



Pancréas ectopique, cause inhabituelle d'une invagination intestinale aiguë

S.S.E.N. Rabesalama¹, H.N. Rakoto-Ratsimba*¹,
A.R. Raherison¹, A. Ranaivozanany¹

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

Résumé

Un pancréas ectopique à l'origine d'une d'invagination intestinale est rare. Nous en rapportons un cas chez une femme de 33 ans qui avait présenté une occlusion intestinale aiguë du grêle. L'exploration chirurgicale en urgence montrait une invagination iléo-iléale dont l'origine était une tumeur grêlique de 1,5cm de diamètre. L'histologie concluait en un îlot pancréatique ectopique. Les suites opératoires étaient simples. Les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques sont discutés.

Mots-clés: Invagination; Occlusion intestinale; Pancréas ectopique

Heterotopic pancreas, uncommon etiology of acute intussusception

Summary

Heterotopic pancreas causing ileoileal intussusception is uncommon. We report herein a case in a 33 year-old women who presented acute small intestine occlusion. Surgical exploration in the emergency ward showed ileoileal intussusception caused by 1,5cm diameter small intestine tumor. Histological findings revealed heterotopic pancreas. Post-operative follow-up was uneventful. Epidemiology, diagnosis and treatment were discussed with a review of the literature.

Keywords: Intussusception; Intestinal occlusion; Heterotopic pancreas

Introduction

Le pancréas ectopique est une affection rare, la plupart du temps asymptomatique ou paucisymptomatique [1]. Il constitue une cause inhabituelle d'invagination intestinale [2-4]. Nous en rapportons un cas dans le but de montrer les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Observation

Il s'agissait d'une femme de 30 ans, admise au service des urgences pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë. A l'admission, elle présentait une altération de l'état général avec des signes de déshydratation, un météorisme abdominal intéressant surtout la partie supérieure de l'abdomen et une défense péri-ombilicale. Les orifices herniaires étaient normaux et les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste de l'examen était normal. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrait de multiples niveaux de type grêle et une opacité diffuse du pelvis (Figure 1). L'échographie abdominale et le scanner n'étaient pas disponibles en urgence. Une laparotomie exploratrice en urgence permettait de mettre en évidence une invagination iléo-iléale à l'origine de l'occlusion. La réduction manuelle douce avait permis de visualiser une tumeur grêlique sous jacente, faisant 1,5cm de diamètre, située sur le bord anti-mésentérique, à 40cm de la jonction iléo-cæcale (Figure 2). La recherche d'autres localisations abdominales en particulier hépatique était négative. Une résection tumorale, avec une marge de sécurité de 5cm en amont et en aval, était pratiquée suivie d'une anastomose termino-terminale après vidange du contenu intestinal. Macroscopiquement, il s'agissait d'une tumeur sous sé-

reuse de 15mm de diamètre, lobulée, jaunâtre et de consistance ferme, se trouvant sur le bord anti-mésentérique (Figure 3). L'analyse histologique montrait une muqueuse jéjunale dépourvue de lésion autre qu'un discret œdème et sous la séreuse existait des îlots d'acini pancréatiques non tumoraux concluant en un îlot pancréatique ectopique (Figure 4). Les suites opératoires étaient simples.



Fig. 1: Abdomen sans préparation: occlusion du grêle



Fig. 2: Vue opératoire: invagination iléo iléale

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: rrhery@yahoo.fr (H.N. Rakoto-Ratsimba).

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



Fig. 3: Aspect de la tumeur à la coupe (en situation anti-mésentérique)

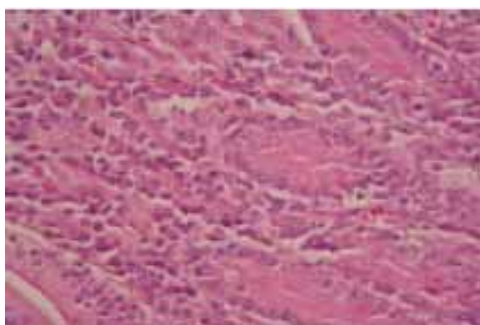


Fig. 4: Aspect histologique: îlot pancréatique ectopique (Hematoxylline éosine X100)

Discussion

Le pancréas ectopique, encore appelé pancréas aberrant ou hétérotopie pancréatique, est une entité pathologique congénitale rare [1]. Il est souvent de découverte fortuite chirurgicale (0,20 à 0,80%) ou autopsique (0,55 à 13,70%) [1,3,5]. Dans 50 à 75% des cas, il est surtout observé chez les sujets jeunes de sexe masculin [1,5]. Les localisations gastroduodénales sont les plus fréquentes (80 à 90%) [5]. Puis viennent les localisations iléales (0,20 à 1,50%), au sein d'un diverticule de Meckel (5%) et jéjunales (9,6 à 15,60%) [5]. Des localisations oesophagiennes ou biliaires ont été décrites bien que rares [5]. La genèse de l'affection pourrait s'expliquer embryologiquement par la persistance de l'ébauche pancréatique ventral gauche [1]. Pichon et Dolan ont évoqué deux autres théories : celle de la fragmentation de la glande pancréatique principale et celle de la pluripotentialité évolutive des cellules épithéliales de la paroi du tube digestif, capables de se différencier en tissu pancréatique ectopique [6,7]. Quant à Skandalakis, il a avancé la théorie métaplasique à l'égard des cellules endodermiques pluripotentiels embryonnaires, pouvant expliquer certaines localisations exceptionnelles telles au niveau de la trompe utérine [8]. Les circonstances de découverte sont dominées par les douleurs abdominales atypiques (pseudo-ulcéreuse ou parfois à

type de colique ou à type pancréatique) et l'hémorragie digestive basse [5]. Cette symptomatologie est liée à l'ulcération ou à l'érosion de la muqueuse en regard de la masse pancréatique [5]. Des complications à type d'hémorragie, de sténose, de cholécystite aiguë ou chronique, de dystrophie kystique, de pancréatite aiguë ou chronique, de dégénérescence maligne, peuvent également être inaugurales ou des formes évolutives [3]. La particularité de notre cas vient du fait que le pancréas ectopique était à l'origine d'une invagination iléo-iléale cause d'une occlusion intestinale aiguë. Il s'agit d'une éventualité rare, se produisant dans 7% environ des cas de pancréas ectopique [2-4]. Devant un pancréas ectopique diagnostiqué, l'attitude thérapeutique est plutôt partagée. Si certains auteurs comme Hlavaty préconisent l'abstention thérapeutique en l'absence de complications [9], la grande majorité opte pour la résection de tout pancréas ectopique diagnostiqué pour prévenir leur complication [1]. Et au cours de l'intervention, la recherche d'autres localisations devrait être systématique [5].

Conclusion

Un pancréas ectopique à l'origine d'une invagination intestinale aiguë est une éventualité rare. Cette étude a permis d'illustrer qu'en plus des étiologies tumorales « habituelles », il faut y penser dans le cadre des invaginations intestinales de l'adulte. La chirurgie d'exérèse, discutée dans les formes asymptomatiques, est indiquée en cas de complication et amène habituellement une évolution favorable.

Références

- 1- Maissonnette F, Abita T, Lachachi F, Pichon N, Durand-Fontanier S, Valleix D, et al. Les pancréas aberrants : à propos de cinq cas. *Ann Chir* 2004; 129: 241-3.
- 2- Maazouna K, Mekkia M, Sahnouna L, Hafsab S, Ben Brahim M, Belghitha M, et al. Les causes inhabituelles d'invagination intestinale aiguë : à propos de 27 cas. *Arch Ped* 2007; 14: 4-9.
- 3- Al-Zahem A, Arbuckle S, Cohen R. Combined ileal heterotopic pancreatic and gastric tissues causing ileocolic intussusception in an infant *Pediatr Surg Int* 2006; 22: 297-9.
- 4- Abel R, Keen C, Bingham J, Maynard J, Agrawal Mr, Ramachandra S. Heterotopic pancreas as lead point in intussusception: new variant of vitelointestinal tract malformation. *Pediatr Dev Pathol* 1999; 2: 367-70.
- 5- Yenon K, Lethurgie C, Bokobza B. Pancréas aberrant à double localisation intestinale. À propos d'un cas. *Ann Chir* 2005; 130: 414-6.
- 6- Pichon N, Le Sidaner A, Bouvier S, Cessot F, Sautereau D, Pillegand B. Anomalies congénitales du pancréas. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Hépatologie*, 7-102-A-2001, 8p.
- 7- Dolan R, Remire W, Dockerty M. The fate of heterotopic pancreas tissue. *Arch Surg* 1974;109: 762-5.
- 8- Skandalakis LJ, Rowe JS Jr Gray SW, Skandalakis JE. Surgical embryology and anatomy of the pancreas. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 661-97.
- 9- Hlavaty T, Lucak L, Vyskocil M, Galbavy S. Heterotopic pancreas in the gastric antrum with macroscopic appearance of gastric polyp. *Bratisl Lek Listy* 2002; 103: 117-20.