

L'INVAGINATION JÉJUNO-JÉJUNALE RÉTROGRADE DE L'ANSE COMMUNE APRÈS BYPASS GASTRIQUE

À propos d'un cas

M. Sodji

Limoges - FRANCE

L'invagination intestinale aiguë est le télescopage d'un segment intestinal de l'amont vers l'aval, c'est-à-dire dans le sens isopéristaltique ou antérograde. L'invagination rétrograde est une entité différente et se constitue dans le sens antipéristaltique ou rétrograde. Les invaginations intestinales antérogrades et surtout rétrogrades sont des complications rares après bypass gastrique. Elles sont surtout proximales. Il peut s'agir d'une invagination jéjuno-jéjunale ou d'une invagination jéjuno-gastrique. En mars 2008, Simper et al. [1] rapportaient pour la 16^{ème} fois, 23 nouveaux cas, soit 46 cas au total dans la littérature. Nous rapportons un nouveau cas d'invagination jéjuno-jéjunale rétrograde, trois ans après un bypass gastrique.

MOTS CLÉS : Obésité morbide, Chirurgie bariatrique, Bypass gastrique avec anse en Y de Roux, Invagination intestinale aiguë rétrograde, Intestin grêle.

□ OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 45 ans opérée en septembre 2005 d'un bypass gastrique pour obésité morbide, avec un IMC à 57kg/m² (135 kilos pour 1m55). En février 2008, elle pesait 80 kilos soit un IMC de 33 kg/m² et une perte de 61% de l'excès de poids.

En mars 2008, elle était hospitalisée en urgence pour des douleurs abdominales dans l'hypochondre gauche, sans position antalgique, d'emblée atroces, de survenue brutale évoluant par paroxysme, suivies d'accalmies plus ou moins complètes, et associées plus tard à des vomissements alimentaires puis bilieux en jets et très abondants et continus, le tout évoluant

depuis 48 heures. Un premier séjour dans un service d'urgence avec hospitalisation était rassurant. L'abdomen sans préparation était normal. Elle n'avait pas de fièvre ni de troubles du transit, ni de rectorragie. A l'examen, on palpait une tuméfaction allongée, dure, sus-ombilicale mais mobile, douloureuse et se durcissant parfois sous la main. La biologie montrait une

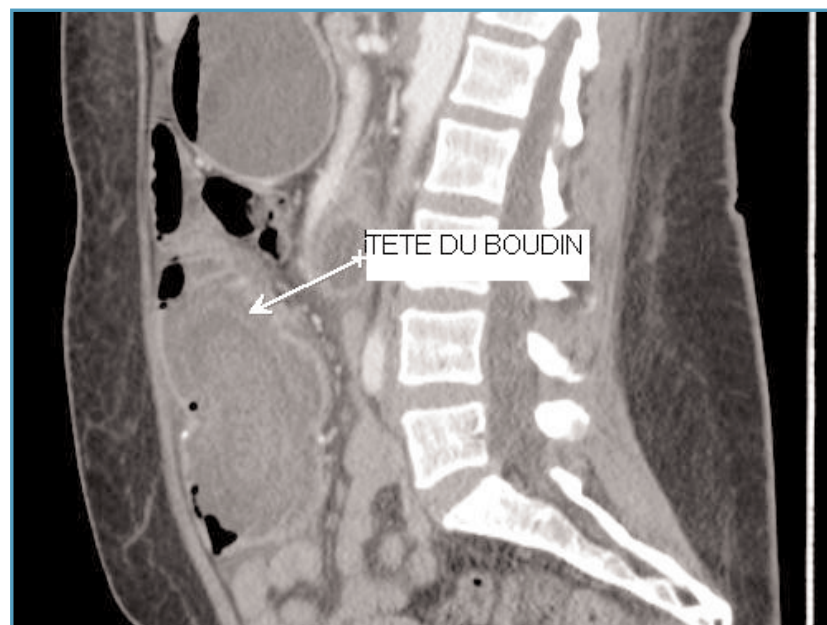


Fig. N° 1 Tête du boudin d'invagination



Fig. N° 2 Grêle invaginant et boudin d'invagination

hypokaliémie, une hyperleucocytose modérée à polynucléaires neutrophiles. Une deuxième radiographie de l'abdomen sans préparation était normale. Nous avons suspecté un autre diagnostic parce que la patiente avait été opérée 9 mois après le bypass d'une hernie étranglée par le trou de Petersen.



Fig. N° 3 Grêle normal et début d'invagination



Fig. N° 4 Image en cocarde

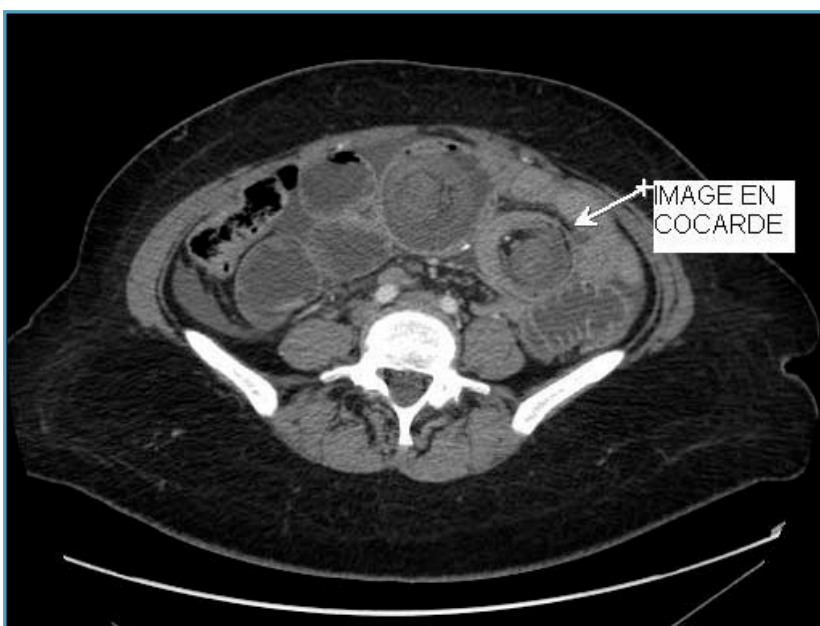


Fig. N° 5 Image en cocarde

Une tomodensitométrie a alors été demandée et a suspecté une invagination intestinale aiguë jéjuno-jéjunale responsable d'une occlusion haute et associée à un épanchement péritonéal. (Fig. N°1, 2, 3, 4, 5).

Devant l'aggravation de la symptomatologie douloureuse, et l'apparition de fièvre, une intervention chirurgicale était décidée. Après une cœlioscopie première (Photos N° 1, 2)



Photo N° 1 Invagination intestinale (cœlioscopie)

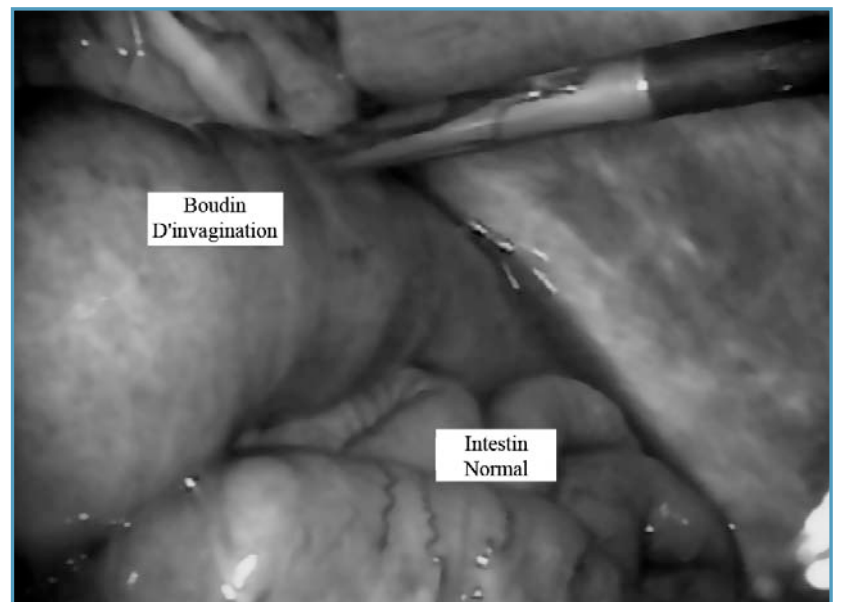


Photo N° 2 Invagination intestinale (cœlioscopie)

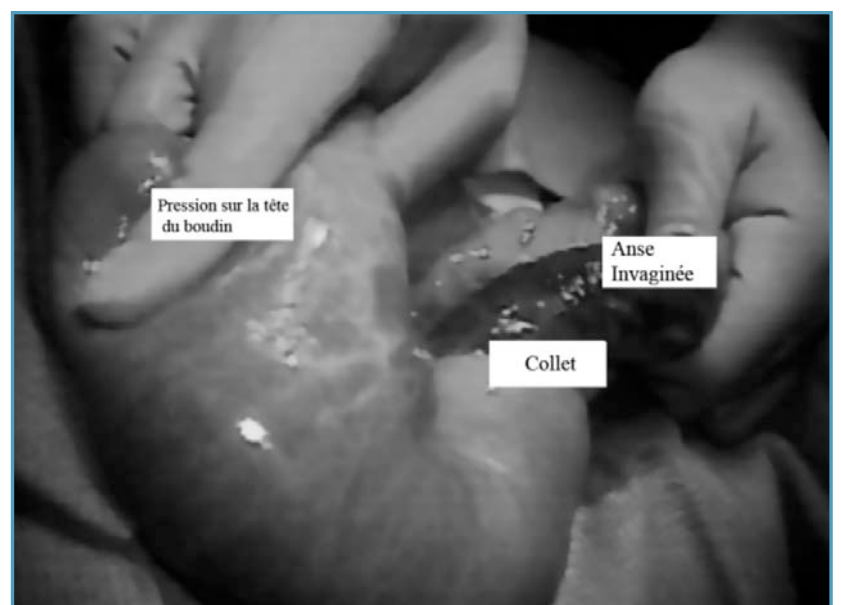


Photo N° 3 Expression du boudin d'invagination (laparotomie)

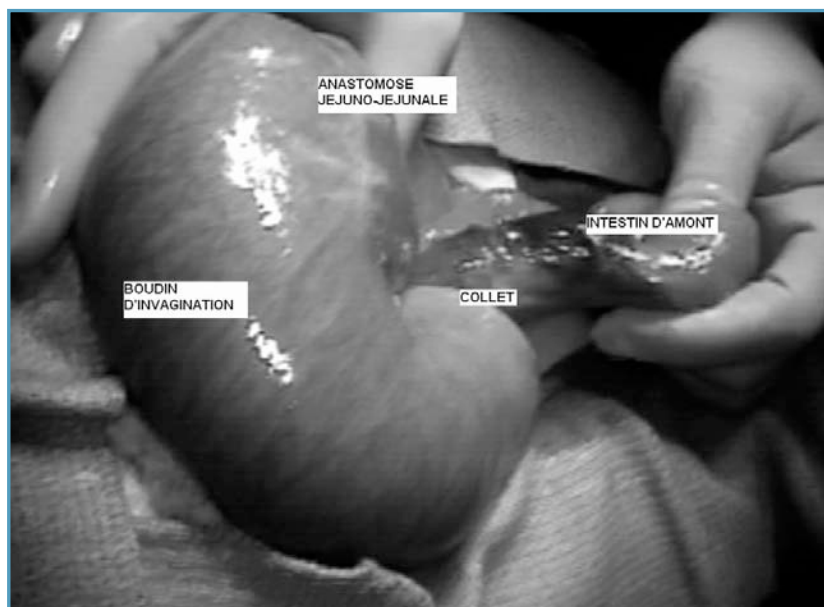


Photo. N° 4 Expression et désinvagination

qui a confirmé le diagnostic d'invagination jéjuno-jéjunale rétrograde aux dépens de l'anse commune en direction de l'anastomose jéjuno-jéjunale, une conversion en laparotomie a été décidée en raison de l'importance de l'invagination et de l'ischémie. (Photos N°3, 4).

La désinvagination était obtenue par expression douce et progressive du boudin d'invagination long de plus de 7 cm avec une recoloration immédiate du jéjunum, malgré l'infarcissement du mésentère en regard. L'examen soigneux de tout le grêle et du mésentère était normal. Les espaces de Petersen et mésentérique ne s'étaient pas rouverts.

❑ RÉSULTATS

Les suites opératoires étaient simples. Au deuxième jour postopératoire, la patiente était réalimentée sans troubles du transit. Au huitième jour, la patiente quittait la clinique. Deux mois plus tard, la patiente n'avait pas de récurrence d'épisode douloureux et le transit du grêle était normal.

❑ DISCUSSION

L'invagination intestinale aiguë est une affection particulièrement rencontrée chez le nourrisson où elle est idiopathique dans 90% des cas [2]. La première description anatomique est attribuée à Paul Barbette en 1674 [2].

Au 19^{ème} siècle, quelques succès thérapeutiques de traitement par réduction ont été décrits, mais cette affection était le plus souvent fatale. L'utilisation diagnostique et thérapeutique du lavement opaque fut rapportée en 1927 par Pouliquen, aux Etats-Unis par Retan et Stephens, et en Scandinavie par Olsson et Pallin [2]. Elle est caractérisée par le télescopage du tube intestinal sur lui-même et habituellement dans le sens du péristaltisme.

Chez l'enfant, le siège des invaginations les plus rencontrées est iléo-cæcal (80 à 85%) [3], iléo-colique (10%) [3]. Les invaginations iléo-iléales ou colo-coliques pures sont rares. La

physiopathologie des invaginations intestinales aiguës reste mal connue et comporte soit un facteur anatomique (tumeur, polype, sténose, diverticule...), soit un mécanisme fonctionnel. La particulière fréquence de l'invagination iléo-cæcale vient de la rencontre à ce niveau des ondes isopéristaltiques iléales et antipéristaltiques. Le diagnostic repose sur une triade clinique (douleur, vomissements, émission sanglante par l'anus) et l'examen peut retrouver la tuméfaction typique que l'on sent parfois se durcir sous la main et dénommée le "processus érectile de Rafinesque" [3].

Chez l'adulte, l'invagination intestinale aiguë est rare, souvent secondaire à une lésion organique et elle adopte un type volontiers subaigu ou chronique [3].

Après bypass gastrique, plusieurs cas d'invagination intestinale ont été rapportés : le fait nouveau est qu'elles peuvent être antérogrades ou rétrogrades. Les rétrogrades sont les plus fréquentes [4, 5, 6]. Leur topographie est proximale. La voie d'abord du bypass gastrique (laparotomie ou laparoscopie) n'influence pas leur survenue [4, 5, 6].

Les invaginations intestinales rétrogrades comportent :

- l'invagination jéjuno-gastrique, rare. Les deux premiers cas ont été rapportés en 2004 par Goverman et al. [7],

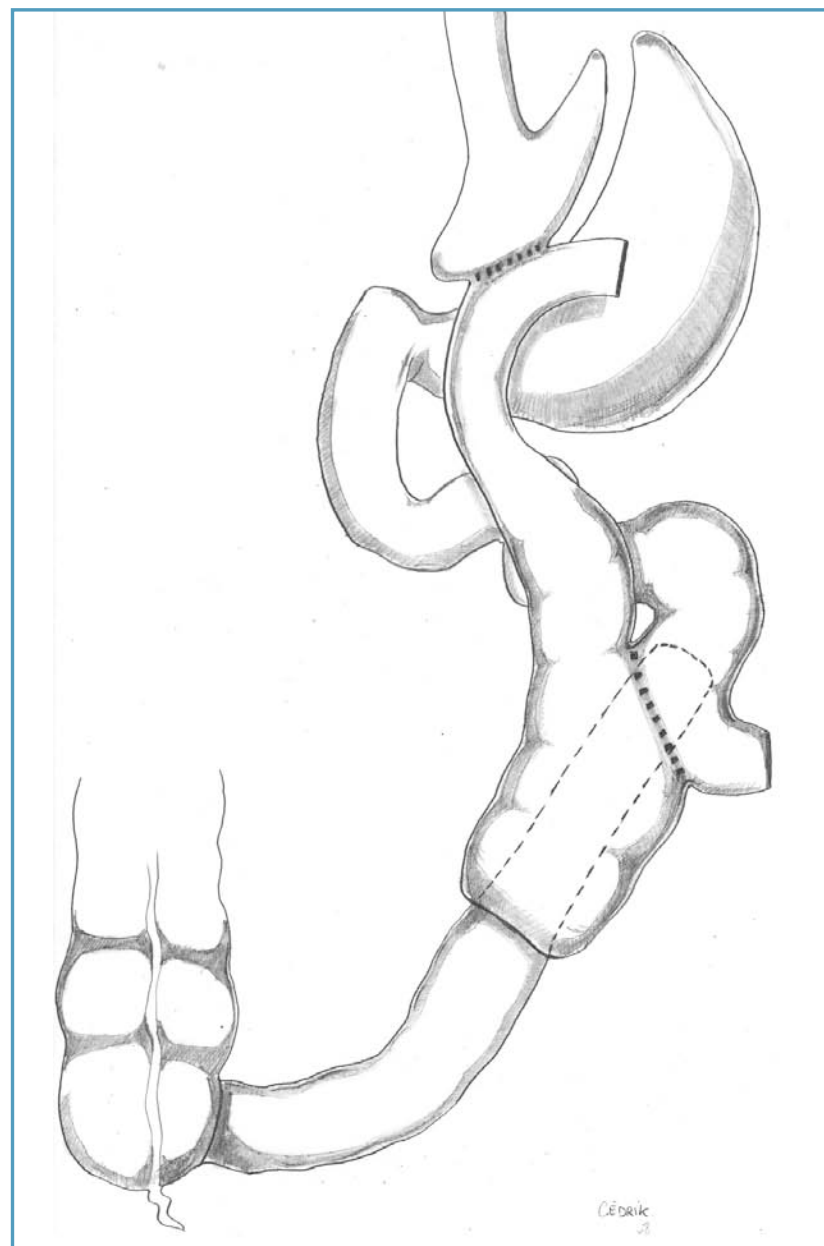


Schéma. N° 1

Invagination intestinale
Illustration : Cédrik Coussy

- l'invagination jéjuno-jéjunale, la plus fréquente.

La particularité de ces invaginations est leur constitution dans le sens contraire du péristaltisme et souvent idiopathique [4, 5, 6].

Dans notre cas, l'invagination jéjuno-jéjunale s'est faite aux dépens de l'anse commune en direction de l'anastomose jéjuno-jéjunale. La symptomatologie est variable et peut être aiguë ou chronique (douleur abdominale, nausée, vomissement, rectorragie). Dans 1% des cas, elle est responsable des occlusions du grêle après bypass gastrique [6].

Le mécanisme des invaginations intestinales rétrogrades reste inconnu. Elles sont en majorité primitives. On suspecte la perte excessive de poids, les désordres moteurs engendrés par la construction de l'anse en Y de Roux, la présence de l'anastomose jéjuno-jéjunale mécanique (Schémas 1 et 2),

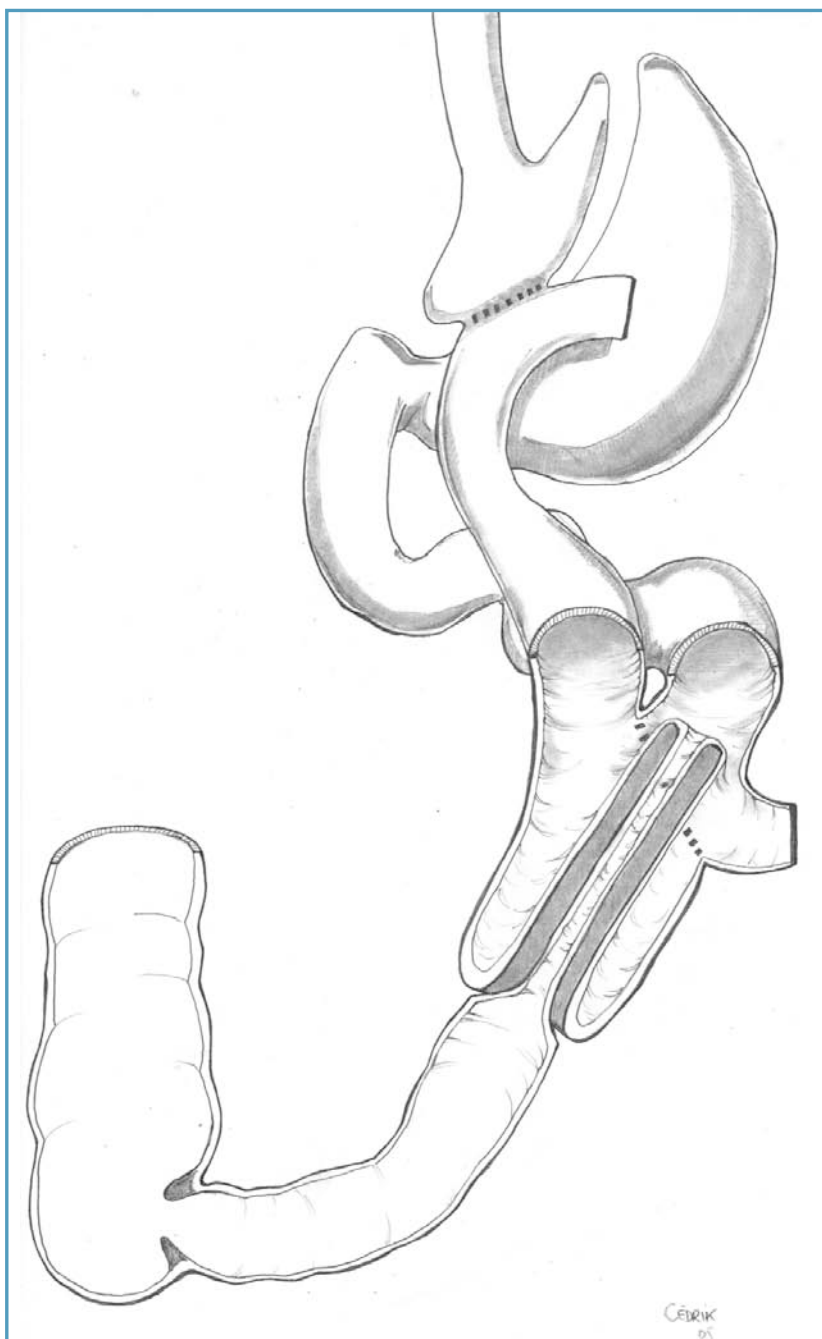


Schéma N° 2

Invagination intestinale coupe
Illustration : Cédrik Coussy

qui joueraient un rôle de point "leader" ou d'attraction ou "lead point" [6]. Les désordres moteurs de l'anse en Y de Roux sont déjà décrits lors des hepatico-jéjunostomies et dans

les gastrectomies [7, 8]. Le délai de survenue des invaginations intestinales après bypass gastrique est très variable et survient souvent après la première année [6].

A distance du bypass gastrique, les causes des douleurs et/ou occlusions du grêle comportent habituellement une hernie interne, un volvulus, un bézoard, une éventration étranglée. L'invagination intestinale est rarement évoquée et le retard dans le diagnostic peut être grave.

Wax [10] a rapporté un cas d'invagination intestinale aiguë rétrograde avec résection intestinale chez une femme enceinte (23 semaines d'aménorrhée), chez qui la symptomatologie évoquait une hernie interne étranglée.

Chez l'enfant, dans le cas des invaginations distales, l'imagerie permet le diagnostic et le traitement. L'examen capital est l'échographie qui découvre une image en cocarde à centre hyperechogène et le traitement est souvent le lavement opaque [3].

Dans notre cas, c'est le scanner qui a permis de faire le diagnostic et le traitement a été conservateur.

Dans le cas des invaginations jéjuno-jéjunales rétrogrades aiguës après bypass gastrique, l'imagerie n'est pas obligatoire, la clinique est suffisante et la sanction thérapeutique est souvent d'emblée chirurgicale.

Chez notre patiente, la laparoscopie a permis de confirmer le diagnostic. Mais devant l'importance de la dilatation du grêle d'amont, la longueur du boudin d'invagination, et l'ischémie du grêle invaginé, nous avons opté d'emblée pour la conversion en laparotomie, pour la sécurité de la désinvagination et la recherche d'une étiologie. Dans les séries exhaustives rapportées par Zainabadi et al., la laparotomie est la voie d'abord la plus utilisée pour la désinvagination et la résection intestinale la plus pratiquée [10]. Dans certains cas, plusieurs auteurs ont proposé l'intervention de Noble modifiée [6, 10].

□ CONCLUSION

L'invagination intestinale rétrograde est une complication rare après bypass gastrique. Elle est le plus souvent jéjuno-jéjunale. La symptomatologie est très variable et le diagnostic différentiel, difficile. Il faut y penser systématiquement chez tout patient opéré de bypass gastrique présentant à distance une symptomatologie douloureuse abdominale ou d'occlusion digestive haute. Le fait d'y penser conduira à des examens (radiographie, ultrasonographie et tomodensitométrie) [11] et c'est grâce à une étroite collaboration entre les équipes de chirurgie bariatrique, de radiologie, et même d'obstétrique [10] que le diagnostic et la thérapeutique seront précoces.

Clinique des Emailleurs
1, rue Victor Schoelcher
87042 Limoges - France
maximesodji@voila.fr

RÉSUMÉ

L'auteur rapporte un cas d'invagination intestinale rétrograde de l'anse commune, 3 ans après un bypass gastrique chez une patiente de 45 ans ayant perdu 61% d'excès de poids. La tomodensitométrie a permis de faire le diagnostic qui a été confirmé par la laparoscopie. Le traitement a été conservateur par laparotomie avec des suites simples sans récurrence douloureuse 2 mois après.

SUMMARY (KEY WORDS : Morbid obesity, Bariatric surgery, Roux-en-Y gastric bypass, Acute retrograde intestinal invagination, Small intestine.)

The author reports a case of retrograde intestinal invagination of the common limb, 3 years after a gastric bypass in a 45 years old female patient who lost 61% of excess weight. The CT scan allowed the diagnosis confirmed by laparoscopy. The treatment was conservative by laparotomy with simple follow-up without painful recurrences two months later.

RIASSUNTO (PAROLE CHIAVE : Obesità patologica, Chirurgia bariatrica, Bypass gastrico con ansa ad Y secondo Roux, Invaginazione intestinale acuta retrograda, Intestino tenue.)

L'autore riporta un caso di invaginazione intestinale retrograda dell'anse comune, tre anni dopo un bypass gastrico in una paziente di 45 anni con una perdita dell'eccesso ponderale del 61%. La TC ha permesso di porre la diagnosi che è stata confermata dalla laparoscopia. Il trattamento è stato conservatore in laparoscopia con un decorso regolare senza recidive dolorose 2 mesi dopo.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - SIMPER SC, ERZINGER JM, MCKINLAY RD, SMITH SC : Retrograde (reverse) jejunal intussusception might not be such a rare problem : a single group's experience of 23 cases. : *Surg. Obes. Relat. Dis.* 2008 ; 4 : 77-83.
 - 2 - FRANCHI S, MARTELLI H, PAYE-JAOUEN A, GOLDSZMIDT D, PARIENTE D : Invagination intestinale aiguë du nourrisson et de l'enfant. : *In EMC - Pédiatrie* ; 2004 : 45-56.
 - 3 - ALEXANDRE J-H : Occlusions intestinales. : *In Pathologie chirurgicale.* 1971 ; édition Masson : 826-828.
 - 4 - AL SABAGH S, CHRISTOU NA : Intussusception after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. : *Surg. Obes. Relat. Dis.* 2008 ; 4 : 205-9.
 - 5 - BOCKER J, VASILE J, ZAGER J, GOODMAN E : Intussusception : an uncommon of post-operative small bowell obstruction after gastric bypass. : *Obes. Surg.* 2004 ; 14 : 116-9.
 - 6 - VER STEEG K : Retrograde intussusception following Roux-en-Y gastric bypass. : *Obes. Surg.* 2006 ; 16 : 1106-3.
 - 7 - GOVERMAN J, GREENWALD M, GADALETA D : Antiperistaltic (retrograde after Roux-en-Y gastric bypass). : *Am. Surg.* 2004 Jan. ; 70 : 67-70.
 - 8 - LE BLANC-LOUVRY I, DUCROTTE P, PEILLON C, MICHEL P, CHIRON A, DENIS P : Roux-en-Y limb motility after total and distal gastrectomy in symptomatic and asymptomatic patients. : *J. Am. Coll. Surg.* 2000 ; 190 : 408-17.
 - 9 - LE BLANC-LOUVRY I, DUCROTTE P, MANOUVRIER JL, PEILLON C, TESTART J, DENIS P : Motility of the Roux-en-Y hepaticojejunostomy. : *Am. J. Gastroenterol.* 1999 ; 94 : 2501-8.
 - 10 - WAX JR, WOLF R, COBEAN R, PINETTE MG, BLACKSTONE J, CARTIN A : Intussusception complicating pregnancy following laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. : *Obes. Surg.* 2007 ; 17 : 977-9.
 - 11 - ZAINABADI K, RAMANATHAN R : Intussusception after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. : *Obes. Surg.* 2007 ; 17 : 1619-1623.
 - 12 - HOCKING MP, MCCOY DM, VOGEL SB, KAUDE JV, SNINSKY CA : Antiperistaltic and isoperistaltic intussusception with abnormal motility after Roux-en-Y gastric bypass : a case report. : *Surgery.* 1991 ; 110 : 109-12.
-