

ARTICLE ORIGINAL

LES INVAGINATIONS INTESTINALES AIGUES DE L'ADULTE SUR TUMEURS: A PROPOS DE 8 CAS

THE ACUTE INTUSSUSCEPTION IN ADULT CAUSED BY TUMOR: ABOUT 8 CASES

I KONATÉ¹, CN EHODÉ², ML DIAO¹, JN TENDENG¹, Y SÈYE², AO TOURÉ², TM WADE², M CISSÉ²,
A DIA², CT TOURÉ²

1 : Département de Chirurgie et spécialités chirurgicales, Université Gaston Berger de Saint-Louis.

2 : Clinique chirurgicale, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar

RÉSUMÉ

Introduction: L'invagination intestinale est une pathologie rare chez l'adulte, de cause souvent organique. L'objectif de cette étude est d'en évaluer les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.

Matériels et Méthodes: Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 8 dossiers d'invagination intestinale chez des sujets de plus de 15 ans. Le diagnostic était fait sur la base de la clinique, de l'imagerie, de l'exploration chirurgicale et de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

Résultats: L'âge moyen était de 42,2 ans pour un sex-ratio homme-femme de 2/6. Le tableau clinique était dominé par l'occlusion intestinale aiguë retrouvée chez 5 patients. Trois patients avaient bénéficié d'une échographie qui montrait l'image en « cocarde » caractéristique; la tomodensitométrie effectuée dans 6 cas permettait d'objectiver dans la majorité (4 cas) le boudin d'invagination, son siège et la lésion tumorale causale. Tous les patients étaient opérés, par laparotomie. L'exploration retrouvait une invagination iléo-coeco-colique dans 4 cas. L'hémi-colectomie droite était le geste le plus réalisé (6 cas). L'examen de la pièce opératoire était effectué chez 4 patients et retrouvait 2 tumeurs malignes (adénocarcinome) et 2 tumeurs bénignes. Les suites opératoires étaient marquées par une suppuration pariétale chez un patient, une fistule associée à un œdème péri-stomial dans un cas et une éviscération fixée dans un autre cas. Un décès était noté à J7 postopératoire chez un patient qui présentait un adénocarcinome colique avec métastase hépatique.

Conclusion: L'invagination intestinale chez l'adulte est toujours un événement particulier, provoqué souvent par un processus intraluminal. Son pronostic est surtout fonction de la précocité de la prise en charge et de la lésion causale.

Mots clés: *Invagination intestinale aiguë, tumeur colique*

SUMMARY

Introduction: The intussusceptions is a rare disease in the adult, often organic cause. The objective of this study was to evaluate the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects.

Materials and methods: This was a retrospective study of eight cases of intussusceptions in patients over 15 years. The diagnosis was made on the basis of clinical, imaging, surgical exploration and histological examination of the surgical specimen.

Results: The average age was 42.2 years for sex male to female ratio of 2/6. The clinical presentation was dominated by acute intestinal obstruction found in 5 patients. Three patients had an ultrasound that showed the image "roundel" feature, the CT scan in 6 cases allowed to objectify the majority (four cases) the intussusceptions, its localization and the causal tumor lesion. All patients were operated by laparotomy. The exploration found an ileo-ceco-colic intussusceptions in 4 cases. The right hemicolectomy was the most made gesture (6 cases). The examination of the surgical specimen was performed in 4 patients and found two malignant tumors (adenocarcinoma) and two benign tumors. The postoperative course was marked by parietal suppuration in a patient, a fistula and colostomy edema in one case and evisceration in another case. One death was noted 7 day after surgery in a patient who presented a colon adenocarcinoma with liver metastasis.

Conclusion: The intussusceptions in adults is always a special event, often caused by an intraluminal process. The prognosis depends mainly on its early management and the causal lesion.

Keywords: *Intussusceptions, colic tumors.*

Tirés à part:

Pr Ibrahima Konaté

tel: + 221775447016

Email: ikonate203@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est une entité clinique rare chez l'adulte. Elle ne représente que 1 à 5 % des occlusions intestinales [1, 2]. Elle évolue souvent sous le mode chronique ou subaigu. Une cause organique est retrouvée dans 70 à 90 % des cas et le traitement chez l'adulte est chirurgical, fondé sur la résection intestinale [2].

Il existe très peu d'études africaines sur ce sujet. Le but de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques, et pronostiques de cette affection.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de 2006 à 2012 réalisée au niveau de l'Unité des Urgences Chirurgicales de CHU Aristide Le Dantec. Nous avons recensé 8 patients âgés de plus de 15 ans présentant une invagination intestinale aiguë sur tumeur. Le diagnostic était basé sur la clinique, la para-clinique, l'exploration chirurgicale et l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

RESULTATS

Epidémiologie

L'âge moyen de nos patients était de 42,2 ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans. Une prédominance féminine de 6 femmes pour 2 hommes était notée.

Clinique et paraclinique

Le tableau clinique initial était dominé par les occlusions intestinales aiguës, retrouvées chez 5 patients. Dans les autres cas, il s'agissait d'une péritonite aiguë généralisée, d'un syndrome appendiculaire, et d'un syndrome sub-occlusif.

Le bilan biologique retrouvait, à la numération-formule sanguine, une anémie avec un taux d'hémoglobine égal à 9g/dl chez 1 patient. Il était normal chez les 7 autres patients. Le dosage des globules blancs, avait objectivé, une hyperleucocytose chez 2 patients et était normal chez les 6 autres.

Tous nos patients avaient bénéficié d'une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP). Elle montrait la prédominance de niveaux hydro-aériques du grêle dans 6 cas. L'échographie abdominale faite chez 3 patients permettait d'objectiver une image en coarce en faveur d'une invagination intestinale dans 2 cas; dans 1 cas, elle n'était pas contributive. La tomodensitométrie (TDM) était réalisée chez 6 de nos patients. Elle permettait de retrouver le boudin d'invagination intestinale dans 5 cas. Dans 4 cas elle précisait le type d'invagination, ainsi que les lésions tumorales bénigne ou maligne associées. Pour 1 patient, elle montrait par ailleurs des images de volumineuses métastases hépatiques. La coloscopie totale était faite à distance de l'épisode douloureux

dans 1 cas et avait montré, une tumeur cæcale non sténosante d'allure maligne associée à des polypes du côlon transverse et du côlon gauche.

Aspects thérapeutiques

Tous nos patients étaient admis en urgence. Sept étaient opérés d'emblée et 1 patient après 1 mois d'investigation. Dans tous les cas une réanimation pré-, per- et postopératoire était faite. L'exploration chirurgicale après laparotomie médiane retrouvait 4 invaginations iléo-cæco-coliques; une invagination iléo-iléale, 2 invaginations colo-coliques, et une invagination iléo-colique. Les gestes chirurgicaux réalisées, résumés dans le tableau I, étaient dominés par l'hémicolectomie droite (Image 1).

Tableau I: Gestes chirurgicaux effectués

	n
Hémicolectomie droite	6
Résection-iléale	1
Colectomie totale	1
Total	8

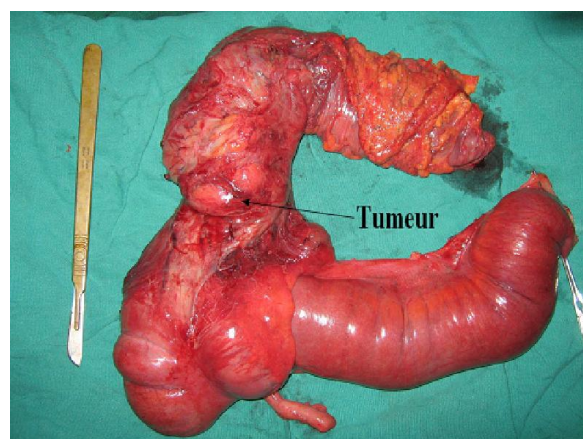


Image 1: Pièce d'hémicolectomie droite après réduction de l'invagination iléocolique sur tumeur du colon

L'examen histologique était réalisé chez 4 de nos patients, confirmant la présence de 2 tumeurs malignes, 2 tumeurs bénignes, comme le montre le tableau II.

Tableau II: Types histologiques retrouvés

	n	Histologie
Tumeurs malignes	2	Adénocarcinome colique
Tumeurs bénignes	2	- Polype fibreux de Vanek - Granulome
Total	4	

Évaluation du traitement

Dans les suites opératoires, deux patients présentaient des complications postopératoires. Il s'agissait d'une suppuration pariétale dans un cas, et d'un oedème péristomial, associé à une fistule de bas débit et une éviscération fixée dans un autre cas à J40 postopératoire. Un décès était enregistré au 7ème jour postopératoire chez le patient porteur d'un adénocarcinome du côlon ascendant, associée à de volumineuses métastases hépatiques.

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

L'invagination intestinale est une pathologie courante en pédiatrie, mais rare chez l'adulte. Elle représente 1% des occlusions intestinales en Europe et 3% en Afrique [3, 4]. Elle est primitive chez l'enfant dans 90% des cas, tandis que chez l'adulte, c'est une cause organique qui est retrouvée dans 70 à 90% des cas [1, 5].

Aspects cliniques

La symptomatologie est dominée par un tableau d'occlusion intestinale aiguë dans 10 à 30% des formes en Europe contre 75-100% des cas en Afrique [3, 4]. Cependant le tableau peut se manifester par une péritonite aiguë généralisée secondaire à une perforation. Certains types d'occlusion peuvent simuler un syndrome appendiculaire [6]. Les signes cliniques classiques d'IIA, comprenant la triade associant douleurs abdominales paroxystiques, diarrhée sanglante et masse palpable à l'examen ne serait présente que dans moins de 9,8% des cas chez l'adulte [6]. La présentation est souvent aspécifique avec des symptômes pouvant évoluer sur un mode chronique, rendant le diagnostic difficile [7].

Aspects para-cliniques

Le bilan biologique apporte peu d'information pour l'orientation diagnostique de cette pathologie. La radiographie de l'ASP n'a d'intérêt que pour confirmer le diagnostic des formes compliquées en occlusion ou péritonite [6]. L'échographie abdominale a constitué pendant plusieurs années le gold standard dans la stratégie diagnostique, mettant en évidence l'invagination intestinale dans seulement 60% des cas [6]. Elle révèle sur des coupes transversales la classique image « en cocarde » et sur des coupes longitudinales une image « en sandwich » ou « de pseudo-rein » [1]. Ses performances sont cependant limitées par l'abondance des gaz du fait de l'occlusion intestinale et elle est opérateur-dépendant [2]. La TDM est l'examen de choix dans la prise en charge des invaginations chez l'adulte [8]. C'est l'examen le plus fiable pour confirmer le diagnostic, en particulier chez ces patients pauci-symptomatiques, avec une sensibilité allant de 58 % à 100 %; elle permet de définir la localisation, la nature et parfois la cause de l'invagination [5, 7]. Dans certains cas, elle permet de retrouver les localisations secondaires d'une tumeur maligne associée. Ceci était le cas pour un de nos patients. En dehors du contexte d'urgence, la coloscopie trouve son intérêt en cas de tumeur associée du gros intestin, notamment devant les tableaux subaigus, précisant le siège de la tumeur. Elle permet de préciser le siège de l'obstacle, de rechercher l'intégrité de la lumière colique que le scanner ne peut apprécier; d'avoir un examen histologique des lésions rencontrées et de réaliser des biopsies ou des polypectomies. Même si l'apport diagnostique et thérapeutique du lavement baryté chez l'enfant est indéniable, son intérêt dans le traitement est quasi nul chez l'adulte en raison des fréquences des causes organiques [6]. Il a été supplanté par la TDM.

Aspects thérapeutiques

Pour beaucoup d'auteurs, la laparotomie est obligatoire dans le traitement des IIA, en raison du risque de complications telles que la perforation et la présence d'une tumeur [9, 10]. La réduction première peut être tentée quand un long segment est impliqué. Cependant, elle ne doit pas être tentée si des signes d'ischémie intestinale, d'inflammation ou si la malignité sont soupçonnées [11]. De nombreux chirurgiens préconisent la résection en un bloc à cause des risques potentiels d'ensemencement péritonéal (selles, cellules néoplasiques) après ouverture accidentelle de l'intestin lors de la manœuvre de réduction [9, 10, 12]. Cette résection peut aller jusqu'à la colectomie totale, comme dans un de nos cas (Tableau 1).

Chez l'adulte, les causes organiques d'invagination intestinale sont des tumeurs bénigne ou maligne. Au niveau du grêle, ce sont le plus fréquemment des lésions bénignes (25 % des cas), contrairement au

siège colique, ou le plus souvent ce sont des causes malignes [8]. Les tumeurs bénignes incluent les lipomes et les polypes adénomateux ou fibro-inflammatoires [13, 14]. Les tumeurs malignes sont représentées par les lymphomes, les adénocarcinomes, les carcinoïdes, les léiomyosarcomes ou encore les métastases (mélanome) [15, 16, 17].

L'examen histologique n'a pas pu être réalisé chez tous nos patients; ceux-ci ne disposaient pas tous d'assez de ressources financières pour apporter, à tous les prélèvements, des confirmations étiologiques.

La mortalité de l'invagination intestinale chez l'adulte varie selon l'étiologie, le terrain et la gravité des lésions intestinales. Elle serait plus élevée dans les formes aiguës, expliquant le caractère urgent de

l'intervention chirurgicale [9]. Dans notre étude, le décès était probablement lié au terrain et au stade de la tumeur.

CONCLUSION

L'invagination intestinale aiguë est une pathologie rare; elle n'est presque jamais primitive chez l'adulte car souvent provoquée par une lésion tumorale intestinale. Son traitement est toujours chirurgical et tient compte de la lésion causale. Ainsi, le pronostic de cette affection est surtout lié à la précocité de la prise en charge du fait des présentations cliniques (occlusion, péritonite), mais aussi du stade d'évolution de la lésion organique causale.

REFERENCES

1. Elhattabi K, Bensardi F, Khaiz D, Fadil A, Raouah A, Lefriyekh R et al. Les invaginations intestinales chez l'adulte: à propos de 17 cas. *Pan Afri Med J.* 2012; 12: 17.
2. Lebeau R, Koffi E, Diane B, Amani A, Kouassi JC. Invaginations intestinales aiguës de l'adulte : analyse d'une série de 20 cas. *Ann Chir.* 2006; 131 (8): 447-450.
3. Giak CL, Singh HS, Nallusamy R, Leong TY, Ng TL, Bock HL. Epidemiology of intussusception in Malaysia: a three-year review. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2008; 39(5):848-855.
4. Croome KP, Colquhoun PH. Intussusception in adults. *Can J Surg* 2007; 50(6):E13-E14
5. Bayle S, Rossi P, Bagnères D, Demoux AL, Ashero A, Dales JP, et al. Polype fibro-inflammatoire de l'iléon révélé par une invagination. À propos d'un cas familial *Rev med int.* 2005; 26 (3): 233-237.
6. Sanou A, Zongo N, Ouédraogo T, Bonkougou G, Ouangré E, Ouédraogo WTR, et al. Les invaginations intestinales de l'adulte. À propos de 21 cas au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *J Afr Hepatol Gastroenterol* 2012; 6 (1): 28-32.
7. Grados A, Bernard F, Coquet-Reinier B, Rossi P, Bagnères D, Demoux AL et al. Invagination intestinale aiguë révélant une maladie cœliaque : à propos d'un cas et revue de la littérature *Rev med int.* 2011; 32 (10): 628-632.
8. Oukachbi N, Brouzes S. Invagination intestinale due à un lipome de l'intestin grêle. *Gastroenterol clin biol.* 2010; 34 (6,7): 413-424.
9. Sonhaye L, Adjenou K, Tchaou M, Agoda-koussema LK, Ntimon B, Attipou K et al. Un cas d'invagination intestinale subaiguë sur diverticule de Meckel chez une adolescente au CHU Campus de Lomé en 2008. *J Afr Hepatol Gastroenterol* 2009; 3 (4): 221-223.
10. Hanan B, Diniz TR, Da Luz MMP, Da Conceicao SA, Da Silva RG, Lacerda-Filho A. Intussusception in adults: a retrospective study. *Colorectal Disease.* 2010; 12 (6): 574-578.
11. Tan KY, Tan SM, Tan AGS, Chen CYY, Chng HC, Hoe MNY. Adult intussusception: experience in Singapore. *ANZ J Surg* 2003; 73 (12): 1044-1047.

12. Traore D, Sissoko F, Ongoïba N, Traoré I, Traoré AK, Koumaré AK. Invagination intestinale aiguë chez l'adulte: écueils diagnostiques, morbidité et mortalité dans un pays en voie de développement. *J Chir Visc* 2012; 149 (9): 231-234.

13. Ongom PA, Wabinga H, Lukande RL. A 'giant' intraluminal lipoma presenting with intussusception in an adult: a case report. *J Med Case Rep* 2012; 6: 370.

14. Sall I, Bouchentouf SM, El Kaoui H, Aitali A, Achour A, Zentar A et al. Invagination intestinale sur polype fibro-inflammatoire de Vanek. *Gastroenterol clin biol* 2007; 31 (11):978-979.

15. El Alami Y, Tijami F, Bakali Y, Mouslik R El Yacoubi S, Jalil A. Invagination intestinale sur métastase d'un mélanome cutané. *J Afri Hépatol Gastroentérol*. 2012; 6 (2): 144-147.

16. Guillén PMP, Campillo Soto A, Martín Lorenzo JG, Torralba Martínez JA, Mengual Ballester M, Cases Baldó MJ, et al. Adult intussusception - 14 case reports and their outcomes. *Rev Esp Enferm Digest* 2010; 102 (1): 32-40.

17. Vasiliadis K, Kogopoulos E, Katsamakas M, Karamitsos E, Tsalikidis C, Pringos B, et al. Ileoileal intussusception induced by a gastrointestinal stromal Tumor. *W Jour Surg Oncol*. 2008; 6 (1): 133.