

INVAGINATIONS INTESTINALES AIGÜES CHEZ L'ADULTE : FREQUENCE ET PRISE EN CHARGE AU SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE DE L'HOPITAL NATIONAL DONKA CHU DE CONAKRY

ACUTE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS: FREQUENCY AND MANAGEMENT AT THE VISCERAL SURGERY DEPARTMENT OF THE DONKA HOSPITAL IN CONAKRY

BALDE H (1) ,_DIAKITE S Y (1), CAMARA FL (1) , SYLLA H, BALDE AK (1), BALDE OT (1) , CAMARA SN (3) , BARRY AM (1) , BARRY AB (1) , DIALLO AD (1) , DIALLO AT (2) , DIALLO B (1).

(1) Service de chirurgie viscérale de l'Hôpital National Donka CHU de Conakry

(2) Service de chirurgie générale de l'Hôpital National Ignace Deen CHU de Conakry

(3) Service de chirurgie viscérale de l'Hôpital de l'amitié Sino-Guinéenne CHU de Conakry

Auteur correspondant : BALDE Habiboulaye, Chirurgie viscérale, Hôpital National Donka, CHU de Conakry Université de Gamal Abdel Nasser de Conakry.

Tel : +224625729368, Email : baldehabiboulaye1@gmail.com

RESUME

Introduction : L'invagination intestinale est rare chez l'adulte survenant le plus souvent sur une tumeur du grêle. Le but de ce travail était de rapporter l'expérience de notre service dans leur prise en charge.

Matériel et méthodes : C'était une étude rétrospective de 9 ans, qui a porté sur les dossiers des patients âgés de plus de 15 ans opérés pour invagination intestinale aiguë. Les variables épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques ont été étudiées.

Résultats : Nous avons colligé 10 cas soit 0,13% par rapport aux interventions et 2,69% par rapport aux occlusions intestinales aiguës. L'âge moyen était de 30 ans, avec des extrêmes de 16 et 75 ans. Une prédominance masculine a été notée avec une sex-ratio de 1.5. Cliniquement, la douleur abdominale a été notée chez tous les malades ; 7 malades ont été reçus dans un tableau d'occlusion intestinale. L'ASP a révélé des niveaux hydro-aériques dans 7 cas. L'échographie abdominale a montré une image en cocarde

chez 3 malades. La laparotomie a été médiane sus et sous ombilicale pour tous les cas. La variété iléo-iléale a été notée chez 7 cas. La résection iléale a été effectuée chez 4 malades. Les suites opératoires ont été bonnes chez 8/10 malades.

Conclusion : Les invaginations intestinales de l'adulte ont été rares. La résection intestinale a été le traitement de choix. Une amélioration des moyens d'investigation et de réanimation pourrait améliorer leur prise en charge.

Mots-clés : Invagination intestinale aiguë, adulte,

ABSTRACT

Introduction: Intussusception is rare in adults, most often occurring in a tumor of the small intestine. The goal of this work was to bring back the experience of our service in their care.

Material and methods: It was a 9-year retrospective study, which looked at the charts of patients over 15 years of age operated on for acute intussusception. The epidemiological, clinical, therapeutic and prognostic variables were studied.

Results: We collected 10 cases, i.e. 0.13% compared to interventions and 2.69% compared to acute intestinal obstruction. The average age was 30, with extremes of 16 and 75. Male predominance was noted with a sex

ratio of 1.5. Clinically, abdominal pain was noted in all patients; 7 patients were received in a table of intestinal obstruction. The ASP revealed hydro-aeric levels in 7 cases. Abdominal ultrasound showed a roundel image in 3 patients. The laparotomy was supra and sub umbilical midline for all cases. The ileo-ileal variety was noted in 7 cases. Ileal resection was performed in 4 patients. The postoperative results were good in 8/10 patients.

Conclusion: Intussusception in adults has been rare. Bowel resection is the treatment of choice. An improvement in the means of investigation and resuscitation could improve their care.

Keywords : Acute intussusception, adults

INTRODUCTION

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est la pénétration ou le télescopage d'un segment intestinal dans celui situé immédiatement en aval. Elle est rare chez l'adulte où elle représente 1 à 5 % des occlusions intestinales [1,2]. Elle est responsable d'un syndrome occlusif mécanique [3].

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte, à la différence de celle l'enfant, est rare survenant le plus souvent suite à une tumeur du grêle [4]. Elle évolue souvent sur un mode chronique et son diagnostic préopératoire est difficile. Elle est fréquente en Afrique et rare chez l'adulte européen [5]. Le traitement, toujours chirurgical, ne laisse souvent pas place à la réduction par hyperpression sous contrôle radiologique [6].

En Guinée, il n'existe pas de travaux sur cette pathologie chez l'adulte. Le but de ce travail est de rapporter l'expérience de notre service dans la prise en charge des invaginations intestinales aiguës chez l'adulte.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif sur une période de neuf (9) ans (1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2016). Elle a porté sur les dossiers des patients des deux sexes âgés de plus de 15 ans, hospitalisés et opérés pour invagination intestinale aiguë dans le service de chirurgie viscérale de l'hôpital national Donka CHU de Conakry. Les variables épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques ont été étudiées.

RESULTATS

En 9 ans, 10 occlusions par invaginations intestinales aiguës ont été recensées sur 7846 interventions soit 0,13% et 372 occlusions intestinales aiguës soit 2,69%. L'âge moyen était de 30 ans avec des extrêmes de 16 et 75 ans. Une prédominance masculine a été notée avec 6 hommes contre 4 femmes, soit une sex-ratio de 1.5. Cliniquement la douleur abdominale a été le maître symptôme observé chez tous les malades ; 7/10 malades ont été reçus dans un tableau d'occlusion intestinale;

1 malade, dans un tableau d'irritation péritonéale et un seul malade avait des rectorragies (Tableau I).

Tableau I : Fréquence des signes cliniques de l'IIA

Signes cliniques	Nombre de cas
Douleurs abdominales	10
Vomissements	9
Arrêt des matières et gaz	7
Masse abdominale palpée	4
Distension abdominale	3
Fièvre	3
Glaire sanguinolente	1
Défense abdominale	1
Rectorragie	1

La radiographie de l'abdomen sans préparation, pratiquée chez tous les patients a révélé des niveaux hydro-aériques dans 7 cas. L'échographie abdominale pratiquée chez 3 patients, a montré une image en cocarde.

Tous les cas recensés ont été admis en urgence. Une réanimation péri opératoire a été faite pour tous les cas. La voie d'abord a été médiane sus et sous ombilicale pour tous les cas. L'exploration chirurgicale a retrouvé 7 invaginations iléo-iléales dont 4 sur tumeur et une avec nécrose ; 2 invaginations iléo-cæcales dont une sur tumeur (**Figure 1**) et une invagination colo-colique gauche sur tumeur.



Figure 1 : pièce d'une hémicolectomie droite sur tumeur caecale

Les gestes chirurgicaux réalisés ont été dominés par la résection iléale suivie d'anastomose iléo-iléale (tableau II)

Tableau II : gestes chirurgicaux réalisées

Les gestes chirurgicaux réalisés	Nombre de cas
Résection iléale + anastomose iléo-iléale	4
Desinvagination manuelle simple	3
Hémi colectomie gauche	1
Hémi colectomie droite	1
Résection iléale + iléostomie	1
Total	10

Les suites opératoires se sont compliquées de suppuration pariétale chez 1 patient et 1 décès survenu dans un tableau de choc septique a été noté.

L'examen anatomopathologique a été réalisé chez 7 patients : 2 tumeurs malignes dont 1 adénocarcinome colique et 1 lymphome de Malt iléale, 4 tumeurs bénignes dont 3 lipomes grêliques (Figure 2), 1 polype

inflammatoire non adénomateux et une adénopathie inflammatoire banale.



Figure 2 : Pièce d'une résection iléale sur tumeur (lipome)

DISCUSSION

Les invaginations intestinales de l'adulte ont été rares dans notre étude. Leur fréquence moyenne annuelle a été de 1,1 cas. Cette rareté est rapportée dans la littérature où elles représenteraient 1 à 5% des occlusions intestinales aiguës [7, 8,9,10].

Du point de vue étiologique, l'affection 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 [11, 12].

Si cette affection ne s'observe que très rarement dans les pays développés, elle est au contraire relativement fréquente en Afrique et notamment en zone intertropicale. Les raisons de ces différences géographiques sont inconnues et certains facteurs tels que la diététique et les parasites sont évoqués [13].

Il est difficile de retrouver une prédominance liée au sexe ou à une tranche d'âge ; même si l'âge moyen rapporté par plusieurs auteurs se situe entre 33 ans et 44 ans [4,5,7,8]. La prédominance masculine notée dans notre étude est rapportée dans plusieurs séries [6,7,8]. Par contre ; Konaté I et al ont

rapporté une prédominance féminine de 6 femmes contre 2 hommes [14].

La symptomatologie serait dominée par les signes d'occlusion intestinale aiguë dans 10 à 30% des formes en Europe et 75 à 100% des cas en Afrique [2,4,7,8]. Les signes d'occlusion à savoir la douleur, les vomissements, l'arrêt des matières et de gaz ont été les plus francs dans notre étude (Tableau I). La palpation abdominale est une étape fondamentale de grande valeur diagnostique, a permis de suspecter la tumeur dans 4 cas/10. Des auteurs ont rapporté des chiffres compris entre 17,64% à 58,5% [15]. Les explorations radiologiques jouent un rôle primordial dans le diagnostic préopératoire de cette pathologie. L'abdomen sans préparation a été réalisée chez tous les patients, et a révélé des niveaux hydro-aériques de type grêlique chez 7 patients. Ce résultat se rapproche de ceux de Lebeau et al [4]., et James Didier L et al [8]. Dans notre contexte, l'ASP a été le seul examen d'imagerie accessible, la tomographie et l'échographie n'étant pas disponible en urgence. Dans notre étude, l'échographie abdominale réalisée chez 3 patients, a révélé une image en « cocarde » qui a permis de renforcer le diagnostic de présomption. Elle peut monter le boudin d'invagination par la visualisation des couches successives de parois digestives des anses invaginées et de l'anse receveuse avec au centre, un peu excentrée, la graisse du mésentère emportée par l'anse invaginée. En coupe transversale ; l'image est en cocarde, faite d'une couronne périphérique plutôt hypoéchogène constituée de plusieurs couches digestives et comportant un croissant hyperéchogène excentré correspondant au mésentère incarcéré. En coupe longitudinale ; l'image dite en sandwich, correspond à la succession des couches de paroi digestive hypoéchogène par rapport à la graisse mésentérique plus centrale et hyperéchogène. La zone de pénétration de l'anse invaginée dans l'anse

réceptive peut être parfaitement visualisée. L'échographie abdominale associée au doppler couleur peut dans certains cas mettre en évidence la disparition de l'hyperémie veineuse et artérielle du boudin d'invagination évocatrice de nécrose ischémique [1,6,15]. Dans notre étude aucun malade n'a bénéficié de la tomographie par faute d'accessibilité en urgence. La tomographie, permet d'augmenter la sensibilité du diagnostic. Elle permet de diagnostiquer le syndrome obstructif, son mécanisme, en l'occurrence l'invagination, sa localisation précise et de montrer sa cause. Elle permet d'objectiver un épaississement de la paroi digestive associé à des adénopathies en cas le lymphome, une lésion intraluminaire de densité graisseuse au centre entourée d'une paroi digestive en cas de lipome, ou de densité tissulaire en cas de polype. En tomographie, l'image typique en cible Target like se constitue d'un segment externe hyperdense épaissi circonscrivant un anneau excentré hypo ou hyperdense en fonction de la cause sous-jacente et un anneau tissulaire stratifié avec œdème séreux hypodense ou discrètement hyperdense correspondant aux parois œdématisées de l'anse invaginée [6 ;15].

Tous les patients ont bénéficié d'une réanimation appropriée (avant leur admission en salle d'opération) et opérés sous anesthésie générale. Le traitement est toujours chirurgical, la plupart des auteurs admettent la nécessité d'une laparotomie médiane sus et sous ombilicale. Il n'y a, en effet pas de place pour la réduction par hyperpression sous contrôle radiologique étant donné la fréquence des formes d'étiologie tumorale [[7,8,14,15]. En effet, dans les invaginations colo-coliques (1 cas dans notre série) ou iléo-coliques(1 cas dans notre série) ; en raison de la fréquence du cancer en tant que lésion causale, la résection première (hémicolectomie droite ou gauche) est préconisée dans la majorité des

publications, afin de limiter les risques de dissémination métastatique, tandis que dans les invaginations du grêle (7 cas dans notre série) ; en présence d'un long segment intestinal invaginé, il paraît licite de tenter une réduction préalable à fin de limiter l'étendue de l'exérèse car, à ce niveau, les tumeurs malignes sont rares [15]. L'invagination iléo-iléale a été plus fréquente que les autres formes anatomiques dans notre étude. Cette prédominance de la forme iléo-iléale est rapportée dans plusieurs séries [7,10,15].

Dans la littérature, l'étiologie tumorale a été rapportée dans 41,4% à 74% des cas [4,7,15]. Pour Boubbou M et al, cette fréquence était de 100% [6].

Une nécrose intestinale a été observée chez un patient de notre série, et pour lequel une iléostomie a été réalisée. James Didier L et al ont rapporté une nécrose dans un tiers des cas [8], Lebeau et al dans 50% des cas [4].

Dans notre série, une résection intestinale a été réalisée dans 7 cas, une réduction simple dans 3 cas. Cette fréquence plus élevée de la résection intestinale est rapportée par plusieurs auteurs [4,7,15].

Les suites opératoires immédiates ont été simples chez 8 patients. Cependant, nous avons noté 1 cas de suppuration pariétale et un décès. Le décès est survenu chez un opéré pour invagination iléo-iléale avec nécrose, qui a bénéficié d'une iléostomie après résection iléale, dans un tableau de choc septique à J6 post-opératoire. Les iléostomies entraînent des déperditions hydro-électrolytiques associées à l'infection responsables, de l'état de choc et à l'extrême le décès. Traoré et al ont rapporté un taux de mortalité de 5% [7].

CONCLUSION

Les invaginations intestinales chez l'adulte ont été rares dans notre série où elles ont prédominé chez l'adulte jeune de sexe masculin. Leur diagnostic préopératoire a été difficile et les formes iléo-iléales ont été plus

fréquente. Une étiologie tumorale a été notée dans la majorité des cas. La résection intestinale a été le traitement de choix. L'amélioration de leur prise en charge passe par celle des moyens d'investigation et de réanimation.

REFERENCES

- 1. Darouichi, M.** Triple invagination intestinale aiguë révélant un syndrome de Peutz-Jeghers. *Feuillets Radiol* 2011 ; (51) : 216-221.
- 2. Balik AA, Ozturk G, Aydinli B, Alper F, Gumus H, Yildirgan MI, Basoglu M.** Intussusception in adults. *Acta Chir Belg* 2006 ; 106 : 409-412.
- 3. Franchi S, Martelli H, Paye-Jaouen A, Goldszmidt D, Pariente D.** Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. *Encycl Méd chir* 2005 ; 4-018-P-
- 4. 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.
- 5. Otteni E, Klein A, Hollender LF** - Les invaginations intestinales de l'adulte, à propos de 19 observations personnelles. *Ann Chir* 1972 ; 26 : 617-621.
- 6. Boubbou M., Idrissi M, Chraïbi et al.** Invagination intestinale aiguë de l'adulte. *Feuillets Radiol* 2009 ; 49(2) : 99- 104.
- 7. Traore D, Sissoko F, Coulibaly B, Togola B et al.** Invagination intestinale aiguë chez l'adulte en chirurgie B du chu du point G de Bamako. *J Afr Chir Digest* 2010 ; 10 (2) : 1118 – 1121.
- 8. James Didier L, Chaïbou MS, Saidou A, Abdoulaye MB, Alassan MSF et al.** Invagination Intestinale Aiguë de l'adulte : Aspects Diagnostiques, Thérapeutiques Et Étiologiques. *Eur Sci J* 2017, 13(33): 267-275.
- 9. Barussaud M., Regenet, N., Briennonx et al.** Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study; *Int J Col Dis* 2006, 21(8): 834-839.
- 10. Zubaidi A, Alsaif, F, Silverman R.** Adults intussusceptions: A retrospective review. *Dis Col Rec* 2006; 49:1546-1551.
- 11. 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.
- 12. Croome KP, Colquhoun PH.** Intussusception in adults. *Can J Surg* 2007; 50(6): E13-E14.
- 13. Yalamarthi S, Smith RC.** Adult intussusception: case reports and review of literature. *Postgrad Med J* 2005;81(953):174-177.
- 14. Konaté I, Ehodé CN, Diao MI, Tendeng JN et al.** Les Invaginations Intestinales Aigües de l'adulte sur tumeurs: à propos de 8 cas. *J Afr Chir Digest* 2015 ;15 (2) :1925 – 1929.
- 15. Eihattabi Khalid et al.** Les invaginations intestinales chez l'adulte à propos de 17 cas. *Pan Afr Med J* 2012 ; 12 :17.