



## FAIT CLINIQUE

### LE NŒUD ILEOSIGMOÏDIEN : UNE FORME RARE D'OCCLUSION INTESTINALE. A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS A N'DJAMÉNA, TCHAD.

THE ILEO SIGMOID KNOTTING: A RARE FORM OF INTESTINAL OBSTRUCTION. ABOUT TWO CASES IN N'DJAMÉNA, CHAD.

O CHOUA<sup>1</sup>, MM ALI<sup>2</sup>, M TADAY<sup>3</sup>, A RABO<sup>1</sup>

Service de Chirurgie Générale 1

Service de Gastroentérologie 2

Service de Radiologie 3. Faculté des Sciences de la Santé Humaine/ HGRN, BP 130 N'djaména, Tchad.

## RÉSUMÉ

Le nœud iléosigmoïdien est une forme d'occlusion intestinale par strangulation. Il s'agit d'une occlusion rare qui est due à la survenue simultanée d'un volvulus du sigmoïde et de l'iléon et de l'étranglement respectif de l'iléon ou du sigmoïde dans une hernie dynamique formée par le segment volvulé. A cause de sa symptomatologie atypique, le diagnostic est difficile, portant fréquemment à une nécrose intestinale, ce qui aggrave souvent le pronostic. Nous rapportons deux cas opérés à N'Djaména(Tchad) et discutons la littérature.

**Mots clés:** Nœud iléo sigmoïdien- Volvulus – Strangulation – Occlusion – Nécrose intestinale.

## SUMMARY

The node ileo sigmoid knotting is a rare form of intestinal obstruction by strangulation. It is due to the simultaneous occurrence of a volvulus of the sigmoid and the ileum and of the respective strangulation of the ileum or the sigmoid in a dynamic hernia formed by the volvulated segment. We report about two cases operated in N'Djaména (Chad) and discuss the literature.

**Keywords:** Ileo sigmoid knotting - Volvulus - Strangulation - Intestinal obstruction - Intestinal necrosis.

### Tirés à part

Dr Choua Ouchemi

Email : choualori@hotmail.com

## INTRODUCTION

Le nœud iléosigmoïdien est une forme d'occlusion intestinale par strangulation. Il s'agit d'une occlusion rare qui est due à la survenue simultanée d'un volvulus du sigmoïde et de l'iléon et de l'étranglement respectif de l'iléon ou du sigmoïde dans une hernie dynamique formée par le segment volvulé [1].

Bien que rare, son incidence est élevée en Afrique de l'Est, particulièrement en Ouganda, et dans certains pays d'Asie, tandis qu'elle est exceptionnelle en Europe et aux Etats Unis. Les hommes sont plus concernés que les femmes et le pic d'incidence se situe dans la 4ème décennie [2-5].

A cause de sa rareté, de l'atypie des tableaux radiologiques et des examens biologiques, le diagnostic est souvent difficile et tardif. Cela entraîne souvent une gangrène ischémique et la nécrose des segments étranglés. Nous présentons deux observations avec une revue de la littérature.

## OBSERVATION N° 1

Un homme de 38 ans, sans antécédent médico-chirurgical s'était présenté aux urgences pour une douleur abdominale d'apparition brutale, et des vomissements postprandiaux survenues 12 heures avant l'admission. Il s'était associé un arrêt des matières et des gaz. L'examen à l'entrée avait retrouvé un bon état hémodynamique, un abdomen météorisé sensible dans son ensemble. Le toucher rectal était normal. A la numération formule sanguine (NFS) on notait une anémie à 10,8 g/dl. La radiographie de abdomen sans préparation (ASP) a mis en évidence une volumineuse colique en double jambage avec un niveau hydro-aérique plus large que haut, central, le tout évoquant un volvulus du sigmoïde (Image 1). Un traitement à base d'antispasmodiques, d'antalgiques, et de solutés de réhydratation a été instauré. Devant ce tableau d'occlusion, nous avons procédé à une laparotomie exploratrice. A l'ouverture nous avons retrouvé : une boucle sigmoïdienne volvulée et nécrosée (Image 2), un épanchement liquidien séro hématisé fétide de 300 cc. Au niveau de la zone de torsion du colon, on distinguait des anses iléales nécrosées, circonscrivant le pied de la boucle du sigmoïde. Nous avons procédé à la résection mono-bloc de tout le segment iléal nécrosé (70 cm) s'arrêtant à 15 cm du carrefour iléo-caecal avec anastomose iléo-iléale ainsi qu'une résection du sigmoïde type Hartmann (Images 3, 4, 5). Les suites opératoires étaient simples avec une sortie à J 9. Le rétablissement de continuité colique a été fait à 8 semaines post opératoire.



Image 1 : ASP du premier patient



Image 2: Volvulus nécrosé du sigmoïde.

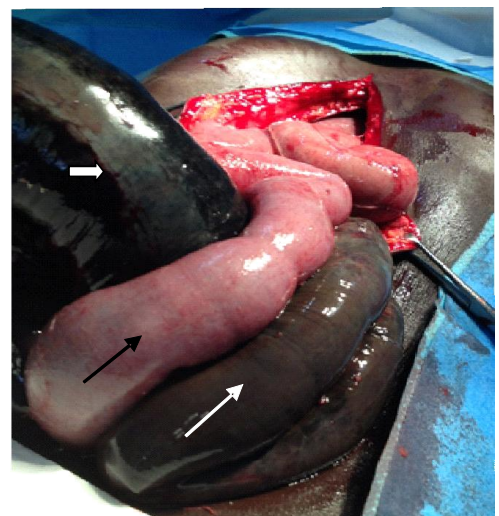


Image 3 : Sigmoïde nécrosé (flèche blanche pleine), anse grêle saine (flèche noire simple), et anse grêle nécrosée (flèche blanche simple).



Image 4 : Anse grêle nécrosée, réséquée



Image 5 : Colon sigmoïde reséqué

## OBSERVATION N° 2

Monsieur BF, âgé de 26 ans reçu pour douleurs abdominales spasmodiques évoluant depuis 6 heures avant l'admission. L'examen à l'entrée avait permis de noter un météorisme localisé aux deux hypocondres et à l'épigastre, et une défense à la palpation. Le bilan biologique était normal. L'ASP avait montré une image en faveur d'un volvulus du sigmoïde et quelques rares niveaux iléaux. Après une brève réanimation, le patient a été opéré en urgence. La laparotomie a retrouvé un nœud iléo-sigmoïde avec nécrose d'anse grêle et colique. La résection avait emporté 2,5 m de grêle avec anastomose iléo-iléale termino-terminale à 50 cm de la valvule iléo-caecale. La résection du sigmoïde a été suivie d'une anastomose colorectale immédiate. Les suites opératoires étaient simples avec sortie à J10 post opératoire.



Cas n°2: Nœud iléo sigmoïde (bout de la pince). Colon nécrosé vers le bas, anses grêles nécrosées et saines en haut.

## DISCUSSION

Le nœud iléo sigmoïdien est une cause rare d'occlusion intestinale et correspond à l'étranglement simultané de l'iléon et du colon sigmoïde. Il concerne surtout la population de l'Afrique de l'Est, de certains pays asiatiques, du Moyen Orient, et son incidence est très faible en Europe et aux Etats-Unis [1-5]. Comme dans notre étude, l'homme est particulièrement touché dans sa quatrième décade [1, 2, 4,6]. La gravité de la maladie découle du diagnostic souvent tardif à cause de sa rareté, et de la non spécificité des symptômes [1-8]. La douleur centro-abdominale aigue puis progressive est un signe constant comme dans notre observation. Les troubles du transit sont inconstants [9]. Par ailleurs, l'ASP, bien que montrant des signes d'occlusion voire de volvulus du sigmoïde, ne permet de poser le diagnostic de nœud iléo-sigmoïdien. Le scanner abdominal, lorsqu'il est réalisé, montre le signe classique du "tourbillon" du volvulus, crée par le mésentère et l'intestin torsadés, et par les branches afférente et efférente du colon qui apparaissent en forme de bec. La torsade peut apparaître sur plusieurs scansions dans le nœud iléosigmoïdien, ce qui n'est pas le cas en cours de volvulus simple du sigmoïde. De même, la distribution radiale de l'intestin et des vaisseaux mésentériques peuvent orienter vers le diagnostic. La prise en charge tardive porte à un taux de nécrose intestinal qui varie de 74% à 100% [1,9-10].

L'étiologie du nœud iléosigmoïdien reste controversée, mais il semblerait que des conditions anatomiques prédisposantes et un type d'alimentation particuliers soient incriminés. Il s'agit d'un intestin très mobile à cause de son méso large alors que la racine de ce méso est courte facilitant sa torsion [1-2, 6, 9-10]. L'autre condition nécessaire est un régime alimentaire riche en fibres végétales rejoignant rapidement un intestin grêle vide. Il a été ainsi rapporté une fréquence plus élevée de volvulus iléosigmoïdien chez certaines populations africaines ayant un seul repas journalier [2-4,10]. La réplétion rapide du jéjunum favoriserait sa descente dans le pelvis et sa torsion autour de l'iléon vide emportant ainsi la boucle sigmoïdienne; le péristaltisme aggraverait le nœud [1,8-10]. Selon le mécanisme de formation du nœud, Alver et al [1] ont décrit 3 types de nœud iléosigmoïdien. Nos deux observations ont concerné un volvulus iléosigmoïdien de Type I selon Alver [1], qui est le plus fréquent et survient quand l'iléon (élément actif) se volvule autour du colon sigmoïde.

La résection des fragments jéjunaux et coliques s'imposait à cause de la nécrose intestinale. Un rétablissement de la continuité digestive par une anastomose iléo-iléale termino-terminale et une colostomie selon Hartmann ont été réalisés dans le premier cas. C'est l'un des traitements préconisés dans ce cas de figure [7]. Une anastomose colo-colique est également envisageable chez les patients stables et sans contamination de la cavité péritonéale, comme notre deuxième cas.

La mortalité du nœud iléo-sigmoïde varie de 0% à 48% [1-2,6], et semble étroitement corrélée à la durée des symptômes, à la gangrène intestinale et à la présence d'un état de choc [1-2, 10].

### CONCLUSION

Le nœud iléosigmoïde est une cause d'occlusion intestinale qu'il faut considérer dans la pratique chirurgicale en Afrique. Un diagnostic préopératoire précoce et une prise en charge chirurgicale rapide peuvent améliorer le pronostic de cette pathologie.

### RÉFÉRENCES

1. Alver O, Oren D, Tireli M, Kayabasi B, Akdemir D. Ileosigmoid knotting in Turkey. Review of 68 cases. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:1139-47.
2. Shepherd JJ. Ninety-two cases of ileosigmoid knotting in Uganda. *Br J Surg* 1967; 54: 561-6.
3. Kedir M, Kotisso B, Messele G. Ileosigmoid knotting in Gondar teaching hospital north-west Ethiopia. *Ethiop Med J* 1998; 36:255-60.
4. Gibney EJ, Mock CN. Ileosigmoid knotting. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:855-7.
5. Akgun Y. Management of ileosigmoid knotting. *Br J Surg* 1997; 84:672-3.
6. Machado NO. Ileosigmoid knot: A case report and literature review of 280 cases. *Ann Saudi Med* 2009; 29(5):402-406.
7. Kotisso B, Bekele A. Ileosigmoid knotting in Addis Ababa: A three year comprehensive retrospective analysis. *Ethiop Med J* 2006; 44(4):1139-1147.
8. Burrah R, Menon A, Pathan H, Ravikanth R, Kilpadi A. The ileosigmoïde Knot. *Indian J Surg* 2010; 72:140-142.
9. Bensardi F, Elhattabi K, Fadil A, et al. Le nœud iléosigmoïdien: à propos de 2 cas. *Pan Afr Med Jr* 2012 ; 11:43-49.
10. El Bouhaddouti H, Lamrani J, Louchi A, et al. Double volvulus iléo sigmoïdien. *J Chir* 2009; 146:495-496.