



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/11089
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/11089>



RESEARCH ARTICLE

NOEUD ILEO-SIGMOÏDIEN, UNE COMPLICATION RARE DU POST-PARTUM : A PROPOS D'UN CAS ILEOSIGMOID KNOTTING, A RARE POSTPARTUM COMPLICATION : ABOUT A CASE

Rahioui Fatima, Daoudi Amina, Ouakasse Samira and Mohammed Hassan Alami

Hopital de maternité et de Santé Reproductrice les Orangers, Hopital Universitaire Ibn Sina, Rabat-Morocco,
Maternity and Reproductive Health Hospital, Ibn Sina Teaching Hospital, Rabat-Morocco.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 05 April 2020
Final Accepted: 07 May 2020
Published: June 2020

Key words:-

Volvulus, Ileosigmoid Knotting,
Postpartum, Treatment, Necrosis,
Prognosis

Abstract

The ileosigmoid knotting is a rare cause of intestinal obstruction. The volvulus of the sigmoid complicating pregnancy is a rare entity with less than 80 observations have been published in the literature. Its diagnosis remains difficult and its prognosis essentially depends on the precocity of the treatment. We report a case of ileosigmoid knotting occurred during the postpartum period in a 40 years old primiparous woman who presented to the emergency on D2 postpartum after a vaginal delivery with occlusive syndrome and generalized abdominal defense. An exploratory laparotomy revealed a double ileosigmoid volvulus complicated by intestinal necrosis over 1.8 meters, with the presence of a few false membranes. This work proposes through this clinical case to review the data in the literature and to engage the general principles of care and treatment.

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

Introduction:-

Le nœud iléo-sigmoïdien est un double volvulus intéressant le sigmoïde et le grêle avec une évolution rapide vers la nécrose intestinale. Son diagnostic préopératoire reste difficile, d'où l'intérêt de la connaissance de son mécanisme et la recherche de signes radiologiques caractéristiques pour un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Le double volvulus ou volvulus iléo-sigmoïdien, ou nœud iléo-sigmoïdien dans la littérature anglo-saxonne (ileosigmoidknotting), est un « nœud » créé par un volvulus de deux segments intestinaux le côlon sigmoïde et l'intestin grêle, plus particulièrement l'iléon.

Il s'agit le plus souvent d'un volvulus du grêle autour du côlon sigmoïde entraînant sa torsion. Plus rarement c'est le côlon sigmoïde qui se tord autour du méso de l'intestin grêle. Cela entraîne une occlusion intestinale complexe aboutissant à l'ischémie et souvent à la nécrose d'un ou des deux segments volvulés.

Patient et Observation:-

Il s'agit d'une patiente de 40 ans qui vient d'accoucher il y a 48 heures par voie basse. Réadmission au service des urgences en état de choc après des coliques épisodiques initialement qui sont devenues permanentes avec des vomissements et un épisode de diarrhée. L'examen clinique trouve une patiente pâle, marbrée avec teint terreux, TA 08/05 avec une tachycardie à 131 battements/min, une fièvre à 38,9°C, un abdomen sensible, contracté, distendu avec météorisme, une ampoule rectale vide. L'examen gynécologique, a trouvé un col ouvert à un doigt, utérus difficile à

Corresponding Author:- Rahioui Fatima

Address:- Hopital de maternité et de santé reproductrice les orangers, Hopital universitaire Ibn Sina ; Rabat-Morocco, Maternity and Reproductive Health Hospital, Ibn Sina Teaching Hospital, Rabat-Morocco.

apprécié vu la distension abdominale. Le bilan biologique a objectivé un taux d'Hb à 11g/dl avec une hyperleucocytose à 20.103 éléments/mm³, l'ionogramme était altéré avec une hyperkaliémie, une insuffisance rénale et une acidose. Le diagnostic de péritonite est retenu sur la base de l'examen clinique, et devant l'aggravation rapide de l'état de choc une exploration chirurgicale s'est imposé sans recours aux explorations radiologiques. Après une laparotomie médiane et une aspiration de 1200 ml d'un liquide brunâtre fétide, on a mis en évidence un volvulus du sigmoïde sur un nœud réalisé par l'iléon volvulé, c'est le nœud iléo-sigmoïdien, avec nécrose iléale étendue sur 1,8 mètre et présence de quelques fausses membranes [figure 1]. Nous avons réalisé une sigmoïdectomie emportant le sigmoïde nécrosée et l'anse iléale nécrosé, iléostomie droite et colostomie gauche (intervention d'Hartmann) avec rétablissement de la continuité 2 mois après.



Fig. 1 :- Aspect de la nécrose intestinale à la laparotomie.

Discussion:-

Le volvulus du côlon sigmoïde est le plus fréquent parmi les volvulus intestinaux, il représente 10 à 30% des occlusions intestinales [1]. Ce pourcentage augmente pour atteindre 20 à 54 % en Orient alors qu'il n'est que de 3 à 5 % dans les pays occidentaux.

Le volvulus iléo-sigmoïdien, ou nœud iléo-sigmoïdien (NIS) est une entité rare qui représente 7,6% de l'ensemble des volvulus en France [2]. C'est un «nœud» créé par un volvulus du côlon sigmoïde et de l'intestin grêle, plus particulièrement l'iléon.

Il a été décrit pour la première fois par Parker en 1845 [3]. Plusieurs facteurs ont été incriminés pour expliquer cette pathologie, Atamanalp et al. [1] ont évoqué des prédispositions anatomiques, tel que l'hypermobilité de l'intestin grêle, un méso trop long et une racine courte peut s'enrouler au pied du côlon sigmoïde. Un deuxième facteur est d'ordre alimentaire, la réplétion rapide du jéjunum chez les patients qui mangent un seul repas par jour favoriserait sa torsion autour de l'iléon vide, emportant ainsi la boucle sigmoïdienne [4,5].

Alver et al [2] décrivent 4 types de mécanismes de formation du NIS, selon le segment digestif actif responsable de la torsion, dans le type I l'iléon est le segment actif s'enroulant autour du sigmoïde passif, le type II résulte de la torsion sigmoïdienne active qui attire le grêle passif, dans le type III exceptionnel c'est la jonction iléo-caecale qui s'enroule autour de la boucle sigmoïdienne, tandis que dans le type IV indéterminé il n'est pas possible de différencier les deux segments. Le NIS entraîne une occlusion intestinale complexe par double strangulation des vaisseaux mésentériques à destinée des anses grêles et du sigmoïde, ce mécanisme aboutit à une nécrose ischémique rapide des deux segments volvulés [6]. Le diagnostic préopératoire est difficile en raison de sa rareté et d'une atypie clinicoradiologique, il est possible dans moins de 20% des cas [3, 7, 8].

Ces mécanismes expliquent l'extrême sévérité des tableaux et le pronostic péjoratif de ce type d'atteinte. Dans notre cas, le temps entre le début des douleurs et l'apparition d'une souffrance digestive et la nécrose intestinale étendue, a été très court. Le retard diagnostique au-delà de 48h est un principal facteur de morbi-mortalité

Le syndrome occlusif clinique est marqué par les douleurs abdominales aiguës initialement localisées, puis permanentes et généralisées, un tableau d'hypovolémie est évocateur dans 56% des cas [7-9].

Les complications de la grossesse et du post-partum avec des signes digestifs au premier plan doivent faire évoquer une urgence chirurgicale digestive sous-jacente. La radiographie de l'abdomen sans préparation peut montrer occasionnellement les caractéristiques d'une double occlusion à boucle fermée avec des niveaux hydro-aériques sigmoïdiens dans le quadrant supérieur droit, et d'autres de type grêlique pouvant être latéralisées à gauche [2, 4, 10], le plus souvent elle montre un volvulus sigmoïdien ou une occlusion grêlique isolée. Le scanner abdominopelvien confirme l'occlusion sigmoïdienne et iléale, permet de chercher outre les signes de l'ischémie intestinale, des signes caractéristiques du NIS, le tour de spire est plus volumineux que dans un volvulus isolé du sigmoïde, portant les vaisseaux mésentériques supérieurs et inférieurs [10], cet aspect pourrait s'expliquer par le fait que les deux volvulus se superposent [6]. La rétention des matières dans le colon proximal non distendu et la disposition radiaire des anses grêliques orientent le diagnostic selon Hashimoto et al [11]. L'association de la déviation médiale du colon descendant et du mesocœcum, avec aspect effilé et pointu de leurs bord internes, convergeant vers des tours de spires est très caractéristique du nœud iléo-caecal [1, 10, 12].

Le NIS est associé à une mortalité élevée nécessitant un diagnostic précoce, une prise en charge chirurgicale adaptée et rapide, le traitement est basé sur la résection-anastomose ou la colostomie si les segments intestinaux sont nécrosés, la détorsion et la sigmoïdopexie est recommandée en cas d'absence de nécrose, ce qui est très rare.

Conclusion:-

Le nœud iléo-sigmoïdien est une cause rare d'occlusion intestinale, de diagnostic difficile, l'évolution se fait rapidement vers la nécrose digestive. La découverte d'un aspect de double volvulus au scanner incite à une intervention chirurgicale urgente. La bonne compréhension du mécanisme et le diagnostic radiologique préopératoire permettent de diminuer la morbi-mortalité.

Contributions des Auteurs:

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge de la patiente et à la rédaction du manuscrit. Les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Conflits d'intérêts:

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références:-

1. Atamanalp SS, Oren D, Basoglu M, Yildirgan MI et al. Ileosigmoidal knotting: outcome in 63 patients. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47(6):906-10.
2. Alver O, Oren D, Tireli M, Kayabasi B et al. Ileosigmoid knotting in Turkey: review of 68 cases. *Dis Colon Rectum*. 1993; 36(12):1139-47.
3. Hirano Y, Hara T, Horichi Y, Nozawa H et al. Ileosigmoid knot: case report and CT findings. *Abdom Imaging*. 2005 Nov-Dec; 30(6):674-6.
4. Shepherd JJ. Ninety-two cases of ileosigmoid knotting in Uganda. *Br J Surg*. 1967 ; 54(6):561-6.
5. Fouquet V, Berrebi D, De Lagausie P et al. Ileosigmoid knotting in a child: the first case report in a French girl. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006; 30(12):1414-6.
6. Journé C, Ravard C, Monneuse O, Pilleul F. Noeudiléosigmoïdien: une urgence chirurgicale. *J Radiol*. 2008;89(12):1947-9.
7. Burrah R, Menon A, Pathan H et al. The ileosigmoid knot. *Indian J Surg*. 2010; 72(2):140-142.
8. Dorai CR. Ileosigmoid knot: a case report. *Sing med j*. 1988; 29(4):413-415.
9. Johnson CD. An unusual volvulus: the ileosigmoid knot. *Postgraduate Medical Journal*. 1986; 62(723):47- 49.
10. Lee SH, Park YH, Won YS. The ileosigmoid knot: CT findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;174(3):685-7.
11. Hashimoto T, Yamaguchi J, Fujioka H et al. two cases of ileosigmoid knot: the youngest reported patient and CT findings. *Hepatogastroenterology*. 2004; 51(57): 771-773.
12. Baheti AD, Patel D, Hira P, Babu D. Ileosigmoid knot: a case report. *Indian Journal of Radiology and Imaging*. 2011; 21(2):147-149.