

CAS CLINIQUE

**QUATRUPLE INVAGINATION INTESTINALE AIGUE DU GRELE  
SUR ADENOLYMPHITE MESENTERIQUE : A propos d'un cas**

KEITA.M\*, SAMAKE.B\*, TRAORE.BZ\*, CAMARA.M\*\*\*, BEYE.SA\*\*\*\*, BAH.A,  
Samuel.D\*

\*Service de chirurgie générale, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali

\*\* Service imagerie médicale, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali

\*\*\* service d'anesthésie réanimation ,Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali

\*\*\*\* Service de pédiatrie, Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali

Correspondant : Dr Keita Mahamoudou, Chirurgien [drkeitus@yahoo.fr](mailto:drkeitus@yahoo.fr)

**RESUME :**

Nous rapportons un cas de quadruple invagination intestinale aiguë sur adénolymphite mésentérique évoqué à l'échographie et confirmé en per opératoire. Il s'agissait d'un patient de 25 mois référé en consultation chirurgicale pour une douleur et une distension abdominale sans trouble du transit. La douleur était d'apparition brutale, intense, diffuse, sans facteurs déclenchant évoluant depuis une semaine. L'examen physique avait objectivé un abdomen distendu, sensible, sans masse palpable avec un tympanisme à la percussion. Les orifices herniaires étaient libres et les bruits hydro-aériques diminués. L'ampoule rectale était vide au toucher rectal. L'échographie abdominale avait conclu à une invagination iléoiléale confirmée à la laparotomie et la découverte fortuite de 3 invaginations jejuno-jejunales sur adénolymphite mésentérique. Le geste avait consisté à une désinvagination avec des suites post opératoires simples.

**SUMMARY :**

*We report a case of quadruple intussusception on mesenteric adenitis evoked by ultrasound and confirmed in laparotomy. It was about a patient of 25 months receipt for a pain and an abdominal distension without trouble of the transit. The pain was of brutal, intense apparition, distribute, without factors triggering evolving since one week, a consultation was done before the abdominal distension, The physical exam objectified an abdomen distended with tympanisme to the percussion, sensitive, without palpable mass. The openings herniaires was free and the noises decreased hydro aériques. The rectal bulb was empty to the rectal touch. The abdominal ultrasound evoked to an ileal intussusception confirmed to the laparotomy. The fortuitous discovery of 3 jejuno-jejunal intussusception on mesenteric adenitis. The gesture consisted to a désinvagination with continuations post operative simple.*

**INTRODUCTION**

L'invagination intestinale aiguë est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez le nourrisson et l'enfant de moins de 2 ans.

Elle se définit par la pénétration d'un segment d'intestin dans la lumière du

segment qui lui est immédiatement adjacent par un mécanisme de retournement en doigt de gant. Elle est liée à un trouble du péristaltisme intestinal dont l'étiologie reste encore mal élucidée.

L'invagination est fréquente chez les enfants, Le diagnostic est posé sur des

arguments cliniques dans la forme classique de colique abdominale. Elle sera faite de selles glairo-sanguinolente et la palpation d'une masse ou un vide du quadrant inférieur de l'abdomen. Dans certains cas, ces signes ne sont pas toujours présents d'où le polymorphisme dans sa présentation clinique [1]

La majorité des cas d'invagination pendant l'enfance est de type iléo-colique. L'invagination du grêle est rare mais plus fréquente chez les enfants de plus de deux ans [2,3].

L'échographie est d'une grande spécificité et sensibilité dans le diagnostic de l'invagination iléo-caecale [4,5].

L'invagination pure du grêle est rare et de diagnostic échographique difficile [6,7]

Nous rapportons un cas d'invagination multiple du grêle sur adénolymphite mésentérique évoqué à l'échographie et confirmé en per opératoire chez un enfant de 25 mois.

### **OBSERVATION**

Il s'agissait d'un enfant de 25mois, référé pour douleur et distension abdominale, correctement vacciné, sans antécédent médico-chirurgical.

Le début de la symptomatologie remonterait à une semaine avant la consultation marquée par l'apparition brutale d'une douleur abdominale, des cris plaintifs sans notion de vomissement ni de diarrhée. Cette douleur était calmée temporairement par l'administration par les parents, des antalgiques et des décoctions de plante. Devant l'apparition d'une distension abdominale et de fièvre ; les parents avaient fait consulté l'enfant au centre de santé de leur localité et une référence était effectuée.

A l'examen physique, l'état général était bon, les conjonctives étaient moyennement colorées, on notait une fièvre à 39°C. L'abdomen était symétrique, distendu, pas de cicatrice de laparotomie, pas de circulation veineuse collatérale A la palpation on notait : un abdomen sensible, rénitente, sans masse ni organomégalie.

Un tympanisme diffus et une diminution des bruits hydro-aériques étaient retrouvés. Au Toucher Rectal, la marge anale était propre, l'ampoule rectale était vide. L'examen cardio-pulmonaire était sans particularité.

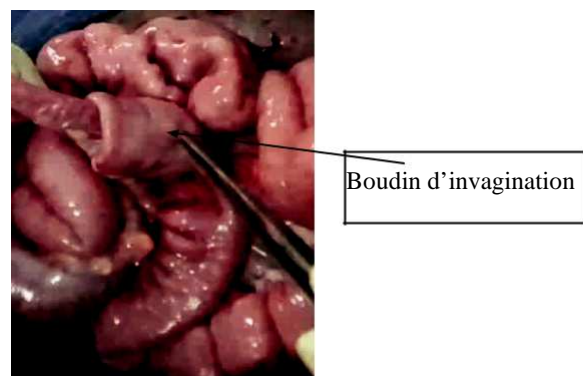
La numération formulaire sanguine avait montré une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une anémie normocytaire, normochrome avec un taux d'hémoglobine à 7g/dl.

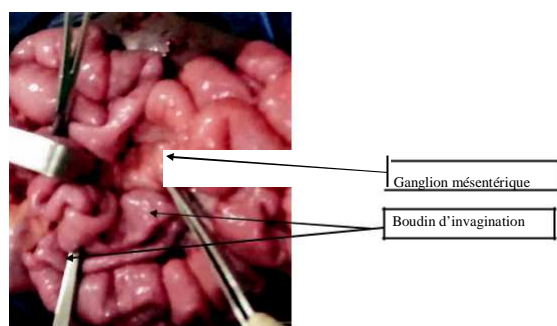
L'échographie avait conclu à une invagination intestinale aiguë par la mise en évidence au niveau de la fosse iliaque droite, d'une masse complexe formée par l'introduction de segment d'anse intestinale dans un autre en forme de cocarde en coupe transversale et de sandwich en coupe longitudinale sans signe d'ischémie ou de nécrose.

L'intervention chirurgicale avait consisté à une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Elle a permis de confirmer la présence d'une invagination iléo-iléale à 15cm de l'angle iléo-caecal et de 3 autres boudins d'invaginations successive jejuno-jejunaux sans nécrose, espacées de 10 à 20 cm les unes des autres avec de multiples adénopathie mésentérique (Figure 1) et (Figure 2). Le geste a consisté à une désinvagination boudin par boudin, lavage et fermeture.

Les suites opératoires ont été simples avec la sortie du malade à J9 d'hospitalisation

### **Figure1:Vue opératoire**



**Figure 2 Vue opératoire****COMMENTAIRES**

Entre 3 mois et 3 ans, l'évocation d'une invagination intestinale aiguë, en présence de douleurs abdominales répétées associées à des vomissements, doit être systématique. Dans plus de 90 % des cas, il s'agit d'invaginations dites « idiopathiques » de survenue sur une adénolymphite mésentérique et de participation iléo-colique. Les invaginations pures du grêle ou du côlon sont rares, de même que celles dites « Secondaires ».

L'invagination représente une urgence diagnostique et thérapeutique compte tenue du double risque d'occlusion par trouble du transit et de perforation par nécrose de l'anse. L'échographie a une grande spécificité et sensibilité dans le diagnostic de l'invagination iléo-caecale [3,4]. L'invagination pure du grêle est rare et de diagnostic difficile à l'échographie [5,6]

Dans notre cas, quatre invaginations étagées purement grélique sans signe d'ischémie avec de multiples adénites mésentériques à la laparotomie, corrobore l'origine idiopathique de la maladie chez l'enfant [8]. La distension et le tympanisme abdominal diffus ont été les signes positifs retrouvés. Cela dénote de la difficulté diagnostique dans les formes cliniques atypique de l'invagination intestinale aiguë.

L'échographie abdominale avait conclu à une invagination intestinale aiguë avec une

description correspondant à la première invagination iléo-iléale proche du caecum, les trois autres jejuno-jejunaux étaient découvertes à l'exploration chirurgicale. La rareté de multiple invagination sur le grêle et la difficulté de diagnostic échographique doivent inciter le chirurgien à une exploration minutieuse et complète afin d'éviter les complications post opératoire gravissime.

**CONCLUSION**

L'invagination intestinale aiguë est une urgence chirurgicale pédiatrique et la principale cause d'occlusion par obstruction chez le nourrisson. Les invaginations étagées restent une éventualité possible, sa recherche doit être effectuée en per opératoire. Le pronostic dépend de la rapidité diagnostique et thérapeutique.

## Références

1. Daneman A, Alton DJ. Intussusception issues and controversies related to diagnosis and reduction. *Pediatr Gastrointest Radiol* 1996;34(4): 743-56.
2. Ko SF, Lee TY, Ng SH, Wan YL, Chen MC, Tiao MM, et al. Small bowel intussusception in symptomatic pediatric patients : Experiences with 19 surgically proven cases. *World J Surg* 2002 ;26 :438-43.
3. Kornecki A, Daneman A, Navarro O, Connolly B, Manson D, Alton DJ. Spontaneous reduction of intussusception : clinical spectrum, management and outcome. *Pediatr Radiol* 2000 ; 30 : 58-63.
4. Verschelden P, Filiatrault D, Garel L, Grignon A, Perreault G, Boisvert J, et al. Intussusception in children: Reliability of US in diagnosis - A prospective study. *Radiology* 1992;184:741-4. †
5. Hryhorczuk AL, Strouse PJ. Validation of US as a first-line diagnostic test for assessment of pediatric ileocolic intussusception. *Pediatr Radiol* 2009;39:1075-9. †
6. Ko SF, Lee TY, Ng SH, Wan YL, Chen MC, Tiao MM, et al. Small bowel intussusception in symptomatic pediatric patients: Experiences with 19 surgically proven cases. *World J Surg* 2002;26:438-43. †
7. Tiao MM, Wan YL, Ng SH, Ko SF, Lee TY, Chen MC, et al. Sonographic features of small-bowel intussusception in pediatric patients. *Acad Emerg Med* 2001;8:368-73. †
8. Les urgences abdominales non traumatiques de l'enfant. K Lambot (1), LC Lougue-Sorgho (1), G Gorincour *J Radiol* 2005 ; 86 :223-33.