

Invagination colo-colique sur des adénomes

Ammari. S*, Taieb. M.

*Service de chirurgie générale, Hôpital d'Ain Taya, Alger,

Faculté de médecine d'Alger, Algérie

Abstract

L'invagination intestinale chez l'adulte est rare, et l'invagination colo-colique est encore plus rare. Contrairement à l'enfant où l'invagination intestinale est idiopathique, chez l'adulte elle survient presque toujours sur une lésion organique notamment sur des lésions malignes.

Notre objectif est de rapporter deux nouveaux cas d'invaginations colo-coliques chez l'adulte les différentes étiologies, et leurs circonstances de découverte.

Nos deux patients ont consulté en urgence pour un tableau d'occlusion intestinale aigue. Le diagnostic a été posé en préopératoire sur le scanner qui a révélé l'existence d'une invagination intestinale sur des lésions tumorales. Nos deux patient ont été opérés en urgence par laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. L'exploration peropératoire a confirmé le diagnostic d'invagination colo-colique sur une lésion tumorale. Ne disposant pas d'examen extemporané en urgence, et n'ayant pas ainsi, de certitude sur bénignité ou la malignité de ces lésions organiques, nous avons opté pour des colectomies carcinologiques pour pallier à toutes surprise sur lors de l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire. L'absence de souffrance intestinale et l'absence de distension colique importante, nous a motivé à rétablir immédiatement la continuité digestive a été faite immédiatement.

L'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'un polype adénomateux inflammatoire pour le premier patient et d'une adénome villositaire pour le 2ème patient.

Conclusion :

L'invagination intestinale colo-colique est rare chez l'adulte, elle survient presque toujours sur une lésion organique. Les tumeurs malignes sont la principale cause d'invagination intestinale chez l'adulte. Le traitement reste chirurgical la seule arme thérapeutique.

Mots clés : Adénome villositaire, colectomie, invagination intestinale, occlusion intestinale.

Introduction :

Contrairement à l'enfant, L'invagination intestinale est rare chez l'adulte [1]. Son incidence globale chez les adultes est de 1 à 3 cas par million par an [2]. Elle représente 1 à 5 % des causes d'occlusions intestinales aiguës chez l'adulte [3]. Chez l'enfant l'invagination intestinale est souvent primitive survenant sans cause évidente, mais chez l'adulte, dans 90 % des cas, elle est occasionnée par une lésion organique [3]. Elle siège le plus souvent au niveau de l'intestin grêle, et l'invagination colo-colique est plus rare, et survient sur des lésions malignes [2, 4].

Notre objectif est de rapporter deux nouveaux cas d'invaginations colo-coliques chez l'adulte et faire une revue de la littérature et discuter essentiellement les différentes étiologies, et leurs circonstances de découverte.

Observation N°01 :

Un homme de 57 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, s'est présenté en urgence pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë. L'examen de l'abdomen a retrouvé un boudin d'invagination. Le reste de l'examen somatique était normal.

La radio de l'abdomen sans préparation (ASP) a montré des niveaux hydro-aériques grêliques et coliques.

Le scanner abdomino-pelvien était en faveur d'une invagination colo-colique sur une masse tumorale.

Le patient a été opéré en urgence, par laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. L'exploration peropératoire a retrouvé une invagination colo-colique du colon transverse sur un volumineux polype pédiculé. Le reste de l'exploration était sans anomalies, hormis un épanchement péritonéal de petite à moyenne abondance (3^{ème} secteur) qu'on a aspiré.

Nous avons procédé à la désinvagination du colon par un mouvement de traite, avec une colectomie segmentaire emportant le polype, en respectant les règles carcinologiques, rétablissement immédiat de la continuité digestive par anastomose colo-colique termino-terminale, manuelle.

Les suites opératoires étaient simples, l'alimentation autorisée au 3^{ème} jours postopératoire et la sortie a été faite au 5^{ème} jour postopératoire.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire est revenue en faveur d'une polype inflammatoire ulcéré sans signe de malignité. Les contrôles effectués chez le patient au 1 mois et au 6^{ème} mois étaient sans anomalies.

Observation N° :02

Homme âgé de 29 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux, s'est présenté en urgence pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë,

fait de douleur abdominales, nausées et arrêt du transit intestinal.

L'examen de l'abdomen a retrouvé une sensibilité et un empatement du flanc gauche. Le reste de l'examen somatique était sans particularités.

Le scanner abdomino-pelvien était en faveur d'une invagination colo-colique sur un épaissement pariétal du colon descendant. Le bilan biologique était normal.

Le patient a été opéré en urgence, par voie médiane à cheval sur l'ombilic. L'exploration peropératoire a retrouvé une invagination colo-colique du colon descendant sur un volumineux polype pédiculé.

Geste effectué : désinvagination, avec une colectomie segmentaire emportant le polype, en respectant les règles carcinologiques. En l'absence d'une distension colique importante, décision de rétablir immédiatement la continuité digestive par anastomose colo-colique termino-terminale, manuelle.

Les suites opératoires étaient simples, la sortie du patient est faite au 4ème jour postopératoire.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un adénome villositaire de bas grade de malignité.

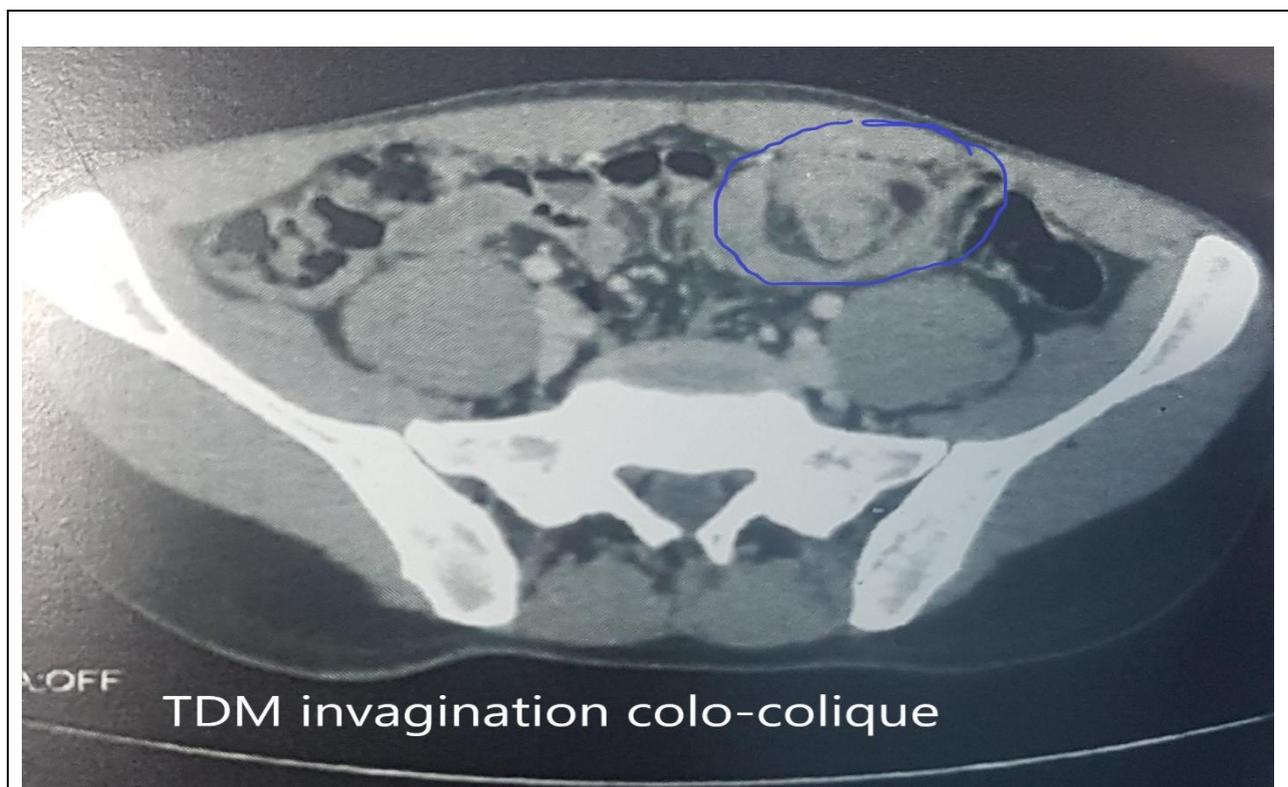


Figure 1 : Image scannographique d'invagination colo-colique

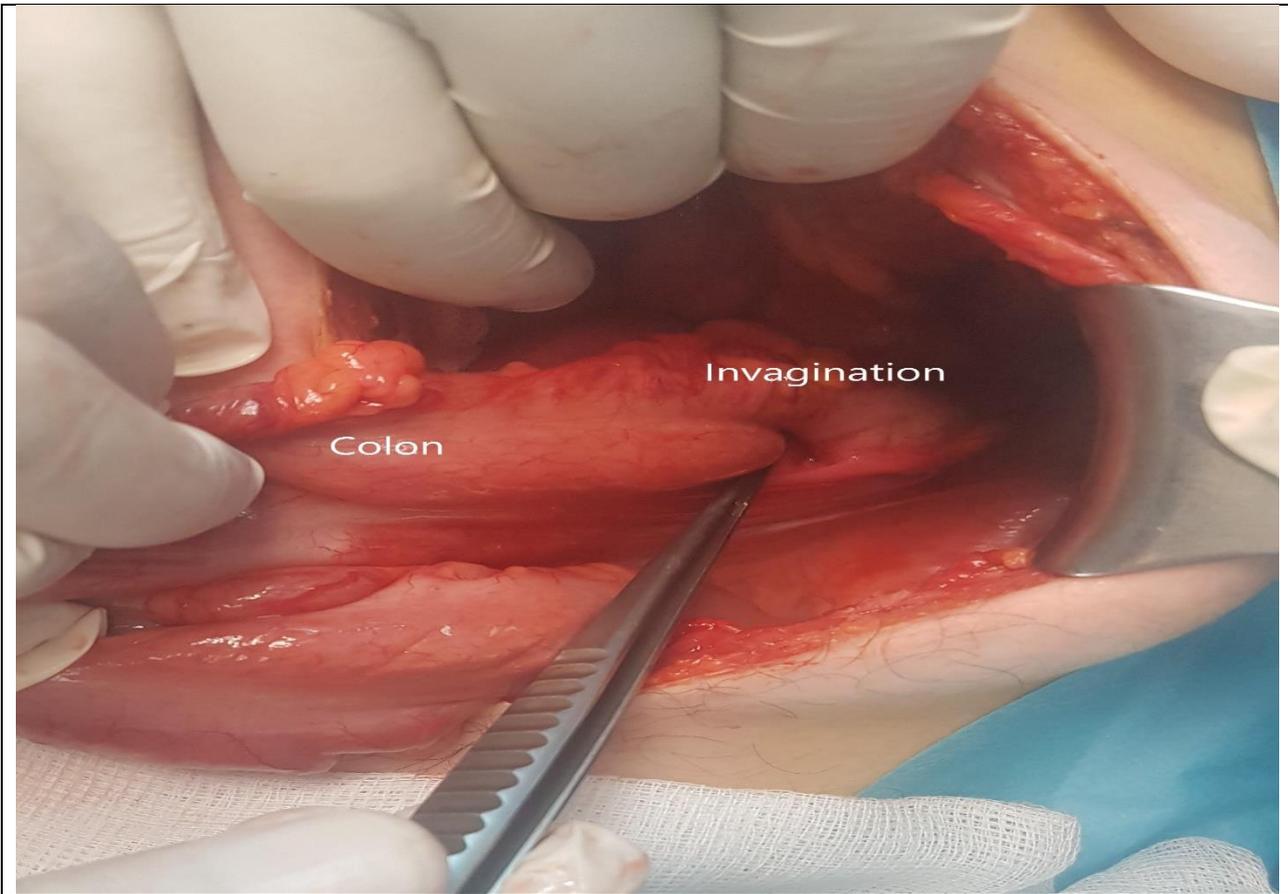


Figure 2 : Photo peropératoire d'invagination colo-colique gauche

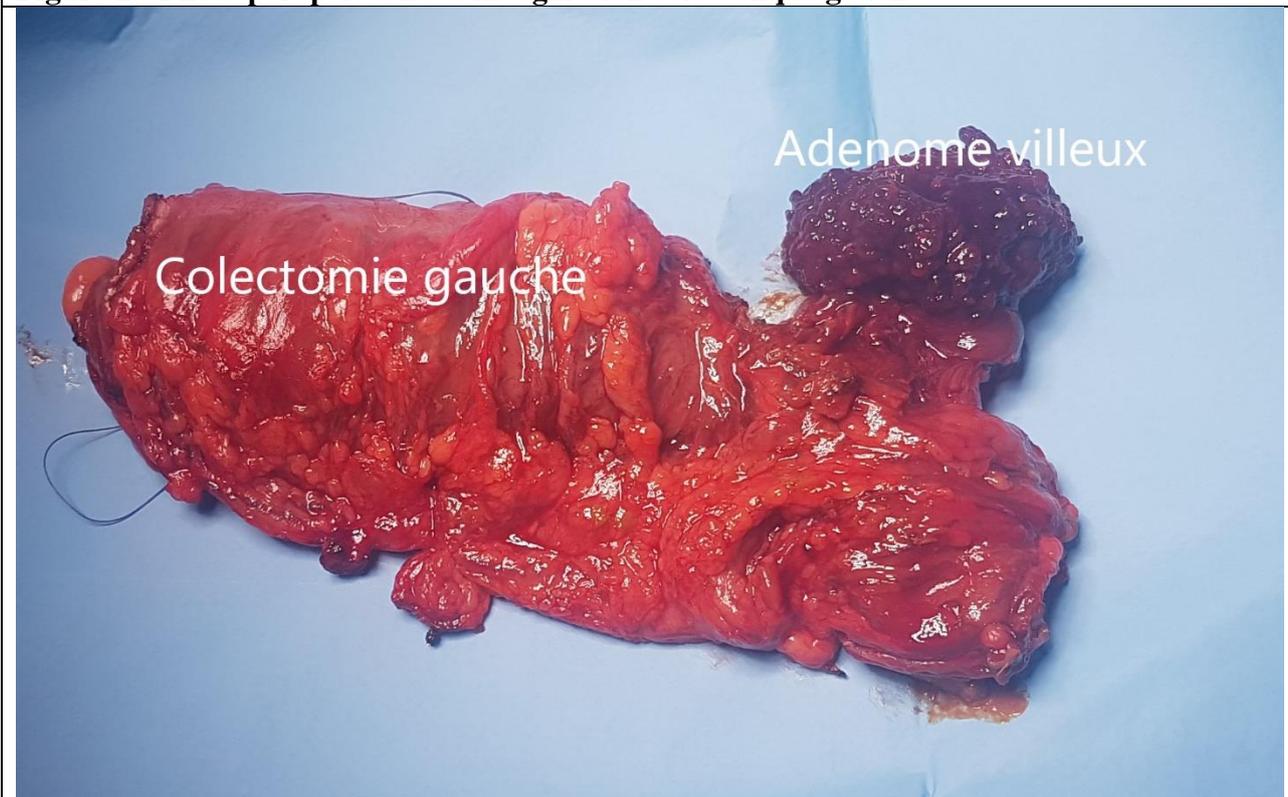


Figure 3 : Pièce de colectomie gauche emportant l'adénome villositaire

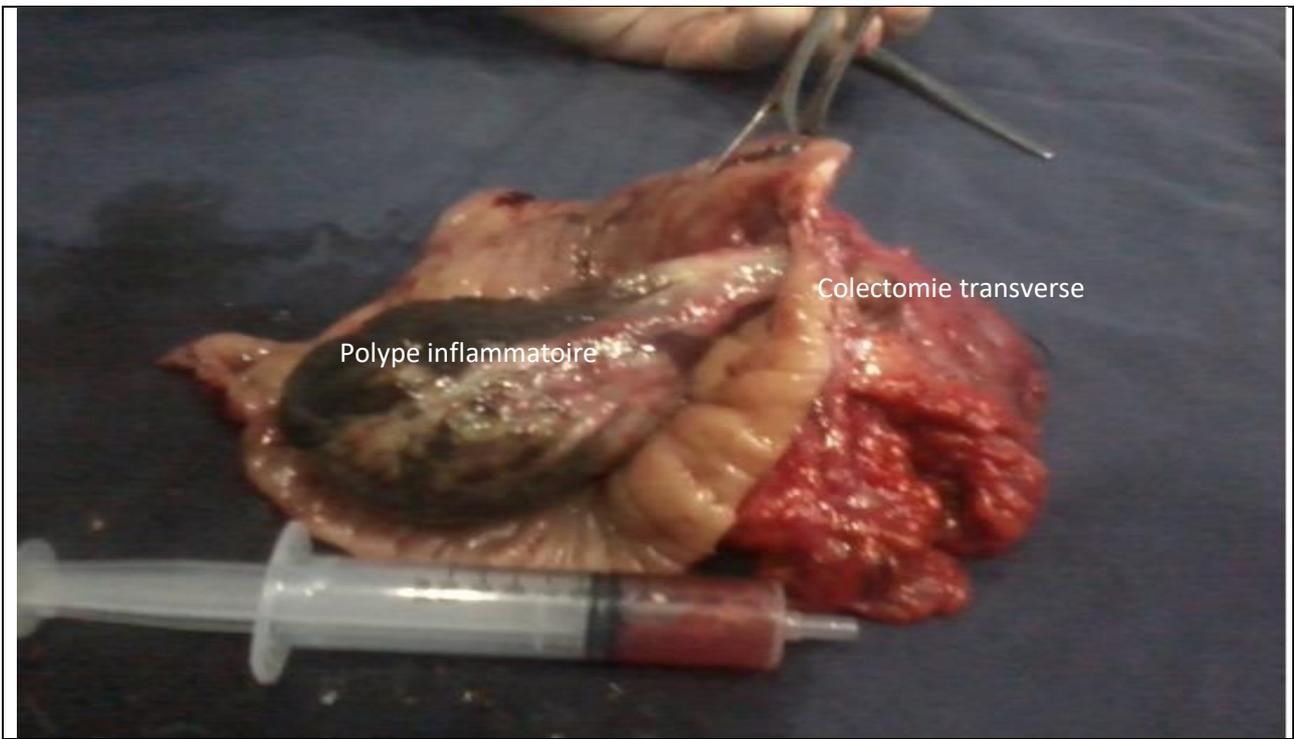


Figure 4 : Pièce de colectomie transverse siège d'un volumineux polype inflammatoire

Discussion :

La première invagination intestinale a été décrite par Barbette d'Amsterdam en 1674 et la première intervention chirurgicale pour invagination intestinale aiguë, a été réalisée par Sir Jonathan Hutchinson en 1871 [5]. L'invagination intestinale représente 0,003 à 0,02 % des hospitalisations [3]. Il s'agit d'un télescopage et la pénétration d'un segment intestinal (anse invaginée) dans le segment d'aval (anse réceptrice), survenant le plus souvent, sur une lésion organique dans 70 à 90 % des cas, et dans 8 à 20 % des cas, elle est idiopathique, sans cause évidente [3, 5]. Chez l'enfant l'invagination intestinale est souvent primitive survenant sans cause évidente [3, 6]. L'invagination colo-colique est rare représentant environ 17 % de toutes les invaginations intestinales de l'adulte [7]. Les invaginations de l'intestin grêle sont observées dans 70 à 80 % des cas [5, 7]. L'iléon est le siège le plus fréquent des invaginations intestinales [5, 8]. Selon le siège de l'invagination, il existe quatre types principaux : entéro-entérique impliquant l'intestin grêle, iléo-colique impliquant l'iléon et le côlon ascendant, iléo-colique dans lequel la valve iléo-caecal agit comme point de départ, et colo-colique, impliquant uniquement le colon [9]. Plus rarement sont les invaginations colorectales, colo-anales ou jéjuno-gastriques [5].

Dans notre cas nous avons rapporté 02 invagination intestinales localisées

exclusivement au niveau du colon, dont une s'est produite sur le colon descendant, ce qui est plus rares en raison de la fixation anatomique solide du côlon descendant au rétro péritoine [09]. L'invagination est dûe à tumeurs bénignes et malignes dans deux tiers des cas, et le reste est occasionné par des infections, des adhérences postopératoires, granulomes de la maladie de Crohn, les ulcères intestinaux (*Yersinia*) et des anomalies congénitales telles que diverticule de Meckel [6]. Les invaginations colo-coliques sont occasionnées par des tumeurs malignes dans plus de 50 % des cas [2, 7]. Les principales tumeurs malignes à l'origine des invaginations colo-colique sont les adénocarcinomes, les lymphomes et les sarcomes [6]. Concernant les tumeurs bénignes, elles sont représentées par les lipomes les adénomes, et les pseudo-polypes inflammatoires [6]. Ces deux dernières lésions étaient à l'origine des deux cas d'invagination colo-colique que nous avons rapporté.

L'invagination intestinale touche de manière égale les deux sexes, et l'âge moyen de sa survenue est de 50 ans [6]. La symptomatologie est souvent non spécifique, faite de douleur abdominales inexplicables, spontanément résolutive, on assiste rarement à la triade complète et caractéristique, faite de douleur abdominale, masse palpable et hémorragie digestive basse [6]. L'invagination intestinale représente 1 à 5 % des étiologies d'occlusions intestinales chez l'adulte [3],

c'est le cas de nos deux patients, dont l'invagination intestinale s'est révélée par un tableau d'occlusion intestinale. L'échographie peut visualiser le boudin d'invagination sous forme d'image en cocarde [mali], mais le scanner reste l'examen de référence pour le diagnostic de l'invagination [2]. C'est le cas de nos deux patients où le scanner était déterminant pour le diagnostic.

Le traitement des invaginations intestinales de l'adulte reste essentiellement chirurgical qui reste le traitement de choix [3, 9]. La réduction par hyperpression sous contrôle radiologique n'a pas de place, de même que la réduction endoscopique par colonoscopie qui est faisable mais n'est pas recommandée selon la littérature, car dans la majorité des cas il y'a une lésion organique sous-jacente [5-7]. Le recours à une simple désinvagination est licite dans les formes idiopathiques [5]. Le traitement chirurgical pourra se faire aussi bien par laparotomie que par laparoscopie, cependant, pour cette dernière, elle dépendra de l'expérience du chirurgien [3, 6]. L'exérèse intestinale selon les règles carcinologiques s'impose lors de la découverte d'une tumeur à l'évidence maligne [5]. Ainsi, pour les invaginations coliques, des colectomies seront réalisées, à type d'hémi-colectomie droite ou gauche, des colectomies segmentaires gauches [7, 9]. Le rétablissement de la continuité digestives se fera en fonction des constatations peropératoire tel que le siège de l'invagination, le degré de sténose et de distension intestinale

d'amont, du degré de souffrance vasculaire intestinale [2, 9]. Nos deux patients se sont présenté dans un tableau d'occlusion intestinale aigüe, nous les avons opérés par laparotomie. L'exploration peropératoire avait retrouvé une invagination colo-colique du colon transverse chez le premier patient et une invagination colo-colique du colon descendant chez le deuxième patient. Chez nos deux patients, nous n'avions pas la certitude de la bénignité des lésions tumorale à l'origine de l'invagination colique, d'où décision de faire des résections coliques carcinologiques. Par ailleurs, en raison de l'absence de souffrance intestinale et de l'absence de distension intestinale d'amont nous avons opté pour le rétablissement immédiat de la continuité digestive, et les suites opératoires étaient simples.

Conclusion :

L'invagination intestinale est chez l'adulte, et l'invagination colo-colique est encore plus rare. Elle survient presque toujours sur une lésion organique. Contrairement à l'enfant où l'invagination intestinale est idiopathique, chez l'adulte elle survient presque toujours sur une lésion organique notamment sur des lésions malignes. Le traitement reste chirurgical la seule arme thérapeutique.

Approbation éthique

Les données et fichiers des patients présentés dans ce manuscrit sont disponibles au service de Chirurgie Générale du CHU d'Ain Taya.

Tous les patients consentent à leur inclusion dans ce travail et à la publication des résultats.

Conflits d'intérêts

L'auteur déclare qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts.

Contributions de l'auteur

Tous les auteurs ont contribué à ce travail

Financement

Le financement sera fourni par l'auteur principal, sans financement d'aucune autre source.

Disponibilité des données et du matériel

Les données (dossiers patient, fiches d'information pour chaque patient) sont disponibles et saisies.

Références

1. Ribault L, et col. Les invaginations intestinales aiguës de l'adulte à propos de 3 cas à l'Hôpital Principal de Dakar.

- Médecine d'Afrique Noire : 1991, 38 (6)
2. Kulkarni S, Rana A, Choi K. Adult Colo-Colonic Intussusception in the Setting of Invasive Mucinous Adenocarcinoma: A Case Report. Am J Case Rep. 2022 Dec 5;23:e938124. doi: 10.12659/AJCR.938124. PMID: 36464886; PMCID: PMC9733150.
3. Khalid E, Fatimazahra B, Driss K, Abdelaziz F, Abdellatif R, Rachid L, Nadia B, Saad B, Najib ZO. Les invaginations intestinales chez l'adulte: à propos de 17 cas [Intussusception in adults: report of 17 cases]. Pan Afr Med J. 2012;12:17. French. Epub 2012 Jun 1. PMID: 22826741; PMCID: PMC3396863.
4. Haas EM, Etter EL, Ellis S, Taylor TV. Adult intussusception. Am J Surg. 2003;186:75-76
5. Belhamidi MS, Kaoukabi A, Krimou H, Menfaa M, Sakit F, Choho K. Lymphome colique révélé par invagination iléo-caecale chez l'adulte: à propos d'un cas [Colonic lymphoma revealed by ileocecal intussusception in adults: about a case]. Pan Afr Med J. 2018 Jun 11;30:105. French. doi: 10.11604/pamj.2018.30.105.15897. PMID: 30364412; PMCID: PMC6195240.
6. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment.

- Clin Colon Rectal Surg. 2017 Feb;30(1):30-39. doi: 10.1055/s-0036-1593429. PMID: 28144210; PMCID: PMC5179276.
7. Busa V, Bandaru SS, Mahat R, Janga C. A Rare Case of Colo-Colonic Intussusception Caused by Colonic Submucosal Lipoma. Cureus. 2022 Mar 29;14(3):e23600. doi: 10.7759/cureus.23600. PMID: 35371854; PMCID: PMC8973248.
 8. ANOH NA et Col. Invagination colo-colique sur lipome du cæcum chez l'adulte. Journal de chirurgie et spécialités du Mali, Volume 3 (2023), Numéro 2.
 9. Sun KK, Yang D, Gan M, Wu XY. Descending colo-colonic intussusception secondary to signet ring cell carcinoma: A case report. Oncol Lett. 2015 Mar;9(3):1380-1382. doi: 10.3892/ol.2014.2805. Epub 2014 Dec 17. PMID: 25685200; PMCID: PMC4315006.