

Cas Clinique

Invagination Intestinale Aigüe Post Traumatique chez un Grand Enfant

Acute Post Traumatic Intestinal Invagination in an Older Child

Mantho Fopa P^{1,2}, Nyanit Bob³, Engbang J^{1,2}, Mouafo Tambo F³, Ngowe Ngowe M²

Affiliations

1. Service de Chirurgie pédiatrique, Hôpital Laquintinie de Douala (HLD)
2. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala
3. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

Auteur correspondant

Mantho Fopa Pauline - Chirurgienne Pédiatrique, Tel: 00237 690687823

Email : mapaulefr2002@yahoo.fr

Mots clés : Invagination intestinale secondaire ; grand enfant ; retard diagnostic ; sévices corporels ; Douala.

Keywords : Secondary intestinal invagination; child; delayed diagnosis; physical abuse; Douala.

RÉSUMÉ

Introduction. L'invagination intestinale aigüe est une urgence médicochirurgicale. Chez le grand enfant, la cause reste secondaire. Le retard diagnostique peut engager le pronostic vital de l'enfant. **Observation.** Nous rapportons le cas d'un garçon de neuf ans qui témoigne avoir été victime d'un abus sexuel par voie anale par un septuagénaire en Octobre 2022. S'en est suivie une rectorragie non documentée. Au bout de sept jours s'installe une altération de l'état général et un syndrome occlusif. Faisant suite à une errance diagnostique durant 3 semaines, il est admis aux urgences médico-chirurgicales pédiatriques de l'Hôpital Laquintinie de Douala. La réalisation d'un scanner abdominal a mis en évidence un boudin d'invagination Colo-Sigmoïdien, associé à un important épanchement péritonéal avec souffrance intestinale. Une indication opératoire après une réanimation hydroélectrolytique met en évidence un boudin colo-colique dé-péritonisé et non perforé. Une réduction manuelle laborieuse a été possible ; la colostomie de dérivation a été indiquée et réalisée sous anesthésie générale. Les suites opératoires ont été simples et au bout de six semaines un rétablissement de la continuité digestive a été effectué. La prise en charge post opératoire de ce grand enfant est multidisciplinaire **Conclusion.** L'invagination intestinale aigüe secondaire est exceptionnelle et peut revêtir différentes étiologies notamment un acte sexuel par voie anale.

ABSTRACT

Introduction. Acute intestinal intussusception is a medical and surgical emergency. In older children, the cause is usually secondary. Delay in diagnosis can jeopardize the child's prognosis. **Case report.** We present the case of a nine-year-old boy who reported being a victim of anal sexual abuse by a septuagenarian in October 2022. This was followed by undocumented rectal bleeding. After seven days, he developed general state alteration and an obstructive syndrome. After a three-week diagnostic wandering, he was admitted to the pediatric medical-surgical emergency department of Laquintinie Hospital in Douala. An abdominal CT scan revealed a sigmoid-colonic intussusception with significant peritoneal effusion and intestinal distress. After hydroelectrolytic resuscitation, an operative indication revealed a non-perforated intussuscepted colonic segment. Manual reduction was successfully performed, and diversion colostomy was indicated and performed under general anesthesia. The postoperative course was uneventful, and after six weeks, restoration of digestive continuity was performed. The postoperative management of this older child requires a multidisciplinary approach. **Conclusion.** Secondary acute intestinal intussusception is rare and can have various etiologies, including anal sexual activity.

INTRODUCTION

L'invagination intestinale aigüe est la pénétration d'un segment intestinal dans la lumière du segment qui lui est immédiatement adjacent par un mécanisme de retournement en doigt de gant [1]. C'est l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente du nourrisson, mais elle peut survenir à n'importe quel âge. La conséquence est une obstruction et une strangulation qui peuvent conduire à une nécrose du

tractus intestinal qui s'est télescopé [2]. Selon l'OMS dans les pays industrialisés, son incidence est évaluée entre 0,5 et 4,3 cas pour 1000 naissances vivantes ou entre 0,66 et 1,2 cas pour 1000 enfants de moins de 1 an, alors que dans les pays en voie de développement cette incidence est plus élevée [3]. Il existe deux types d'IIA : l'IIA idiopathique représentant 90-95% des invaginations de l'enfant et l'IIA secondaire à une lésion locale du tractus gastro-intestinal ou survenant dans un contexte particulier dont la fréquence est

comprise entre 5 et 10%. La pathogenèse de l'IIA reste incertaine, mais l'origine infectieuse est criminalisée dans la plupart des invaginations idiopathiques [4]. L'invagination intestinale aigüe secondaire est rare chez l'enfant ; La forme colo-colique est exceptionnellement liée à une lésion qui peut être traumatique ou tumorale. Le but de ce travail est de rapporter un cas clinique rencontré au cours de notre activité hospitalière.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un garçon âgé de 09 ans admis aux urgences chirurgicales pédiatriques de l'Hôpital Laquintinie de Douala dans un contexte clinique particulier ; A savoir un état général altéré par l'asthénie, et l'amaigrissement ; des rectorragies constantes avec absence d'émission de selles depuis plusieurs jours. Il a été relevé dans l'enquête un début de symptomatologie à 1 mois, elle était marquée par des diarrhées et vomissements réguliers, plusieurs hôpitaux ont été consultés sans succès. Devant l'aggravation des signes, nous le recevons dans notre structure. Le contexte traumatique a été évoqué par des actes sexuels dénommés « sodomisation » par voie anale à plusieurs reprises selon l'entourage et le patient lui-même. Le mis en cause était un homme septuagénaire voisin. L'examen physique retrouvait un état général altéré par l'anxiété et la pâleur ; un météorisme abdominal avec sensibilité diffuse abdominale. L'examen ano-périnéal montrait une absence de lésions externes sphinctériennes. A l'anuscopie on notait une discrète turgescence des veines rectales moyennes. Une échographie abdominale avait mis en évidence une image de boudin en péri-ombilical côté gauche et hypogastrique mesurant 4 cm de diamètre et 1,6 mètre de long. Il s'y associait un épanchement péritonéal libre de minime abondance avec irritation péritonéale. Un scanner abdominal avec injection de produit de contraste iodée avait mis en évidence une masse ovoidale en forme de sandwich, constituée d'un amas d'anses invaginées localisées au flanc et à la fosse iliaque gauches, mesurant 121x44 mm sur le plan frontal avec un diamètre antéro-postérieur de 105mm ; Une dilatation du grêle en amont : tout ceci confirmait la présence d'un boudin sigmoïdien(Figure 1,2).

sigmoïdienne œdématisée et traumatisée ; puis une colostomie transverse gauche dans un deuxième temps.

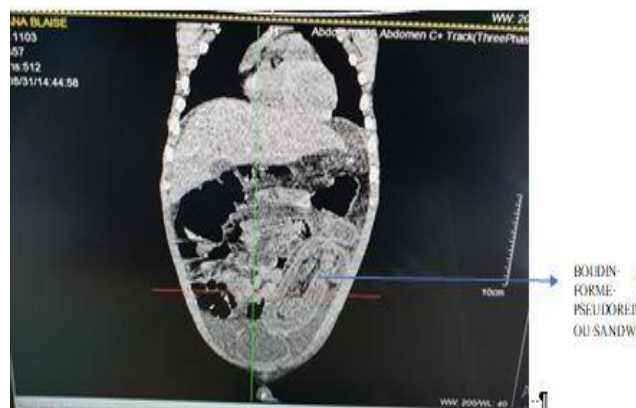


Figure 2. Coupe longitudinale TDM, image en sandwich

Les suites opératoires de cette première phase ont été simples. Une assistance psychologique a été initiée. Puis 6 semaines plus tard dans une 2^{ème} phase, nous avons procédé en un rétablissement de la continuité digestive colique sous anesthésie générale (Figure 3).



Figure 3. Image opératoires

Les suites opératoires ont été sans particularité avec une sortie sous 05 jours et une reprise complète du transit intestinal. La poursuite de la prise en charge psychologique est effective jusqu'à nos jours.

DISCUSSION

L'invagination intestinale aigüe chez le grand enfant est exceptionnelle [5]. L'invagination intestinale colo-colique post sodomie est une cause secondaire supplémentaire et exceptionnelle chez l'enfant de part le contexte qui constitue un vice avec la notion de sévices corporels sur mineur. Une prise en charge multidisciplinaire avec un accompagnement psychologique était de mise, pour une meilleure réintégration sociale.

CONCLUSION

L'invagination intestinale aigüe est rare chez le grand enfant. Elle relève d'une cause secondaire. Les sévices chez l'enfant doivent être encadrés par la législation. La prise en charge dans ce cadre doit être multidisciplinaire et à long terme afin de faciliter la réinsertion de l'enfant dans ses différents milieux, à savoir social, scolaire et familial. Des séquelles si

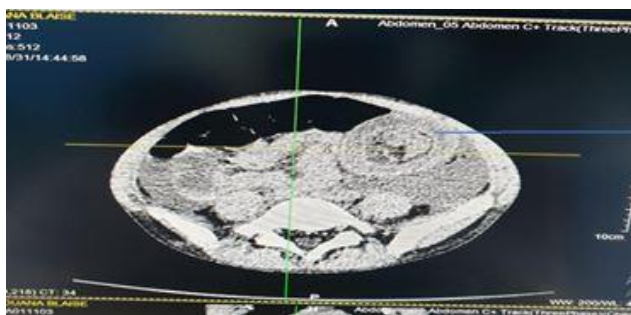


Figure 1. Coupe transversale TDM , image en cocarde

Un bilan biologique préopératoire a été fait et a retrouvé une anémie modérée hypochrome microcytaire avec 9,7g/dl d'hémoglobine. La prise en charge a consisté dans un premier temps en une laparotomie transverse gauche au pli abdominal moyen sous anesthésie générale, suivie d'une des-invagination du boudin colo-sigmoïdien laborieuse avec des zones dé-péritonisation réparées sur une anse

elles surviennent, doivent également être prise en compte tout au long de sa vie.

RÉFÉRENCES

1. Rako To Ariso Ab., Rabarijao Na., Zafitaso Nd., Rabario El., Andrianandrasana A. Invagination Intestinale Aigüe du nourrisson : A propos de 22 cas traités chirurgicalement dans le service de chirurgie pédiatrique au CHU d'Antananarivo. *Med Afr Noire* 2001. 48 : 8-9.
2. Sagna A., Camara S., Ly S., Ibrahima C. Invagination Intestinale Aigüe du nourrisson et de l'enfant : Etude de 5ans de 66 cas. *Afr. J Paediatr Surg.* 2018 Juil-Dec ; 15 (3) : 138-141.
3. Mouafo Tf., Andze Og. Invagination intestinale aigüe chez les nourrissons et les enfants en Afrique : Rôle du diagnostic précoce. *Mali Med.* 2009 ; 24 (2) : 46-9
4. Khalifa Abh., Jebali A., Kedher M., Trabelsi A. Etiologie infectieuse de l'intussusception idiopathique aigue chez les enfants. *Ann. Biol. Clin. (Paris)* 2013 Juil-Août ; 71(4) :389-93.
5. Abid M., Mzali R., Feriani N., Guirat A., Boujelbene S., Frikha Fm., Ben Amar M., Beyrouti Mi. Lipome colique à l'origine d'une invagination intestinale aigüe chez l'adulte jeune à propos d'un cas. *J.I.M. Sfax*, N° 17/18 ; Juin- Déc. 2009 : 33-35.

