

CAS CLINIQUE

INVAGINATION INTESTINALE DE L'ADULTE SUR TUMEUR DU GRELE.
A PROPOS DE 3 CASADULT INTUSSUSCEPTION DUE TO A SMALL BOWEL TUMOR. REPORT OF
THREE CASES

KA S, DIOUF D, DIENG MM, THIAM J, DIOUF M, GAYE PM, DIOP M, DEM A.

Auteur correspondant

Sidy Ka, Institut Joliot Curie, Dakar Senegal, kasidy@hotmail.com

RESUME

Buts : Rappporter 3 cas d'invagination intestinale aiguë sur tumeur du grêle chez l'adulte pris en charge dans un institut du cancer ouest-africain et faire une revue de la littérature. **Patients et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a pris en compte tous les cas d'invagination intestinale dont l'exploration chirurgicale montrait une tumeur du grêle chez l'adulte entre janvier 2007 et Juin 2014. Nous avons étudié les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. **Résultats :** Il s'agissait de 3 patientes âgées de 22, 42 et 48 ans. L'âge moyen était de 37 ans. Le délai d'évolution moyen était de 06 jours. On retrouvait des antécédents de chirurgie chez deux patients, une amputation pour sarcome de la jambe et une cure de varicocèle bilatérale pour infertilité. Le bilan retrouvait une occlusion intestinale aiguë chez 2 patients et subaiguë chez 1 patient avec à l'imagerie la confirmation d'une invagination du grêle. Seule l'exploration chirurgicale permettait de retrouver la tumeur du grêle responsable. Cette tumeur était unique chez 2 patients et multiple chez un patient. Le geste effectué était une résection anastomose dans tous les cas avec des suites simples. Le type histologique était dans deux cas une tumeur bénigne et dans un cas un lymphome malin non hodgkinien du grêle. Les suites à distance étaient marquées par un décès non lié à l'invagination intestinale et à la tumeur du grêle. **Conclusion :** L'invagination intestinale aiguë de l'adulte sur tumeur du grêle est une affection rare. Elle est méconnue cliniquement et parfois à l'imagerie. L'exploration chirurgicale permet de poser souvent le diagnostic et de lever l'obstacle. La cause est plus souvent bénigne. Le pronostic est généralement satisfaisant.

Mots clés : invagination ; grêle ; adulte ; tumeur ; résection

Summary

Purpose: To report 3 cases of adult intussusception with small bowel tumors treated in a west african cancer institute and to make a review of the literature. **Patients and Methods:** This was a retrospective study that included all cases of intussusception with surgical exploration showed a small bowel tumor in adults between January 2007 and June 2014. We studied the epidemiology, diagnostic, therapeutic and prognostic. **Results:** There were 3 patients aged 22, 42 and 48. The average age was 37 years. The average delay was 06 days evolution. History of surgery is found in two patients, an amputation for sarcoma of the leg and a surgery for varicocele. Clinical and imaging assessment had found an acute intestinal obstruction in 2 patients and a sub-acute one in 1 patient. Only surgical exploration allowed to recover the small bowel tumor responsible. The tumor was unique in 2 patients and multiple in a patient. The gesture was a resection and anastomosis performed in all cases with no complications. The histological type was in two cases a benign tumor and in one case a non-Hodgkin lymphoma of the small bowel. The follow-up distance were marked by a death non related to the intussusception or the small bowel tumor. **Conclusion:** The intussusception in adults on small bowel tumor is rare affection. It is unknown clinically and sometimes imaging. Surgical exploration often used to diagnose and remove the obstacle. The cause is usually benign. The prognosis is generally good.

Key-words: intussusception; small bowel; adult; tumor; resection

INTRODUCTION

L'invagination intestinale de l'adulte contrairement à celle de l'enfant est rare. Elle réalise un tableau d'occlusion intestinale mécanique du grêle. La symptomatologie et le contexte de survenue permettent d'orienter le diagnostic et d'indiquer une exploration chirurgicale parfois en urgence. La tumeur du grêle, affection également rare, peut être suspectée ou confirmée par l'échographie ou surtout la tomodensitométrie. Cependant du fait de la localisation haute des lésions le tableau peut s'installer à bas bruit et se révéler déroutant. Les troubles hydro-électrolytiques en font en urgence toute la gravité. Nous avons opéré trois patients adultes qui présentaient une tumeur du grêle dont le mode de révélation était une occlusion intestinale dans des contextes différents.

OBSERVATIONS

Observation 1

Il s'agit d'une patiente de 22 ans sans antécédents particuliers, nulligeste, bien réglée, sans notion de contraception, sexuellement active qui présentait une douleur de la fosse iliaque droite d'installation progressive en deux jours avec des paroxysmes. Elle était associée à des vomissements bilieux. L'examen physique retrouvait une tension artérielle à 90/60, un pouls à 90 battements par minute et une température à 36°9, chez une patiente asthénique et modérément déshydratée.

On ne sentait pas de masse abdominale. Les touchers pelviens permettaient de sentir une masse sensible qui comblait le cul-de-sac latéral droit. L'échographie évoquait une grossesse extra-utérine. Le bilan ionique montrait une légère hyponatrémie. L'exploration chirurgicale retrouvait un boudin d'invagination de 10 cm iléal, situé à 60 cm de la valvule de Bauhin enclavé dans le pelvis [Figure 1].

La désinvagination montrait un grêle légèrement ischémie non perforé au sein duquel roulait une masse tumorale polypoïde pédiculé de 5 cm de diamètre ferme et lisse avec ombilication de la base d'implantation murale sans processus bourgeonnant. Nous avons procédé à une résection du grêle suivie d'une anastomose respectant des marges de 8 cm. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montrait un adénome du grêle. Après un recul de 48 mois elle n'a pas présenté d'événements particuliers.

Observation 2

Il s'agit d'un patient de 48 ans aux antécédents de varicocèle bilatérale opérée 6 mois auparavant et qui présentait une douleur de la région ombilicale qui évoluait depuis 10 jours intermittente avec des paroxysmes. L'examen retrouvait un abdomen souple, sensible au niveau du flanc droit. Le bilan infectieux était normal de même que l'ASP. Il a été hospitalisé et mis sous traitement symptomatique. Devant la persistance du tableau clinique après 6 heures une échographie abdominale a suspecté une tumeur digestive. Une tomodensitométrie retrouvait une formation en cocarde évoquant une invagination du grêle [Figure 2]. La laparotomie a retrouvé un boudin d'invagination long de 08 cm, du grêle et dont l'exploration a montré une absence d'ischémie et une tumeur du grêle a été suspectée. Il a bénéficié d'une résection-anastomose du grêle sans désinvagination. Les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique de la pièce opératoire montrait un adénome du grêle de 6 cm.

Observation 3

Il s'agit d'un patient de 42 ans aux antécédents d'ostéosarcome de la jambe gauche opéré 4 mois auparavant et qui présentait une douleur épigastrique qui évoluait depuis 07 jours quasi-permanente, accompagnée de vomissements bilieux devenus secondairement fécaloïdes. Il présentait un arrêt du transit estimé à 04 jours. L'examen retrouvait chez un patient à la conscience claire, une tension artérielle à 09 / 06 mm de mercure, un pouls à 99 battements par minute une température à 36°9, une déshydratation clinique, un abdomen distendu et tympanique sans masse palpable. L'ASP montrait des niveaux hydro-aériques de types gréliques. La laparotomie a retrouvé un boudin d'invagination long de 10 cm, du jéjunum à 40 cm de l'angle de Treitz. L'exploration du reste de l'abdomen montrait la présence d'une deuxième lésion polypoïde pédiculée à 40 cm du boudin d'invagination et des adénopathies mésentériques. L'exploration a montré une absence d'ischémie et une tumeur du grêle a été suspectée. Il a bénéficié d'une résection-anastomose du grêle sans désinvagination emportant les deux lésions en monobloc. La tumeur sur la pièce ouverte mesurait 4 cm de grand axe à base d'implantation large, lisse et ferme sans signes d'infiltration pariétale [Figure 3]. Les suites opératoires étaient simples. L'examen histologique de la pièce opératoire montrait un lym-

phome malin non hodgkinien. Il est décédé 02 mois après le diagnostic avant la mise en œuvre de la chimiothérapie de lésions secondaires pulmonaires d'ostéosarcome.

DISCUSSION

L'invagination du grêle, maladie par excellence du nourrisson est rare chez l'adulte. Elle réalise une occlusion du grêle dont elle constitue 1 % des causes et 5% de toutes les invaginations [1]. Elle peut survenir à tout âge du fait de ses étiologies diverses et dans les deux sexes [2]. Nos patients présentaient des tumeurs du grêle, causes retrouvées au premier plan. Le sexe masculin est le plus représenté. Le mode de révélation est celui d'une occlusion intestinale sur tumeur digestive. Elle peut être complète réalisant une occlusion aigue d'origine haute [3]. La gravité est liée à cet occlusion intestinale cause de troubles hydro-électrolytiques, d'ischémie intestinale et de pullulation microbienne [1]. Nous avons pu juguler le caractère urgent de la prise en charge dans les deux cas d'invaginations aiguës. Le boudin d'invagination [figure 1] du fait de la mobilité du grêle dans la cavité péritonéale peut s'encaster dans le pelvis, le rendre accessible à l'examen clinique et faire évoquer comme chez notre patiente, une urgence gynécologique surtout annexielle. L'examen clinique rarement évocateur du diagnostic est complété par une imagerie faite d'une échographie mais surtout d'une tomodensitométrie examen le plus sensible pour le siège grélique [1]. L'image radiologique est très évocatrice. Il s'agit d'une image en cocarde [Figure 2] faite d'une zone hyperdense alternant avec une zone hypodense. Le siège est le plus souvent iléo-iléal ce qui n'était pas le cas chez nos malades. Des cas d'invagination de l'adulte iléo-coliques et des invaginations étagés sont décrits [4]. Chez plusieurs auteurs les rares cas décrits étaient d'origines inflammatoires [5]. Cependant les causes sont dominées par les tumeurs [6]. Les tumeurs bénignes, contingent le plus représenté, sont constituées par les

adénomes, les adenomyomes, formes de hamartome ou d'hétérotopie du pancréas [7] plus fréquents chez l'enfant, les polypes du grêle isolés [figure 3] ou dans le cadre de polypose comme la forme adenomateuse familiale et le syndrome de Peutz-Jeger [8], les diverticules de Meckel, le polype inflammatoire fibreux ou polype de Vanek [9]. On y retrouve aussi lipome et endométriome et même paquets d'ascaris [6]. Les cancers sont variés, primitifs comme les adénocarcinomes et les GIST [10] ou secondaires comme les métastases de mélanome malin [11]. Le lymphome non hodgkinien est souvent présent et de l'ordre d'un patient sur 03 chez nos malades. L'abord chirurgical se fait soit par une laparotomie soit par la coelioscopie. On procède à une résection du boudin d'invagination si la cause tumorale est d'emblée reconnue pour des raisons carcinologiques et du fait de la fréquence de la nécrose [3]. Dans tous les cas l'analyse de la pièce opératoire devra se faire même si elle ne retrouve pas de tumeur occulte [12]. Selon les conditions on peut opter pour une iléostomie temporaire ou une anastomose d'emblée. Les suites opératoires sont en général simples mais peuvent être grevées d'une forte mortalité sur terrain taré [2].

CONCLUSION

L'invagination intestinale aigüe sur tumeur du grêle de l'adulte est une affection rare. Elle survient dans les deux sexes et peut se révéler difficile à reconnaître du fait d'une symptomatologie trainante, ou si elle simule une affection gynécologique. L'imagerie ne permet pas toujours de poser le diagnostic. Elle est le fait le plus souvent de tumeurs bénignes du grêle, entité histologiquement polymorphe. Mais on peut retrouver des tumeurs malignes primitives et secondaires et des causes inflammatoires. Elles doivent leur gravité à l'occlusion intestinale aigüe haute et à ses conséquences humérales. Bien prises en charge, essentiellement par la chirurgie, les résultats sont satisfaisants.

REFERENCES

- 1- Millat B, Guillon F, Avila JM. Occlusions intestinales aiguës de l'adulte. traité de gastro-entérologie : 9-044-a-10 (1993).
- 2- Marc-David L, Plattner V, Heloury Y. Invagination intestinale aiguë du nourrisson : Physiopathologie, diagnostic, traitement d'urgence. Rev Prat, 1998, 48, 765-769.
- 3- Matsuoka H, Uchino M, Ikeuchi H, Tanaka K, Kuno T, Ohshima T. Postoperative enteroenteric intussusception in patients with Crohn's disease: report of two cases. Surg Today. 2008; 38(4):366-70.
- 4- Habib E, Elhadad A. Triple invagination jéjunojéjunale découverte et traitée sous coelioscopie. j. chir., 1997, 134, n° 3, p. 133-136.
- 5- Ayite AE, Sako AS, Noma M. Les invaginations intestinales de l'adulte au Niger. Méd Afr Noire : 1993, 40 (12).
- 6- Hunald FA, Rakoto-ratsimba HN, Rakototiana AF, Rakotova M, Radesa FS. Un lipome du grêle à l'origine d'une invagination intestinale aiguë. Rev trop chir 2 (2008) 8-9.
- 7- Chand P, Patel A, Cervellione K, Sulh M. A rare case of mucinous adenocarcinoma of the colon presenting as ileoileal intussusception in an adult. Case report med. 2012; 2012:340947. Epub 2012 feb 12.
- 8- Darouichi M. Intussusception on multiple metastases of malignant melanoma. J radiol. 2011 may; 92(5):437-40.
- 9- Morales-fuentes G, De ariño-suárez M, Zárate-osorno A, Rodríguez-jerkov J. Vanek's polyp or inflammatory fibroid polyp. Case report and review of the literature. Cir cir. 2011 may-jun;79(3):242-5, 263-7.
- 10- Takeda M, Shoji T, Yamazaki M, Higashi Y, Maruo H. Adenomyoma of the ileum leading to intussusceptions. Case rep gastroenterol. 2011 Sep; 5(3):602-9. Epub 2011 oct 7.
- 11- Sakamoto H, Yamamoto H, Hayashi Y, Yano T, Miyata T, Nishimura N, Shinhata H. Nonsurgical management of small-bowel polyps in peutz-jeghers syndrome with extensive polypectomy by using double-balloon endoscopy. Gastrointest endosc. 2011 aug;74(2):328-33. Epub 2011 jun 25.
- 12- Sanogo Z, Yena S, Simaga AK, Doumbia D, Ouattara Z, Diallo A, Sidibé S, Sangaré D. Invagination intestinale aiguë de l'adulte : A propos de 3 cas. Mali médical 2003 t XVIII n° 1&2.



Figure 1 : Boudin d'invagination sur tumeur

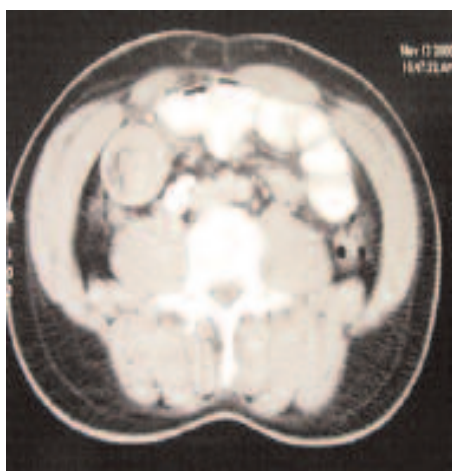


Figure 2 : Image en cocarde évocatrice de l'invagination

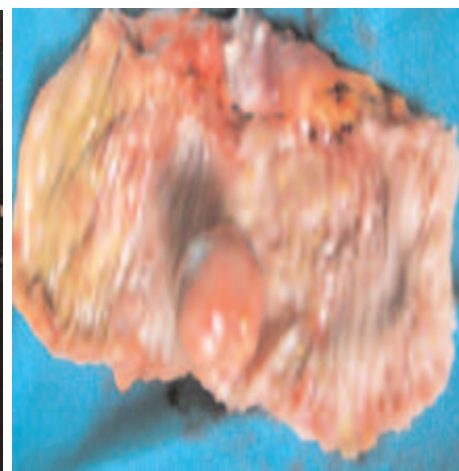


Figure 3 : Tumeur intra-luminale du grêle sur pièce opératoire