

DOI: <https://doi.org/10.53555/eijmhs.v5i4.130>

TITRE: INVAGINATION INTESTINALE DE L'ADULTE SECONDAIRE À DES ADHÉRENCES JÉJUNO-JÉJUNALES: UNE CAUSE RARE D'OCCLUSION POSTOPÉRATOIRE INTESTINAL INTUSSUSCEPTION SECONDARY TO JEJUNAL ADHESIONS IN ADULT: A RARE CAUSE OF POSTOPERATIVE OBSTRUCTION

Randimbirinina ZL^{1*}, Rasoaherinomenjanahary F², Solo CE³, Meliny ZA⁴, Ravalisoa⁵ MLA, Samison LH⁶

¹Randimbirinina Zakarimanana Lucas Chirurgien, Ancien Interne des Hôpitaux en Chirurgie générale – Faculté de Médecine d'Antananarivo

²Rasoaherinomenjanahary Fanjandrainy Chirurgien digestif – Ancien Chef de Clinique – Faculté de Médecine d'Antananarivo

³Solo Corinne Eulalie Chirurgien, Ancien Interne des Hôpitaux en Chirurgie viscérale – Faculté de Médecine d'Antananarivo

⁴Meliny Zafimanova Alain Interne des Hôpitaux en Chirurgie générale – Faculté de Médecine d'Antananarivo

⁵Ravalisoa Marie Lydia Agnès Professeur Titular en Chirurgie Cardio-vasculaire – Faculté de Médecine d'Antananarivo

⁶Samison Luc Hervé Professeur Titulaire en Chirurgie viscérale – Faculté de Médecine d'Antananarivo

***Corresponding Author:-**

Résumé

Bien qu'une invagination intestinale soit une affection fréquente chez le nourrisson, sa survenue chez l'adulte est une situation exceptionnelle. L'apparition d'une invagination intestinale en période postopératoire est également inhabituelle et peu de cas ont été rapportés dans la littérature. Nous rapportons le cas d'une invagination jéjuno-jéjunale observée chez une femme de 51 ans, qui était opérée d'une dérivation gastrojéjunale pour sténose pylorique deux semaines auparavant. La symptomatologie était celle d'une occlusion intestinale non fébrile, supposée initialement être secondaire à des adhérences postopératoires précoces. L'absence d'amélioration malgré le traitement médical a conduit à une exploration chirurgicale qui a permis de redresser le diagnostic en objectivant un boudin d'invagination associée à des adhérences jéjuno-jéjunales. Une désinvagination manuelle était faite avec libération des adhérences causales. Les suites postopératoires étaient simples. L'invagination intestinale de l'adulte est rare et est souvent de cause tumorale. Notre cas est particulier par sa survenue en postopératoire. Une reprise chirurgicale précoce est de règle pour éviter le retentissement sur le plan nutritionnel d'un état de subocclusion chronique postopératoire.

Mots-clés: Adhérences tissulaires ; Dérivation gastrique ; Intussusception ; Occlusion intestinale ; Période postopératoire;

Abstract

Although intussusception is always seen in children, its occurrence in adults is an exceptional situation. Postoperative intussusception is uncommon and few cases have been reported in the literature. We present the case of a 51-year-old woman with jejunal postoperative intussusception. She underwent gastrojejunal anastomosis for pyloric stenosis two weeks earlier. The symptomatology was a bowel obstruction, which was initially thought to be an early postoperative adhesions. The lack of improvement despite medical treatment led to a surgical exploration that helped to the right diagnosis. Intussusception has been related to jejunal adhesions. Manual reduction was made with removal of adhesions. Postoperative period was uneventful. Adult intussusception is uncommon, often caused by tumors. Early surgical revision is the rule to avoid nutritional impact of a chronic postoperative subocclusion.

Key-words: Gastric bypass; Intestinal obstruction; Intussusception; Postoperative periods; Tissues adhesions

INTRODUCTION

L'invagination intestinale ou intussusception est définie par la pénétration d'un segment intestinal dans un segment sous-jacent [1]. L'invagination postopératoire (IPO) regroupe toute invagination survenant dans les 30 premiers jours postopératoires [2]. Peu de cas d'invagination intestinale postopératoire de l'adulte ont été décrits dans la littérature. Nous rapportons un cas d'invagination intestinale postopératoire de l'adulte secondaire à des adhérences jéjunales précoces survenant deux semaines après une anastomose gastrojéjunale pour sténose pylorique d'origine ulcéreuse. La particularité de cette observation réside d'une part sur la rareté d'une invagination survenant chez l'adulte et d'autre part sur l'existence d'un contexte postopératoire ne permettant pas un diagnostic facile.

Observation

Il s'agissait d'une femme de 51 ans, ayant comme antécédent un ulcère gastrique à répétition évoluant depuis 5 ans, admise au service des Urgences Chirurgicales pour une douleur abdominale aiguë avec arrêt des matières et de gaz évoluant depuis deux jours dans un contexte apyrétique. Quinze jours plus tôt, elle avait bénéficié d'une dérivation gastrojéjunale complétée d'une anastomose au pied de l'anse pour sténose pylorique d'origine ulcéreuse. Exécutée à J5 postopératoire de cette intervention, elle avait commencé à présenter des vomissements postprandiaux tardifs, avec persistance des gaz mais absence de matières. Cet état avait persisté malgré un traitement médical symptomatique, aboutissant à une occlusion vraie, associée à un état de déshydratation et de dénutrition, d'où sa réadmission. L'examen clinique à l'entrée montrait une altération de l'état général. La patiente présentait des signes cliniques de déshydratation et de dénutrition. Il n'y avait pas de fièvre. L'abdomen était légèrement ballonné, peu douloureux, sans signe d'irritation péritonéale à la palpation. Le reste de l'examen était sans particularité. L'examen biologique montrait une hypokaliémie à 2,4 mmol/l. La radiographie de l'abdomen sans préparation ne montrait pas de niveau hydroaérique ni d'image en faveur d'un pneumopéritoine [Figure 1]. La sonde nasogastrique posée en urgence ramenait un liquide fécaloïde. Une laparotomie exploratrice d'urgence était réalisée après correction des troubles hydroélectrolytiques. L'exploration chirurgicale a permis d'objectiver une invagination jéjunojéjunale avec un boudin d'invagination située à environ 20 cm en aval de l'anastomose au pied de l'anse [Figure 2]. Une désinvagination manuelle douce fut réalisée permettant de retrouver des adhérences serrées sur le segment intestinal libéré. Ces adhérences, ayant causé l'invagination, furent sectionnées au bistouri électrique [Figure 3]. Une résection intestinale n'était pas nécessaire puisque la vitalité de l'anse libérée était satisfaisante. Les suites postopératoires étaient simples. La patiente a pu se réalimenter normalement à J2, puis exécutée à J6 postopératoire. Revue à trois mois de l'intervention, la patiente n'avait pas de plainte particulière et avait retrouvé son poids normal.

Discussion

L'invagination intestinale de l'adulte est une situation clinique rare. Elle représente 5% des cas d'invagination intestinale et est responsable d'environ 1% de l'ensemble des occlusions intestinales [3]. Elle diffère des invaginations intestinales de l'enfant par sa présentation, ses étiologies et son traitement. Contrairement chez l'enfant où la majorité des invaginations sont d'origine idiopathique [1], les invaginations de l'adulte sont de cause organique dans 94% des cas [4]. En outre, la survenue d'une invagination en période postopératoire n'est pas courante car peu de cas ont été rapportés dans la littérature. Selon Miloudi, le taux de survenue d'une invagination intestinale après une chirurgie par laparotomie est de 0,01 % chez l'adulte [2].

Du point de vue anatomique, l'invagination de l'adulte est de localisation grêlique dans 42% des cas, iléo-colique dans 32% des cas et colique dans 26% des cas [4]; contrairement à celle de l'enfant qui est de localisation iléo-colique dans la majorité des cas [1]. Dans notre cas, l'invagination était jéuno-jéjunale.

Jusqu'à présent, aucun argument spécifique ne pourrait expliquer la survenue d'une invagination intestinale en période postopératoire. Dans la littérature, la présence d'un trouble du péristaltisme est incriminée comme facteur prédisposant à la survenue d'un iléus postopératoire [5]. Ce trouble est secondaire à des facteurs préopératoires (chimiothérapie éventuelle), peropératoires (traumatisme peropératoire, excès de produits anesthésiques) ou postopératoires (produits morphinomimétiques). Bien que le mécanisme de participation directe des brides et adhérences dans la survenue en postopératoire d'une invagination intestinale ne soit pas bien claire, l'existence concomitante d'adhérence associée à une invagination d'anse intestinale n'est pas exceptionnelle. Le taux d'association lésionnelle serait de 10% selon Gupta [4]. Par ailleurs, la présence des adhérences et des anomalies du péristaltisme intestinal comme facteurs qui favoriseraient les récurrences d'une invagination postopératoire de l'adulte était démontrée par Furuya [6].

Pour notre cas, la difficulté diagnostique était liée à l'existence d'un contexte postopératoire. En effet il était difficile d'affirmer si les signes d'occlusion haute étaient liés à un iléus postopératoire prolongé ou à un dumping syndrome survenant fréquemment après une chirurgie sur l'estomac [7], ou enfin à une occlusion intestinale sur un obstacle mécanique. Le diagnostic d'IPO est évoqué cliniquement devant le retard d'une reprise du transit en postopératoire pouvant aller jusqu'au cinquième jour sans retentissement néfaste sur l'état général du patient [2]. Le dumping syndrome est un ensemble de symptômes vasomoteurs et gastro-intestinaux responsables d'une vidange gastrique rapide avec passage précoce des nutriments au niveau de l'intestin grêle survenant après une gastrectomie complète ou partielle. Tandis qu'une occlusion intestinale aiguë par obstruction mécanique est caractérisée par la présence d'une dilatation intestinale en amont, d'une

zone de transition où siègent l'obstacle organique et une zone collabée en aval. Cependant, un retard de diagnostic est souvent observé

car le diagnostic d'invagination postopératoire est habituellement pris à tort pour un iléus postopératoire prolongé. La notion de reprise normale du transit postopératoire suivie d'un revirement de la situation par l'installation progressive d'un syndrome occlusif, sans syndrome infectieux associé, devrait orienter vers le diagnostic d'invagination intestinale postopératoire [2].

Dans les pays développés, le diagnostic d'invagination intestinale de l'adulte est facilité par l'imagerie. Le scanner abdominal est actuellement le principal examen paraclinique de référence, permettant le diagnostic d'invagination intestinale avec une sensibilité supérieure à 85% [8]. Il permet d'objectiver l'invagination postopératoire en montrant un aspect de télescopage ou des signes indirects tels que la présence de grêle dilatée et de grêle plat. Dans notre cas, à part la radiographie de l'Abdomen Sans Préparation qui a permis de suspecter une occlusion haute postopératoire, aucun autre examen d'imagerie n'a pu être réalisé faute de moyen financier. La laparotomie a été indiquée pour une suspicion d'occlusion sur une bride et/ou une adhérence postopératoire. Ce diagnostic a été redressé en peropératoire par la découverte du boudin d'invagination.

Les circonstances étiologiques des invaginations postopératoires de l'adulte rapportés dans la littérature sont variables telles que : une jejunostomie [6], une gastrectomie totale [2], une résection laparoscopique d'un cancer rectal [9], une oesophagectomie [10], une duodéno pancréatectomie céphalique [2].

L'invagination postopératoire est une urgence thérapeutique. Tout retard diagnostique peut engager le pronostic vital du patient. Le traitement de cette forme d'invagination est toujours chirurgical après correction des troubles hydroélectrolytiques. Elle comporte la désinvagination manuelle et la vérification des anastomoses initiales. La présence d'adhérences postopératoires impose une adhésiolyse supplémentaire à la désinvagination manuelle. Bien que l'évolution d'une invagination postopératoire soit habituellement favorable, une récurrence après un traitement chirurgical est toujours possible. Peu de cas d'une récurrence d'invagination postopératoire ont été rapportés dans la littérature comme celle décrite par Furuya [6]. Dans notre cas, la patiente n'avait pas eu de récurrence de signe d'occlusion intestinale aiguë.

Conclusion

L'invagination intestinale de l'adulte est une situation inhabituelle. Cause rare d'occlusion en postopératoire, le diagnostic est difficile car on n'y pense pas souvent. Si certaines invaginations intestinales peuvent se désinvaginer spontanément et si certaines occlusions postopératoires peuvent céder sous traitement médical seul, l'association d'adhérence postopératoire à une invagination intestinale doit être traitée chirurgicalement et de façon précoce.

References

- [1]. Franchi S, Martelli H, Paye-Jaouen A, Goldszmidt D, Pariente D. Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. *EMC-pédiatrie* 2005, 2(1), 45-57.
- [2]. Miloudi N, Bayar R, Gharbi W, Manai S, Sadri BA, Marsaoui L et al. L'invagination intestinale postopératoire chez l'adulte. *Tunis Med* 2010; 88(10): 768-70.
- [3]. Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226: 134-138.
- [4]. Gupta RK, Agrawal CS, Yadav R, Bajracharya A, Sah PL. Intussusception in adults:
- [5]. Institutional review. *Int J Surg* 2011; 9(1): 91-5.
- [6]. Eke N, Adotey JM. Postoperative intussusception, causal or casual relationships?. *Int Surg* 2000; 85(4): 303-8.
- [7]. Furuya Y, Wakahara T, Akimoto H, Long CM, Yanagie H, Yasuhara H. A case of postoperative recurrent intussusception associated with indwelling bowel tube. *World J Gastrointest Surg* 2010; 2(3): 85-88.
- [8]. Chaves YD, Destefani AC. Pathophysiology, diagnosis and treatment of dumping
- [9]. Syndrome and its relation to bariatric surgery. *Arq Bras Cirg Digest* 2016; 29:116-9
- [10]. Amr MA, Polites SF, Alzghari M, Onkendi EO, Grotz TE, Zielinski MD. Intussusception in adults and the role of evolving computed tomography technology. *Am J Surg* 2015; 209(3): 580-3.
- [11]. Ahmad S, Hussain, Rajalakshmi Warriar & Harry T. Papaconstantinou. Small Bowel Intussusception Causing a Postoperative Bowel Obstruction Following Laparoscopic Low Anterior Resection in an Adult. *Bayl Univ Med Cent Proc* 2014; 27(2):128-130.
- [12]. Mahalingam S, Ramkumar A, Mishra N. Adult post-operative jejunojejunal intussusception following Ivor-Lewis esophagectomy. *Trop Gastroenterol* 2012;33(1):71-3.
- [13].

Figures



Fig 1 : ASP à la réadmission de la patiente : rares niveaux hydroaériques et pas de croissant gazeux sous-diaphragmatique

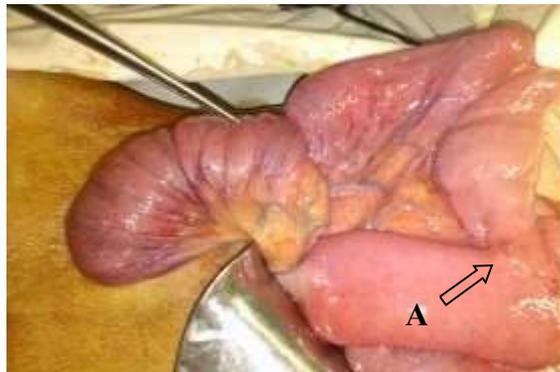


Fig 2 : Aspect peropératoire du boudin d'invagination intestinale située en aval de l'anastomose au pied de l'anse (A)



Fig 3 : Après désinvagination manuelle, aspect peropératoire des adhérences jejuno-jéjunales ayant causé la formation du boudin invaginé