

Invagination gastrique

Stomach Intussusception

P. Maroteix · T. Lerable

Reçu le 20 mars 2017 ; accepté le 14 juin 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Une femme de 21 ans consulte aux urgences pour une douleur épigastrique, brutale, en barre et intense, évaluée à dix sur l'échelle verbale analogique (EVA), sans fièvre, évoluant depuis cinq heures. On note comme seul antécédent un accouchement par voie basse, à terme, il y a deux mois. L'examen clinique retrouve une patiente apyrétique, sans défaillance hémodynamique. Elle ne présente pas de diarrhée, ni de nausée ou vomissement. La palpation abdominale montre seulement une sensibilité épigastrique sans défense et sans masse palpée. Un traitement symptomatique par antalgique de palier 1 associé à une titration morphinique est réalisé. Devant l'augmentation des accès douloureux et malgré un bilan biologique d'entrée (numération, ionogramme, bilan hépatique, rénal et pancréatique) strictement normal, il est décidé de réaliser un scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste. Le scanner abdominal injecté au temps portal retrouve, sur les coupes frontales (Fig. 1), un très net boudin d'invagination avec aspect épaissi et hypodense de la paroi invaginée. La patiente est transférée dans un autre centre hospitalier pour bénéficier d'une fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) après pose d'une sonde nasogastrique en aspiration. La FOGD n'a pas retrouvé d'invagination ni de lésion suspecte. Ceci peut être expliqué par une réduction de l'invagination pendant le transfert, soit spontanée, soit grâce à la sonde gastrique. Dans la littérature nous avons retrouvé un cas identique révélant une maladie de Ménétrier [1]. Les biopsies gastriques réalisées lors de la FOGD se sont révélées normales. La patiente a repris progressivement et sans difficulté une alimentation normale, ce qui a permis son retour au domicile



Fig. 1 TDM avec injection, séquence portale : boudin d'invagination gastrique. Flèche blanche fine : corps de l'estomac. Flèche blanche large : fundus

sans suivi spécifique. Devant le caractère exceptionnel de ce syndrome et en l'absence de recommandation face à une telle situation, il a été décidé d'une abstention chirurgicale et de proposer une surveillance simple.

Référence

1. Juglard R (2006) Maladie de Ménétrier révélée par une invagination gastroduodénale. *J Radiol* 87:69–71

P. Maroteix (✉)
Service d'accueil des urgences, CH La Rochelle,
rue du Docteur Schweitzer, F-17000 La Rochelle, France
e-mail : paulmaroteix@gmail.com

T. Lerable
Service d'accueil des urgences, CH Alençon, rue de Fresnay,
F-61000 Alençon, France