

# UN LIPOME COLIQUE A L'ORIGINE D'UNE INVAGINATION INTESTINALE AIGUE CHEZ L'ADULTE A PROPOS D'UN CAS

M. ABID, R. MZALI, N. FERIANI, A. GUIRAT, S. BOUJELBENE, M. F. FRIKHA, M. BEN AMAR, M.I. BEYROUTI

*Service de chirurgie générale. EPS Habib Bourguiba Sfax - Tunisie*

## RESUME

L'invagination intestinale aiguë (IIA) de l'adulte est rare et souvent secondaire à une lésion organique. Elle représente moins de 5% des OIA chez l'adulte. L'invagination colique pure sur lipome est exceptionnelle.

Nous rapportons le cas d'une invagination colo-colique sur lipome du colon droit survenue chez une femme de 77 ans. La présentation clinique était celle d'un syndrome occlusif. L'échographie abdominale confirmait l'occlusion, précisé son siège et sa cause sous forme d'une masse tumorale colique. L'intervention a consisté en une hémicolectomie droite avec stomie. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'une tumeur bénigne type lipome.

Conclusion : l'occlusion intestinale aiguë par une invagination colique secondaire à un lipome est rarement rencontrée chez l'adulte. Sa symptomatologie est peu spécifique. Son diagnostic est facilité par la tomographie abdominale. L'exérèse chirurgicale constitue le traitement de choix.

**Mots-Clés :** Adulte – Invagination Intestinale – Colon – Lipome

## INTRODUCTION

L'invagination intestinale aiguë (IIA) est une pathologie fréquente chez l'enfant, rarement rencontrée chez l'adulte[1]. Elle représente moins de 5% des occlusions intestinales aiguës chez l'adulte. Les invaginations concernent l'intestin grêle dans 75% des cas et le colon dans 25% des cas[1]. Contrairement à l'enfant, elle est souvent secondaire à une lésion endoluminale de type maligne, rarement une tumeur bénigne de type adénome beaucoup plus qu'un lipome[1,2]. L'invagination colique pure sur lipome est exceptionnelle. Nous rapportons un cas rare d'occlusion intestinale aiguë sur une invagination colique secondaire à un lipome du colon ascendant survenant chez une femme âgée.

## OBSERVATION

Une femme de 77 ans, sans antécédents particuliers, admise en urgence pour syndrome occlusif qui date de trois jours avec des douleurs abdominales diffuses prédominante au niveau du flanc et de l'hypochondre droit, des vomissements et un arrêt des matières et des gaz. L'examen physique avait trouvé une patiente fébrile à 38,5°C avec une tension artérielle à 11/7mm/Hg et un pouls à 82 battements/mn. Présence d'un météorisme abdominale asymétrique avec une douleur abdominale diffuse sans défense ni de

masse palpable ni d'axite. Les orifices herniaires étaient libres. Au toucher rectale, l'ampoule rectale était vide. Le bilan biologique était sans anomalie avec des leucocytes à 9600 éléments blanc/mm<sup>3</sup>, une hémoglobine à 12,5g/100ml, une urée sanguine à 5,5mmol/l et un taux de prothrombine à 70%. L'abdomen sans préparation montrait de niveaux hydroaériques sur le colon ascendant. Une échographie abdominal montrait une image typique d'invagination colo-colique avec une double paroi digestive était visualisée dans la région de l'angle droit. Une image endoluminale de 3cm de grand axe, bien limité était visible au contact du boudin d'invagination. On a décidé d'opérer la patiente, en urgence, avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë secondaire à une invagination colo-colique droite sur tumeur. L'exploration chirurgicale trouvait une dilatation du colon ascendant et du grêle avec un colon transverse de calibre normale. La palpation de l'angle droit avait trouvé la présence d'une masse de 6 cm de diamètre correspondant au boudin d'invagination colo-colique. Après une déinvagination, on découvre une tumeur bien arrondie du colon ascendant (Fig 1,2). On a décidé de réaliser une hémicolectomie droite avec un abouchement des deux bouts colique et iléale en double stomie à la Bouilly Wolkman au niveau de l'hypochondre droit étant donnée de l'importance de la dilatation grélique. L'examen macroscopique de la pièce d'exérèse montrait la présence dans le point

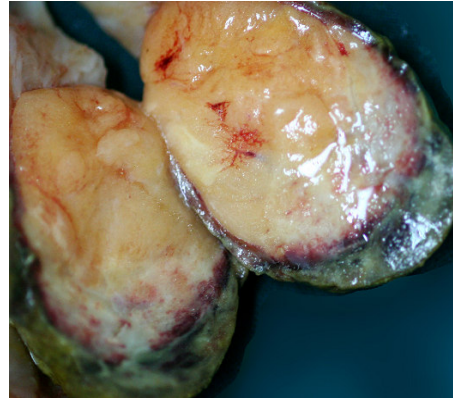
d'invagination d'une tumeur ovoïde jaune ulcéré en surface sous muqueuse de consistance molle de 3 cm de grand axe (Fig 3). Histologiquement, il existait une prolifération tumorale bénigne d'adipocytes matures, siégeant dans la sous muqueuse, refoulant une muqueuse ulcérée sans aucun signe de malignité, le tout typique de lipome colique bénin. Le diagnostic définitif était une invagination colo-colique sur lipome. Les suites opératoires étaient simples. Le rétablissement de la continuité était fait deux mois plus tard.



**FIG 1 : VUE MACROSCOPIQUE DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE DE COLECTOMIE DROITE : INVAGINATION COLO-COLIQUE.**



**FIG 2 : À L'OUVERTURE DE LA PIÈCE DE COLECTOMIE : MASSE ARRONDIE, ULCÉRÉE EN SURFACE.**



**FIG 3 : À LA COUPE : TUMEUR DE COULEUR JAUNÂTRE, DE COMPOSANTE GRAISSEUSE, BIEN LIMITÉE AVEC REMANIEMENT HÉMORRAGIQUE, MUQUEUSE ULCÉRÉE RECOUVERTE DE FAUSSES MEMBRANES**

### DISCUSSION

L'IIA constitue une cause rare de douleur abdominale et représente 1 à 5% des occlusions intestinales de l'adulte[1]. Elle est le plus souvent grêlique (48 %-70 %), iléo-colique (25 %-40 %) et rarement colique pure (5 %-18 %)[2,3]. Les formes distales sigmoïdo-rectales ne représentent cause d'invagination que 2,1 à 9,4%[1]. Contrairement à l'enfant où elle est souvent idiopathique, chez l'adulte, elle souvent secondaire à une lésion organique est ceci dans 85% dans les séries occidentales[1]. Ces lésions sont souvent des carcinomes, rarement des tumeurs bénignes[2,3]. Le lipome constitue la 2<sup>ème</sup> tumeur bénigne après l'adénome[1,3]. Il représente 10% des tumeurs bénignes du tube digestif et 2 à 4% des tumeurs bénignes coliques[3]. L'invagination constitue rarement le mode de découverte d'un lipome intestinal[1]. Celui-ci siège le plus souvent sur le cæcum ou le colon ascendant [3,4] et beaucoup plus rarement sur le côlon gauche. Le lipome est exceptionnellement responsable d'invagination [1, 2]. Ce risque apparaît à partir d'un diamètre de 3cm[3,4]. Dans une série de Lebeau et al [2] portant sur 20 cas d'invagination digestive chez l'adulte, aucun cas de lipome n'est décrit. Dans un autre série de Leon et al [1] portant sur 27 cas d'invagination intestinale chez l'adulte, un seul cas était du à la présence d'un lipome.

La symptomatologie est peut spécifique. Elle se traduit par des signes d'occlusion intestinale (douleur abdominale, arrêt du transit des selles et des gaz) [5] et peut prendre une allure chronique (invagination incomplète, pouvant régresser d'elle-

même et se manifester par épisodes) [1,2,3]. En effet, elle peut se révéler soit par une douleur abdominale chronique, des nausées, des vomissements, une sensation de pesanteur abdominale, une diarrhée, une constipation [3]. En réalité, les lésions de plus de 2 cm [3] peuvent être responsables de douleurs abdominales intermittentes, de troubles digestifs, de rectorragie ou d'anémie[4,5]. Notre patiente s'est présentée en urgence pour un syndrome occlusif.

Sur le plan radiologique, le cliché d'abdomen sans préparation peut montrer des niveaux hydro aériques et précise le siège de l'occlusion[5]. L'échographie est performante pour faire le diagnostic à la fois de l'invagination intestinale (classique image en cocarde avec une double paroi digestive) et de la lésion tumorale hyperéchogène bien limitée entourée par une paroi intestinale normale [2]. Cependant, ses performances sont limitées par la distension et les gaz digestifs[3]. Seule la tomodynamométrie permet de mener d'une façon indiscutable au diagnostic de certitude chez l'adulte et de découvrir l'étiologie éventuelle[3,4,5]. Dans les formes colo coliques ou iléo coliques, il permet de montrer l'image classique " en pince de homard " ou " en cocarde "[3,5]. Le scanner en revanche, est une méthode à la fois sensible et spécifique pour le diagnostic de lipome en montrant un aspect caractéristique de lésion graisseuse régulière[3,4,5]. Le diagnostic différentielle se pose avec le liposarcome qui d'aspect irrégulière et hétérogène à la tomodynamométrie.

Le traitement est toujours chirurgical et ne laisse aucune place à la réduction par hyperpression sous contrôle radiologique [2,3,5]. Une résection plus ou moins étendue peut être nécessaire[2,3]. La colectomie segmentaire en urgence est la règle[1,2]. L'exérèse intestinale selon les règles carcinologiques s'impose lors de la découverte d'une tumeur à l'évidence maligne[3]. Le pronostic est lié à la durée d'évolution, à l'étendue des lésions et à la nature de la cause.

## CONCLUSION

L'invagination colique pure chez l'adulte est rare. Le lipome est exceptionnellement la cause de cette invagination. D'où l'intérêt du scanner dans la prise en charge des occlusions intestinales permettant le diagnostic, de préciser son siège et de rechercher la cause.

## REFERENCES

- 1- Leon K Eisen, John D Cunningham, Arthur H Aufses Jr. Intussusception in Adults: Institutional Review. *J Am Coll Surg* 1999;188:390-395.
- 2- 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.
- 3- [Abou-Nukta F](#), [Gutweiler J](#), [Khaw J](#), [Yavorek G](#). Giant lipoma causing a colo-colonic intussusception. *Am Surg*. 2007;73(4):417.
- 4- [Hozo I](#), [Perkovic D](#), [Grandic L](#), [Klaudije G](#), [Simunic M](#), [Piplovic T](#). Colonic lipoma intussusception: a case report. *Med Arh*. 2004;58(6):382-3.
- 5- Crozier F, Portier F, Wilshire P, Navarro-Biou A, Panuel M. Diagnostic par scanner d'une invagination colocolique sur lipome du côlon gauche *Ann Chir* 2002;127: 59-61