

Rectorragie récidivante du nourrisson révélatrice d'un diverticule de Meckel

Recurrent Rectal Haemorrhage of Child Revealing a Meckel Diverticulum

A.D. Harouna · M. Abdelhalim · B. Youssef

Reçu le 11 janvier 2017 ; accepté le 15 mars 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Introduction

Le diverticule de Meckel (DM) est la persistance du canal omphalo-mésentérique [1]. Il constitue l'anomalie congénitale la plus fréquente de l'intestin grêle et touche 2 % de la population générale [2,3]. Il est généralement asymptomatique. Le tableau clinique est peu évocateur, responsable souvent de nombreuses impasses diagnostiques [4]. Le diagnostic est souvent fortuit lors d'une laparotomie pour un autre motif ou lors d'une complication. L'imagerie ne détecte que 10 % des formes compliquées [5]. Le diagnostic de certitude est chirurgical par laparotomie ou mieux par laparoscopie [1].

Observation

Un nourrisson âgé de 22 mois avait eu un an auparavant une hémorragie digestive basse de grande abondance compliquée d'un choc hypovolémique pour lequel il avait été transfusé. Le bilan étiologique (échographie abdominale, scintigraphie abdominale et endoscopie digestive) était revenu sans anomalie et l'évolution avait été favorable avec un arrêt des rectorragies. Aucune étiologie n'avait été identifiée. Ce nourrisson était de nouveau admis aux urgences pédiatriques pour des rectorragies de moyenne abondance évoluant depuis deux jours. Il était conscient, en bon état général, apyrétique à 36,8°C, normo-tendu à 90/60 mmHg, la fréquence cardiaque était à 103 battements par minute et la fréquence respiratoire était à 33 cycles/minute. Les conjon-

tives étaient décolorées. Il avait un abdomen souple, indolore sans masse palpable. L'examen de la marge anale avait objectivé des selles striées de sang, le reste de l'examen somatique était sans particularité. Il avait une anémie à 9 g/dl hypochrome, microcytaire, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire. L'échographie abdominale n'avait pas mis en évidence d'image évoquant un diverticule de Meckel ni d'image d'invagination intestinale aiguë. La scintigraphie digestive après injection intraveineuse de 44 MBq de pertechnétate-Tc 99m n'avait pas montré de signes en faveur de diverticule de Meckel. L'endoscopie digestive basse était normale. Devant cette impasse diagnostique, le malade nous a été présenté par les confrères pédiatres. L'exploration laparoscopique avait découvert un diverticule de Meckel à quatre anses en amont de la valvule de Bauhin. Le geste a consisté en une extériorisation du diverticule par l'orifice ombilical. La technique chirurgicale a consisté en une résection en extra-corporel de l'anse porteuse (Fig. 1), suivie d'une anastomose terminotermineale. Le grêle a été réintégré de façon précautionneuse et douce et les orifices de laparoscopie fermés. Les suites opératoires étaient simples avec reprise du transit à J2 et de l'alimentation orale à J3. Après un mois de recul, le nourrisson était asymptomatique avec un bon aspect cosmétique des cicatrices opératoires.

Discussion

Le « diverticule intestinal inhabituel », connu sous le nom de « diverticule de Meckel » depuis plus de deux siècles suite aux travaux de Johann Friedrich Meckel – à qui il doit d'ailleurs son nom –, est la persistance partielle du canal omphalo-mésentérique [3,6]. Il touche 2 % de la population générale [2,3]. Sur le plan physiopathologique, le diverticule de Meckel comporte macroscopiquement, comme l'iléon, une muqueuse, une musculature et une séreuse [5]. Cependant, la muqueuse présente une hétérotopie tissulaire une fois sur deux (de type gastrique le plus souvent, duodénale,

A.D. Harouna (✉) · M. Abdelhalim · B. Youssef
Service de chirurgie pédiatrique viscérale et urologique, CHU
Hassan II-Fès, Maroc
e-mail : drdiallochp@gmail.com

M. Abdelhalim · B. Youssef
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté de médecine et
de pharmacie de Fès, Maroc



Fig. 1 Diverticule de Meckel extériorisé par l'orifice ombilical sous contrôle laparoscopique

pancréatique ou encore biliaire), ce qui explique le risque d'hémorragie ulcéreuse et la dégénérescence à l'âge adulte. Sur le plan clinique, la maladie est généralement asymptomatique. Elle se révèle souvent par une complication (douleurs abdominales atypiques, rectorragies, occlusion ou péritonite, etc.) dont le tableau clinique est peu spécifique [5,7]. Ainsi, même au stade de complication, le tableau clinique est peu évocateur. Il est souvent fait d'une symptomatologie fruste, faisant évoquer en premier lieu le diagnostic d'une invagination intestinale aiguë, surtout chez le nourrisson. Ce tableau peu évocateur est responsable de retard ou d'erreur diagnostique et de prise en charge [3]. La normalité des bilans radiologiques est souvent faussement rassurante, comme chez notre patient qui avait présenté un choc hémorragique un an auparavant, puis réadmis de nouveau pour la même symptomatologie. Devant toute hémorragie digestive basse chez un nourrisson qui était jusqu'à présent en bonne santé, l'invagination intestinale aiguë est le premier diagnostic à évoquer. Le diverticule de Meckel est peu fréquent mais il est responsable souvent d'un syndrome hémorragique sévère. L'échographie abdominale est l'examen de choix. Elle permet d'éliminer une urgence chirurgicale comme l'invagination intestinale aiguë. Cependant, cet examen n'est ni spécifique ni sensible dans le diagnostic du diverticule de Meckel et sa normalité est faussement rassurante. La scintigraphie digestive est d'un grand apport. En effet, le diverticule de Meckel possédant un revêtement glandulaire gastrique, il concentre le ^{99m}Tc de manière identique à celle de la muqueuse gastrique normale. En cas de fixation du technétium, le diverticule apparaît au même temps que l'estomac et siège habituellement en projection de la région péri-

ombilicale ou supravésicale [7,8]. Elle a une sensibilité qui atteint 85 % et une spécificité de 95 % chez le nourrisson, mais l'examen n'est positif qu'en présence d'une hétérotopie gastrique. La sensibilité et la spécificité diminuent avec l'âge [3]. Cet examen était normal chez notre patient. Le diagnostic du diverticule de Meckel par l'entéroscanner a également été décrit, mais cet examen n'a pas été réalisé chez notre patient [2]. Malgré l'avancée considérable de l'imagerie moderne, le diagnostic positif préopératoire du diverticule de Meckel demeure encore un grand challenge, surtout en contexte d'urgence [1]. La laparoscopie est une alternative majeure en cas d'impasse diagnostique. Elle a un rôle diagnostique, confirmant l'existence du diverticule, mais aussi thérapeutique, en permettant l'exérèse du diverticule emportant l'anse porteuse [1,3]. Elle permet également d'écourter la reprise du transit et par conséquent la durée d'hospitalisation postopératoire, avec une cicatrice opératoire discrète à la longue comme le cas précis de notre patient. Le pronostic est généralement bon, mais non opéré, la dégénérescence est possible à l'âge adulte.

En conclusion, le diverticule de Meckel pose encore un défi diagnostique y compris dans ces formes compliquées. Il faut y penser devant toute hémorragie digestive basse et demander les examens complémentaires permettant une meilleure approche de la maladie. La laparoscopie diagnostique doit être indiquée en cas d'impasse diagnostique

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Grapin C, Bonnard A, Helardot PG (2006) Chirurgie cœlioscopique du diverticule de Meckel. *Ann Chir* 131:222–3
2. Theillac M, Jouvet JC, Boussel L (2014) Diverticule de Meckel : apport de l'entéroscanner par entéroclyse. *Diagn Interv Imaging* 95:625–7
3. Khemkhem R, Ben Ahmed Y, Rahay H, et al (2013) Les aspects pathologiques du diverticule de Meckel chez l'enfant. *J Pediatr Puericulture* 26:146–50
4. Lemale J, Boudjema S, Parmentier B, et al (2016) Lésion pseudotumorale révélatrice d'un diverticule de Meckel. *Arch Pediatr* 23:1157–60
5. Barbary C, Tissier S, Floquet M, Régent D (2004) Imagerie des complications du diverticule de Meckel. *J Radiol* 85:273–9
6. Thurley PD, Halliday KE, Somers JM, et al (2009) Radiological features of Meckel's diverticulum and its complications. *Clin Radiol* 64:109–18
7. Ajmi S, Sahnoun L, Boujelbene N, et al (2005) Hémorragie d'un diverticule de Meckel de l'enfant découvert par scintigraphie au Technétium 99m. *J Chir (Paris)* 142:244–6
8. Simon M, Gornet J-M, Veuilleux V, et al (2006) Diverticule de Meckel compliqué d'une hémorragie digestive basse et d'une perforation. *Gastroenterol Clin Biol* 30:920–1