



FAIT CLINIQUE

INVAGINATION COLO ANALE SUR POLYPE LIPOMATEUX: À PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS DANS UN CHU D'ABIDJAN EN CÔTE D'IVOIRE

COLO ANAL LIPOMATOUS POLYP-INDUCED INTUSSUSCEPTION: REPORT OF TWO CASES IN A TEACHING HOSPITAL CENTER IN ABIDJAN (IVORY COAST)

GK KOUADIO, LN KOUADIO, HT TURQUIN

Service de chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville, département des maladies de l'appareil digestif UFR SM, Université Félix Houphouët Boigny, BP V3 Abidjan, Côte d'Ivoire.

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent deux cas d'invagination colo anale sur polype accouché par l'anus chez deux patientes de 48 et 69 ans. Le tableau clinique était celui d'un syndrome occlusif par invagination volvulée. Le diagnostic était aisé. Une hémicolectomie gauche a permis de traiter l'invagination en emportant le polype. Dans les deux cas il s'agissait d'un polype lipomateux. L'évolution postopératoire s'est faite sans complication.

Mots clés: *occlusion, invagination, polype, anus*

SUMMARY

The authors report two cases of colonic intussusception protrusion from the anus, in two 48 and 69 year-old women with polyp on the apex of intussusception. Clinical presentation was colonic obstruction with volvulus. The diagnosis presented no difficulty. The two patients underwent emergency hemicolectomy with Hartmann procedure. The histological examination confirmed the diagnosis of lipoma.

Key words: *obstruction, intussusception, polyp, anus*

Tirés à part

Prof. Germain KOUADIO E-mail: germkof@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'invagination intestinale aiguë est rare chez l'adulte. Elle représente seulement 1 à 5% des étiologies d'occlusion intestinale chez l'adulte [1-3]. Dans la majorité des cas, elle est secondaire à une tumeur plus souvent maligne au niveau du côlon et bénigne au niveau du grêle [3-10]. Parmi les formes coliques, l'invagination colo anale sur polype considéré comme exceptionnelle est de plus en plus rapportée par la littérature [5-10]. Le diagnostic de cette entité est aisé et le traitement résolument chirurgical. L'évolution préopératoire peut en être grave du fait d'un volvulus souvent associé. Nous avons rapporté dans ce travail deux cas afin d'en discuter les aspects cliniques et thérapeutiques.

NOS OBSERVATIONS

Observation 1

Une dame de 48 ans était adressée aux urgences pour procidence anale accompagnée de douleurs abdominales diffuses le 12 février 2012. On retrouvait dans ses antécédents une alternance diarrhée constipation évoluant depuis près de six mois. A l'interrogatoire, la dame précisait qu'elle présentait des douleurs abdomino pelviennes associées à une diarrhée glaireuse, puis était survenue une tuméfaction anale de plus en plus douloureuse. L'examen clinique retrouvait une tuméfaction anale ovoïde fixée sur un muqueuse colique prolabée à l'anus, à surface lisse, volvulée mais sans nécrose (fig. 1).



Figure 1 : Patient n° 1 présentant une invagination colo anale volvulée, vue tôt, sur polype lipomateux.

L'abdomen était sensible surtout en région hypogastrique. Une radiographie de l'abdomen sans préparation a montré des niveaux hydroaériques de type colique. Une laparotomie médiane a confirmé le diagnostic d'invagination sigmoïdo recto anale sur un polype sigmoïdien situé à 30 cm de la marge anale. Il a été réalisé une hémicolectomie gauche emportant le polype, suivie d'une colostomie à la Hartmann. L'ouverture de la pièce opératoire a révélé un seul

polype. Les suites opératoires ont été simples. L'histologie a mis en évidence une hyperplasie d'adipocytes matures sans signe histologique de malignité en faveur d'un polype lipomateux. Le rétablissement de la continuité digestive par anastomose colo rectale a été réalisé à quatre mois avec une suite favorable.

Observation 2

Une dame de 69 ans, ménagère avec des antécédents de douleurs abdominales épisodiques, de constipation chronique nous a été adressée en urgence le 07 juillet 2012 pour prolapsus rectal. La symptomatologie évoluait depuis trois jours et était marquée par : un arrêt des matières avec des vomissements tardifs associés à des douleurs abdominales à type de torsion calmées par l'émission de selles glairo sanglantes. Secondairement est survenue une masse prolabée à travers l'anus. A l'examen, son état général était bon, l'abdomen était distendu et sensible. Au temps proctologique, on notait une masse arrondie d'environ 7 cm de grand axe, sessile, fixée sur la muqueuse d'une portion de 15 cm d'anse volvulée en un tour de spire dans le sens anti horaire. Cette masse était prolabée par l'anus dont elle est séparée par un sillon. Sa surface était lisse sans plis muqueux concentriques (fig. 2).



Figure 2: Patient n°2 présentant une invagination colo anale volvulée, sur polype partiellement décollé

La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré des niveaux hydroaériques de type colique. Le bilan biologique ne montrait pas d'anomalies. Au total, il s'agissait d'une invagination colo anale sur un polype accouché par l'anus.

Une laparotomie médiane sous anesthésie générale a été pratiquée après détorsion et réduction de la masse prolabée. La désinvagination a permis de mettre en évidence un polype sigmoïdien situé à 25 cm de la jonction recto sigmoïdienne anale associé à un dolicho sigmoïde. Nous avons par ailleurs noté une souffrance de la portion sigmoïdienne sus tumorale sur environ

40 cm sans nécrose et un épanchement séro hémattique dans le cul de sac de Douglas. Il a été réalisé une hémicolectomie gauche emportant le polype, suivie d'une colostomie à la Hartmann. L'ouverture de la pièce opératoire a révélé un seul polype. Les suites opératoires ont été simples. L'histologie était en faveur d'un polype lipomateux sur les mêmes arguments décrits dans la première observation. Le rétablissement de la continuité digestive par anastomose colo rectale a été réalisé à trois mois avec une suite favorable.

DISCUSSION

L'invagination colo anale était exceptionnellement rapportée depuis le travail de Lataste en 1975 [3], qui rapportait les six premiers cas puis celui de Bouchet [4] en 1981 en France, qui en rapportait le septième cas. Dans la littérature plus récente, cette affection semble de plus en plus rapportée [5-10]. Ce travail rapporte les deux premiers cas observés en milieu chirurgical ivoirien. Les deux cas sont survenus sur un polype lipomateux. Le lipome est fréquent dans le côlon et siège avec prédilection sur le côlon droit [2, 11, 12]. Son expression symptomatique est corrélée à sa grande taille. Il devient symptomatique lorsque sa taille dépasse deux centimètres. Ces observations illustrent la nécessité, devant des douleurs abdominales chroniques, associées ou non à des troubles du transit de savoir penser à un polype colique et prescrire une exploration par coloscopie totale ou par scanner abdominal. L'extériorisation anale de l'invagination représente un accident aigu faisant souvent suite à des invaginations intermittentes. Un diagnostic endoscopique et/ou scannographique permettrait alors une prise en charge sécurisée des patients. Le scanner est sensible et spécifique pour le diagnostic de lipome sous forme d'une formation ovalaire, bien limitée de densité graisseuse [2, 11, 12]. D'autres publications ont révélé que la lésion était néoplasique [7]. Cela motive l'analyse systématique du polype et de la pièce opératoire.

Le diagnostic d'invagination était aisé devant la présence d'une masse anale recouverte d'une muqueuse lisse sans plis radiés sur laquelle était fixé le

polype. Le seul problème différentiel se posait avec le prolapsus total extériorisé. Le prolapsus se présente sous forme d'un boudin cylindro-conique à base anale, caractérisé par des striations faites de plis concentriques [5]. Le principal risque évolutif de l'invagination est le volvulus avec son corollaire de complications comme la nécrose et la perforation colique comme observée dans nos observations. Ces complications mettent en jeu le pronostic vital des patients et commandent donc qu'un traitement rapide et efficace soit entrepris. Selon tous les auteurs consultés [1-12], ce traitement est résolument chirurgical. La chirurgie doit être menée par voie médiane afin de ne pas méconnaître des complications intra péritonéales comme dans notre deuxième observation. En outre, elle permet de traiter d'éventuels polypes d'autres localisations. Les interventions par voie périnéale présentent le risque de méconnaître ces lésions et seraient pourvoyeuses de fistules post opératoires [9, 10]. Nous avons réalisé une hémicolectomie en deux temps selon la technique de Hartmann avec une évolution favorable. Cette méthode a notre préférence en raison du manque de préparation colique. Les colectomies idéales sont pourvoyeuses de complications à type de lâchage anastomotique et de péritonite [8, 9, 10]. Techniquement, les auteurs prônent la résection en « bloc » et d'éviter toute tentative de désinvagination péroopératoire qui pourrait se compliquer d'une souillure fécale ou par du matériel tumoral [2, 7, 8, 10, 12].

CONCLUSION

Cette étude a montré la réalité de cette affection dans notre contexte. Quoique le diagnostic était aisé, il pourrait poser un problème diagnostique différentiel avec le prolapsus rectal extériorisé. La principale complication était représentée par le volvulus du boudin avec risque de nécrose et perforation colique. La colectomie par la méthode de Hartmann a donné de bons résultats et devra demeurer une alternative valable dans notre pratique.

Conflit d'intérêt : aucun

RÉFÉRENCES

1. 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
2. Kras E, Mrabet W, Gaba M. Invagination intestinale aiguë de l'adulte secondaire à un lipome colique. *Ann Fr Med Urgence* 2011;1:427-9
3. Lataste J, Albou JC, Boeuf A. Colo-anal invaginations in adults. *J Chir* 1975; 109:489-94
4. Bouchet T, Sobel J, Flabeau F. Colo-anal intussusception of adult. A new case. *J Chir* 1981;118:185-9
5. Torres ML, McCafferty MH. Rectosigmoid intussusception through the anus mimicking rectal prolapse. *Am Surg* 2010;76:718-20
6. Toms N, Bicknell C, Harrison R. Colo anal intussusception in adult : case report and review of literature. *Int J Clin Pract* 2009;63:175-6
7. Brozzetti S, Polistena A, Mosiello G, Annessi P, Alessi G, Cavallaro A. Recurrent intussusception of the sigmoid colon caused by transanal protruding sessile tubulo-villous malignant polyp. *Anticancer Res* 2000;20:4697-700
8. Nesbakken A, Haffner J. Colo-anal intussusception. Case report. *Acta Chir Scand* 1989;155 :201-4
9. Peillon C, Denaunay T, Dadouon M, Demelenne J. A case of colo-anal intussusception in adults surgically treated via the anus. *Ann Chir* 1988;42:681-3
10. Lynn M, Agrez M. Management of sigmoid colon intussusception presenting through the anus. *Aust N Z J Surg* 1998;68:683-5
11. Baba H, Ait Ali A, Damiri A, Elfahsi M, Elhajjouji A, Boucentouf SM et al. Invagination colo colique sur lipome sigmoïdien. *J Afr Hépatol Gastroenterol* 2011;5:255-6
12. Goasguen N, Cattan P, Godiris-Petit G. Lipome colique : cas clinique et revue de la littérature. *Gastroentrol Clin Biol* 2008;32 :521-4