

INVAGINATION INTESTINALE AIGUË DE L'ADULTE A PROPOS DE 3 CAS

SANOGO ZZ¹, YENA S¹, SIMAGA AK², DOUMBIA D², OUATTARA Z³,
DIALLO A², SIDIBÉ S⁴, SANGARÉ D¹, SOUMARÉ S¹

1. Service de chirurgie « A », Hôpital du Point G

2. Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital du Point G

3. Service d'urologie, Hôpital du Point G

4. Service de Radiologie, Hôpital du Point G

RESUME

But : rapporter les aspects diagnostiques cliniques, para-cliniques et thérapeutiques de l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte.

Matériel et méthodes : cette étude rétrospective descriptive a porté sur trois cas cliniques tous recensés et traités dans le service de chirurgie « A » au cours de l'année 1999.

Résultats : une tuméfaction de la fosse iliaque droite ou un syndrome occlusif ont caractérisé les circonstances de découverte. Le diagnostic a été clinique et para clinique (échographie et lavement baryté). Le traitement a été chirurgical dans les 3 cas. Il a consisté en une hémicolectomie droite suivie d'une iléostomie dans un premier temps. Un rétablissement de la continuité intestinale a été effectué 4 semaines après. Les suites ont été simples.

Conclusion : les invaginations intestinales aiguës de l'adulte sont rares. La phase aiguë est souvent l'aboutissement à bas bruit d'un processus chronique. Le pronostic est bon malgré le diagnostic souvent tardif.

MOTS CLES : Intussusception, stomie, rétablissement de continuité.

I. INTRODUCTION

L'invagination intestinale aiguë de l'adulte est connue pour sa rareté[1]. Elle peut évoluer sur un mode chronique et peut être due à des lésions sous jacentes. Elle se rencontre souvent en Afrique et serait rare chez l'adulte européen[1].

Nous rapportons 3 cas d'invagination intestinale aiguë chez l'adulte tous recensés au cours de l'année 1999 dans le service de chirurgie A de l'hôpital du POINT G. Tous ces cas ont fait l'objet d'un traitement chirurgical.

II. MATERIEL ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective. Elle a porté sur 3 cas d'observations cliniques, diagnostiqués et traités dans le service de chirurgie A de l'hôpital du Point G. Ont servi de support les dossiers d'observation des malades, les compte rendu d'anesthésie, d'intervention et d'histologie

III. RESULTATS

Observation n° 1 :

M. C., un paysan de 43 ans a été hospitalisé en urgence le 10/06/99 pour douleur de la fosse iliaque droite remontant à trois jours, accompagnées de vomissements alimentaires et bileux, sans notion d'arrêt de matières et de gaz. Il existait plutôt une diarrhée ne soulageant pas la douleur, mais accompagnée de filet de sang. L'examen clinique retrouvait un abdomen souple avec une défense localisée seulement dans la fosse iliaque droite, une masse palpable rénitente, mobile, douloureuse de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal était très douloureux et l'ampoule rectale vide. Le doigtier ne ramenait pas de sang. L'échographie effectuée en urgence évoquait le diagnostic de plastron appendiculaire. Un traitement antibiotique (métronidazole 1,5 g/24h, amoxicilline 3g/24h), et un traitement anti inflammatoire à base de diclofenac 150mg/24h étaient institues, avec vessie de glace dans la fosse iliaque droite. Après amélioration de la symptomatologie la sortie a eu lieu le 18/06/99. Un contrôle clinique et échographique était prévu en

ambulatoire. Le diagnostic de sortie a été un plastron appendiculaire.

Au cours de la période d'observation les vomissements reprenaient avec une altération notable de l'état général. Le malade fut hospitalisé le 10/07/99. Le bilan sanguin montrait une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles. Le cliché d'abdomen sans préparation révélait des opacités à centre clair para vertébrales et pelviennes. Le lavement baryté mettait en évidence une masse siégeant au niveau du colon descendant et l'angle colique droit. La symptomatologie prenait une évolution de type péritonite. Une laparotomie était effectuée le 14/07/99. A l'ouverture existait une agglutination d'anses grêles et d'épiploon à l'angle colique droit, du pus et une invagination iléo-coeco-colique ascendante. L'angle colique droit était le siège d'une perforation de 0,5 cm de diamètre. Une hémicolectomie droite avec iléostomie droite et fermeture du moignon colique ont été effectuées. La cavité péritonéale était lavée et largement drainée. Les suites post opératoires ont été simples.

La continuité intestinale a été rétablie 4 semaines après. La sortie de l'hôpital a eu lieu le 30/07/99.

A l'histologie le fragment colique présentait une muqueuse hyperplasique, sans atypie nucléaire, un chorion légèrement inflammatoire. Il n'y avait pas de lésions histologiques de malignité.

Observation n° 2 :

D. S. un agriculteur de 46 ans a été reçu en consultation le 09/12/00. Le motif de consultation était une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite évoluant depuis 1 mois. L'examen physique retrouvait une tuméfaction mâte de la fosse iliaque droite, douloureuse à la palpation, rénitente et mobile.

L'échographie découvrait une tumeur du colon droit, bien individualisée. L'abdomen sans préparation objectivait des opacités calciques à centre clair para vertébrales droites et pelviennes bilatérales évocatrices de bilharziose vésicale.

Le lavement baryté présentait une image de masse colique droite avec arrêt de baryte en flocons. Une laparotomie était pratiquée le 29/12/99. Elle mettait en évidence une

invagination iléo-coeco-colique remontant jusqu'au colon transverse. Le boudin d'invagination était réséqué, et le moignon colique fermé. Une iléostomie droite était confectionnée, suivie d'un lavage et drainage de la cavité péritonéale. Le rétablissement de la continuité intestinale par iléo-transversostomie termino-terminale a eu lieu 4 semaines après. Les suites opératoires ont été simples. La sortie de l'hôpital a eu lieu le 10/01/00. L'examen anatomopathologique ne montrait aucune lésion de malignité.

Observation n° 3 :

S.M. un pêcheur de 58 ans a été hospitalisé en urgence le 01/10/99. Le motif de consultation est un syndrome occlusif. Le malade signalait depuis 4 semaines une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite, traitée traditionnellement, accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux. L'arrêt des matières et des gaz n'était pas franc. Une fausse diarrhée avec glaires sanguinolentes était signalée.

L'examen physique révélait une altération de l'état général, une déshydratation, un hoquet. La palpation de la fosse iliaque droite objectivait une tuméfaction douloureuse, mobile, rénitente, s'étendant dans l'hypochondre droit. Le toucher rectal combiné au palper abdominal provoquait un cri du Douglas à droite. Le doigtier ne ramenait ni sang ni selles.

La numération formule sanguine montrait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

L'échographie posait le diagnostic d'invagination intestinale aiguë.

Après une brève réanimation une laparotomie médiane sus et sous ombilicale permettait la découverte d'une invagination iléo-coeco-colique ascendante prenant les 2/3 du colon transverse. Une hémicolectomie droite était effectuée et une iléostomie temporaire à la fosse iliaque droite mise en place. La continuité intestinale a été rétablie le 24/10/99 avec des suites simples. La sortie de l'hôpital a eu lieu le 02/11/99. Il n'y avait aucun signe histologique de malignité à l'examen histologique.

IV. DISCUSSION

La fréquence des invaginations intestinales chez l'adulte est peu élevée dans les Amériques et en Europe[3]. Aux USA elles représentent une hospitalisation par an pour 100 lits de chirurgie. En Afrique, au CHU de Treichville à Abidjan en Côte D'Ivoire, GBAGBO[4] a rapporté 20 cas sur dix mille malades opérés dans un seul service de chirurgie.

La fréquence relativement élevée dans les pays tropicaux s'expliquerait par la prévalence des pathologies intestinales comme les salmonelloses majeures, l'amibiase et les parasitoses chroniques[5,6].

Au Mali nous ne disposons pas de statistiques sur cette pathologie chez l'adulte.

La symptomatologie est dominée par l'occlusion aiguë dans 10-30% des formes en Europe contre 75-100% des cas en Afrique[7]. Les signes d'occlusion à savoir la douleur, les vomissements, l'arrêt des matières et de gaz ont été francs dans les observations 2 et 3. Dans l'observation n°1 ces signes n'étaient pas évidents.

L'interrogatoire a permis une orientation diagnostique dans les observations 2 et 3. Tous nos malades ont consulté tard. Le délai entre le début de la symptomatologie et la première consultation dépassait 2 semaines.

L'examen clinique a dans tous les 3 cas révélé l'élément tumoral. La tuméfaction a été deux fois sur trois classée d'origine appendiculaire.

L'échographie abdominale a évoqué une fois sur 3 le diagnostic de certitude de l'invagination intestinale et deux fois le diagnostic de plastron appendiculaire.

La présence de sang dans les selles a été confirmée chez 2 malades sur 3 au toucher rectal.

Le syndrome douloureux abdominal a été retrouvé dans tous les cas. La douleur a été de type répétitif évoquant un syndrome de type miserere. Cette forme tumorale douloureuse serait rare en Afrique[8]

Le lavement baryté à visée diagnostique a eu une indication dans ces formes pseudo tumorales, soit 2/3 malades. Les images ont été les classiques aspects en mosaïque ou d'arrêt en pince de homard[9].

Le traitement de l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte a été chirurgical pour les trois malades. La chirurgie a comporté deux temps. Une stomie grêle a été confectionnée dans un premier temps suivie 4 semaines après du rétablissement de la continuité intestinale.

Il est de règle dans toute invagination intestinale découverte tôt de tenter une désinvagination [9]. Il n'y avait pas d'indication pour la réduction chez nos malades vus très tard à des stades de perforation ou de pré perforation. Nous avons pour tous les trois malades réalisé une hémicolectomie droite et une iléostomie temporaire.

Le rétablissement immédiat de la continuité n'a pas été pratiqué du fait du milieu septique d'intervention (1cas) et du mauvais état général des malades. La continuité intestinale a été aisément rétablie après 4 semaines avec des suites simples.

Un cæcum mobile a été la cause de l'invagination dans la première observation. Des adénopathies mésentériques multiples étaient observées dans les cas 2 et 3.

Le pronostic a été bon malgré le caractère tardif des lésions. Tous les malades avaient un état général satisfaisant à la sortie de l'hôpital.

La mortalité de l'invagination intestinale chez l'adulte varie selon l'étiologie, le terrain et selon la gravité des lésions intestinales[10].

Elle serait de 9- 40% dans les formes aiguës[10], expliquant le caractère urgent de l'intervention chirurgicale.

CONCLUSION :

L'invagination intestinale chez l'adulte réserve un bon pronostic, même dans les formes diagnostiquées tard. La stomie temporaire épargne au malade une intervention trop longue mais aussi les complications liées à une anastomose immédiate.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OTTENI E, KLEIN A, HOLLENDER LF - Les invaginations intestinales de l'adulte, à propos de 19 observations personnelles. Ann Chir 1972 ; 26 : 617-621.
2. RIBAUT L, CUVILLIER X, DIAGNE AL - Les invaginations intestinales aiguës de l'adulte ; à propos de 3 cas à l'hôpital principal de Dakar. Med Afr N 1991 ; 38 (6): 442-444.
3. GUPTA S, UDUPA KN - Intussusception in adults. Intern Surg USA 1976 ; 61 : 231- 233.
4. GBOGBO. P - L'invagination intestinale chez l'adulte, à propos de 20 cas vus au CHU de Treichville en 12 ans (1969-1980). Thèse, médecine, Abidjan, 1981 n° 297.
5. OUADFEL J, ASSEM A, JALIL A, IFRINE L, KOUTANI A, BALAFREI S - Les invaginations intestinales aiguës de l'adulte ; à propos de 6 cas. Lyon Chir 1990 ; 86-4 : 319-321.
6. GENTILINI M- Médecine tropicale Paris : Flammarion. Médecine-Sciences, 1993 : 928 p.
7. MERLE H, KONE A - L'invagination intestinale aiguë de l'adulte en milieu africain. Mém CHIR 1960 ; 86 : 202-5.
8. N'GUESSAN M, WADJO A C, KADIO R, ACANAVIRA P, CORNET L - Invagination intestinale de l'adulte : 10 cas Méd Afr N 1981 ; 28 : 729 - 735.
9. DELANNOY E - Invagination intestinale de l'adulte. Rev Prat 9 : 415-9.
10. BOURLIÈRE - NAJEAN B, DEVRED P, PANUEL M, FAUVE F - L'invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. Feuil Radiol 1989 ; 29 :173-9.