



## FAIT CLINIQUE

INVAGINATION INTESTINALE ILEO-ILEO-CAECALE CHEZ L'ADULTE SUR PSEUDOTUMEUR INFLAMMATOIRE

ADULT ILEO-ILEO-CAECAL INTUSSUSCEPTIONS ON INFLAMMATORY PSEUDOTUMOR

KANASSOUA KK(1), KASSEGNE I(1), SAMBIANI J(1), ADABRA B(1), TCHANGAI B(1), SONGNE B(1)

(1)Service de Chirurgie Générale du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, BP 57 Lomé – TOGO Tel : (228) 22212501

### RÉSUMÉ

L'invagination se produit lorsqu'un segment intestinal et son méésentère pénètrent dans le segment intestinal d'aval et s'y incarcerated. L'invagination intestinale aiguë est une cause rare d'occlusion intestinale chez l'adulte. Elle survient habituellement sur une lésion organique. Les manifestations cliniques non spécifiques sont dominées par le syndrome occlusif. Nous rapportons un cas d'invagination iléoiléocaecale chez un homme de 44 ans sur pseudotumeur inflammatoire iléale. Une résection iléale et un examen anatomopathologique avaient été pratiqués. Ce cas décrit une tumeur bénigne inhabituelle comme cause d'une invagination et illustre la symptomatologie atypique de l'invagination chez l'adulte.

*Mots-clés:* invagination intestinale, pseudotumeur inflammatoire, adulte, Lomé.

### SUMMARY

Intussusception is defined as the telescoping of a segment of the gastrointestinal tract into an immediately adjacent distal bowel. Intussusception is a relatively rare cause of intestinal obstruction in adults. The cause of intussusception in adults is frequently organic lesions. The clinical presentation of adult intussusception is non-specific with variable manifestations, predominantly those of intestinal obstruction. We describe a case of a 44-year-old man with subacute presentation due to ileoileocaecal intussusceptions secondary to an iléal inflammatory pseudotumor. Surgical iléal resection and histopathological examination were performed. This case not only demonstrates an unusual benign lesion as a cause of intussusception, but also illustrates an atypical clinical presentation in adults with intussusceptions.

*Keywords:* intussusceptions, inflammatory pseudotumor, adult, Lomé

#### Tirés à part

KANASSOUA BP : 382 Lomé – TOGO Tel : Bur (228) 23354351 / Cel (228) 90231058  
E-mail : kanassoua8812@yahoo.fr

## INTRODUCTION

L'invagination se produit lorsqu'un segment intestinal et son méésentère pénètrent dans le segment intestinal d'aval et s'y incarcerated, formant une masse appelée «boudin d'invagination» [1]. La conséquence est une obstruction digestive et une constriction des éléments du méésentère (vaisseaux sanguins, lymphatiques et nerfs). Le risque d'une souffrance intestinale irréversible menant vers une perforation digestive avec ou sans choc septique est substantiel si la pathologie n'est pas immédiatement reconnue et si une prise en charge adéquate n'est pas rapide [1]. L'invagination intestinale aiguë (IIA) est une urgence chirurgicale. Elle est rare chez l'adulte, 1% des causes d'occlusion intestinale et survient souvent sur une tumeur intestinale bénigne ou maligne. Le diagnostic chez l'adulte est souvent difficile et retardé du fait de la non spécificité des symptômes. Son traitement chez l'adulte est toujours chirurgical du fait de son étiologie organique [2, 3]. A partir d'un cas opéré nous avons dégagé les particularités de l'invagination intestinale chez l'adulte.

## OBSERVATION

Un homme âgé de 44 ans, instituteur, est admis le 17 avril 2013 pour des douleurs abdominales, des vomissements et un arrêt de matières et de gaz évoluant depuis 8 jours.

Il a reçu du phloroglucinol et de l'albendazole mais les symptômes ont repris à l'arrêt du traitement. Dans ses antécédents il signale des douleurs abdominales chroniques récurrentes depuis 20 ans.

A l'examen, l'état général était bon. La température était à 37°3 Celsius, la tension artérielle à 120/80 millimètre de mercure, le pouls à 82 bpm. Les conjonctives étaient bien colorées avec un bon état d'hydratation.

L'examen de l'abdomen a permis de noter un météorisme abdominal avec diminution de la respiration abdominale. L'abdomen était tympanique à la percussion. La palpation de la fosse iliaque droite notait la présence d'une masse irrégulière, sensible. Au toucher rectal, l'ampoule rectale était vide. Les orifices herniaires étaient libres.

La radiographie de l'abdomen sans préparation debout de face a montré des niveaux hydroaériques centraux multiples, plus larges que hauts aux dépens du grêle.

A la biologie : l'urémie était normale à 0,20g/l (N= 0,10 – 0,40), la créatinémie élevée à 18mg/l (N= 8 – 12).

La numération blanche était à 10300 globules blancs/mm<sup>3</sup>, le taux d'hémoglobine à 14,7g/l.

Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë a été évoqué et une laparotomie médiane sous anesthésie générale a permis de découvrir des anses grêles très dilatées et une invagination iléo-iléo-caecale par retournement. Le boudin d'invagination était nécrotique avec un

caecum inflammatoire distendu. Nous avons procédé à une désincarcération du boudin du caecum par taxis puis procédé à une résection de la zone nécrosée du grêle, en partant de la jonction iléo-caecale et emportant 70 cm d'iléon. Une appendicectomie a été faite. Après fermeture de la jonction iléocaecale, le rétablissement de continuité digestive a été fait dans l'immédiat par une anastomose iléo-caecale termino-latérale.

La pièce opératoire présentant une tumeur de 2cmx1cm siégeant à 25 cm de la jonction iléocaecale a été adressée en anatomopathologie. La figure montre la pièce opératoire avec la tumeur dans la main.



Figure : pièce opératoire montant la tumeur tenue dans la main

Les suites opératoires ont été simples et le huitième jour le malade est sorti de l'hôpital.

L'examen anatomopathologique a conclu en une ulcération de l'épithélium de surface, siège d'une réaction inflammatoire faite d'éléments inflammatoires chroniques constitués de lymphocytes et de plasmocytes associés à une congestion des vaisseaux sanguins et d'éléments fibroblastiques lâches. La paroi intestinale était le siège d'infiltrat inflammatoire chronique lymphocytaire avec un œdème du chorion et une congestion de vaisseaux sans lésions tumorales. En conclusion : aspect histologique évoquant une invagination intestinale aiguë iléale sur pseudotumeur inflammatoire iléale.

## DISCUSSION

L'invagination intestinale chez l'adulte est une affection rare. Elle représente 1-5% des causes d'occlusion intestinale et 0,003-0,02% des hospitalisations [4]. Chez l'enfant de moins de trois ans, elle est plus fréquente et 90% des invaginations sont considérées comme idiopathiques. Elles peuvent

être secondaires à un dyspéristaltisme dans le cadre d'une adénolymphite mésentérique faisant suite à une infection gastro-intestinale, le plus souvent virale [2]. Cette infection entraîne une hypertrophie des plaques de Peyer dans la paroi intestinale et l'hyperexcitation des anses grêles provoquant le départ de l'invagination sur la zone indurée par l'hypertrophie des plaques de Peyer.

Chez les enfants âgés de plus de trois ans et chez les adultes l'invagination intestinale aiguë est secondaire à des atteintes digestives locales (90%) appelées *pathological lead point* dans la littérature anglo-saxonne : polypes cœcaux ou iléaux, diverticule de Meckel, lipomes, duplication intestinale et lymphome. L'invagination intestinale peut aussi être secondaire à un hématome de la paroi intestinale comme dans le purpura de Henoch-Schönlein, une splénose ou à des adhérences postchirurgicales [1-6]. Dans notre cas il a été retrouvé une pseudotumeur inflammatoire à l'origine de cette invagination. Les tumeurs du grêle de l'adulte sont souvent bénignes (lipome, polype inflammatoire, léiomyome) tandis que les tumeurs coliques sont malignes de type adénocarcinomes, selon [Chelimilla H.](#) et al. aux Etats Unis [3].

L'IIA survient habituellement sur l'intestin grêle (50-80%) avec l'iléon terminal comme siège de prédilection [4]. Environ 85% des invaginations sont iléo-coliques et 15% sont soit iléo-iléales soit colo-coliques [1]. Dans notre cas l'invagination était iléo-iléo-caecale.

Chez l'adulte on ne note pas de prédominance liée au sexe masculin comme dans les formes de l'enfant. En effet, dans la série de Cackir M. et al. en Turquie [6] sur 47 patients adultes opérés d'une IIA, 25 (51%) étaient de sexe féminin et 23 (49%) de sexe masculin.

La symptomatologie clinique chez l'adulte est souvent atypique [4, 6]. Elle est marquée par des douleurs abdominales chroniques avec des épisodes subocclusifs liées à l'obstruction partielle de la lumière intestinale. Chez l'enfant l'invagination intestinale est caractérisée par la triade classique : crises de douleurs abdominales paroxystiques, vomissements occasionnés par la compression des nerfs végétatifs du mésentère incarcéré et rectorragies manifestées par des selles muco-sanglantes [1]. La compression veineuse et lymphatique, au niveau du boudin augmenterait la production du mucus par les cellules caliciformes. Le saignement proviendrait des villosités intestinales ischémisées, voire nécrosées suite à la compression pariétale artérielle et à l'abrasion mécanique de la muqueuse par le boudin en progression. Pour certains auteurs, les vomissements sont remplacés dans la triade par la présence d'une masse abdominale palpable [1]. Cette masse peut être difficile à palper chez l'adulte surtout obèse. Les invaginations par défaut d'accolement mésentérique sont de diagnostic trompeur parce qu'elles se présentent comme une masse recto-sigmoïdienne,

voire anale [7, 8].

L'échographie abdominale, effectuée par un radiologue expérimenté, est actuellement l'examen de choix pour confirmer le diagnostic d'une invagination intestinale. L'image en cocarde correspond en coupe transversale aux couches des parois intestinales les unes à l'intérieur des autres. En coupe longitudinale c'est un aspect en pseudo rein ou en sandwich. Le doppler couleur indique l'absence de vascularisation. Un cliché radiographique d'abdomen sans préparation (ASP) peut objectiver une zone déshabillée, une opacité du boudin ou éventuellement des signes d'occlusion à type de niveaux hydro-aériques, parfois un pneumopéritoine révélateur d'une perforation intestinale secondaire à la nécrose. Le retard diagnostique associé au météorisme développé suite à l'iléus limiterait la performance de l'échographie abdominale. Toutefois l'échographie permet de porter le diagnostic positif d'IIA, de préciser sa topographie et de documenter une souffrance intestinale éventuelle.

Dans les centres bien équipés, le diagnostic d'invagination intestinale peut être confirmé par le scanner abdominal lorsque l'échographie est équivoque [3, 4, 8].

Le traitement de l'invagination chez l'adulte consiste en une résection chirurgicale de la portion intestinale invaginée (voire une hémicolectomie) du fait de l'ischémie pariétale, et de la cause souvent tumorale à l'origine [2, 3, 8]. En cas d'absence de tumeur une réduction puis une fixation intestinale peut être proposée [6]. Chez l'enfant le traitement non opératoire peut être pratiqué en l'absence de mauvais état général ou de signes de souffrance intestinale (absence de vascularisation au doppler couleur), de niveaux hydroaériques ou de pneumopéritoine et consiste en une réduction hydro ou pneumostatique au cours du lavement permettant la confirmation du diagnostic. Les indications à la prise en charge chirurgicale d'une invagination chez l'enfant sont les contre-indications au lavement ou l'échec de réduction par lavement et l'absence de plateau technique pour sa réalisation.

Comme alternative à la laparotomie, la réduction laparoscopique des invaginations a été rapportée avec des taux de succès et une évolution postopératoire semblables à la laparotomie, tenant compte toutefois d'un type de patients bien sélectionnés : enfants avec un diagnostic précoce (< 1,5 jour), sans signe de péritonite et en absence d'une atteinte intestinale primaire [9]. La laparoscopie chez l'adulte a été décrite en Chine par [Hou YC](#) et al. [10] qui avaient réséqué une invagination de l'iléon sur lipome du grêle.

CONCLUSION

Malgré une faible incidence de l'invagination intestinale chez l'adulte, il est indispensable de reconnaître les signes cliniques évoquant cette pathologie puisque la rapidité de la prise en charge améliore le pronostic. L'invagination chez l'adulte a une

cause organique, une tumeur bénigne ou maligne de la paroi intestinale. Le traitement chirurgical permet de faire la résection de la portion intestinale pour une étude histologique. Y penser en cas d'occlusion intestinale chez l'adulte.

#### REFERENCES

- 1- Lynda Vandertuin, Aaron Vunda, Alain Gervaix, Oliver Sanchez, Sylviane Hanquinet, Mario Gehri. Invagination intestinale chez l'enfant : une triade vraiment classique? *Rev Med Suisse* 2011;7:451-455
- 2- Okafor II, Obi SN, Ugwu EO, Amu CO, Ede JA, Dilibe UC. Post-myomectomy intussusception: report of two cases. *Niger J Med*. 2012;21(4):462-5.
- 3- Chelimilla H, Ihimoyan A, Carvajal S, Bhavna B. Ileoileal intussusception secondary to an ileal fibroma. *Case Rep Gastroenterol*. 2012;6(3):734-40.
- 4- Amoruso M, D'Abbicco D, Praino S, Conversano A, Margari A. Idiopathic adult colo-colonic intussusception: Case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2013;4(4):416-8.
- 5- Waseem M, Rosenberg HK. Intussusception. *Pediatr Emerg Care* 2008;24:793-800.
- 6- Cakir M, Tekin A, Kucukkartallar T, Belviranli M, Gundes E, Paksoy Y. Intussusception: as the cause of mechanical bowel obstruction in adults. *Korean J Gastroenterol*. 2013 Jan 25;61(1):17-21.
- 7- Torres ML, McCafferty MH. Rectosigmoid intussusceptions through the anus mimicking rectal prolapsed. *Am Surg* 2010;76:718-20.
- 8- Ongom PA, Lukande RL, Jombwe J. Anal protrusion of an ileo-colic intussusception in an adult with persistent ascending and descending mesocolons: a case report. *BMC Res Notes*. 2013 ;6:42-8
- 9- Bonnard A, Demarche M, Dimitriu C. Indications for laparoscopy in the management of intussusception : A multicenter retrospective study conducted by the French study group for pediatric laparoscopy (GECI). *J Pediatr Surg* 2008; 43:1249-53.
- 10- Hou YC, Lee PC, Chang JJ, Lai PS. Laparoscopic management of small-bowel intussusception in a 64-year-old female with ileal lipomas. *World J Gastrointest Surg*. 2012; 4(9):220-2.