

**DUPLICATION ILEALE CHEZ L'ADULTE REVELEE PAR UNE HERNIE  
INGUINALE ETRANGLEE**

**ILEAL DUPLICATION REVEALED BY A STRANGULATED INGUINAL HERNIA IN  
ADULTS**

**NDIAYE B, FAYE M, DIEME EGPA, SALL I, FALL O, SOW A, OGOUGBEMY M.**

Service de Chirurgie viscérale Hôpital Principal de Dakar

**Auteur correspondant : NDIAYE Biram, téléphone : 776088222,**

**Email : biram102@gmail.com**

**Résumé**

Les duplications digestives sont des malformations rares du tractus gastro-intestinal. Le siège iléal est le plus fréquent. Leur diagnostic est souvent précoce avant 2 ans, mais elles peuvent se révéler à l'âge adulte sous une forme compliquée. A travers un cas clinique de duplication iléale révélée par une hernie inguinale étranglée chez un homme de la soixantaine, les auteurs discutent la pathogénie, le diagnostic et le traitement de cette affection.

**Mots clés : Duplication iléale, Hernie inguinale étranglée, Résection iléale**

**Abstract**

*Digestive duplications are rare malformations of the gastrointestinal tract. They are located most frequently in the ileum. Their diagnosis is often early before 2 years old, but they can be revealed in adulthood in a complicated form. Through a clinic case of an ileal duplication revealed by a strangulated hernia in a man in his sixties, the authors discuss the pathogenesis, the diagnosis and the treatment of this affection.*

**Keywords: Ileal duplication, Strangulated inguinal hernia, Ileal resection**

**INTRODUCTION**

Les duplications digestives sont des malformations rares, représentant 0,1 à 0,3% des malformations congénitales. Leur incidence est de 1 cas pour 4500 naissances [1]. Elles peuvent siéger sur n'importe quel segment du tube digestif mais sont plus fréquentes au niveau iléal. Les duplications iléales sont kystiques ou tubulaires, comportant une paroi à double tunique musculaire tapissée d'une muqueuse de type digestif souvent ectopique (gastrique, pancréatique) [2]. Le diagnostic est souvent précoce avant l'âge de 2 ans [2-3-4]. Cependant, ces malformations peuvent rester asymptomatiques et ne se révéler qu'à l'âge adulte sous une forme compliquée. Nous rapportons l'observation d'un adulte de la soixantaine qui a présenté une duplication iléale tubulaire révélée par une hernie inguinale étranglée.

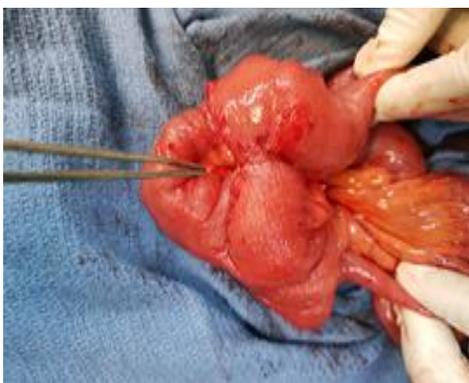
**OBSERVATION**

Un homme de 62 ans, était reçu aux urgences pour une tuméfaction douloureuse de l'aîne droite associée à des vomissements. Cette symptomatologie évoluait depuis 3 heures avant son admission. Il était porteur d'une hernie inguinale droite connue depuis plusieurs années. L'examen montrait une tuméfaction inguinale droite douloureuse et irréductible à la palpation. Il n'y avait pas de fièvre et l'état général était conservé. Le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée était posé. Le bilan sanguin révélait un taux d'hémoglobine à 14g/dl, un nombre de globules blancs à 6490/mm<sup>3</sup> et un taux de plaquette à 290000/mm<sup>3</sup>. La crase sanguine était normale. L'exploration faite en urgence par voie de Kélotomie droite

(Figure1) montrait une anse grêle herniaire viable siège d'une duplication développée sur le bord mésentérique (Figure 2 et 3).



**Figure 1: Kélotomie droite**

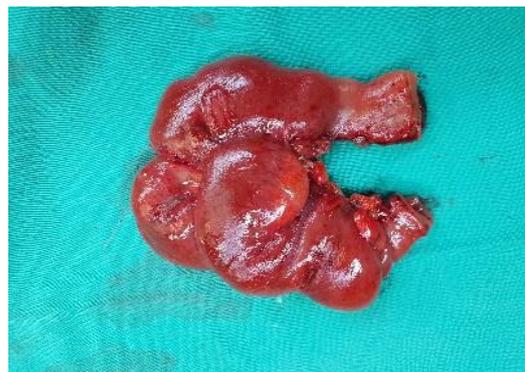


**Figure 2 : contenu du sac herniaire**



**Figure 3 : Anse iléale herniaire siège de la duplication**

Les gestes suivants étaient réalisés : une résection iléale emportant la duplication avec des marges de résection de 5 cm (Figure 4) suivie d'une anastomose iléo-iléale termino-terminale manuelle (Figure 5) puis d'une cure de la hernie selon la technique de Bassini.



**Figure 4 : pièce de résection iléale emportant la duplication**



**Figure 5 : anastomose manuelle iléo-iléale après résection iléale emportant la duplication**

Les suites post-opératoires étaient simples avec une reprise du transit au 3<sup>ème</sup> jour. La sortie était prononcée au 5<sup>ème</sup> jour post-opératoire. L'histologie de la pièce opératoire montrait une duplication iléale tubulaire sans hétérotopie muqueuse.

## **DISCUSSION**

Les duplications du tube digestif sont un ensemble de malformations congénitales du tractus gastro-intestinal, de la bouche à l'anus [1]. En 1937, Ladd a proposé le terme de duplication pour regrouper sous une même appellation les précédentes définitions telles que « kyste entérogène », « kyste entérique », « iléon double », « diverticules géants », « diverticules de Meckel anormaux » [5]. La même nomenclature a été proposée plus tard par Grass en 1952 [5]. Cependant, en 1961,

Mellish et Koop ont défini les duplications intestinales comme des structures sphériques ou tubulaires qui possèdent une muqueuse caractéristique du tube digestif soutenue par une couche musculaire et séreuse [1, 5, 6].

La pathogénie des duplications digestives reste très discutée. Plusieurs théories ont été avancées sans qu'aucune ne puisse expliquer le polymorphisme topographique, l'association à d'autres malformations ou l'existence d'hétérotopie gastrique ou pancréatique [2]. Parmi celles-ci nous pouvons citer :

- la théorie de la perturbation notoire proposée par Bentley et Smith en 1960 pour décrire les nombreuses anomalies impliquant la colonne vertébrale, le tractus gastro-intestinal et la peau ;

- une non-régression des diverticules embryonnaires qui sont régulièrement présents au cours du développement intra-utérin ;

- une anomalie du processus de vascularisation de la sixième à la septième semaine de vie fœtale, au cours duquel les espaces kystiques de plusieurs vacuoles fusionnent, mais ne rejoignent pas la lumière principale ;

- l'action du stress environnemental sur le fœtus, notamment les traumatismes et l'hypoxie [1,4-6].

La duplication iléale est la plus fréquente des duplications digestives dont elle représente 30 à 60% des cas. Elle peut être kystique (82%) ou tubulaire (18%) comme c'est le cas chez notre patient. Les duplications iléales adhèrent au bord mésentérique du grêle ce qui les distingue du diverticule de Meckel qui adhère au bord anti-mésentérique [1,2,3,7].

Les duplications intestinales sont le plus souvent découvertes chez l'enfant. En effet

seuls 4 à 12% des duplications digestives se manifestent à l'âge adulte [8].

Sur le plan clinique, l'affection se révèle le plus souvent par des douleurs abdominales (34%), des vomissements (24%), une masse palpable (10,5%). Parfois une complication peut être révélatrice : syndrome occlusif, hémorragie ou perforation [5,6]. L'échographie, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique peuvent évoquer le diagnostic en présence d'une image kystique intra-péritonéale chez l'enfant [1,4,9]. Cependant, dans la majorité des séries rapportées, le diagnostic est fait en per-opératoire [2,3,7]. Chez notre patient le mode de révélation était une hernie étranglée. En effet l'anse dupliquée s'était incarcerationnée dans l'orifice herniaire étant ainsi à l'origine de l'étranglement.

Quel que soit la vitalité de l'anse, le traitement de cette affection consiste en une résection iléale emportant la malformation avec des marges, évitant ainsi la survenue des complications liées aux sécrétions acides ou enzymatiques de leur muqueuse hétérotopique. La voie d'abord peut être laparoscopique à visée diagnostique (particulièrement dans les cas douteux) et thérapeutique ou par laparotomie classique [2,3,7].

L'anastomose digestive est préconisée dans le même temps opératoire en l'absence de contre-indications [2,3].

## **CONCLUSION**

Les duplications iléales sont des malformations rares chez l'adulte car le plus souvent diagnostiquées avant l'âge de 2 ans. Elles ont un polymorphisme clinique qui rend leur diagnostic difficile. Elles sont de découverte souvent fortuite lors d'explorations chirurgicales pour une complication. Le traitement consiste en une résection intestinale emportant la lésion avec de bonnes marges.

## REFERENCES

1. **Martini C, Pagano P, Perrone G, Bresciani P, Dell'Abate P.** Intestinal duplications: incidentally ileum duplication cyst in young female. *BJR Case Rep* 2019;5(3): 20180077.
2. **El bouhaddouti H, Ousadden A, AlaouiLamrani Y, Benjelloun B, Kamaoui ,Tizniti S, Mazaz K, AitTaleb K.** Duplication iléale chez l'adulte révélée par une perforation. *Pan Afr Med J.* 2010;5:14.
3. **Barbosa L, Soares C, Póvoa A-A, Maciel JP.** Ileal duplication: an unusual cause of intestinal obstruction in adult life. *BMJ Case Rep.* 2015: bcr2014206638
4. **Li B L, Huang X, Zheng CJ et al.** Ileal duplication mimicking intestinal intussusception: A congenital condition rarely reported in adult *World J Gastroenterol.* 2013; 19: 6500–4.
5. **Claudio S.** Chirurgia neonatale delle malformazioni dell'intestino primitivo di maggiore incidenza. 2001, Piccin Nuova Libreria, S.p.A. Padova 226 pages.
6. **Johnson JA 3rd, Poole GV.** Ileal duplications in adults. Presentation and treatment *Arch Surg* 1994; 129: 659–61.
7. **Faucheron JL, Cardin N, Bichard P, Rachidi G, Pasquier D, Letoublon C.** Jejunal duplication in adults: Case report. *Ann Chir* 1998;52(10):1051–1053
8. **Fiorani C, Scaramuzza R, Lazzaro A et al.** Intestinal duplication in adulthood: a rare entity, difficult to diagnose. *World J Gastrointest Surg* 2011;3:128–30.
9. **Ildstad ST, Tollerud DJ, Weiss RG, Ryan DP, McGowan MA, Martin LW.** Duplications of the alimentary tract: Clinical characteristics, preferred treatment, and associated malformations *Ann Surg.* 1988; 208(2):184–189.