



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/11592

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/11592>



RESEARCH ARTICLE

TRAITEMENT LAPAROSCOPIQUE D'UN CAS RARE D'UNE INVAGINATION INTESTINALE AIGÛE SUR LIPOME GRELIQUE

Anwar Rahali, Yasser El Brahmi, Faisal El Mouhafid and Abdelmounaim Ait Ali

Service de Chirurgie Viscérale et Digestive II, Hôpital Militaire D'instruction Mohammed V - Rabat - Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 30 June 2020

Final Accepted: 31 July 2020

Published: August 2020

Key words:-

Intussusception, Small Intestine,
Lipoma, Ct Scan, Laparoscopy

Abstract

Unlike children, acute intussusception in adult is very unusual. It is often the result of an underlying lesion. We report the case of a 41-year-old patient with acute intussusception due to ileal lipoma diagnosed by abdominal CT scan and confirmed by laparoscopy. The patient underwent a coelio-assisted resection-anastomosis of the invaginated loop with a safety margin because of the frequency of malignant tumors often associated with this type of lesion. This therapeutic attitude justifies the essential place of surgery in the management.

Copy Right, IJAR, 2020.. All rights reserved.

Introduction:-

L'invagination intestinale aigüe (IIA) est la pénétration d'une anse intestinale dans une autre située immédiatement en aval, ce qui peut provoquer une obstruction intestinale ou une strangulation. Son incidence est plus élevée chez les enfants alors que chez les adultes ne représente que 1 à 5% des causes de l'occlusion intestinale [1-20]. Dans 90% des cas, une lésion organique est retrouvée au sein de l'invagination. Les localisations les plus courantes sont : iléo-iléales, iléo-caecales et les doubles localisations iléo-iléales et iléo-caecales qui sont les moins fréquentes [2].

Le lipome de l'intestin grêle est une pathologie silencieuse se manifestant parfois cliniquement par une invagination aigüe. Nous rapportons le cas d'un patient présentant IIA sur un lipome grêlique.

Observation:-

Monsieur B.H, âgé de 41 ans, sans antécédents pathologiques particuliers ayant présenté depuis deux mois un syndrome subocclusif intermittent accompagné de trouble de transit ainsi qu'un seul épisode de rectorragie de faible abondance. Il était admis aux urgences le 31/05/2020 à 23H00 pour des douleurs abdominales diffuses sous formes de coliques spasmodiques violentes entrecoupées d'accalmies et accentuées au niveau de la fosse iliaque droite évoluant depuis 4 heures avec vomissements alimentaires sans notion d'arrêt des matières et des gaz.

Tous les paramètres vitaux étaient normaux. L'examen physique a révélé une distension abdominale ainsi qu'une légère sensibilité diffuse avec une masse mobile et sensible dans la fosse iliaque droite. La masse a disparu après un certain temps, puis elle a réapparu avec la rechute de la symptomatologie. Les orifices herniaires étaient libres et le toucher rectal était sans particularités. Les examens biologiques de routine étaient sans anomalies en dehors d'une légère hypokaliémie à 3,3 mEq/L. Une réanimation primaire a été effectuée pour corriger le déséquilibre hydro-électrolytique.

Corresponding Author:- Anwar Rahali

Address:- Service de Chirurgie Viscérale et Digestive II, Hôpital Militaire D'instruction Mohammed V - Rabat - Maroc.

Une TDM avec injection de produit de contraste (PDC) a été demandée d'emblée mettant en évidence au niveau de la fosse iliaque droite et du flanc droit un boudin d'invagination iléo-caecal étendu sur 12.5 cm de longueur renfermant une partie de la dernière anse intestinale, son méso et son pédicule vasculaire avec présence en son sein d'une formation ovale, bien limitée, de densité grasseuse (-100UH) non rehaussé après l'injection de PDC en rapport avec un probable lipome mesurant 18x12 mm. Il s'y associe une distension des anses grêliques en amont atteignant 32 mm de diamètre, sans signes de gravité par ailleurs, notamment de signes de souffrance pariétale digestive (Figure 1 et 2).

L'indication chirurgicale était formelle. Le patient a bénéficié d'une résection grêlique segmentaire plus anastomose grêlo-grêlique termino-terminale coelio-assistée. L'exploration a révélé une invagination iléo-iléale à 20 cm de la dernière anse intestinale (DAI) et une dilatation grêlique modérée en amont sans signes de souffrance (Figure 3). Après avoir libéré les adhérences, une résection du méso grêlique a été effectuée avec dévascularisation segmentaire de l'anse invaginée. Une incision médiane sus-ombilicale de 4 cm a été faite pour l'extériorisation de l'anse invaginée (Figure 4) et sa section avec une marge de 5 cm de chaque côté (Figure 5) avant de finir par la confection d'une anastomose grêlo-grêlique termino-terminale manuelle au monofil en polydioxanone.

L'étude anatomopathologique a été en faveur d'un lipome sous muqueux mature avec des limites chirurgicales saines sans signes histologiques de malignité.

Les suites opératoires ont été simples. Deux mois après l'intervention chirurgicale, le patient n'a présenté aucune complication.



Figure 1:- Image scanographique transversale C(+) montrant l'aspect en cocard.



Figure 2:- image scanographique coronale montrant le boudin d'invagination.



Figure 3:- image laparoscopique montrant l'invagination iléo-iléale à 20 cm de la DAI.



Figure 4:- Image per-opératoire après l'extériorisation de l'anse invaginée et dévascularisée.

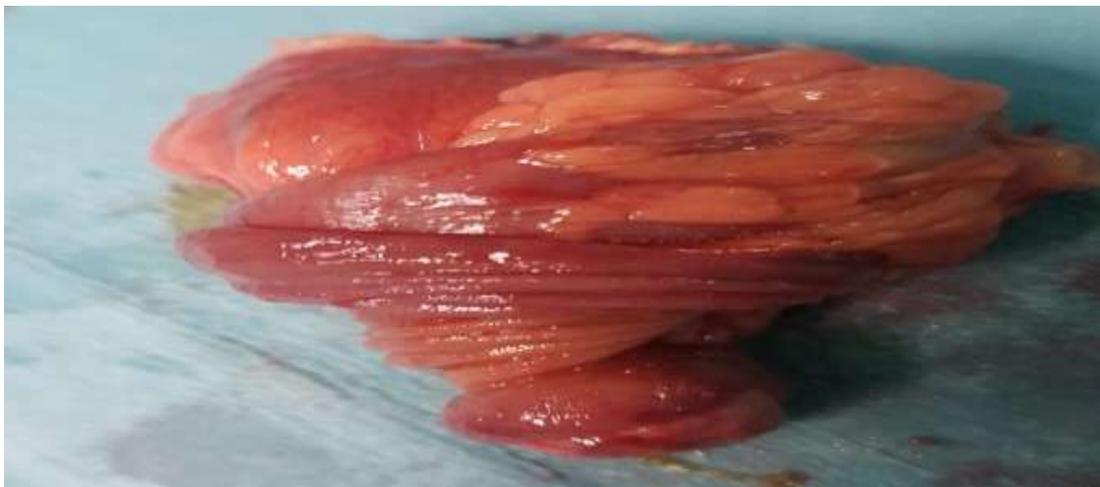


Figure 5:- Image montrant la pièce opératoire réséquée avec marge de sécurité.

Discussion:-

L'invagination intestinale aiguë est le télescopage d'une anse intestinale (segment invaginé) avec son méésentère dans une autre située immédiatement en aval (segment récepteur). Barbetta a été le premier à décrire l'invagination en 1675, suivi de Hunter en 1789. Cependant, la première intervention chirurgicale a été réalisée par Sir Jonathan Hutchinson en 1871 [1-3]. Elle survient le plus souvent chez l'enfant, En revanche, elle est rare chez l'adulte et survient seulement dans 5% de toutes les occlusions. Les tumeurs de l'intestin grêle ne représentent que 1% à 2% de toutes les tumeurs du tractus digestif et les tumeurs bénignes représentent environ 30% de toutes les tumeurs de l'intestin grêle [5-20]. Le lipome intestinal, qui trouve souvent son origine dans l'iléon, est une tumeur bénigne d'origine mésoenchymateuse, elle est la deuxième tumeur bénigne la plus fréquente de l'intestin grêle avec une tendance à l'invagination [1-4] en raison de la bonne mobilité de la tumeur, sa localisation dans la couche sous muqueuse et le péristaltisme actif de l'intestin grêle [4-21].

La présentation clinique est polymorphe et le plus souvent trompeuse : tableau d'occlusion aiguë, subocclusion de survenue progressive et signes digestifs non spécifiques (trouble du transit, vomissements, douleurs abdominales diffuses, saignements digestifs...) évoluant parfois selon un mode chronique avec une possible altération de l'état général [6-7]. L'apparition de manifestations cliniques est directement liée à la taille du lipome (à partir de 4 cm) responsable alors de douleurs aiguës, de saignements occultes par ulcération de la muqueuse et d'invagination intestinale [8]. Dans notre cas la symptomatologie clinique était faite de douleurs paroxystiques, un syndrome subocclusif intermittent accompagné de trouble de transit, un seul épisode de rectorragie de faible abondance et enfin par une IIA.

La palpation à l'examen physique du malade d'une masse abdominale est un signe très évocateur, notamment, si elle change de siège et de consistance pendant des examens répétés, le cas de notre observation. En moyenne dans 50% des cas, lorsqu'on est appelé à examiner le malade en pleine crise, en particulier, si le ballonnement abdominal n'est pas trop important, on perçoit la masse correspondante au boudin d'invagination qu'on cherche soigneusement dans les différentes positions sans négliger la palpation sous anesthésie générale sur la table opératoire juste avant le geste car elle facilite l'exploration chirurgicale[9-10]. La fréquence de présence de la masse abdominale correspondant au boudin d'invagination est très variable suivant les séries à cause de son caractère fugace [11-12].

La longueur de l'invagination détermine la perception du boudin au toucher rectal qui est le plus souvent normal comme le cas de notre observation. La présence du sang ou des glaires est un excellent signe de souffrance digestive.

Le diagnostic différentiel de lipome de l'intestin grêle pouvant provoquer une invagination se pose essentiellement avec les lésions des cellules fusiformes, telles que le fibrosarcome inflammatoire, les tumeurs carcinoïdes et les tumeurs stromales digestives également appelées gastrointestinales stromales (GIST) [13]. Cependant, certaines lésions peuvent prêter à confusion et gêner le diagnostic comme : les lymphomes, les adénocarcinomes, les métastases du grêle, les polypes hamartomateux, les adénomes... Dans notre cas, à priori, il n'y a avait pas de problème de diagnostic puisque la TDM abdominale a tranché sur la présence d'une masse de densité graisseuse et l'absence de signes de malignités tels que des ganglions lymphatiques suspects excluant ainsi majoritairement une tumeur maligne notamment un lymphome.

Quel que soit le tableau clinique initial, l'endoscopie, le lavement baryté, l'échographie abdominale et la TDM sont utiles pour déterminer le diagnostic d'invagination et pour identifier une éventuelle tumeur intestinale comme sa cause [14-22]. Plus rarement, le diagnostic est retenu par la chirurgie exploratrice.

Habituellement, l'échographie abdominale montre en coupe longitudinale une image en cible avec deux anneaux superposés hypoéchogènes périphériques et un anneau central échogène, et en coupe transversale une image en « sandwich » avec trois couches cylindres, correspondant au boudin d'invagination [15].

Cependant, la TDM abdominale est l'examen radiologique le plus précis pour confirmer le diagnostic d'invagination. Elle révèle généralement une masse tissulaire de faible densité correspondant à l'anse invaginée, accompagnée d'une image en croissant, excentrée de densité graisseuse en rapport avec le mésentère, avec ou sans signes d'occlusion intestinale concomitante. En cas de lipome, il met en évidence une masse intraluminaire de densité graisseuse au centre enveloppée d'une paroi digestive. Les deux images classiques sur le scanner sont l'image « en sandwich » en coupe longitudinale montrant la tête de l'IIA et l'image « en cocarde » en coupe transversale mettant en évidence le boudin de l'IIA [14-20]. Dans notre cas, le scanner a été d'un grand apport, il a révélé le boudin d'invagination sous forme de l'image typique en cocard. En revanche, il a mal orienté le siège de l'invagination en concluant la forme iléo-caecale tandis que l'exploration chirurgicale était en faveur d'une invagination iléo-iléale à 20 cm de la DAI.

Actuellement, l'intervention chirurgicale avec résection intestinale est la règle de traitement compte tenu de la probabilité de lésions malignes sous-jacente, de nécrose et de perforation de la boucle invaginée [16]. Bien que ce ne soit pas toujours possible, comme dans notre cas, il n'existe aucune preuve contre-indiquant la désinvagination par hyperpression sous contrôle radiologique, car elle peut faciliter l'exposition à la résection [17] en appréciant mieux ses limites et en réduisant son étendue notamment en cas de tumeur bénigne comme le lipome. Il est également important de traiter la cause sous-jacente et d'envisager la possibilité d'une chirurgie laparoscopique. Cette dernière exige une équipe d'experts du fait de la distension des anses grêliques gênant la vision et rendant difficile leur mobilisation avec un risque élevé de plaies iatrogènes [18-19].

L'étude anatomopathologique est primordiale pour la confirmation diagnostique et nécessite dans certains cas une étude immuno-histochimique notamment si un lymphome est suspecté.

Conclusion:-

Le lipome grêlique est une cause rare de l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte dont le diagnostic le plus précis se fait essentiellement par la TDM abdominale. La résection-anastomose coelio-assistée de l'anse invaginée

avec une marge de sécurité est le moyen thérapeutique le plus efficace offrant en plus les avantages esthétiques avec une récupération plus rapide et moins de complications.

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. V. Alonso, E.M. Targarona, G.E. Bendahan, et al. Tratamiento laparoscópico de la intususcepción del intestino delgado en el adulto *Cir Esp*, 74 (2003), pp. 46-49.
3. Ghaderi H., Jafarian A., Aminian A., Mirjafari Daryasari S.A.: Clinical presentations, diagnosis and treatment of adult intussusception, a 20 years survey. *Int J Surg* 2010; 8: pp. 318-320.
4. Tsushimi T, Matsui N, Kurazumi H, et al. Laparoscopic resection of an ileal lipoma: report of a case. *Surg Today.* 2006; 36:1007–1011.
5. Akagi I, Miyashita M, Hashimoto M, Makino H, Nomura T, Tajiri T: Adult intussusception caused by an intestinal lipoma: report of a case. *Nihon Med Sch.* 2008, 75 (3): 166-170. 10.1272/jnms.75.166.
6. Abou-Nukta F, Gutweiler J, Khaw J, Yavorek G. Giant lipoma causing a colo-colonic intussusception. *Am Surg.* 2007 ;73(4) :417.
7. Tan KY, et al. Adult intussusception : experience in Singapore. *ANZ J Surg.* 2003 Dec ;73(12) :1044–7.
8. Sirinelli D, Guilley C, Boscq M. Invagination intestinale aiguë : la désinvagination, quand et comment ? *J Radiol.* 2003 ;84 :269–74.
9. Tabrizian P, Nguyen SQ, Greenstein A, Rajhbeharrysingh U, Argiriadi P, Barlow M, Chao TE, Divino CM. Significant parameters for surgery in adult intussusception. *Surgery.* 2010; 147:227–232.
10. Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. Adult intussusception: a retrospective review. *Dis Colon Rectum.* 2006; 49:1546–1551.
11. Guillén Paredes MP, Campillo Soto A, Martín Lorenzo JG, Torralba Martínez JA, Mengual Ballester M, Cases Baldó MJ, Aguayo Albasini JL. Adult intussusception-14 case reports and their outcomes. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010 Jan;102(1):32–40.
12. Ning Wang, Xing-Yu Cui, Yu Liu, Jin Long, Yuan-Hong Xu, Ren- Xuan Guo, Ke-Jian Guo. Adult intussusception: A retrospective review of 41 cases. *World J Gastroenterol.* 2009 Jul 14;15(26):3303–8.
13. Costamagna D., Erra S., Zullo A., Servente G., Durando R.: Small bowel intussusception secondary to inflammatory fibroid polyp of the ileum: report of a case. *Chir Ital* 2008; 60: pp. 323-327.
14. Namikawa T, Hokimoto N, Okabayashi T, Kumon M, Kobayashi M, Hanazaki K: Adult ileoileal intussusceptions induced by an ileal lipoma diagnosed preoperatively: Report of a case and review of the literature. *Surg Today*, 2012; 42:686-92 DOI 10.1007/s00595-011-0092-6.
15. Nylund K, degaard S, Hausken T, Folvik G, Lied GA, Viola I, Hauser H, Gilja OH. Sonography of the small intestine. *World J Gastroenterol.* 2009; 15:1319–1330.
16. F.J. Morera Ocón, E. Hernández Montes, J.C. Bernal. Sprekelsen Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española *Cir Esp*, 86 (2009), pp. 358-362.
17. R. Franco-Herrera, M. Burneo-Esteves, J. Martín-Gil, et al. Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica *Rev Gastroenterol Mex*, 77 (2012), pp. 153-156.
18. K.T. Park, S.H. Kim, T.J. Song, et al. Laparoscopic-assisted resection of ileal lipoma causing ileo-ileo-colic intussusceptions *J Korean Med Sci*, 16 (2001), pp. 119-122.
19. Ishibashi Y, Yamamoto S, Yamada Y, Fujita S, Akasu T, Moriya Y. Laparoscopic resection for malignant lymphoma of the ileum causing ileocecal intussusception. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2007 Oct;17(5):444–6.
20. Mohamed Tarchouli, Abdelmounaim Ait Ali. Adult Intussusception: An Uncommon Condition and Challenging Management. *Visceral Medicine.* May 2020. 10.1159/000507380.
21. H. Baba, A. Ait Ali, A. Damiri, M. Elfahsi, A. Elhajjouji, S.M. Bouchentouf, A. Bounaim, A. Zentar, K. Sair. Colo-colic intussusception due to a lipoma. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2011) 5:255-256.
22. Mohamed S. Belhamidi*, Abdelmounaim Aitali, Mohamed Tarchouli, Hicham Baba, Ahmed Bounaim, Khalid Sair. Ileo-ileal intussusception in adult caused by Vanek's tumor: a report of five cases. *International Surgery Journal.* 2015 Nov;2(4):595-598.