

Invagination colo-colique secondaire à un lipome : une cause rare de douleur abdominale récurrente chez une jeune adulte

Colocolic intussusception due to colonic lipoma : A rare cause of recurrent abdominal pain in an young adult

HENRY G.¹, REMY P.², SALAMÉ H.³, SAADI S.⁴ et DENIÉ C.¹

¹Département de Gastroentérologie, ²Département de Chirurgie, ³Département de Radiologie,
⁴Département d'Anatomopathologie,
EpiCURA, Belgique

RÉSUMÉ

L'invagination intestinale est une affection rare chez l'adulte. Dans 90% des cas, une lésion causale est trouvée, maligne dans 66% des cas. Nous décrivons le cas rare d'une femme âgée de 28 ans présentant des symptômes abdominaux non spécifiques dus à une invagination colo-colique d'un volumineux lipome. Le diagnostic se base sur la tomодensitométrie et la coloscopie. La prise en charge de cette affection rare est chirurgicale.

Rev Med Brux 2023 ; 44 : 494-496

Doi : 10.30637/2023.22-095

Mots-clés : intussusception colo-colique, lipome, patient adulte

ABSTRACT

Bowel intussusception is a rare condition in adults. In 90% of the cases, a causal lesion is found, of malignant etiology in 66% of the cases. We describe a rare case of a 28-year-old woman presenting with nonspecific abdominal symptoms due to colo-colic intussusception of a large lipoma. The diagnosis was done by Computed Tomography Scan and colonoscopy. The management of this rare condition is surgical.

Rev Med Brux 2023; 44: 494-496

Doi: 10.30637/2023.22-095

Key words: Colo-colic intussusception, lipoma, adult patient

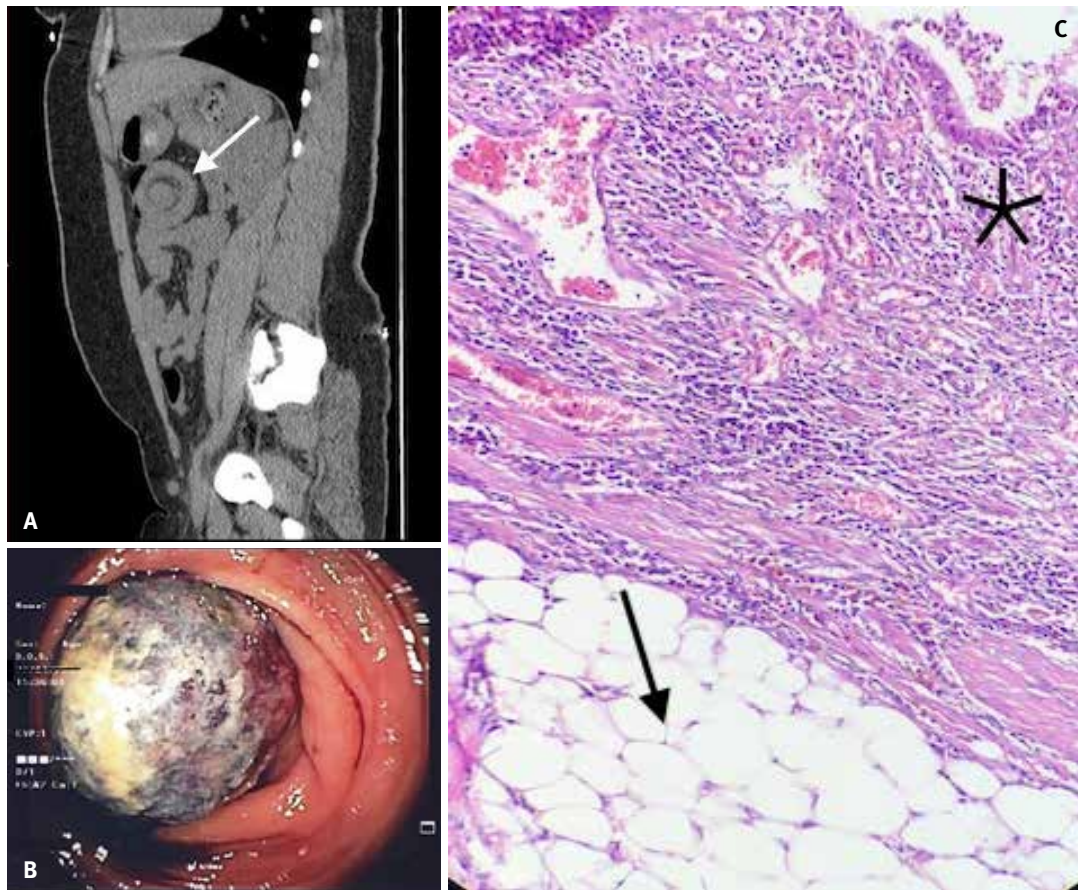
INTRODUCTION

L'invagination intestinale est une affection rare chez l'adulte mais fréquente chez l'enfant avec un ratio de 20:1¹. L'invagination est responsable de 1 à 5% des occlusions intestinales chez l'adulte et une lésion causale est retrouvée dans 90% de ces cas. La plupart des adultes se présentent en urgence avec des symptômes d'occlusion intestinale. Néanmoins, certains patients présentent des symptômes aspécifiques, tels que douleurs abdominales intermittentes, vomissements ou saignements gastro-intestinaux². L'invagination colo-colique secondaire à un lipome et survenant dans la vingtaine est rarissime.

CAS CLINIQUE

Une femme de 28 ans est admise aux urgences pour des douleurs de la fosse iliaque gauche, récurrentes depuis 3 mois, s'accompagnant d'une modification du transit, avec alternance de diarrhée et de constipation. Il n'y a pas de méléna ni de rectorragies, de vomissements, ou de dégradation de l'état général.

Elle n'a aucun antécédent. L'examen abdominal montre une sensibilité de la fosse iliaque gauche à la palpation. La biologie sanguine est normale, exceptée une CRP à 33 mg/L (normale <10). La tomодensitométrie de l'abdomen met en évidence une importante lésion endoluminale de 5 cm dans l'intestin descendant, suspecte de lipome, associée à une image en cible témoignant d'une invagination (figure 1A). La coloscopie montre une volumineuse lésion endoluminale du colon transverse, dont la muqueuse est totalement ulcérée, occupant la quasi-totalité de la lumière colique et reculant de plus de 20 cm à l'insufflation initiale (figure 1B). La biopsie confirme le diagnostic de lipome sous muqueux, composé d'adipocytes matures sans signe de dysplasie, couvert d'une muqueuse ulcérée, sans signe de nécrose tumorale (figure 1C). Une colectomie segmentaire transverse avec anastomose latéro-latérale par mini laparotomie est réalisée. Les suites opératoires sont simples. L'histopathologie de la pièce opératoire confirme un lipome sous muqueux bénin. Un CT scan de contrôle réalisé un an plus tard est normal.



A. CT scan abdominal : lésion colique en cible, typique d'une invagination, compliquant une lésion à contenu majoritairement graisseux évoquant un lipome ;

B. Aspect endoscopique : lésion endoluminale colique, « reculant » à l'insufflation lors de la progression de l'endoscope, montrant une muqueuse nécrotique et ulcérée ;

C. Histologie (biopsie) : muqueuse ulcérée (*) couvrant une lésion lipomateuse développée dans la sous-muqueuse (→), constituée d'adipocytes matures sans signe de nécrose tumorale.

DISCUSSION

L'invagination est une entité rare chez l'adulte¹. Elle est responsable de 1 à 5 % des occlusions intestinales, 17 % étant des invagination colo-coliques³. Une lésion causale est retrouvée dans 90 % des cas, les lésions malignes étant responsables de 30 % des invaginations grêles et de 66 % des invaginations coliques⁴. La présentation clinique est variable : occlusion intestinale justifiant une chirurgie urgente ou symptômes non spécifiques, tels que douleurs abdominales intermittentes, distension abdominale, nausées, vomissements, modification du transit intestinal, saignements digestifs bas. En raison des symptômes non spécifiques, le diagnostic peut être très difficile. La biologie est généralement normale mais un syndrome inflammatoire est trouvé dans 8 % des cas⁵. Cette élévation de la CRP est probablement liée à la nécrose de la muqueuse et à l'inflammation de la graisse péri-lésionnelle. Nous n'avons pas d'argument chez notre patiente, pour une nécrose tumorale. La tomographie reste la méthode diagnostique la plus sensible⁶ car elle permet de confirmer l'invagination par une

image en cible ou en donut⁷ et de définir la localisation de l'invagination intestinale, la nature de la lésion et la stadification en cas de malignité.

Les lipomes sont la troisième tumeur bénigne du gros intestin, la plus fréquente après les polypes hyperplasiques et adénomateux⁸, avec une incidence variant entre 0,2 % et 4,4 %. Ils sont le plus souvent situés dans le côlon transverse (28 %), comme chez notre patiente, puis dans le sigmoïde (20 %) et le caecum (19 %)⁵. Seuls 25 % des patients atteints de lipome colique développent des symptômes, principalement vers 50-60 ans, en raison de la croissance tumorale lente⁹. Le diagnostic différentiel se pose avec le liposarcome. Celui-ci a un aspect plus irrégulier et plus hétérogène à la tomographie.

La survenue d'une invagination colo-colique due à un lipome est rarissime chez le jeune adulte^{6,10}. Dans une revue récente, 72 % des patients avaient plus de 40 ans⁵. La tomographie permet de suspecter la nature lipomateuse de la lésion et de confirmer l'invagination⁷. La coloscopie montre habituellement des lésions jaunâtres sous-muqueuses⁹, mais les

épisodes répétés d'invagination peuvent entraîner une nécrose de la muqueuse, comme chez notre patiente. Le traitement est chirurgical comme pour toute invagination⁴. L'analyse histologique de la pièce

opératoire montre des adipocytes matures sans signe de malignité. Quelques cas de résection endoscopique ont cependant été rapportés pour des lipomes inférieurs à 2,5 cm⁵.

CONCLUSION

L'invagination colo-colique due à un lipome colique est une affection rare chez l'adulte, rarissime chez l'adulte jeune. Le diagnostic peut être retardé en raison d'un tableau clinique aspécifique et intermittent. La tomodensitométrie, en association avec la coloscopie, permet de confirmer le diagnostic. Le traitement de l'invagination est chirurgical.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Yalamarthy S, Smith RC. Adult intussusception: case reports and review of literature. *Postgrad Med J.* 2005;81:174-7.
2. Tan KY, Tan SM, Tan AG, Chen CY, Chng HC, Hoe MN. Adult intussusception: experience in Singapore. *ANZ J Surg.* 2003;73:1044-7.
3. Lu T, Chng YM. Adult Intussusception: Case study. *Perm J.* 2015;19(1):79-81.
4. Lianos G, Xeropotamos N, Bali C, Baltoggiannis G, Ignatiadou E. Adult bowel intussusception: presentation, location, etiology, diagnosis and treatment. *G Chir.* 2013;34:280-3.
5. Menegon Tasselli F, Urraro F, Sciaudone G, Bagaglini G, Pagliuca F, Reginelli A *et al.* Colonic Lipoma Causing Bowel Intussusception: An Up-to-Date Systematic Review. *J Clin Med.* 2021;10;5149.
6. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, Sekihara M, Hara T, Kori T *et al.* The diagnosis and treatment of adult intussusception. *J Clin Gastroenterol.* 2003;36:18-21.
7. Somma F, Faggian A, Serra N, Gatta G, Iacobellis F, Berritto D *et al.* Bowel intussusceptions in adults: The Role of imaging. *Radiol Med.* 2015;120:105-17.
8. Chiba T, Suzuki S, Sato M, Tsukahara M, Saito S, Inomata M *et al.* A case of a lipoma in the colon complicated by intussusception. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002;14:701-2.
9. Vecchio R, Ferrara M, Mosca F, Ignoto A, Latteri F. Lipomas of the large bowel. *Eur J Surg.* 1996;162:915-9.
10. Allos Z, Zhubandykova D. Large benign submucosal lipoma presented with descending colonic intussusception in an adult. *Am J Case Rep.* 2013;14:245-9.

Travail reçu le 17 novembre 2022 ; accepté dans sa version définitive le 9 février 2023.

AUTEUR CORRESPONDANT :

C. DENIÉ
CH Epicura
Département de Gastroentérologie
Route de Mons, 63 - 7301 Hornu
E-mail: cecile.denie@epicura.be