

Pronostic de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson à l'hôpital national de Niamey (Niger).

A propos de 11 cas traités chirurgicalement.

Y. Harouna (1), G. Tardivel (1), I. Abdou (2), Y. Gamatie (3), S. Mariama (3) & M. Bia (1) (4)

(1) Service de chirurgie, Hôpital national de Niamey, Niger.

(2) Service des post-opérés et soins intensifs, Hôpital national de Niamey.

(3) Service de pédiatrie A, Hôpital national de Niamey, Niger.

(4) Manuscrit n°1769. « Clinique ». Accepté le 23 septembre 1996.

Tirés à part : Docteur Harouna Yacouba, Centre Hospitalier Saint-Vincent, Service de chirurgie viscérale, boulevard Belfort 59000 Lille.

Summary: Prognosis of acute intestinal invagination of the nursling at the National Hospital of Niamey (Niger). Concerning 11 cases surgically treated.

Key-words: Acute intestinal invagination of nursling - Prognosis factors - Niger - Africa

In order to precise the different prognosed factors of the acute intestinal invagination of the nursling, authors hereby report results of a prospective study lead in the department of general surgery during the period of January 1989 to August 1990.

Eleven nursling have been operated during that period. The study of their files showed that the standard clinical triad of the acute intestinal invagination theoretically taught in the schools of health sciences, is never definitive. The diagnostic lateness and indeed therapeutic and the lack of adequate means of pediatric resuscitation constituted the main prognosed factors of this affection. The clinical board of the patients is that of an advanced occlusion or that of a serious peritonitis. The surgical operation often consisted in an intestinal resection. The immediate mortality was heavy: 55 %.

The authors hereby stress the necessity of a training-informing-sensitizing of the health staff in the primary sanitary facilities and the populations.

Résumé :

Dans le but de préciser les différents facteurs pronostiques de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson, les auteurs rapportent ici les résultats d'une étude prospective menée dans un service de chirurgie générale durant la période de janvier 1989 à août 1990.

Onze nourrissons ont été opérés pendant cette période. L'étude de leurs dossiers montre que la classique triade clinique de l'invagination intestinale aiguë est exceptionnellement au complet. Le retard diagnostique et donc thérapeutique et le manque de moyens adéquats de réanimation pédiatrique constituent les principaux facteurs pronostiques de cette affection. Le tableau clinique des patients est celui d'une occlusion avancée ou d'une péritonite grave. L'intervention chirurgicale a souvent consisté en une résection intestinale. La mortalité immédiate a été lourde : 55 %.

Les auteurs soulignent ici la nécessité d'une formation-informationsensibilisation du personnel de santé dans les structures sanitaires de base et des populations.

Mots-clés : Invagination intestinale aiguë du nourrisson - Facteurs pronostiques - Niger - Afrique

Introduction

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est un drame digestif du nourrisson. Dans certains pays, le développement de la technologie a permis une nette amélioration du pronostic de cette affection avec tendance à l'annulation de la mortalité. Dans les pays sous-développés comme le Niger, le pronostic de l'IIA reste inchangé. Nous rapportons ici 11 cas d'IIA opérés dans notre service de chirurgie générale « adulte ». Le retard diagnostique, les problèmes de réanimation, le manque de chirurgien pédiatre ont obligé des chirurgiens généralistes à opérer des nourrissons en très mauvais état général.

Malades et méthodes

Notre étude est rétrospective et s'étend sur une période de 20 mois (janvier 1989-août 1990). Les malades nous ont

été adressés à partir des formations sanitaires de base (dispensaires et PMI). Pour notre étude, nous avons retenu les cas où l'intervention chirurgicale a confirmé la suspicion clinique et uniquement les cas des nourrissons (de 2 à 24 mois).

Résultats

Age et sexe

L'âge moyen de nos patients est de 8 mois avec des extrêmes de 3 mois et demi et 24 mois. Nos 11 malades comprenaient 8 garçons et 3 filles.

Etiologies

Une anomalie mésentérique ou pariétale (état inflammatoire local ; adénolymphite mésentérique ; pseudo-tumeur iléo-cæcale) n'a été retrouvée que chez 3 patients.

Période de survenue de l'IIA

Sept de nos patients avaient été recrutés au cours des deuxièmes trimestres des 2 années consécutives (avril-mai-juin).

Délai diagnostique

Entre le début de la symptomatologie et l'admission aux urgences chirurgicales, il s'est écoulé en moyenne 55 heures avec des extrêmes de 6 heures et 5 jours.

- Un seul malade a été vu avant la 24e heure d'évolution.
- Six malades ont été admis au-delà de la 24e heure mais avant la 72e heure.
- Enfin, 4 patients ont été vus après 3 à 5 jours d'évolution de la maladie.

Symptômes et tableaux cliniques

La classique triade clinique de l'IIA (douleur abdominale paroxystique, vomissements et sang dans les selles) n'a jamais été retrouvée au complet. Ces signes sont restés isolés ou associés deux à deux : très souvent douleur abdominale typique et sang dans les selles (8 fois sur 11) ; douleur et vomissements dans 3 cas et douleur associée à un refus de sein (ou du biberon) dans 10 cas.

Dans les 3/4 des cas, les malades nous ont été adressés à partir de structures sanitaires périphériques (dispensaires et PMI) pour syndrome occlusif ou ballonnement abdominal et dans 50 % des cas, le diagnostic a pu être établi à l'interrogatoire et l'examen physique. Trois de nos patients nous ont été adressés par le service de pédiatrie A avec un diagnostic pré-établi.

Sept de nos patients ont été admis avec une altération grave de l'état général et déshydratation ; dénutrition et des signes de toxo-infection plus ou moins graves.

L'examen physique a retrouvé le boudin d'invagination dans 4 cas ; dans 7 cas le doigtier a ramené du sang et dans tous les autres cas cet examen physique a été gêné par la distension abdominale trop importante et/ou par la réaction péritonéale déjà installée.

Bilan paraclinique

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) a été systématique chez tous les malades : elle montre des signes d'occlusion du grêle dans 6 cas ; une aérocolie diffuse dans 3 cas et sans particularité dans 2 cas.

L'échographie et le lavement baryté ne sont pas des examens disponibles en urgence dans notre hôpital : aucun de nos patients n'a pu en bénéficier.

En dehors de nos patients venant du service de pédiatrie, le bilan biologique pour tous les autres se résume à l'hémo-gramme et au groupe sanguin.

Traitement

L'intervention chirurgicale a été l'unique méthode thérapeutique. Les méthodes médicales ont été exceptionnellement utilisées : une seule fois, soldée par un échec. Nous n'avons plus jamais essayé la réduction médicale pour plusieurs raisons : d'abord l'état général grave des patients témoin de la sous-estimation de l'heure du début par les parents (pour la plupart illettrés), ensuite et surtout parce que les conditions idéales ne sont pas requises (proximité de la radiologie et du bloc opératoire par exemple).

Nos 11 patients ont donc été opérés par des chirurgiens généralistes sous anesthésie générale après quelques heures de réanimation. Compte tenu des habitudes des opérateurs et surtout du tableau clinique à l'admission, la voie d'abord a fréquemment été la médiane à cheval sur l'ombilic (7 cas) ; rarement sus-ombilicale (3 cas) ou transversale sus-ombilicale (1 cas). En per-opératoire, nous avons découvert 7 cas d'invagination iléo-colique, 2 cas d'invagination iléo-iléale, 1 invagination jéjuno-jéjunale et 1 colo-colique gauche. La désinvagination manuelle n'a été possible que dans 3 cas ; dans les 8 autres cas, nous avons pratiqué des résections intestinales. Ces résections ont emporté selon l'importance des lésions le grêle terminal (3 cas) ; l'iléon et le cæcum (2 cas) ; l'iléon jusqu'au côlon transverse (2 cas) et même une partie du côlon gauche dans 1 cas. Le rétablissement de la continuité digestive a été immédiate dans 3 cas et une stomie a terminé l'intervention dans les autres cas.

Les suites opératoires

Elles ont été simples dans 5 cas seulement. Chez nos patients survivants nous n'avons noté aucune complication : reprise du transit et de l'alimentation à la fin de la 48e heure pour les enfants n'ayant pas subi de résection intestinale et vers la 72e heure post-opératoire pour les autres. L'évolution pondérale post-opératoire a été sans particularité par rapport à celle des enfants non opérés. Nous déplorons ici le décès post-opératoire immédiat de 6 de nos patients (55 %) : 3 le jour même de l'intervention et 3 autres le lendemain.

Commentaires et discussion

De l'étude de notre série, on constate que l'âge moyen de nos patients concorde avec celui de BOURLIÈRE et coll. (1) et HELARDOT (6) qui avaient déjà constaté que l'affection survenait essentiellement entre 4 et 12 mois. Il en est de même pour PAGES et coll. (8) pour qui l'IIA survient avant la fin de la 1re année dans 70 à 80 % des cas.

La prédominance masculine nette (8 garçons pour 3 filles : un rapport de 2/1) concorde avec les résultats des travaux de HELARDOT (6) qui trouvait 1,5 à 2 garçons pour une fille. Il est rare de trouver une étiologie particulière à l'origine d'une IIA (9). La grande fréquence de l'affection aux mois d'avril-mai-juin s'expliquerait par le fait que ce trimestre de l'année correspond à la période de grande chaleur pendant laquelle surviennent de nombreuses affections virales de la sphère ORL de l'enfant.

Nous avons constaté un délai diagnostique moyen de 55 heures : jamais dans la littérature un tel retard n'a été publié. Ce retard diagnostique résulterait :

- d'une part, des conditions socio-culturelles et économiques de nos populations qui essaient toujours une médication traditionnelle des troubles digestifs (brevage, ablutions et prières) 3 à 4 jours avant d'envisager une consultation médicale. Ce long délai explique aisément le tableau d'occlusion avec déshydratation, dénutrition et altération grave de l'état général à l'admission. Le pronostic devient particulièrement sévère pour peu qu'on s'imagine l'état nutritionnel antérieur de ces malades issus pour la plupart de milieux sociaux très défavorisés ;
- d'autre part, des habitudes du personnel médical dans les structures périphériques : la première consultation a généralement lieu dans un dispensaire ou une PMI ; là où le

personnel met à tort tous les symptômes digestifs sur le compte de gastro-entérite ou de dysenterie.

Nos confrères médecins et leurs infirmiers dans les dispensaires et PMI ignoraient-ils encore en 1990 l'appel lancé par CRAM et WANSDROUGH en 1952 au Canada : « il est du devoir de tout médecin d'éliminer une IIA chez tout enfant qui refuse de manger ou qui rejette après une période de quelques heures » (4).

Les méthodes médicales de réduction ne sont jamais essayées pour des raisons cliniques et techniques.

La chirurgie reste encore la seule arme thérapeutique. Une chirurgie souvent lourde sur un enfant à l'état général altéré dans les conditions sus-décrites ne peut donner que des résultats « catastrophiques » (10). Huit de nos patients ont subi une résection intestinale plus ou moins étendue (72,7 %). Le type de l'invagination iléo-colique prédominant (7 cas) est conforme aux résultats des travaux antérieurs (1, 3). Nous avons noté un aspect tumoral de la paroi intestinale dans nos 2 cas d'invagination jéjuno-jéjunale et colo-colique gauche. Aucune méthode de réanimation moderne en chirurgie digestive (7, 11) n'est réalisable dans notre hôpital. Nos résultats ne sont pas comparables à ceux des auteurs qui prétendent que l'IIA est une affection « bénigne » par la faiblesse de sa mortalité dans leur service. La mortalité était lourde dans notre série : 6 de nos 11 patients. La résection intestinale n'est pas forcément cause de décès : 2 de nos 3 seuls malades n'ayant pas subi de résection intestinale sont décédés en post-opératoire immédiat. L'IIA exige, quel que soit le mode de 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 à 72 heures, le temps de reprise du transit intestinal. Cet enfant évoluera sur tous les plans comme les enfants non opérés.

Conclusion

Evoquer une invagination intestinale aiguë devant tout **E**drôme abdominal du nourrisson permettrait sans doute un diagnostic clinique précoce, une admission dans les meilleurs délais à l'hôpital et une amélioration pronostique certaine de l'affection dans notre pays.

Références bibliographiques

1. BOURLIÈRE-NAJEAN et coll. - L'invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. *Feuillets de radiologie*, 1989, **29**, 173-179.
2. CHIGOT P-L - Invagination intestinale du nourrisson. *EMC*, Paris, TCD, tome 2, 40595.
3. DUHAMEL B - Invagination intestinale du nourrisson et de l'enfant. *Nouveau traité de technique chirurgicale*, T. XI, Intestin grêle, côlon, rectum anus, 656-663.
4. GRUNER et coll. - Invagination intestinale de l'enfant. *EMC*, Paris. Pédiatrie (2), 4010, p. 10, 3-1981.
5. HELARDOT P. G et coll. - Invagination intestinale aiguë du nourrisson. *EMC*, Paris. Estomac, intestin (2), 9044, 110, 7-1986.
6. HELARDOT P. G - Invagination intestinale aiguë, chirurgie digestive de l'enfant, avril 1990, p. 437-444.
7. NEGRI P. G et coll. - Alimentation entérale précoce par jéjunostomie en chirurgie digestive lourde. Analyse de 75 cas. *Ann. Chir.*, 1985, **39**, 215-218.
8. PAGES R et coll. - Invagination intestinale aiguë du nourrisson. *Urgences chirurgicales*, Detry, 865-872.
9. PAUL J. L et coll. - L'invagination intestinale aiguë du nourrisson. *Quest. Méd.*, 1980, **33**, 1275-1278.
10. QUINTREC Y et coll. - Pathologie intestinale. Supplément au n° 11. *Concours médical*, mars 1974.
11. RICOUR C et coll. - Résection intestinale étendue du grêle chez l'enfant. *Arch. Pédiat.*, 1985, **42**, 285-290.