

## Research Article

# DIAGNOSTIC SCANOGRAPHIQUE D'UNE INVAGINATION COLO-COLIQUE DU TRANSVERSE SECONDAIRE À UNLIPOME DU COLON À PROPOS D'UN CAS

<sup>1,2,3</sup> \*Dr BALDE Alpha Abdoulaye, <sup>1,2,3</sup> DIALLO M, <sup>1</sup>NABE S, <sup>1</sup>SOW MK

<sup>1</sup>Centre de Diagnostic de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de Conakry, Guinée.

<sup>2</sup>Service de Radiologie de l'Hôpital National DONKA (CHU de Conakry).

<sup>3</sup>Faculté des sciences et techniques de la santé, UGAN, Guinée, CHU de Conakry.

Received 24<sup>th</sup> June 2024; Accepted 25<sup>th</sup> July 2024; Published online 30<sup>th</sup> August 2024

### RESUME

Nous avons rapporté un cas d'invagination intestinale colo-colique du transverse secondaire à un lipome colique chez un adulte de sexe masculin âgé de 46 ans ayant consulté pour une douleur hémicorporelle gauche persistante et permanente évoluant depuis 11 jours environ avec émission de méléna de plus de 4 jours. À son admission, le patient était conscient et présentait les paramètres suivants : (température : 36,9 °C, tension artérielle (TA) : 150/102 mm Hg, pouls : 88 bpm, saturation en O<sub>2</sub> : 95 % sur air ambiant). À l'examen physique, on a retrouvé une sensibilité diffuse à l'hémicorporelle gauche plus accentuée au flanc gauche sans masse objectivée. Une tomographie abdomino-pelvienne sans et avec injection de contraste a été réalisée, qui a révélé le télescopage d'un segment du colon transverse dans celui situé immédiatement en aval au niveau de l'angle colique gauche avec stase stercorale en amont. Juste à l'origine du colon descendant, il a été noté une masse de densité graisseuse (-60 UH) mesurant 42x61 mm de diamètre située dans la lumière colique.

**Mots clés:** Invagination, Lipome, Tomodensitométrie.

### INTRODUCTION

L'invagination intestinale ou intussusception est définie par la pénétration ou le télescopage d'un segment intestinal dans celui situé immédiatement en aval, provoquant ainsi une occlusion intestinale (1,2). L'intussusception de l'adulte est une affection rare qui est principalement causée par des lésions organiques de l'intestin grêle, telle que des tumeurs de l'intestin grêle, des diverticules et des polypes (3). Le diagnostic préopératoire de l'intussusception de l'adulte est difficile et souvent confirmé par laparotomie (4), bien que la tomographie abdomino-pelvienne avec produit de contraste soit suffisamment caractéristique pour poser un diagnostic basé sur les aspects radiologiques (5). Nous rapportons ici un cas diagnostiqué en préopératoire d'invagination intestinale chez l'adulte provoqué par un lipome de l'intestin grêle.

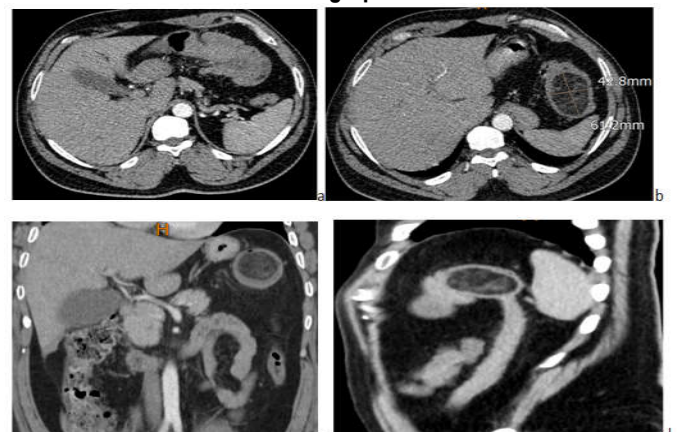
### OBSERVATION

Un homme de 46 ans connu pour une gastrite antrale congestive et une lithiase calcicelle gauche non obstructive s'est présenté avec une douleur hémicorporelle gauche persistante et permanente évoluant depuis 11 jours environ avec émission de méléna de plus de 4 jours. Il y avait des nausées associées mais pas de vomissements ni troubles urinaires, ni d'arrêt des matières et gaz. La douleur était d'apparition brutale, localisée au flanc gauche ce qui le conduisit dans une structure sanitaire où des soins à base d'antalgiques furent administrés avec une brève accalmie. Suite à la recrudescence de la douleur, le patient a été orienté dans un autre hôpital sans suite favorable après une courte hospitalisation, il a été référé dans un service de chirurgie digestive pour meilleure prise en charge. Ses antécédents comprenaient un malaria et une urolithiase vésicale

opéré il y a 6 ans. À son admission, le patient était conscient et présentait les paramètres suivants : (température : 36,9 °C, tension artérielle (TA) : 150/102 mm Hg, pouls : 88 bpm, saturation en O<sub>2</sub> : 95% sur air ambiant). À l'examen physique, il a été retrouvé une sensibilité diffuse à l'hémicorporelle gauche plus accentuée au flanc gauche sans masse objectivée. Néanmoins il y avait une perception de signe de lutte, un léger tympanisme à la moitié gauche de l'abdomen. Le toucher rectal (TR) retrouve une ampoule rectale vide et un cul de sac non sensible.

Une tomographie abdomino-pelvienne sans et avec injection de contraste a été réalisée, qui a révélé le télescopage d'un segment du colon transverse dans celui situé immédiatement en aval au niveau de l'angle colique gauche avec stase stercorale en amont. Juste à l'origine du colon descendant, il a été noté, une masse de densité graisseuse (-60 UH) mesurant 42x61 mm de diamètre située dans la lumière colique. Cette masse n'est pas rehaussée après injection de produit de contraste. Le diagnostic scannographique d'invagination intestinale du colon transverse sur un lipome colique a été retenu.

### Iconographie



\*Corresponding Author: Dr BALDE Alpha Abdoulaye, Maître-Assistant Radiologie Imagerie Médicale, Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, UGAN Conakry Guinée/Service de Radiologie de l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry/Centre de Diagnostic de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) de Conakry-Guinée.

- (a) Coupe axiale TDM montrant l'invagination colo-colique du transverse.
- (b) Coupe axiale montrant la masse graisseuse à l'origine du colon descendant.
- (c) et (d) Reconstruction coronale et sagittale montrant la masse graisseuse à l'origine du descendant.

## DISCUSSION

L'intussusception à l'âge adulte est rare, avec une incidence d'environ 2 à 3 cas pour 1 million d'habitants et par an (6), alors qu'elle est la cause la plus fréquente d'occlusion intestinale chez les nourrissons âgés de 6 à 36 mois (2). Bien que l'invagination infantile soit idiopathique dans 90% des cas, un motif mécanique et plus particulièrement les tumeurs sont la cause la plus fréquente d'invagination chez l'adulte (7).

La majorité des étiologies bénignes de l'intussusception de l'intestin grêle sont secondaires à des polypes d'origines diverses (Peutz-Jeghers, hamartomateux, fibreux, inflammatoires), à une maladie diverticulaire (maladie de Meckel) et rarement à des lipomes. Les lipomes ne représentent que 1 à 2% de toutes les tumeurs gastro-intestinales et elles surviennent le plus souvent dans le côlon, suivi de l'intestin grêle et parfois dans l'estomac (8). Les lipomes sont généralement asymptomatiques puisque les lésions <1 cm sont considérées comme incapables de produire des symptômes. Cependant, 75% de celles de plus de 4 cm sont symptomatiques du fait d'une invagination, d'une obstruction et d'une hémorragie (7). Le lipome est la tumeur bénigne la plus fréquente dans l'intussusception de l'intestin grêle et du gros intestin (4).

Les premières manifestations cliniques de l'intussusception chez l'adulte comprennent une distension abdominale, des nausées, des douleurs abdominales et des selles sanglantes, et les manifestations tardives sont des signes d'irritation péritonéale et d'obstruction intestinale ; cependant, ces manifestations manquent de spécificité (5). Le diagnostic préopératoire peut être difficile nécessitant un diagnostic différentiel avec une lésion maligne. Il existe différentes modalités d'imagerie pour le diagnostic préopératoire des lipomes coliques (9). La tomодensitométrie (TDM) abdominopelvienne est considérée comme l'examen de référence chez l'adulte. Elle met en évidence une masse de densité tissulaire comprenant une alternance de zones concentriques en cocardes hypo- ou hyperdenses correspondant au boudin d'invagination, surmontée d'une image « en croissant » excentrée de densité graisseuse, correspondant au mésentère et aux vaisseaux. La paroi invaginée est séparée de la paroi intestinale par de l'air ou du produit de contraste (10).

D'autres modalités qui peuvent aider au diagnostic sont les études barytées et l'échographie abdominale, mais elles ont une sensibilité limitée pour diagnostiquer l'intussusception par rapport au scanner (8). Dans cette observation, le scanner a posé le diagnostic de l'invagination et celui du lipome en cause.

## CONCLUSION

L'invagination intestinale de l'adulte est une affection rare, conduisant souvent à un retard de diagnostic, en raison de l'absence de spécificité clinique. L'imagerie dominée essentiellement par l'échographie et le scanner permet un diagnostic positif et surtout étiologique de l'affection. Le scanner reste performant pour identifier la nature graisseuse du lipome.

## REFERENCES

1. Guezzi A, Rahmani A, Bafdel O. Rare etiology of occlusive syndrome: intussusception following lipoma. A case report. *Batna J Med Sci BJMS*. 4 juin 2021;8(1):81-4.
2. Kabawe E, Kabawe S, Albakour R, Alobied M, Ghazal A. Jejunal intussusception in an adult due to multiple lipomas: a rare case report from Syria. *J Surg Case Rep*. 1 mai 2019; 2019(5):rjz162.
3. Hu Q, Wu J, Sun Y. Intussusception Related to Small Intestinal Lipomas: A Case Report and Review of the Literature. *Front Surg*. 30 juin 2022; 9:915114.
4. Shiba H, Mitsuyama Y, Hanyu K, Ikeuchi K, Hayashi H, Yanaga K. Preoperative Diagnosis of Adult Intussusception Caused by Small Bowel Lipoma. *Case Rep Gastroenterol*. 2009; 3(3):377-81.
5. Al Zaabi AHY, Al Janahi JA, Alremeithi SN, Qayyum H. Jejunojejunal intussusception in an adult: a rare presentation of abdominal pain in the emergency department. *BMJ Case Rep*. 19 juill 2021; 14(7):e243787.
6. Chacko J, Tran G, Vossoughi F. Rare case of adult jejunojejunal intussusception secondary to angiolipoma. *BMJ Case Rep*. 16 avr 2015; 2015:bcr2014209126.
7. Karampa A, Stefanou CK, Stefanou SK, Tepelenis K, Tsoumanis P, Ntalapa KM, et al. Jejunal intussusception due to an atypical lipomatous tumor: a rare case report. *J Surg Case Rep*. 8 févr 2022; 2022(2):rjab624.
8. Seow-En I, Foo FJ, Tang CL. Jejunojejunal intussusception secondary to submucosal lipoma resulting in a 5-year history of intermittent abdominal pain. *Case Rep*. 29 oct 2014; 2014(oct29 1):bcr2014207297-1. doi:10.1136/bcr2014207297.
9. M'rabet S, Jarrar MS, Akkari I, Abdelkader AB, Sriha B, Hamila F, et al. Colonic intussusception caused by a sigmoidal lipoma: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2018;50:1-4.
10. Kras E, Mrabet W, Gaba M. Invagination intestinale aiguë de l'adulte secondaire à un lipome colique. *Ann Fr Médecine Urgence*. nov 2011;1(6):427-9.

\*\*\*\*\*