

INVAGINATION COLO-COLIQUE SUR LIPOME DU CÆCUM CHEZ L'ADULTE**COLOCOLIC INVAGINATION ON LIPOM OF THE CECUM IN ADULTS****ANOH NA*, KOUADIO NL*, GOHO M^o, KONAN KIP*, DIOMANDE B*, KONAN K^o, ASSEKE AL*, KOUYATE N*, KOUADIO KG*.**

(*) : Service de chirurgie digestive et proctologique CHU de Treichville (Côte d'Ivoire)

(°) : Service des urgences chirurgicales CHU de Treichville (Côte d'Ivoire)

Correspondant : Dr ANOH N° djetché Alexandre, Maitre-assistant/Université Houphouët Boigny/UFR Sciences Médicales d'Abidjan Cocody, Cote d'Ivoire/Service de chirurgie digestive et proctologique CHU de Treichville, email : Anoh.alexandre@yahoo.fr
(+225)0506651174/0749336589**Résumé :**

L'invagination intestinale aiguë colo-colique chez l'adulte est rare dans l'ordre de 5% des occlusions intestinales de l'adulte selon la littérature. Les causes sont organiques et l'invagination sur un lipome est exceptionnel.

Nous rapportons un cas d'invagination colo-colique sur un lipome sous-muqueux du cæcum dans une forme pseudo tumorale chez une femme de 51 ans de découverte opératoire.

La clinique était celle d'une occlusion intestinale sur une masse abdominale.

Au plan thérapeutique, une hémicolectomie droite emportant la masse tumorale avec anastomose manuelle iléo-colique termino-latérale a été effectuée.

L'histologique de la pièce opératoire était un lipome sous muqueux du cæcum. Les suites opératoires étaient simples.

L'invagination colo-colique par lipome est rare. Le diagnostic étiologique est histologique et le traitement chirurgical.

Mots clés : Invagination intestinale, lipome, occlusion colique.

Summary :

Acute colonic intussusception in adults is rare, accounting for around 5% of intestinal obstructions in adults according to the literature. The causes are organic and intussusception on a lipoma is exceptional.

We report a case of colonic intussusception on a submucosal lipoma of the cecum in a pseudo-tumorous form in a 51-year-old woman discovered at surgery.

The clinic was that of an intestinal obstruction on an abdominal mass.

Therapeutically, a right hemicolectomy removing the tumor mass with manual end-to-side ileocolic anastomosis was performed.

The histology of the surgical specimen was a submucosal lipoma of the cecum. The postoperative course was simple.

Colocolic intussusception due to lipoma is rare. The etiological diagnosis is histological and the treatment is surgical.

Key words: Intussusception, lipoma, colonic obstruction.

Introduction :

L'invagination intestinale aiguë (IIA) voire colo-colique de l'adulte est rare et souvent secondaire à une lésion organique. Elle représente moins de 5% des occlusions intestinales aiguës chez l'adulte [1]. A l'opposé chez l'enfant, elle représente plus 90% [1, 2].

Sa localisation est préférentiellement iléale, plus rarement colique [1].

Le lipome colique est une tumeur bénigne rarement rencontrée en pratique clinique courante. Cette localisation colique est peu fréquente et représente environ 4 % des tumeurs bénignes du côlon selon la littérature [1-4].

Le plus souvent asymptomatique, il se complique rarement d'occlusion intestinale par invagination colo-colique.

L'échoendoscopie, la tomодensitométrie ou l'IRM aident au diagnostic qui est confirmé par l'histologie [1-4].

Nous rapportons les aspects diagnostiques et thérapeutiques d'un cas d'invagination colo-colique pseudo-tumorale consécutive à un lipome du cæcum ainsi qu'une revue de la littérature.

Notre observation :

Il s'agissait d'une femme de 51 ans, habituellement constipée qui était transférée de la médecine interne pour une tumeur de l'angle colique droit en occlusion. Elle était hospitalisée pour une diarrhée glairo-sanguinolente, une douleur abdominale, une anémie, une altération de l'état général et une masse douloureuse de l'hypochondre droit.

Une coloscopie avait mis en évidence une tumeur angulaire colique droite sténosante infranchissable d'allure maligne (figure 1). L'étude histologique des biopsies était en faveur d'une colite ulcérée non spécifique.

A l'imagerie, la tomодensitométrie abdominale était en faveur d'une masse tissulaire sténosante du côlon ascendant étendue à l'angle colique droit sans localisation secondaire (figure 2). Ultérieurement elle avait présenté un arrêt incomplet des matières et des gaz.

L'examen clinique en chirurgie, retrouvait un syndrome occlusif sur une masse d'allure tumorale de l'hypochondre droit. Le diagnostic d'invagination colo-colique sur une masse cæcale a été constaté en per opératoire (figure 3). Une hémicolectomie droite a été réalisée avec anastomose iléo-transverse termino-latérale manuelle.

Nous avons procédé à une relecture des images du scanner abdominal après la chirurgie. Elle montrait une image en cocarde centrée par un halo hypodense (figure 4A) et une image en sandwich surmontée d'un halo hypodense (figure 4B) bien limité compatible à une invagination colo-colique sur un lipome (figure 4 : A, B).

L'examen histologique de la pièce opératoire évoquait un lipome sous-muqueux du cæcum associé à un bourgeon charnu (Figure 5). Les suites opératoires ont été simples.

Discussion :

Dans notre observation, l'invagination colo-colique sur un lipome du cæcum s'était installée progressivement. Elle avait débuté par une entérite glairo-sanguinolente puis elle avait évolué en une occlusion. Le diagnostic d'invagination était constaté en per opératoire et l'étiologie lipome était porté par l'histologie de la pièce opératoire.

Dans littérature, l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte est une pathologie rare représentant seulement 5 % des IIA et moins de 1 % des syndromes occlusifs selon la littérature [1,4,5]. Elle est définie par la pénétration d'un segment intestinal dans celui situé immédiatement en aval. Sa localisation est préférentiellement iléale, plus rarement colique. Dans 40 à 85 % des cas, cette localisation colique est droite [3,6].

Chez l'adulte une cause organique est trouvée dans 70 à 90 % des cas, alors que, chez l'enfant l'invagination intestinale est le plus souvent idiopathique dans près de 90% [7]. Chez l'adulte, l'IIA est le plus souvent en rapport avec une pathologie

tumorale maligne (atteignant 64% des cas) ou bénigne [7].

Parmi les tumeurs bénignes, les lipomes digestifs sont rares [3,4]. Leur localisation colique, cas de notre observation, est peu fréquente. Son incidence varie entre 0,035% et 4,4% des tumeurs bénignes du côlon [3,4].

Au plan diagnostique, dans la majorité des cas, les lipomes coliques sont de petite taille et asymptomatiques dans 75 % des cas [2 ; 3 ; 6]. La symptomatologie clinique n'est pas spécifique. Elle est dominée par les douleurs abdominales, la modification du transit et l'hémorragie digestive pour aboutir finalement à un syndrome occlusif [1,5,7-10].

Dans notre cas, la patiente avait présenté une diarrhée glairo-sanguinolente, une douleur abdominale, une anémie et une altération de l'état général. L'examen clinique objectivait un syndrome occlusif et une masse douloureuse de l'hypochondre droit.

Concernant l'imagerie, selon la littérature l'échographie abdominale n'est pas l'examen de référence. Cependant, elle peut retrouver l'image typique d'invagination intestinale en cocarde sous la forme d'une image en cible avec deux anneaux hypoéchogènes périphériques et un anneau central échogène, et en coupe transversale une image en « sandwich » avec trois cylindres superposés, qui correspond au boudin d'invagination, et la lésion causale [1,7,9].

La TDM abdominale est plus performante que l'échographie. Elle retrouve les signes d'occlusion, l'image en cocarde, la lésion causale et évalue la viabilité des anses digestives [7,11,12].

En cas de lipome, la tomodensitométrie met en évidence une lésion intraluminaire de densité graisseuse au centre entourée d'une paroi digestive [1,7,9].

Dans notre cas l'interprétation du scanner abdominal était en faveur d'une occlusion colique sur une tumeur maligne probable. Une relecture des clichés après la chirurgie permettait d'observer des images en cocarde et en sandwich surmontées d'un halo hypodense bien limité compatible à une invagination sur un lipome.

Concernant l'histologie, l'étude anatomopathologique est nécessaire pour la confirmation du diagnostic de lipome [7,12]. Comme dans notre cas, l'analyse de la pièce opératoire ou les biopsies retrouvent toujours la présence de cellules adipeuses matures sans aucun signe d'atypie cytonucléaire [11,12].

Au plan thérapeutique, nous avons réalisé une hémicolectomie droite avec une anastomose iléo-transverse. Chez l'adulte, le traitement d'une invagination intestinale sur lipome est toujours chirurgical et ne laisse aucune place à la réduction par hyperpression sous contrôle radiologique, étant donné la fréquence des causes organiques sous-jacentes. Une résection plus ou moins étendue peut être nécessaire [7,11]

Conclusion : L'invagination intestinale colo-colique par lipome du cæcum chez l'adulte est rare. Le diagnostic doit être évoqué devant toute masse digestive d'allure bénigne, étayé par l'imagerie notamment le scanner abdominal et confirmé par l'histologie.

Références :

- 1- Bruère-Ronzi L, Mazet P, Schotte T. Invagination intestinale de l'adulte. *Ann. Fr. Med. Urgence* 2015 ; 5: 263-264.
- 2- Elhattabi K, Bensardi F, Khaiz D, Fadil A, Raouah A, Lefriyekh R et al. Les invaginations intestinales chez l'adulte : à propos de 17 cas. *Pan Afr Med J.* 2012; 12:17.

- 3- Mnif L, Amouri A, Tahri N. Lipomes géants coliques. *Acta endoscopica* 2010 ; 41 :1- 4.
- 4- Lebeau R, Koffi E, Diané B, Amani A, Kouassi J-C. Invaginations intestinales aiguës chez l'adulte : analyse de 20 cas. *Ann Chir* 2006 ; 131(8) : 447-50.
- 5- Aeby G, Zürcher M, Linke G. Lorsqu'un lipome mène à une situation d'urgence. *Forum Med Suisse* 2022 ; 22(41) : 681-683.
- 6- Mzoughi Z, Zaafouri H, Ben Maamer A, Cherif A. Lipome sous-séreux du cæcum. *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* (2012) 6 :7-9.
- 7- Kamal B, Iliass C, Mohamed B, Mohamed EA, Meouhamed EO, Mouhamed C et al. Invagination intestinale aiguë consécutive à un lipome grélique : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal.* 2012 ; 12 :98 (1-6).
- 8- Abid M, Mzali R, Feriani N, Guirat A, Boujelbene S, Frikha M F, et al. Un lipome colique à l'origine d'une invagination intestinale aiguë chez l'adulte à propos d'un cas. *J.I. M. Sfax* 2009 ; 17(18) : 33 – 5.
- 9- Baba H, Ait Ali A, Damiri A, Elfahsi M, Elhajjouji A, Bouchentouf S M, et al. Invagination colocolique sur lipome sigmoïdien *J. Afr. Hépatol. Gastroentérol.* 2011 ; 5 : 255 – 6.
- 10- Goasguen N, Cattan P, Godiris-Petit G, Munoz-Bongrand N, Allez M, Lemann M, et al (2008) Lipome colique : cas clinique et revue de la littérature. *Gastroenterol Clin Biol* 32 : 521– 4.
- 11- Mnif L, Abid F, Chtourou L, Gdoura H, Amouri A, Boudabbous M, et al. Lipome colique révélé par une occlusion intestinale *J.I. M. Sfax* 2019 ; 33 : 63 – 6.
- 12- Bouaziz H, Damak T, Slimane M, Chargui R, Bouzaiene H, Boujelbane N, et al. Volumineux lipome du colon mimant une tumeur colique. *IJISR* 2016 ; 20 :71 – 5.

Iconographie

Figure 1 : Coloscopie montrant une tumeur angulaire colique droite sténosante infranchissable

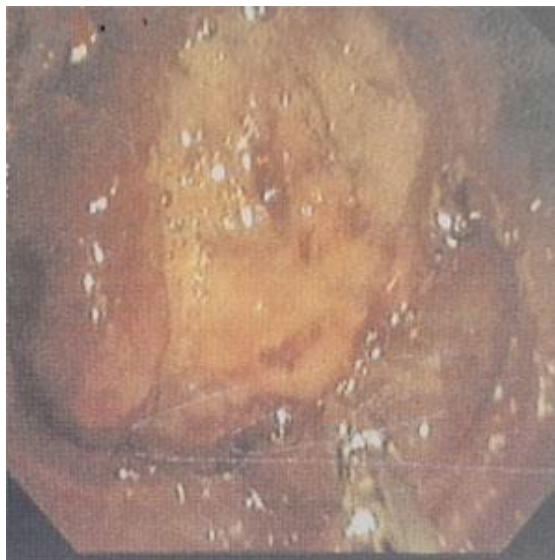


Figure 2 : TDM abdominale montrant une masse tissulaire sténosante du colon ascendant étendue à l'angle colique droit

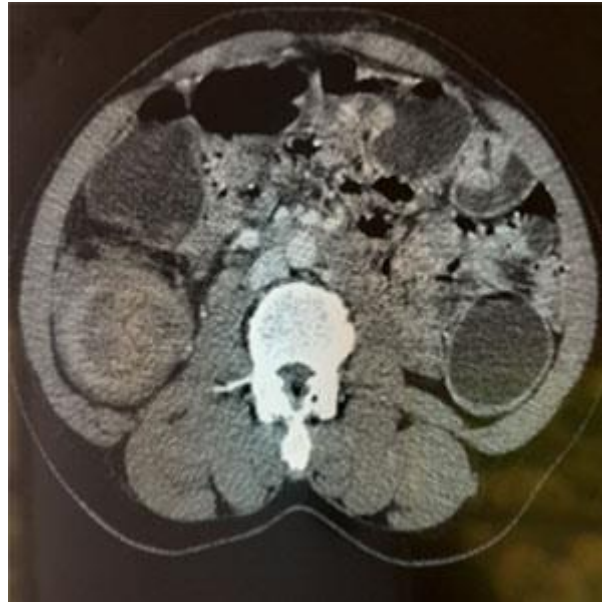


Figure 3 : Image per opératoire montrant une invagination colo-colique sur une masse cæcale



Figure 4 : Coupes TDM montrant des images d'invagination colo-colique sur lipome : A : Image en cocarde, B : Image en sandwich surplombée d'une masse graisseuse.

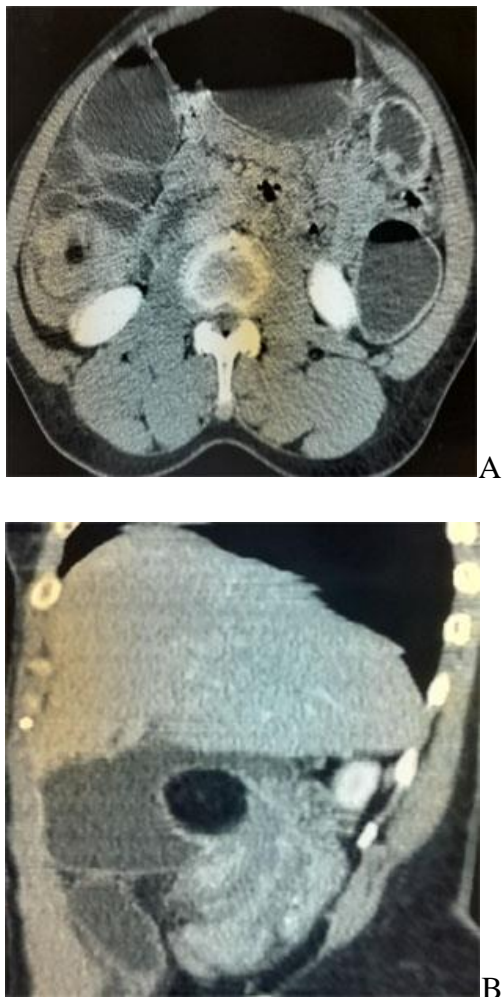


Figure 5 : lipome sous-muqueux du cæcum (Prolifération tumorale de lobules d'adipocytes matures sans atypie cytonucléaire)

