



Duplication digestive : une cause rare de masse abdominale chez le nourrisson à propos d'un cas

Digestive Duplication: A rare cause of abdominal mass in infant about a case

Pihou Gbande¹, Lantam Sonhaye¹, Mazamaesso Tchaou², Fidele Comlan Dossou³, Komlanvi Victor Adjenou¹

1- CHU Campus / Université de Lomé,

2- CHU Sylvanus Olympio / Université de Lomé

3- CHR Sokodé / Université de Lomé

RÉSUMÉ

Introduction : Les duplications intestinales sont des malformations rares et les localisations au grêle sont les plus fréquentes. Aujourd'hui, grâce aux performances de l'échographie, le diagnostic est posé en anténatal.

Observation : Il s'agissait d'un nourrisson de 15 mois, de sexe masculin reçu pour, pleurs incessants, vomissements et augmentation du volume abdominal évoluant depuis deux semaines. Une échographie abdominale a été réalisée et a permis d'objectiver une formation liquidienne intrapéritonéale de 30 x 27 mm, entourée d'une paroi stratifiée et accolée à une anse digestive. Une intervention chirurgicale a été pratiquée et a confirmé l'existence d'une duplication iléale non communicante.

Conclusion : La duplication intestinale est une malformation rare. L'échographie est souvent suffisante pour le diagnostic en montrant un aspect très caractéristique de masse kystique avec une double paroi.

Mots clés : masse abdominale, nourrisson, masse kystique, duplication intestinale, échographie.

SUMMARY

Introduction: Intestinal duplications are rare malformations and ileal sites are the most common. Today, the diagnosis is made in antenatal because of the performances of antenatal ultrasound.

Observation: This was a 15-month-old male infant received for constant crying, vomiting and increased abdominal volume that had been evolving for two weeks. An abdominal ultrasound was performed and objectified an intraperitoneal cyst formation of 30 x 27 mm, surrounded by a stratified wall and contiguous to a digestive loop. Surgery was performed and confirmed the existence of non-communicating ileal duplication.

Conclusion: Intestinal duplication is a rare malformation. Ultrasound is often sufficient for diagnosis based on the presence of a characteristic double-walled cystic mass.

Key words: abdominal mass, infant, cystic mass, intestinal duplication, ultrasound.

Correspondance

Pihou Gbande

CHU Campus / Université de Lomé,

E-mail : gbandepihou@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les masses abdominales chez les nourrissons sont dominées par les causes tumorales et malformatives. L'échographie occupe une place importante dans la recherche étiologique des causes malformatives de ces masses. Les duplications digestives sont des malformations exceptionnelles. Elles sont le plus souvent diagnostiquées durant les premières années de la vie, soit fortuitement au cours d'un examen de routine ou d'une intervention chirurgicale pour une autre affection, soit à l'occasion d'une complication (1). Aujourd'hui, le diagnostic est fait en anténatal grâce aux performances de l'échographie anténatale. Nous rapportons un cas de duplication du grêle chez un nourrisson de 15 mois, révélée par une masse abdominale et rappelons les différents aspects diagnostiques en imagerie.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un nourrisson de 15 mois, de sexe masculin reçu pour, pleurs incessants, vomissements et augmentation du volume abdominal sans arrêt des matières ni des gaz évoluant depuis deux semaines. L'enfant est né d'une grossesse menée à terme, d'évolution normale avec une échographie anténatale normale à 33 semaines d'aménorrhée ; un score d'Apgar à 10 à la naissance. Il n'y avait pas de notion de consanguinité chez les parents. L'examen physique a montré un abdomen distendu avec la palpation d'une masse dans la région para-ombilicale gauche. L'enfant était apyrétique et n'avait pas de signe de déshydratation. Les orifices herniaires étaient libres et le reste de l'examen somatique était normal. Une échographie abdominale a été réalisée avec une sonde de haute fréquence puis une sonde de basse fréquence (Figures 1 et 2) et a permis d'objectiver une formation liquidienne intra-péritonéale de 30 mm x 27 mm, accolée à une anse digestive. Cette masse est entourée d'une paroi stratifiée hyperéchogène soulignée par une ligne hypoéchogène dont l'aspect est très évocateur de duplication intestinale. Il s'y associait une distension modérée avec stase liquidienne d'une portion du grêle. Il n'y avait pas d'autre malformation associée. Le nourrisson a bénéficié d'une laparotomie qui a mis en évidence une masse kystique para-iléale. Une exérèse de la masse kystique sans ouverture du tube digestif a été pratiquée ce qui a confirmé l'existence d'une duplication iléale non communicante. Les suites opératoires ont été simples.



Figure 1. Echographie (sonde convexe de 3,5 MHz) mettant en évidence une formation kystique arrondie (étoile blanche) en contact avec une distension intestinale (étoile rouge).

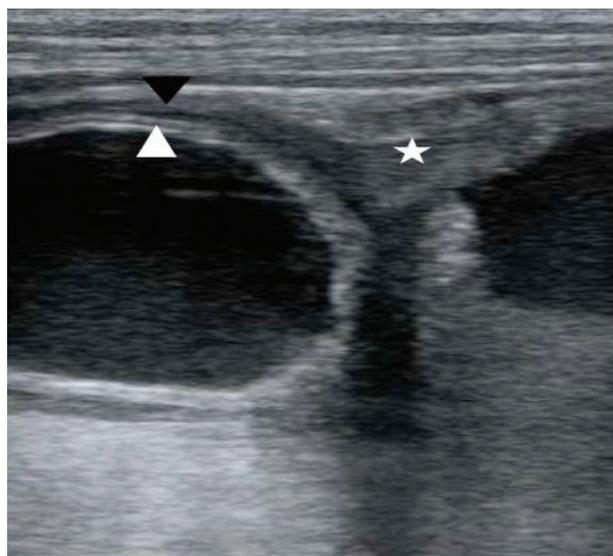


Figure 2. Echographie (sonde linéaire de 7,5 MHz) mettant en évidence une formation kystique avec renforcement postérieur, intra-abdominale, avec un aspect de double paroi : hyperéchogène en interne (tête de flèche blanche) et hypoéchogène en externe (tête de flèche noire). Cette formation est accolée à une anse intestinale dont la lumière est bien visible (étoile blanche).

DISCUSSION

La duplication intestinale est une anomalie congénitale rare avec une incidence de 1 sur 4500 naissances en France (2). Elle représente moins de 0,2 % des malformations congénitales de l'enfant (1). Ce sont des malformations tubulaires ou kystiques, siégeant sur un segment du tube digestif, de la cavité buccale à l'anus et comportant une paroi à double tunique musculaire tapissée d'une muqueuse de type digestif. La localisation la plus fréquente est l'iléon terminal. Les autres localisations classiques sont, par ordre de fréquence décroissante, l'œsophage, le côlon, le jéjunum, l'estomac et le duodénum (2). La cause exacte de ces duplications n'est pas parfaitement connue à ce jour. L'association à d'autres malformations a été décrite. Elles sont digestives (malrotation intestinale, diverticule de Meckel, imperforation anale), vertébro-médullaires (spina-bifida, scoliose congénitale, hémivertèbre, duplication du rachis, ankylose vertébrale), urogénitales (duplications vésicale, vaginale, utérine et des organes génitaux externes) et cardiaques.

Les duplications intestinales sont le plus souvent kystiques (95 %) que tubulaires (5 %) (3). Elles peuvent communiquer ou non avec la lumière du tube digestif. Les formes non communicantes (comme dans le cas présenté) sont les plus fréquentes (80 % des cas) et sont kystiques et arrondies, alors que les formes communicantes sont classiquement tubulaires (2).

Le diagnostic peut être évoqué en anténatal au cours d'une échographie du 2^{ème} trimestre (parfois précocement, dès la 12 SA). En effet, les performances de l'échographie anténatale ont augmenté le nombre de cas diagnostiqués en anténatal (4). Le diagnostic est évoqué devant la visualisation directe d'une image kystique intra abdominale dont la topographie est variable. Parfois la recherche d'une anomalie digestive est orientée par la détection d'un intestin grêle hyperéchogène ou devant un hydramnios.

Après la naissance, certaines duplications intestinales peuvent rester asymptomatiques et retarder la chirurgie. Le traitement n'est réservé qu'aux formes symptomatiques (4). Si le diagnostic n'est pas posé en anténatal, ces anomalies sont révélées par des douleurs abdominales et des vomissements dans la première année de vie. Elles peuvent aussi être révélées par une complication à type d'occlusion, d'infection, d'hémorragie ou de perforation intestinale (5). L'échographie est l'examen de choix devant ces symptômes pour explorer la cavité abdominale de l'enfant. Elle permet dans la grande

majorité des cas de rattacher une image kystique intra-abdominale à une duplication intestinale. Les parois du kyste correspondent à une paroi digestive, donc épaisse et stratifiée. La muqueuse interne est hyperéchogène et la musculuse est hypoéchogène, d'où un aspect de « double paroi ». Cet aspect très évocateur est néanmoins non spécifique car il peut parfois être observé en cas de kyste mésentérique, de kyste ovarien compliqué ou de diverticule de Meckel (6). La continuité avec une anse intestinale va renforcer le diagnostic. Le scanner apporte en général moins d'informations que l'échographie ; en effet la paroi stratifiée caractéristique ne peut pas être visualisée (7). Le scanner n'a donc pas sa place dans cette affection. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est indiquée en cas de localisation œsophagienne ou si le patient est peu échogène. Elle met en évidence une image kystique para digestive, dont le signal liquidien peut être remanié par un contenu hémorragique ou protéique (5). L'IRM peut également être utile en anténatal lorsque l'image est supra centimétrique, en précisant les rapports étroits entre la duplication et la paroi digestive adjacente, notamment en cas d'examen échographique difficile. Les opacifications digestives et les clichés de radiographie sans préparation ne sont pas justifiés et ne montrent que des signes de compression extrinsèque (8).

CONCLUSION

La duplication intestinale est une malformation rare. L'échographie avec l'utilisation d'une sonde de haute fréquence, en particulier chez l'enfant est l'examen clé pour le diagnostic et la mise en évidence d'une formation liquidienne arrondie ou tubulée à paroi stratifiée est très en faveur du diagnostic. L'IRM, d'accessibilité limitée, garde des indications particulières. La radiographie de l'abdomen sans préparation et les opacifications digestives sont abandonnées.

RÉFÉRENCES

1. Azahouani A, Hida M, Benhaddou H. Duplication colique découverte à l'occasion d'une occlusion intestinale par fécalome. Arch Pediatr. 2015;12:1284-7.
2. Vivier P-H, Beurdeley M, Bachy B, Aguilera C, Ickowicz V, Lemoine F, et al. Duplication iléale. Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle. 2013;(94):100-2.
3. Stefanidis K, Lappas I, Kolofousi C, Kalogeropoulos I. A rare presentation of colonic duplication cyst: report of a case and review of literature. JBR-BTR. 2012;(95):71-3.

4. Sangüesa Nebot C, Llorens Salvador R, Carazo Palacios E, Picó Aliaga S, Ibañez Pradas V. Enteric duplication cysts in children: varied presentations, varied imaging findings. *Insights Imaging*. 2018;9(6):1097-106.
5. Hur J, Yoon CS, Kim MJ, Kim OH. Imaging features of gastrointestinal tract duplications in infants and children: from oesophagus to rectum. *Pediatr Radiol*. 2007;(37):691-9.
6. Cheng G, Soboleski D, Daneman A, Poenaru D, Hurlbut D. Sonographic pitfalls in the diagnosis of enteric duplication cysts. *Am J Roentgenol*. 2005;(184):521-5.
7. Pages V, Etogo D, Guissard G, Damry N, Khelif K, Ziereisen F. Présentation atypique d'une duplication intestinale chez un enfant de trois mois. *J Radiol*. 2004;(85):773-5.
8. Hanquinet S, Ferey S, Kalifa G. *Imagerie pédiatrique pratique*. Elsevier Masson. Paris; 2009. 422 p.