

Un lipome du grêle à l'origine d'une invagination intestinale aiguë.



F.A. Hunald *¹, H.N. Rakoto-Ratsimba²,
A.F. Rakototiana³, M. Rakotovo², F.D.S. Radesa⁴

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

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

³ Service d'Urologie B, CHU-JRA, BP 4150, 101 Antananarivo, Madagascar

⁴ Faculté de médecine d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte est rare et souvent secondaire. La symptomatologie clinique est polymorphe. Nous en rapportons un cas lié à un lipome de l'intestin grêle et se manifestant de manière subaiguë dans un tableau de douleur abdominale chronique associée à un syndrome subocclusif. Les différents aspects de la prise en charge sont discutés à travers une revue de la littérature.

Mots-clés: Adulte; Invagination intestinale; Lipome; Intestin grêle

Acute intussusception secondary to small intestine lipoma

Summary

Acute intussusception in adults is uncommon and often secondary. Clinical features are various. Authors report herein a sub acute case due to small intestine lipoma. Chronic abdominal pain with sub occlusion was observed. Diagnosis and treatment peculiarities are discussed with a literature review.

Keywords: Adult; Intussusception; Lipoma; Small intestine

Introduction

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est habituellement rare et secondaire chez l'adulte. La symptomatologie est peu spécifique et le diagnostic difficile [1]. Nous rapportons dans ce travail un cas d'IIA imputé à un lipome intestinal observé et traité au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Notre objectif est de montrer les difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans le contexte d'un pays sous équipé comme Madagascar.

Observation

Une femme de 45 ans était admise en décembre 2006 pour un syndrome abdominal aigu. Elle avait des antécédents de constipation chronique et d'un épisode d'ulcère duodénal hémorragique six mois auparavant. L'interrogatoire trouvait une notion de douleur abdominale aiguë à prédominance épigastrique, des nausées et une constipation. Elle présentait une fièvre à 38°C et une tension artérielle à 100/60mmHg. Après un examen clinique, un bilan biologique, échographique, fibroscopique et radiologique, le diagnostic d'ulcère du bulbe duodénal était posé. Elle était sortie rapidement du service avec un traitement anti-ulcéreux d'un mois. Elle était de nouveau hospitalisée 34 jours plus tard pour des coliques abdominales et des nausées évoluant par poussées et dans un contexte apyrétique. L'examen de l'abdomen montrait un météorisme avec borborygmes concomitant avec la douleur et une légère défense périombilicale. En dehors des poussées douloureuses, l'abdomen était souple. La vitesse de sédimentation (VS) était augmentée et il y avait une anémie modérée à 9g/dl d'hémoglobine. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) et l'échographie abdominale étaient sans anomalies. Le lavement baryté, la coloscopie

et le transit du grêle étaient sans particularités. Un traitement antispasmodique et antalgique était institué calmant temporairement les crises douloureuses jusqu'à l'apparition, douze jours plus tard, d'un syndrome occlusif. L'abdomen était sensible. Les orifices herniaires étaient libres. Les touchers pelviens étaient normaux. L'ASP montrait une importante aéroiléie. La laparotomie d'urgence découvrait une invagination iléo-iléale sur une tumeur intestinale (Figure 1).



Fig. 1: Vue per opératoire de l'invagination iléo-iléale

Une résection anastomose emportant la tumeur était pratiquée. L'examen macroscopique montrait une tumeur endoluminale ulcérée de 2,5cm de diamètre environ, jaunâtre à la coupe (Figure 2). L'examen histologique concluait en un lipome sous muqueux avec iléite ulcéraive. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion

L'IIA constitue une cause rare de douleur abdominale et représente 1 à 5% des occlusions intestinales de l'adulte [1,2]. Elle est de diagnostic difficile tant la symptomatolo-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: allenhunald@yahoo.fr (F.A. Hunald).

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



Fig. 2: Lipome endoluminale du grêle en situation anti-mésentérique

gie est aspécifique et polymorphe. Elle s'installe de manière chronique et évolue par poussée d'IIA spontanément résolutive tout au moins au début et se manifestant habituellement par une douleur abdominale chronique [2-4]. Des nausées, des vomissements, une sensation de pesanteur abdominale, une diarrhée, une constipation ou d'emblée une occlusion intestinale peuvent également être observés [1,4,5]. Quant à la tumeur du grêle, son diagnostic est aussi difficile en dehors des complications d'invagination ou d'occlusion intestinale. Plus rarement, une hémorragie digestive sous forme de méléna peut dominer le tableau en cas d'ulcération tumorale [6]. Pour notre part, les douleurs abdominales chroniques et la subocclusion présentées par notre patiente évoquent une IIA spontanément résolutive. Un méléna était également constatée et avait été imputée à un ulcère duodénal. Les ulcérations muqueuses sur le lipome intestinal en sont plus probablement l'origine. La certitude diagnostique était opératoire suite à une occlusion intestinale aiguë. Si les examens morphologiques habituels (ASP, transit du grêle) sont peu sensibles [7], l'échographie abdominale constitue l'examen essentiel quoique d'appréciation variable car opérateur dépendant. Elle était normale à deux reprises pour notre patiente. Ainsi, elle n'est plus le « gold standard » dans la stratégie diagnostique de l'IIA [2,6,8-10]. Seule la tomographie permet de mener d'une façon indiscutable au diagnostic de certitude chez l'adulte et de découvrir l'étiologie éventuelle [3,11]. Elle aurait pu apprécié la

nature graisseuse de la lésion en rapport avec le lipome [2,4,9,12]. Son accessibilité reste cependant difficile dans les pays en développement motivant la plupart du temps l'indication d'une laparotomie exploratrice [1].

Conclusion

Ce cas illustre bien le problème diagnostique posé par l'IIA chez l'adulte. Sa prise en charge se trouve ainsi retardée. Une douleur abdominale chronique de l'adulte évoluant par poussée et un syndrome occlusif atypique devraient attirer l'attention sur la possibilité d'une IIA secondaire à une pathologie tumorale du grêle telle un lipome. Si la clinique a une grande valeur d'orientation, l'échographie et la tomographie représentent la clé du diagnostic. La laparotomie exploratrice reste pourtant de mise dans de nombreux pays comme le nôtre faute de mieux.

Références

- 1- 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.
- 2- Ousmane L. Invagination intestinale sur lipome de l'intestin grêle : une cause inhabituelle de douleur abdominale chez le sujet jeune. *Ann Fr Anesth Réa* 2004 ; 23 : 547-8.
- 3- Bayle S, Rossi P, Bagnères D, Demoux AL, Ashero A, Dales JP, et al. Polype fibro-inflammatoire de l'iléon révélé par une invagination. A propos d'un cas familial. *Rev Med Int* 2005 ; 26 : 233-7.
- 4- Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH. Intussusception in adults : intutitional review. *J Am Coll surg* 1999 ; 188 : 390-5.
- 5- Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J surg* 1997 ; 173 : 88-94.
- 6- Mordi A, Batoko A, Delteil C. Lipome du grêle responsable d'une invagination intestinale et d'une anémie : diagnostic échographique et traitement vidéoassisté. *Ann chir* 2001 ; 126 : 585-97.
- 7- Byrne AT, Goeghegan T, Govender P, Lyburn ID, Colhoun E, Torregiani WC. The imaging of intussusception. *Clin Rad* 2005 ; 60 : 39-46.
- 8- Zerbib P, Chambon JP, Berthelot D, Quandalle P. Invagination intestinale aiguë primitive de l'adulte reconnue par échographie. *Ann Chir* 2000 ; 125 : 291-2.
- 9- Eustace S, Murray JG. Sonographic diagnosis of colonic lipoma included intussusception. *J Clin Ultrasound* 1993 ; 21 : 472-4.
- 10- Maconi G, Radice E, Greco S, Bezzio C, Bianchi Porro G. Transient small-bowel intussusceptions in adults : significance of ultrasonographic detection. *Clin Rad* 2007 ; 62 : 792-7.
- 11- Gayer G, Apter S, Hofman C, Nass S, Amitai M, Zissin R, et al. Intussusception in adults : CT Diagnosis. *Clin Radiol* 1998 ; 53 : 53-7.
- 12- Basak S, Nazarian LN, Wechsler RJ, Parker L, Williams BD, Lev-Toaff AS, Kurtz AB. Is unenhanced CT sufficient for evaluation of acute abdominal pain? *J Clin Imaging* 2002 ; 26 : 405-7.