, ce sont les causes idiopathiques qui prédominent, ce qui confirme la constatation faite par Leclair (2). Elle serait liée à une hyperplasie des plaques de Peyer au cours d'une infection.

IV - 2 Diagnostic

a) Délai diagnostique

Pour CARCASSONNE (4), la durée moyenne est de 35,5 heures. Nous avons un délai moyen nettement supérieur avec des extrêmes de 6 heures et 5 jours. Ce retard diagnostique résulteraient d'une part des conditions socioculturelles et économiques de nos populations qui essaient en premier lieu la médication traditionnelle des troubles digestifs avant d'envisager une consultation médicale. En conséquence le patient arrive à l'hôpital à un stade compliqué. D'autre part, dans les structures périphériques le personnel de santé met à tort tous les symptômes digestifs sur le compte de gastro-entérite ou de dysenterie.

b) Signes révélateurs

Dans la littérature (6, 7, 8), ils sont très variables, mais la douleur, les vomissements, les rectorragies sont souvent évoqués. Ils sont liés à l'étranglement des nerfs végétatifs secondaire à la compression des éléments vasculo-nerveux au collet de l'invagination. Nous pensons que la symptomatologie caractéristique habituelle est loin d'être retrouvée de manière systématique, de même l'association de plusieurs signes pathognomoniques ne se retrouve pas toujours.

c) Examen clinique

A l'examen, nous n'avons trouvé de masse abdominale que 7 fois, soit 31,8 % des cas, ce qui est comparable aux résultats publiés par CARCASSONNE (4), mais nettement inférieur à la plupart des séries décrit par BECMEUR (9), ce qui prouve que l'enfant n'est pas bien examiné ou que l'observation est mal prise. Selon LECLAIR (2), la présence d'un météorisme abdominal avec défense, un état de choc, un trouble hydro-électrolytique sont des signes de gravité pour cette affection. Nous sommes d'accord avec ces auteurs qui avancent même que l'émission de sang brunâtre et d'odeur nauséabonde, est le témoin d'une ischémie déjà ancienne.

d) Imagerie

Selon BECMEUR (9), les aspects habituels de l'I.I.A. sur un abdomen sans préparation sont très variables, soit d'un contenu fécal pauvre, opacité représentant le boudin d'invagination avec arrêt net de l'aération colique en amont. Pour nous, c'est la seule imagerie possible à demander. Les manifestations radiologiques sont

très variées aussi (Figure 2). Pour certains auteurs, l'échographie est un examen utile devant un nourrisson suspect de cette affection (10, 12). Pour d'autres, elle n'est à réaliser qu'en cas de doute diagnostique, faisant hésiter à réaliser d'emblée un lavement (13, 14). Nous ne l'avons pas pratiqué, faute de moyens adéquats, et ce d'autant plus qu'elle n'est pas disponible en urgence dans notre unité.

Actuellement les auteurs s'accordent pour dire que l'utilisation d'un lavement opaque a un but exclusivement thérapeutique (10, 13).

IV - 3 Traitement d'urgence

Sur le plan thérapeutique, de nombreuses publications récentes confirment l'intérêt du lavement baryté pour la réduction de l'I.I.A. du nourrisson (15, 17).

Pour BECMEUR (9), avant de décider un traitement non opératoire il faut s'assurer de son innocuité et évaluer ses chances de succès. Aucun de nos malades n'a pu bénéficier de ce traitement dit médical de réduction pour des raisons clinique et technique. Chez nous, la chirurgie reste encore la seule arme thérapeutique logique et disponible car la plupart des patients arrivent à l'hôpital à un stade plus ou moins évolué de sa maladie. Selon BECMEUR (9), l'intervention chirurgicale s'impose en cas de signes généraux inquiétants, des signes d'irritation péritonéale ou d'échec de réduction par lavement.

IV - 4 Evolution et pronostic

Dans la littérature, les auteurs européens prétendent que l'invagination intestinale est une affection bénigne en raison de faible mortalité dans leur service (17, 18). Dans notre étude, la mortalité globale est estimée à 22,7 %. Les étiologies sont variables. La résection intestinale n'est pas forcément cause de décès. Nous avons

eu un décès au premier jour postopératoire chez un enfant n'ayant pas subi de résection. L'I.I.A. exige, quel que soit le traitement, une réanimation pré, per et post-opératoire sans faille, une surveillance stricte menée conjointement par le chirurgien, le réanimateur et l'équipe infirmière et cela pendant toute la période critique (48 heures à 72 heures), le temps de reprise du transit intestinal. Le pronostic est habituellement bon sous réserve d'un diagnostic posé précocement et un traitement d'urgence adéquat. Il est par contre sombre, lorsque le diagnostic est tardif entraînant une souffrance intestinale sévère siège d'une ischémie, évoluant vers une perforation. C'est malheureusement encore le cas dans les pays en développement comme Madagascar, faute de moyens, expliquant le taux de mortalité dans notre série.

V - CONCLUSION

Notre série de 22 cas nous permet d'illustrer la réalité de cette affection à Madagascar. C'est une affection qui présente une potentialité évolutive grave, malgré ses aspects variés. Son diagnostic est rendu difficile par la variabilité des signes d'appel, mais la mise en évidence d'une triade clinique constitue un élément clé du diagnostic. Une prise en charge précoce et correcte doit être de mise pour éviter les complications graves responsables de la mortalité dans notre série. La chirurgie reste encore la seule thérapeutique logique et efficace dans les pays en développement comme Madagascar. Le meilleur élément pronostique réside dans une excellente connaissance des manifestations cliniques de cette affection. Il nous semble donc qu'une amélioration de l'infrastructure en matière d'investigation et réanimation infantile de notre centre hospitalier permettra un meilleur délai diagnostique de cette affection et sa prise en charge précoce et correcte. Cela améliorera d'une façon certaine son pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BOURLIERE N., DEVRED P., PANUEL M.
L'invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant.
Feuilles de radiologie Masson eds. Paris 1989, 29 (3) : 173-179.
- 2 - LECLAIR M.D., PLATTNER V., HELOURY Y.
Invagination intestinale aiguë du nourrisson : physiopathologie, diagnostic, traitement d'urgence.
Rev Prat Paris 1998, 48 : 765-769.
- 3 - HAROUNA Y., TARDIVEL G., ABDOU J., GAMATIE Y.
Pronostic de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson à l'hôpital de Niamey.
Bull Soc Path Ex 1997, 90 (1) :30-32.
- 4 - CARCASSONNE M., ROFFE J., BONNET G.
Invagination intestinale aiguë du nourrisson : Analyse d'une statistique.
Ann Chir Inf, 1977, 18,(6) : 453-475.
- 5 - HERALDOT P. et coll.
Invagination intestinale aiguë du nourrisson.
EMC, Paris. Estomac, intestin (2), 1986, 9044, 110, 7.

Invagination intestinale...

Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (8/9)

- 6 - PAGES R. et coll.
Invagination intestinale aiguë du nourrisson.
Urgences chirurgicales. Detry, 865-872.
- 7 - GIRAUD J.
Invagination intestinale aiguë du nourrisson.
LMM méd du sud-est, 1980, 16, (14) : 3128-3131.
- 8 - GROSS R., WARE P.
Intussusception in childhood. Experience from 610 cases.
Vew Eng, J Med, 1948, 239, 645.
- 9 - BECMEUR F., CHRISTMANN D., BOSSER V.
Invagination intestinale du nourrisson. Une urgence de chirurgie infantile toujours d'actualité.
J Med Strasbourg, 1994, 25 (1-2) : 54-56.
- 10 - RAVITCH M.
Intussusception in infants and children.
Thomas eds, Springfield, 1959.
- 11 - LAM A., FIRMAN K.
Value of sonography including color doppler in diagnosis and management of long standing intussusception.
Pediatric Radiol 1992, 22 : 112.
- 12 - MARKOWITZ I., MEYER J.
Pneumatic versus hydrostatic reduction of intussusception.
Radiol 1992, 183 : 623-624.
- 13 - RATCLIFFE J., FONG S., CHEONG I.
The plain abdominal film in intussusception : The accuracy and incidence of radiographic signs.
- Pediatric Radiol, 1992, 22 : 110.
14 - STRIGER M., PLEDGER G., DRAKE D.
Childhood deaths from intussusception in England and Wales.
Br J Med, 1992, 304 : 737-739.
- 15 - SAUVAGE P.
Invagination intestinale aiguë du nourrisson : physiopathologie, diagnostic, évolution, pronostic, traitement.
Rev. Prat 1995, 45, (2) : 225-230.
- 16 - DUHAMEL B.
Invagination intestinale du nourrisson et de l'enfant.
Nouveau traité de technique chirurgicale, tome II, intestin grêle colon, rectum anus, Paris, 1970, 656-663.
- 17 - PELLERIN D.
Traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson.
In Masson eds ; Chirurgie. Paris : 1981, 107 : 398-400.
- 18 - LACHERETZ M., DEBEUGNY P., HERBAUX B.
Traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson : Lavement hydrostatique ou opération de principe.
In Masson eds. Chirurgie. Paris, 1985, 111 : 682-687.
- 19 - REGUERRE, DREUZY, BOITHIAS.
Une cause méconnue d'ascite fœtale : L'invagination intestinale aiguë.
Arch Pediatr, 1997, 4, (12) : 1197-99.
- 20 - GALIFER R., BOSC O., COUTURE A.
L'invagination intestinale du nourrisson et de l'enfant : évaluation critique de la stratégie diagnostique et thérapeutique.
In Masson eds. pédiatrique. Paris : 1987, 280-284.

Médecine d'Afrique Noire

Le Pharmacien d'Afrique

Odonto-Stomatologie Tropicale

Médecine du Maghreb

sont sur

www.santetropicale.com