

Les invaginations intestinales de l'adulte. À propos de 26 cas et Revue de la littérature

S. S. TRAORE, G. BONKOUNGOU, B. KIRAKOYA, M. ZIDA, R. DAKOURE, A. SANOU

Service de chirurgie générale et digestive du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo, 01 B.P. 889 Ouagadougou 01 - Burkina Faso.

Introduction

L'invagination intestinale aiguë du nourrisson est classiquement très fréquente puisqu'elle s'observe chez 0,4 à 4 enfants sur 1000 (RAD-KIVI, 1981). Au Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo (CHN-YO), l'invagination intestinale de l'enfant représente 65 % des invaginations (BONKOUNGOU *et al.*, 1999).

L'affection s'observe avec une certaine fréquence dans la zone intertropicale de l'Afrique chez l'adulte (FELIX *et al.*, 1976).

Au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo, les invaginations intestinales se rencontrent aussi bien en urgence que dans les interventions différées. Nous nous proposons dans cette étude de rapporter vingt-six (26) cas chez l'adulte, opérés au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo dans le but de dégager les particularités de cette affection dans notre contexte.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur les cas d'invagination intestinale de l'adulte opérés au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 1998.

Pour chaque dossier, les éléments suivants ont été pris en compte : l'état civil, l'âge, le sexe, le délai de consultation, les principaux signes cliniques, le protocole opératoire.

Ont été exclus de l'étude, 8 dossiers d'invagination sans protocole opératoire.

Au terme de l'étude, nous avons retenu 26 dossiers.

Résultats

La fréquence

En 8 ans, 520 occlusions mécaniques, 78 invaginations intestinales dont 26 cas chez l'adulte ont été recensées au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. Ces invaginations intestinales de l'adulte ont représenté 5 % des occlusions mécaniques et 35 % des invaginations intestinales aiguës.

Le sexe

Les patients se répartissaient en 19 hommes et 7 femmes ; soit un sex-ratio de 2,7 en faveur des hommes.

L'âge

L'âge moyen a été de 38 ans, avec des extrêmes de 25 et 80 ans.

Le délai de consultation

Le délai moyen de consultation a été de 8 jours avec des extrêmes de 1 et 6 jours.

Dix-huit patients (69 % des cas) ont consulté après le 6^e jour.

Le diagnostic

Tableau clinique

Dans 14 cas, les patients ont été reçus dans un tableau d'occlusion intestinale.

Huit patients ont présenté un tableau chronique fait de douleurs et de constipation avec altération de l'état général (syndrome de Koenig à répétition).

Une diarrhée muqueuse, associée à des rectorragies, a été observée chez 4 patients.

Tableau paraclinique

La radiographie de l'abdomen sans préparation, prenant les coupes diaphragmatiques, pratiquée dans 17 cas, a révélé des niveaux hydro-aériques dans 14 cas et 1 grisaille abdominale diffuse. Elle était normale chez 2 patients.

L'échographie abdominale pratiquée dans 7 cas a montré une image en cocarde dans tous les cas.

Le lavement baryté, pratiqué 5 fois, a révélé une image d'arrêt en cupule caractéristique de l'invagination intestinale chez 4 malades.

La coloscopie, pratiquée dans 2 cas, a permis de suspecter une tumeur de l'iléon terminal.

Les clichés pulmonaires n'ont pas retrouvé de métastase.

Traitement et résultats thérapeutiques

Quatorze malades ont été opérés en urgence et 12 en différé. Aucun traitement par lavement baryté n'a été institué.

La réanimation en pré, per et post opératoire

Cette réanimation en pré, per et post opératoire a consisté surtout à la correction des troubles hydro-électrolytiques et de l'anémie.

Le traitement chirurgical

La voie d'abord a été une médiane large.

L'exploration a permis de noter le type anatomique (tableau I), la cause déterminante de l'invagination et l'état des lésions (tableau II).

Les tumeurs malignes étaient représentées par 11 adénocarcinomes et 4 lymphomes.

De petites adénopathies mésentériques étaient notées dans 11 cas d'adénocarcinome. Aucun cas de carcinose péritonéale n'a été relevé.

Les gestes chirurgicaux

La désinvagination par expression manuelle douce a permis d'explorer les lésions. Elle n'a pas été systématique. L'indication d'une résection d'emblée a été posée devant un segment intestinal non viable ou en cas de tumeur.

La désinvagination manuelle douce a été obtenue chez 2 patients (anse viable et sans cause apparente).

Une résection iléale avec anastomose immédiate a été pratiquée dans 6 cas.

Une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse a été effectuée chez 16 patients.

Une colectomie transverse avec anastomose colo-colique en un temps dans 2 cas.

Aucune iléostomie ni colostomie n'a été pratiquée en première intention.

Le nettoyage et le drainage large de la cavité péritonéale ont été systématiques.

Les suites opératoires

Elles ont été marquées par :

– six suppurations de la paroi ;

– une péritonite par désunion anastomotique dans 2 cas. Ces patients ont bénéficié d'une réintervention avec iléostomie temporaire puis rétablissement de la continuité 3 mois plus tard ;

– trois décès dans un contexte de sepsis ont été enregistrés en post opératoire immédiat chez des malades ayant un état général altéré (ASA II et ASA III).

Commentaires

L'invagination intestinale de l'adulte n'est pas exceptionnelle au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo. Elle a représenté 5 % des occlusions mécaniques et 35 % de l'ensemble des invaginations intestinales. L'importance de l'invagination intestinale de l'adulte a été signalée ailleurs par BAZIRA (BAZIRA, 1990) au Burundi qui a noté un taux de 11 % des occlusions mécaniques.

La prédominance masculine notée dans notre série est conforme aux données de nombreux auteurs (BAZIRA, 1990 ; BEIZIG, 1992 ; CLERGET *et al.*, 1983 ; NGUESSAN *et al.*, 1981 ; RADIKI *et al.*, 1991 ; RIBault *et al.*, 1991).

Soixante neuf pour-cent (69 %) des patients ont consulté après le 6^e jour. Ce retard de consultation expliquerait en partie l'importance des formes occlusives (14 cas sur 26) liées en partie à la constitution d'un important œdème du boudin. Nos résultats sont identiques à ceux de N'GUESSAN (NGUESSAN *et al.*, 1981) qui a observé l'importance des formes occlusives et contraires aux données de RIBault (RIBault *et al.*, 1991) qui a noté la prédominance des formes chroniques.

La prédominance de l'invagination iléo-coeco-colique et coeco-colique, notée dans notre série, est conforme aux résultats des auteurs africains entre autres

N'GUESSAN (N'GUESSAN *et al.*, 1981) à Abidjan, BAZIRA au Burundi, et CLERGET (CLERGET *et al.*, 1983) au Rwanda.

Une cause déterminante a été notée chez l'adulte dans notre série : 21 cas sur 26. Nos résultats sont identiques à ceux de N'GUESSAN (N'GUESSAN *et al.*, 1981) et de FÉLIX (FÉLIX *et al.*, 1976) qui ont observé respectivement une cause déterminante chez l'adulte dans 70 et 63 % des cas. Ils sont contraires à ceux de BAZIRA (BAZIRA, 1990) et CLERGET (CLERGET *et al.*, 1983) qui ont noté une prédominance des formes idiopathiques chez l'adulte. Classiquement, l'invagination intestinale de l'adulte est secondaire à une tumeur dans 70 à 80 % des cas (BAZIRA, 1990 ; CANABIES *et al.*, 1992 ; N'GUESSAN *et al.*, 1981).

Dans 14 cas, le diagnostic d'invagination intestinale a été une surprise opératoire. En urgence, seule la radiographie sans préparation de l'abdomen a été pratiquée. Le lavement baryté, examen d'énorme valeur diagnostique mais non disponible en urgence, a permis le diagnostic d'invagination dans 4 cas. La coloscopie, intéressante, est d'introduction récente au CHN-YO et d'un coût élevé pour la majorité de nos patients.

La tomodensitométrie est inexistante.

Les vers intestinaux, les phytobézoards, les lipomes cités par certains auteurs (N'GUESSAN *et al.*, 1981) n'ont pas été observés dans notre courte série.

Notre taux de mortalité était élevé (11 %). L'importance de cette mortalité par invagination intestinale de l'adulte a été signalée en Afrique : BAZIRA au Burundi, N'GUESSAN à Abidjan font état d'une mortalité de 20 %. Cette lourde mortalité dans notre série serait due, en partie, à une prise en charge tardive et surtout insuffisante (manque fréquent de solutés ou

de produits sanguins et difficulté ou impossibilité pour les patients d'honorer les prescriptions).

Conclusion

L'invagination intestinale est fréquente chez l'adulte au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. Les causes tumorales ont été les plus fréquentes. L'amélioration du plateau technique de réanimation permettra de réduire la mortalité encore lourde.

Références bibliographiques

- BAZIRA L., 1990. L'invagination intestinale aiguë - À propos de 18 cas à Bujumbura (Burundi). *Médecine d'Afrique noire*, 37, 10 : 546-549.
- BEIZIG S., 1992. Les invaginations intestinales de l'adulte. *Journal de chirurgie*, 129,5 : 266-268.
- BONKOUNGOU G., TRAORÉ S. S., KIRAKOYA B., ZIDA M., SANOU A., 1999. Les invaginations intestinales de l'enfant. À propos de 24 cas traités au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. *Cahiers Santé* 1999 (9) : 215-217.
- CANABIES P., MELET J., BITAR I., 1992. Les invaginations intestinales de l'adulte : à propos d'un cas d'invagination colocolique de l'adulte. *Annales de chirurgie*, 45,5 : 426-428.
- CLERGET GURNAUD J. M., VANDIN F., SEHAZUNGU P., 1983. L'invagination intestinale de l'adulte en Afrique centrale. *Médecine et Armées*, 11,6 : 493-497.
- FELIX E. L., COHEN M. M., BERNSTEIN A. D., 1976. Adult intussusception, case report of recurrent intussusception and review of the literature. *Ann. Surg.* 131; 756-761.
- N'GUESSAN H. A., MOBIOT L. C., KADIO R. M., CORNET L., 1981. L'invagination intestinale de l'adulte : à propos de 10 cas. *Med. Afr. noire*, 28, 12 : 729-735.
- RADKIVI D. J., SMITH M. L. M., 1981. Intussusception analysis of 98 cases. *Br. Surg.* 68 : 645-648.
- RIBAULT L., CUVILLIER X., DIAGNE A. L., 1991. Les invaginations intestinales aiguës de l'adulte : à propos de 3 cas à l'hôpital principal de Dakar. *Med. d'Afr. noire*, 38, 6 : 442-443.

Résumé Les auteurs rapportent, dans une étude rétrospective, 26 cas d'invagination intestinale chez l'adulte : 5 % des occlusions mécaniques. Ils notent la prédominance masculine (2,7 hommes pour une femme), l'importance des formes occlusives (14 cas) et des causes déterminantes (21 cas), surtout tumorales (19 cas). Ils soulignent l'intérêt de la résection intestinale (24 cas sur 26). La mortalité reste élevée : 3 décès sur 26.

Mots-clés : invagination intestinale, adulte, tumeur, résection intestinale, Burkina Faso.

Tableau I. Type anatomique.

Type	Nombre
Iléo-iléal	7
Iléo-coecal	5
Iléo-coeco-colique	10
Colo-colique	4
Total	26

Tableau II. Cause déterminante.

Causes	Nombre
Idiopathique	5
Tumorale	19 : tumeurs malignes 15, adénites suppurées 4
Diverticule de Meckel	1
Absence d'accolement du colon ascendant	1
Total	26