

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

L'INVAGINATION INTESTINALE CHEZ L'ADULTE, ATYPIQUE ET POTENTIELLEMENT DRAMATIQUE

PUDZEIS J (1), HENRARD C (1), MEURISSE N (2)

RÉSUMÉ : L'invagination intestinale est une pathologie essentiellement pédiatrique qui reste rare chez l'adulte. Nous rapportons le cas d'une patiente de 67 ans hospitalisée pour persistance de crises abdominales douloureuses malgré la réalisation d'un bilan quasi exhaustif. Un entéro-scanner objectivera finalement la présence d'une invagination iléo-iléale, siège d'un lymphome plasmablastique monoclonal et responsable d'une sub-obstruction d'amont, qui nécessitera la réalisation d'une laparotomie exploratrice. Le caractère irréductible, comme souvent dans cette pathologie de l'adulte, justifiera la réalisation d'une résection grêle du segment incriminé.

MOTS-CLÉS : *Invagination intestinale - Adulte - Occlusion intestinale - Traitement chirurgical - Lymphome plasmablastique monoclonal*

INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN ADULTS, ATYPICAL AND POTENTIALLY DRAMATIC

SUMMARY : Intestinal intussusception is essentially a pediatric pathology that remains rare in adults. We report the case of a 67-year-old patient hospitalized for persistent painful abdominal attacks despite the completion of an almost exhaustive assessment. An entero-scanner will finally show the presence of ileal-ileal intussusception, which is the site of a monoclonal plasmablastic lymphoma and responsible for an upstream sub-obstruction. This condition will require an exploratory laparotomy. As often in this pathology of the adult, the irreducible character will justify the realization of a small resection of the incriminated segment.

KEYWORDS : *Intestinal intussusception - Adult - Bowel obstruction - Surgical treatment - Monoclonal plasmablastic lymphoma*

INTRODUCTION

Alors que les invaginations intestinales ne sont pas rares chez l'enfant, elles sont assez exceptionnelles chez l'adulte. Nous rapportons le cas d'une patiente dont la présentation a été atypique et le diagnostic retardé.

CAS CLINIQUE

Une patiente âgée de 67 ans est hospitalisée pour mise au point de douleurs abdominales diffuses, spasmodiques, intermittentes et présentes depuis 6 mois, avec exacerbations depuis quelques jours. L'anamnèse révèle des nausées, sans notion de vomissement, et une alternance de diarrhée et de constipation. Un épisode récent d'hématochézie, résolu spontanément, est également rapporté.

Ses antécédents sont marqués par une séropositivité pour le VIH, associée au développement d'une néphropathie de type HIVAN (HIV-Associated Nephropathy) pour laquelle elle a subi une greffe de rein deux ans auparavant.

À l'admission, l'examen clinique est sans particularité : la patiente est apyrétique, l'abdomen est souple, diffusément sensible, mais sans défense ni contracture abdominale. Aucune masse n'est palpée. Les bruits hydro-aériques sont présents et les orifices herniaires sont libres.

Un bilan par colonoscopie et scanner abdominal réalisé durant les mois précédents s'était révélé rassurant. Un PET-CT thoraco-abdominal avait également été proposé. Ce dernier avait démontré un hypermétabolisme intestinal diffus aspécifique, à prédominance grêle, associé à des adénopathies mésentériques réactionnelles latéralisées à gauche (Figure 1). Les biopsies gastriques, duodénales et jéjunales hautes réalisées par voie endoscopique n'avaient, quant à elles, objectivé aucune anomalie.

Confronté à la persistance de crises douloureuses, un entéro-scanner avec injection de produit de contraste sera donc d'emblée proposé. Cet examen objectivera une lésion évocatrice d'une invagination iléo-iléale, responsable d'une sub-obstruction d'amont (Figure 2) justifiant, dans ce contexte clinique, une laparotomie exploratrice. Une invagination irréductible (Figures 3 et 4), nécessitant une résection grêle, sera mise en évidence. L'examen histologique de la pièce opératoire permettra d'identifier un lymphome plasmablastique monoclonal infiltrant l'entièreté de la paroi intestinale.

(1) Etudiant, Liège Université, Belgique

(2) Service de Chirurgie abdominale, sénologique, endocrine et Transplantation, CHU Liège, Belgique.

Figure 1.
PET scanner
thoraco-abdominal
identifiant un hyper-
métabolisme intestinal
diffus non spécifique,
à nette prédominance
grêle, plus marqué à
gauche.

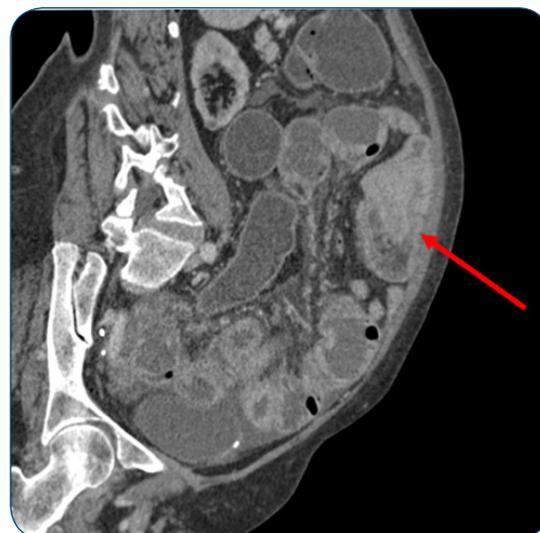
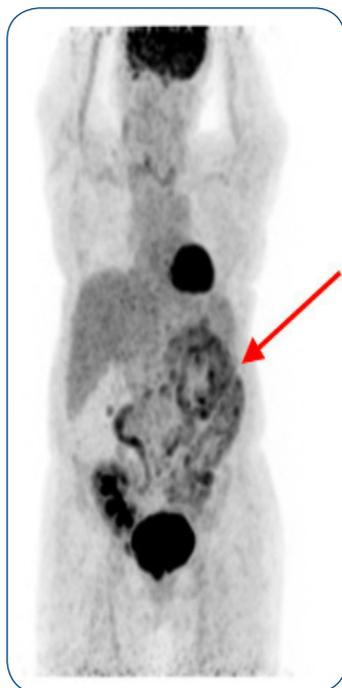


Figure 2. Entéro-scanner avec injection de produit de contraste en coupe sagittale retrouvant une lésion évocatrice d'une invagination iléo-iléale.

Figure 3. Constatation peropératoire d'une invagination intestinale aiguë irréductible démontrant une zone de transition entre un grêle dilaté en amont et un grêle plat en aval.

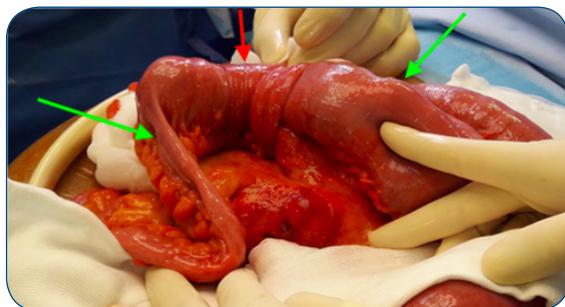
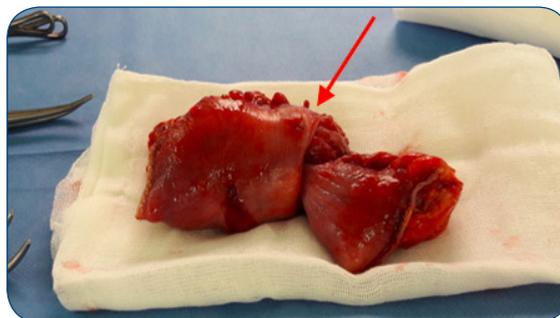


Figure 4. Pièce de résection grêle emportant le boudin d'invagination envoyé en analyse anatomopathologique.



DISCUSSION

L'invagination intestinale se caractérise par le télescopage d'un segment intestinal et de son méso dans le segment d'aval (5). Seules 5 % des invaginations s'observent chez l'adulte tandis que 95 % surviennent chez l'enfant, chez qui elles représentent la deuxième cause d'abdomen aigu (1, 4, 7). L'intestin grêle et la jonction iléo-caecale sont les zones les plus fréquemment atteintes (2). L'étiologie sera identifiée dans 90 % des cas chez l'adulte (2-5) pour seulement 5 % des cas pédiatriques (7). Une pathologie tumorale est identifiée dans près de 2/3 des formes adultes (3). Il convient donc de rechercher prioritairement une tumeur intestinale maligne (adénocarcinome, lymphome) ou

bénigne (lipome iléal, polype, tumeur granulomateuse ou neuro-endocrine). Lorsque l'invagination se localise au niveau de la région colique, il est justifié de craindre une origine maligne (2-4).

Les manifestations cliniques de l'invagination intestinale de l'adulte sont atypiques et variables, ce qui retarde son diagnostic. La triade classique observée en pédiatrie (douleurs abdominales, rectorragie et masse abdominale palpable) est, en effet, rare chez l'adulte (15 % des cas) (4). Le tableau clinique sera plutôt marqué par la survenue de douleurs abdominales, accompagnées, par ordre décroissant de fréquence, de nausées et vomissements, méléna, palpation d'un boudin d'invagination et constipation ou diarrhée. L'invagination n'est responsable que de 1 % des tableaux occlusifs de l'adulte (2).

À l'inverse, le bilan iconographique peut, quant à lui, être assez spécifique, voire pathognomonique. L'échographie, faite en première intention, permet d'identifier des images typiques dites en « pince de crabe » ou en « cocarde » (alternance d'anneaux concentriques hypo- et hyperéchogènes correspondant aux différents cylindres intestinaux) selon l'orientation de la sonde (2-4). Son rendement est, par contre, diminué en cas de tableau occlusif responsable d'une distension aérique du tube digestif et chez les patients obèses. C'est la raison pour laquelle le scanner abdominal représente l'examen de choix pour établir le diagnostic de l'invagination chez l'adulte. Des images identiques à l'échographie sont obtenues en fonction de l'incidence des coupes. La viabilité du segment digestif incriminé est évaluée grâce à l'injection de produit de contraste. En plus du diagnostic, ce dernier examen permet de réaliser le bilan loco-régional et à distance d'une potentielle lésion maligne (2-4). La colonoscopie peut être envisagée si l'invagination concerne la partie terminale de l'iléon ou le côlon (3). Elle permettra d'effectuer, dans le même temps, une biopsie et d'évaluer le caractère malin d'une éventuelle tumeur.

Chez l'adulte, cette affection est quasi systématiquement chirurgicale contrairement à l'enfant. La réduction de l'invagination sans résection peut être envisagée si elle concerne l'intestin grêle, si le caractère bénin est formellement identifié et en l'absence de signes d'ischémie (4). La réduction reste, cependant, déconseillée vu la fragilité pariétale sous-jacente, majorant le risque de perforation (2, 3, 5, 6). Le traitement approprié reste donc, le plus souvent, une résection de la zone intestinale invaginée en première intention (2, 3, 5).

CONCLUSION

L'invagination chez l'adulte est une pathologie peu fréquente. Il s'agit d'une entité clinique spécifique de l'adulte qui ne peut être assimilée à la pathologie infantile. La différence se manifeste aussi bien dans l'étiologie, les signes et symptômes ou encore le traitement. Le diagnostic est souvent différé et généralement déterminé en peropératoire. Le diagnostic tardif aggrave le tableau clinique et accroît la mortalité. Vu la haute fréquence d'ischémie intestinale associée, le traitement consistera en une résection chirurgicale sans tentative de réduction.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bentama K, Chemlal I, Benabbou M, et al.— Acute intussusception secondary to a lipoma. *J Afr Hepato-Gastroenterol*, 2012, **6**, 164-165.
2. Gupta RK, Agrawal CS, Yadav R, et al.— Intussusception in adults : institutional review. *Int J Surg*, 2011, **9**, 91-95.
3. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R.— Adult intussusception : A retrospective review. *Dis Colon Rectum*, 2006, **49**, 1546-1551.
4. Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, et al.— Intussusception of the bowel in adult : A review. *World J Gastroenterol*, 2009, **15**, 407-411.
5. Yalamarthi S, Smith RC.— Adult intussusception : case reports and review of literature. *Postgrad Med J*, 2005, **81**, 174-177.
6. Lebeau R, Koffi E, Diané B, et al.— Invaginations intestinales aiguës de l'adulte : analyse d'une série de 20 cas. *Ann Chir*, 2006, **131**, 447-450.
7. Applegate KE.— Intussusception in children : evidence-based diagnosis and treatment, *Pediatr Radiol*, 2009, **39**, 140-143.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Nicolas Meurisse, Service de Chirurgie abdominale, CHU Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : nicolas.meurisse@chuliege.be