Étiologie rare d'un syndrome occlusif : invagination consécutive à un lipome. À propos d'un cas.

Rare etiology of occlusive syndrome: intussusception following lipoma. A case report.

Amel Guezzi, Abdelmalek Rahmani, Omar Bafdel

Service de Chirurgie Générale.
CHU Benfeli Touhami, Batna –
Algérie

Correspondance à :

Amel GUEZZI

guezziamel@gmail.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2021.8115>

Historique de l'article :

Reçu le 5 novembre 2020

Accepté le 28 janvier 2021

Publié le 04 juin 2021

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

Pour citer l'article :

Guezzi A, Rahmani A, Bafdel O. Étiologie rare d'un syndrome occlusif : invagination consécutive à un lipome. À propos d'un cas. *Batna J Med Sci* 2021;8(1):81-4.
<https://doi.org/10.48087/BJMScr.2021.8115>

RÉSUMÉ

L'invagination iléo-colique sur tumeur caecale est une pathologie rare chez l'adulte. Les circonstances de découvertes sont très variées. Le diagnostic pré opératoire peut être difficile vu que le tableau clinique évolue le plus souvent selon un mode chronique. Nous rapportons un cas d'invagination iléo-caecale sur tumeur iléocæcale survenue chez une femme de 67 ans qui a été opérée en urgence pour un syndrome occlusif. Les signes cliniques et l'imagerie étaient en faveur d'une invagination intestinale aiguë. Cependant, le diagnostic étiologique a été posé en peropératoire et la laparotomie a révélé une invagination intestinale iléo-cæco-colique sur une tumeur du caecum et que la résection carcinologique avec anastomose immédiate était possible. L'évolution postopératoire a été favorable.

Mots-clés : Invagination intestinale, caecum, Lipome

ABSTRACT

Ileocolonic invagination in a caecal tumor that is rare in adults. Circumstances of discovery are very varied. Preoperative diagnosis can be difficult since the clinical presentation most often evolves in a chronic manner. We report a case of ileocecal invagination in an ileocecal tumor in a 67-year-old woman who underwent emergency surgery for an occlusive syndrome. Clinical signs and imaging were in favor of acute intussusception. However, the etiological diagnosis was made intraoperatively and laparotomy revealed an ileo-caecocolic intussusception on a tumor of the cecum and that carcinological resection with immediate anastomosis was possible. The postoperative course was favorable.

Keywords: Intussusception, cecum, Lipoma

INTRODUCTION

L'invagination intestinale est définie par la pénétration ou le télescopage d'un segment intestinal dans celui situé immédiatement en aval. Elle représente 1-5 % des causes d'occlusion chez l'adulte (1-2) et son mode évolutif est habituellement chronique ou subaigu (3-4). Son diagnostic est difficile et le plus souvent tardif. Dans l'immense majorité des cas (70 à 90 % des cas), elle est secondaire (3). Une cause organique est souvent à l'origine de l'invagination pouvant être tumorale ou non (1).

Le lipome est rare au niveau du tube digestif. L'invagination intestinale sur lipome est exceptionnelle. Le traitement est toujours chirurgical fondé sur la résection intestinale avec cependant un débat encore ouvert concernant la nécessité ou non d'une réduction préalable du boudin d'invagination (6, 7).

Nous rapportons une nouvelle observation d'invagination intestinale sur tumeur du caecum.

OBSERVATION

Madame. B.M, âgée de 67 ans, hypertendue, diabétique sous traitement, était hospitalisée en urgence pour un syndrome occlusif évoluant depuis 15 jours avec des douleurs abdominales diffuses, notion d'arrêt des matières et des gaz et des vomissements bilieux, entrecoupés de périodes d'accalmie, jusqu'au jour de son hospitalisation motivée par l'accentuation de la symptomatologie (douleurs, arrêt des matières et des gaz, vomissements).

L'interrogatoire ne trouvait pas de facteur déclenchant, ni d'antécédent familial notable.

À l'arrivée, la patiente était apyrétique, stable sur le plan hémodynamique, un abdomen légèrement météorisé avec une masse au niveau épigastrique s'étendant au flanc droit douloureuse mobile par rapport au plan profond et une légère sensibilité du reste de l'abdomen. Les bruits hydro-aériques étaient présents et les orifices herniaires étaient libres. Le toucher rectal était sans particularité.

Il existait une hémoglobine à 9, une hyperleucocytose à 15.500/ml et la radiographie de l'abdomen sans préparation montrait une opacité sous-hépatique correspondant à l'image tissulaire du boudin, quelques niveaux hydro-aériques sur l'intestin grêle, absence de pneumopéritoine (figure 1).

Figure 1. Abdomen sans préparation montrant une opacité sous-hépatique correspondant à l'image tissulaire du boudin, (cercle en jaune), quelques niveaux hydro-aériques sur l'intestin grêle (étoile).

La tomodensitométrie avait montré un colon transverse à lumière occupée par une structure digestive invaginée en son sein, associée à un contenu mésentérique avec ascension du caecum et la dernière anse iléale. (Figure 2).

Figure 2. Tomodensitométrie abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste, à gauche : Coupe axiale : lumière du colon transverse occupée par une structure digestive invaginée en son sein, associée à un contenu mésentérique ; au milieu : coupe axiale montrant une image en cocarde. À droite : coupe coronale : boudin d'invagination intestinale sur masse caecale.

L'appendice vermiculaire visualisé au niveau du bout de ce télescope mesurant 9 mm de diamètre à paroi épaissie, rehaussé par le produit de contraste. L'indication opératoire ainsi posée, la patiente est admise au bloc des urgences pour une invagination iléo-cæco-colique.

L'intervention chirurgicale, menée par une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic, a permis de confirmer la présence d'une invagination intestinale composée de la dernière anse iléale, du caecum, du côlon ascendant et de l'angle colique droit jusqu'au tiers moyen du côlon transverse. Il y avait par ailleurs un épanchement péritonéal minime en inter-anse. La palpation du reste du cadre colique ne trouve pas d'autres masses. Le foie était de taille normale, à contours réguliers, homogène.

Après tentative vaine de désinvagination, persistance d'une masse au niveau de la lumière caecale de plus de 10 cm de grand axe, dure, de surface lisse, sans adénopathies satellites ni à distance.

Une colectomie droite carcinologique était réalisée avec une anastomose iléo-colique termino-latérale manuelle (figure 3).

Figure 3. Image per opératoire (à gauche) et pièce opératoire (à droite) de l'invagination iléo-cæco-colique.

L'examen anatomopathologique identifiait un lipome sous muqueux responsable de l'invagination. Les suites opératoires étaient simples et la patiente quitte l'hôpital au 6^{ème} jour postopératoire avec une bonne évolution clinique.

DISCUSSION

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte représente seulement 5 à 10 % de la totalité des invaginations intestinales aiguës (8). Anatomiquement, l'iléon est considéré comme une zone d'atteinte préférentielle (5,11), les invaginations colocoliques ne représentent que 27 % des cas (5). Plus rares sont les invaginations colo-rectales, colo-anales ou jejuno-gastriques (5, 9).

L'atteinte de l'adulte, comme dans notre cas, est rare. En effet sur 469 cas d'occlusion intestinale aiguë de l'adulte rapportés par Lebeau *et al.* (7), seuls 20 cas présentaient un tableau d'invagination intestinale aiguë. Les symptômes sont aspécifiques, ceux d'une occlusion (19). Toutefois, une masse abdominale est palpable signe de grande valeur en particulier, si elle apparaît de siège et de consistance différents au cours d'examen répétés. On le cherchera soigneusement en décubitus latéral droit et gauche, en décubitus dorsal et en position de Trendelenburg (18).

Pour Mondor (14), la forme aiguë serait le stade ultime d'une invagination chronique pour laquelle un diagnostic précoce n'aurait pas été fait. La gravité d'un tel regard explique l'ampleur des lésions : sphacèle ou perforation. À la différence des enfants, Ces invaginations sont le plus souvent secondaires (9).

L'étiologie lipomateuse est exceptionnelle. En effet, 28 cas seulement sont rapportés dans la littérature. Le lipome est une lésion rare du tube digestif. Il atteint électivement l'iléon au voisinage de la valve iléo-cæcale et le jéjunum proximal. La tumeur, de siège initial sous muqueux, se développe en direction de la lumière en repoussant la muqueuse. Ces tumeurs sont en général asymptomatiques.

L'apparition de manifestations cliniques est corrélée à leur taille (à partir de 4 cm) responsable alors de douleurs aiguës, de saignements occultes par ulcération de la muqueuse et d'invagination intestinale (4, 9). Sur le plan radiologique, Les radiographies standards mettent en évidence des signes d'occlusion, la visualisation directe de la tête du boudin, mais cet examen fournit peu de renseignements.

Dans les formes chroniques, le lavement baryté effectué avec douceur précise les images caractéristiques, images en cocarde, en corolle de fleur (16). L'échographie constitue un examen non contournable, les signes typiques du boudin d'invagination correspondent à l'image en cocarde, en sandwich ou en pseudo-rein. Elle est souvent gênée par la présence d'air. Associée au doppler couleur, elle peut mettre en évidence la disparition de l'hyperémie veineuse et artérielle du boudin d'invagination évocatrice de nécrose ischémique (13).

La tomodynamométrie réalisée en urgence retrouve un aspect pathognomonique. Elle permet de diagnostiquer le syndrome obstructif, son mécanisme, en l'occurrence, l'invagination, sa localisation précise les signes de souffrance intestinale (4, 6) et de montrer sa cause (masse intraluminaire ou extraluminaire) (4). En cas de lipome, elle met en évidence une lésion intraluminaire de densité graisseuse au centre entourée d'une paroi digestive. La coloscopie permet de diagnostic dans certains cas (20).

Traitement

Il est toujours chirurgical et ne laisse aucune place à la réduction par hyperpression sous contrôle radiologique, étant donné la fréquence des causes organiques sous-jacentes.

L'exérèse intestinale selon les règles carcinologiques s'impose lors de la découverte d'une tumeur ; en effet, dans les invaginations iléo-coliques, la résection première (colectomie droite) est préconisée par la majorité des auteurs, afin de limiter les risques de dissémination métastatique (18). Elle doit être faite sans désinvagination préalable en raison, soit de la nécrose du boudin, soit du caractère serré de l'invagination (expose à un risque de perforation intestinale). Lorsqu'elle est possible, elle permet de mieux apprécier les limites de la résection et parfois de réduire son étendue notamment en cas de tumeur bénigne (9).

La coelioscopie constitue actuellement un véritable moyen de diagnostic et parfois de traitement de l'invagination intestinale. Si l'imagerie préopératoire évoque l'existence d'une cause bénigne et si le patient est vu précocement. Elle nécessite une expertise en chirurgie laparoscopique (17).

Pronostic

Les différentes séries font état d'une mortalité élevée : 9 à 30 % (11) sans doute liée à la durée de l'évolution et à l'étendue des lésions gangréneuses. La morbidité est liée chez ces patients à l'accumulation des facteurs de gravité liés à la cause et à la durée de l'évolution : déshydratation, septicité et toxicité du contenu péritonéal dans les cas de sphacèle et de perforation (5).

Dans notre observation, les signes cliniques et radiologiques étaient en faveur d'une invagination intestinale iléo-cæco-colique, le scanner a été d'un grand apport ; il a permis la mise en évidence l'origine du syndrome occlusif.

Lorsque le diagnostic est posé, une intervention chirurgicale en urgence doit être pratiquée, afin d'arriver au diagnostic par l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire.

Cette observation souligne 4 points :

1. Diagnostic pré opératoire a été difficile vu que le tableau clinique est non spécifique qui évoluait le sur un mode chronique.

2. Diagnostic initial était celui d'une volumineuse masse tumorale évoluée.

3. Nécessité de réaliser une exérèse carcinologique du segment concerné, dans la mesure où l'invagination est révélatrice d'un cancer une fois sur deux (12).

4. L'étude anatomo-pathologique est nécessaire pour la confirmation diagnostique et doit être complétée dans certains cas par une étude immunohistochimique (10) pour orienter la prise en charge complémentaire.

CONCLUSION

Le tableau clinique d'une invagination iléo-colique chez l'adulte évolue le plus souvent d'une manière insidieuse. Une cause tumorale est le plus souvent à son origine. Le lipome intestinal est rare. L'imagerie dominée essentiellement par le scanner permet un diagnostic positif et surtout étiologique de l'affection.

En l'absence de signes cliniques et radiologiques pathognomoniques de diagnostic, la laparotomie exploratrice reste souvent de mise permettant un diagnostic à temps qui aurait permis un geste chirurgical dans de meilleures conditions. La résection du segment invaginé est toujours nécessaire car cet accident n'est qu'un épiphénomène à la base duquel se trouve une lésion organique qui doit être traitée d'une façon carcinologique améliorant le pronostic.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Ahn JH, Choi SC, Lee KJ, Jung YS. A clinical overview of a retrospective study about adult intussusceptions: focusing on discrepancies among previous studies. *Dig Dis Sci*. 2009 Dec; 54(12):2643-9. doi 10.1007/s10620-008-0635-x
2. Balik AA, Ozturk G, Aydinli B, Alper F, Gumus H, Yildiran MI, Basoglu M. Intussusception in adults. *Acta Chir Belg*. 2006; 106:409-412. doi.org/10.1080/00015458.2006.11679917
3. Sanogo ZZ, Yena S, Soumare S. Invagination intestinale aiguë de l'adulte: à propos de trois cas. *Mali médical*. 2003 Mali Med 1-2:48-50
4. Sirinelli D, Guilley C, Boscq M. Invagination intestinale aiguë : la désinvagination, quand et comment?. *J Radiol*. 2003;84:269-74. Doi : JR-03-2003-84-3-0221-0363-101019-ART2
5. Ribault L, Cuvillier X, Diagne A.L. Les invaginations intestinales aiguës de l'adulte : A propos de 3 cas à l'Hôpital Principal de Dakar. *Médecine d'Afrique Noire* : 1991;38(6):442-444.
6. Fournier R, Gouzien P, Russier Y, Garola P, Veillard JM. Intestinal intussusception in adults: contribution of ultrasonography. *J Chir (Paris)*. 1994 Oct; 131(10):430-3. PMID: 7860677
7. Lebeau R, Koffi E, Diané B, Amani A, Kouassi JC. Invaginations intestinales aiguës de l'adulte: analyse d'une série de 20 cas. *Ann Chir*. 2006; 131: 447- 50. doi.org/10.1016/j.anchir.2006.04.007
8. Toso C, Erne M, Lenzlinger P.M, Schmid J-F, Büchel H, Melcher G, Morel P. Intussusception as a cause of bowel obstruction in adults. *Swiss Med wklly* 2005;135:87-90. doi : 10.2005/05/smw-10693
9. Gupta S, Udupa K.N. Intussusception in adults. *Inter Surg*. 1976;61: 231-3. PMID: 1270226
10. Kamaoui I, Bouhouch F, Boubbou M, Tizniti S. Invagination grêle-grêle chez l'adulte secondaire à un lipome. *Feuilles de Radiologie*. 2007; 47:42-5 doi.org/10.1016/S0181-9801 (07)88832-4.

11. Jabar MF, Prasannan S, Gul YA. Adult intussusception secondary to inflammatory polyps. *Asian Journal of Surgery*. 2005 Jan;28(1):58-61. DOI: 10.1016/s1015-9584(09)60262-1.
12. Khalid E, Fatimazahra B, Driss K, Abdelaziz F, Abdellatif R, Rachid L, Nadia B, Saad B, Najib ZO. Les invaginations intestinales chez l'adulte: à propos de 17 cas [Intussusception in adults: report of 17 cases]. *Pan Afr Med J*. 2012;12:17. French. Epub 2012 Jun 1. PMID: 22826741; PMCID: PMC3396863.
13. Mondor H. Invagination intestinale aiguë de l'adulte. In : diagnostics urgents, abdomen. Masson édit 9. Paris, 1974, 800-5.
14. Bret P, Pianté M, Tran minh V, Deliot J.F. Signes radiologiques des invaginations iléo-coliques de l'adulte (13 observations) *Ann Radiol*. 1974;17(5): 471-477.
15. Fujii Y, Taniguchi N, Itoh K. Intussusception induced by villous tumor of the colon: sonographic findings. *J Clin Ultrasound*. 2002 Jan; 30(1):48-51. doi: 10.1002/jcu.10025.
16. Ossart J.L, Boudailliez C. Invagination iléo-caecale de l'adulte provoquée par un lymphome malin non hogkienien. A propos d'un cas. *Méd. Chir. Dig*. 1988 ;17 : 341-3.
17. El Alami Y, Mohammadine E, Mouslik R, Iahnini H, Riani A, Massrouri R, et al. CHU Ibn Sina. Rabat. Maroc. Invagination ileo-cæco-colique prise pour tumeur colique évoluée. *Journal Marocain des Sciences Médicales* 2010 ; 17(1):28-29. doi.org/10.48401/IMIST.PRSM/jmsm-v17i1.668.
18. Oukachibi N, Briuzes S. Invagination intestinale due à un lipome. *Gastroentérologie clinique et biologique*. 2010;34 :413-424. doi :10.1016/j.gcb.2010.01.013.
19. Bonnet S, Guyon P, Baton O, Singland J.D, Duverger V, Aubert P, Vergos M. Invagination iléo-cæco-colique Révélatrice d'un adénocarcinome du cæcum. *Journal de Chirurgie Viscérale*. 2005 ;142(1):68-69. doi : JCHIR-01-02-2005-142-1-0021-7697-101019-200502013.
20. Bentama K, Chemlal I, Benabbou M, El Abssi M, El Ouananni M, Cherrab M, et al. Invagination intestinale aiguë consécutive à un lipome grêlique: à propos d'un cas et revue de la littérature. *J Afr Hepato Gastroenterol*. 2012;6:164-165. doi: 10.1007/s12157-012-0403-6.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.net