

Un cas d'invagination intestinale post traumatique de l'adulte



A.H. Rakotoarijaona *¹, H.N. Rakoto-Ratsimba²,
A.Z.L.A. Rabemazava¹, S.S.E.N. Rabesalama¹,
A. Ranaivozanany¹

¹ Service de Chirurgie Viscérale C, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

Résumé

L'invagination intestinale post-traumatique est rare. Nous en rapportons un cas chez un homme de 30 ans victime d'une contusion abdominale. Six jours après l'accident, il avait présenté un syndrome occlusif. L'échographie avait permis de visualiser un boudin d'invagination. La laparotomie avait montré une invagination iléo-iléale dont la désinvagination manuelle avait permis de libérer 30cm d'iléon dont la vitalité était satisfaisante. Le segment invaginé était oedémateux avec présence d'un petit hématome pariétal probablement à l'origine de l'invagination. Les suites opératoires étaient simples. Les particularités diagnostique et thérapeutique de l'invagination intestinale post traumatique de l'adulte sont discutées.

Mots-clés: Adulte; Contusion abdominale; Invagination intestinale

Adult intussusception after abdominal trauma

Summary

Intussusception after abdominal trauma is rare. Herein a case in a 30 year-old man. Six days after the injury, he presented signs of bowel obstruction. Abdominal ultrasound scan revealed an intussusception. At laparotomy, ileoileal intussusception was discovered and manually reduced. The 30cm ileum wall liberated had good vitality but presented oedema and little haematoma probably the cause of intussusception. Postoperative course was uneventful. Posttrauma intussusception in adults diagnosis and treatment are discussed.

Keywords: Abdominal trauma; Adult; Intussusception

Introduction

L'invagination intestinale aiguë est rare chez l'adulte [1]. Elle est habituellement secondaire à une pathologie intestinale tumorale bénigne ou maligne [1]. Nous rapportons un cas d'invagination iléo-iléale chez un homme de 30 ans victime d'une contusion abdominale dans le but d'en montrer les aspects diagnostiques et les particularités de la prise en charge.

Observation

Un homme de 30 ans, victime de coups et blessures volontaires, était vu en consultation aux urgences. Il présentait un œdème périorbitaire droit, une luxation de l'épaule gauche et des ecchymoses multiples du tronc. Il se plaignait d'une douleur abdominale secondaire à des coups de pied qu'il avait reçus au niveau de l'abdomen. L'examen ne montrait qu'une douleur périombilicale modérée accentuée par la palpation mais sans défense. Les radiographies de l'abdomen sans préparation et l'échographie abdominale étaient sans anomalie. Une réduction sous anesthésie générale de la luxation de l'épaule gauche était pratiquée et le patient était admis dans un service de traumatologie pour surveillance pendant 48 heures. Le patient était sorti de l'hôpital au terme de ce délai au vu de la disparition des douleurs abdominales et l'existence d'un transit normal. Quatre jours plus tard, le patient était revenu consulter pour un tableau clinique d'occlusion intestinale avec douleurs abdominales paroxystiques et d'intensité croissante, météorisme abdominal, vomissements et arrêt des matières et des gaz. L'abdomen était ballonné

gênant la palpation et le toucher rectal était normal. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait de nombreux niveaux hydroaériques de type grêlique. L'échographie abdominale, bien que gênée par le météorisme, retrouvait dans la région péri ombilicale une image en "sandwich", d'environ 80x43mm, évoquant un boudin d'invagination. Le scanner n'avait pu être fait faute de moyens financiers. Une exploration chirurgicale par laparotomie était indiquée en urgence et montrait une invagination iléo-iléale. L'examen des autres organes intra péritonéaux ne révélait aucune lésion associée. La désinvagination manuelle avait permis de libérer 30cm d'iléon dont la vitalité était satisfaisante. L'examen macroscopique du segment invaginé montrait une anse et un méso oedémateux avec présence d'un hématome d'environ 2cm de diamètre à cheval sur l'anse et le méso. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion

Première cause d'occlusion digestive chez le nourrisson, l'invagination intestinale est rare chez l'adulte où elle ne représente que 1% des occlusions intestinales et 5% de l'ensemble des invaginations [2,3]. Chez l'adulte, la forme idiopathique, dont le mécanisme exact est mal connu, est exceptionnelle. Une cause organique est trouvée dans 70 à 90% des cas, avec notamment 65% de cause néoplasique [2,3]. D'autres étiologies sont moins fréquemment rencontrées: affections inflammatoires, adhérences, polypes ou encore diverticule de Meckel [3,5]. Une contusion abdominale constitue une cause exceptionnelle [1-6]. Ainsi, Stockinger avaient seulement répertorié 91 cas d'invaginations traumatiques dans une revue de la littérature sur Medline (jusqu'en 2005) [1]. Sur le plan physiopatholo-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rakotoarijaonaarmand@yahoo.fr (A.H. Rakotoarijaona).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Viscérale C, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

gique, il est établi que toute lésion de la paroi intestinale ou irritant dans sa lumière, modifiant l'activité péristaltique normale, est capable de provoquer une invagination [2,4,5]. Un œdème ou un hématome de la paroi d'un segment intestinal comme dans notre cas ou l'existence d'un spasme intestinal seraient suffisants pour créer une altération du péristaltisme à l'origine de l'invagination. Une situation de décélération brutale a également été rapportée comme pouvant être à l'origine de perturbations péristaltiques pouvant amener à la constitution d'une véritable invagination [1,2,6]. La présentation clinique peut être aiguë ou insidieuse et les symptômes les plus communs sont des douleurs abdominales (71%), des nausées et vomissements (68%), une distension abdominale (45%), une constipation (60%) [2,5]. Moins de 20% des cas présentent un tableau d'occlusion intestinale complète [5]. Cette symptomatologie peut être décalée de quelques jours par rapport à l'accident traumatique initial et cet "intervalle libre" est retrouvé chez notre patient. La radiographie de l'abdomen sans préparation montre habituellement des signes d'occlusion [4]. L'échographie et surtout le scanner constituent les examens de choix et de première intention montrant le boudin d'invagination [2]. La place du lavement baryté est mal définie chez l'adulte et bon nombre d'auteurs affirment qu'il serait hasardeux d'y recourir [4]. Le traitement est chirurgical [2-6]. Une résection sans manipulation est le traitement recommandé par la majorité des auteurs du fait de la fréquence des tumeurs malignes chez

l'adulte [2-5]. Dans un contexte traumatique, l'attitude sera conservatrice sous réserve d'une bonne vitalité du segment invaginé. Ainsi, la désinvagination manuelle révèle, comme dans notre cas, des lésions oedémateuses ou un hématome post-traumatique de la paroi intestinale et/ou du méso probablement à l'origine de l'invagination [1,2,6].

Conclusion

Chez l'adulte, l'invagination intestinale aiguë est une pathologie rare et souvent en rapport avec une pathologie tumorale intestinale bénigne ou maligne. L'invagination post-traumatique, quoique exceptionnelle, doit être évoquée devant un syndrome occlusif apparaissant dans les suites d'une contusion abdominale.

Références

- 1- Stckinger ZT, McSwain N. Intussusception caused by abdominal trauma: case report and review of 91 cases reported in the literature. *J Trauma* 2005; 58: 187-8.
- 2- Brooks A, Bebington BD, Lucas S, Oettle GJ. Intussusception caused by blunt abdominal trauma. *J Trauma* 1999; 47: 156-7.
- 3- Youssef S, Jaidane M, Sakhri J, Belltaifa D, Kehila M. Invagination intestinale après vagotomie chez l'adulte. *Ann Chir* 2001; 126: 786-8.
- 4- Ferrera PC, Kispert P. Intussusception after blunt abdominal trauma. *Am J Emerg Med* 1998; 16: 671-3.
- 5- Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. *Am J Surg* 2003; 186: 75-6.
- 6- Komadina R, Smrkolj V. Intussusception after Blunt Abdominal Trauma. *J Trauma* 1998; 45: 615-6.