

CAS CLINIQUE

Ulcère de Dieulafoy gastrique : Une cause rare d'hémorragie digestive massive: à propos d'une observation histologiquement confirmée

Dieulafoy gastric ulcer: A rare cause of massive upper gastrointestinal bleeding: about a histologically confirmed observation

Malika Kaci¹, Malika Baghdadi¹, Azzedine Selmani², Mohamed Kelkoul³, Housseem Bouakline³

¹ Service de Gastro-entérologie, Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran

² Service de Chirurgie générale, Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran

³ Service d'Anatomie pathologique, Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran

Auteur correspondant : mkacikaci@yahoo.fr Article reçu le 17/07/2017 Accepté le 21/07/2019

MOTS CLÉS

Ulcère de Dieulafoy, hémorragie, estomac

Résumé

L'ulcère de Dieulafoy est une cause rare d'hémorragie digestive massive pouvant être fatale. Le saignement se produit à partir d'une anomalie vasculaire définie par la présence dans la sous-muqueuse, d'une artère aberrante anormalement large. La localisation gastrique est la plus fréquemment rapportée mais de rares cas ont été confirmés à l'examen anatomopathologique.

Nous rapportons l'observation d'un homme de 32 ans opéré en urgence pour une hémorragie digestive haute massive, menaçant le pronostic vital et ne permettant pas de localiser la lésion à l'examen endoscopique. Un ulcère de Dieulafoy gastrique a été diagnostiqué en per opératoire, traité par wedge résection et confirmé à l'examen histopathologique.

KEY WORDS

Dieulafoy's disease, bleeding, stomach

Abstract

Dieulafoy's lesion is a rare cause of massive digestive hemorrhage that can be fatal. Bleeding occurs from a vascular abnormality defined by the presence in the submucosa of an abnormally large aberrant artery. Gastric localization is the most frequently reported, but rare cases have been confirmed by histology.

We report the case of a 32-year-old man operated on an emergency for massive upper gastrointestinal haemorrhage, which is life threatening and not allowing to locate the lesion with the endoscopic examination. A Dieulafoy's gastric lesion was diagnosed intraoperatively, treated by wide wedge resection and confirmed by histology.

Introduction

L'ulcère de Dieulafoy a été décrit initialement par Guallard en 1884 puis par George Dieulafoy en 1897[1], C'est une lésion rare responsable de 1 à 2% des hémorragies digestives, parfois grave, pouvant engager le pronostic vital du patient[2]. L'ulcère de Dieulafoy est défini par la présence dans la sous-muqueuse d'une artère de calibre anormalement large de 1 à 5 mm de diamètre, ce qui représente 10 fois sa taille habituelle [3,4,6]. Sa localisation préférentielle est gastrique, 80% des lésions siègent 6 à 10 cm au-dessous de la jonction œsogastrique[3].

L'endoscopie digestive permet de faire le diagnostic en période hémorragique et d'assurer l'hémostase par des méthodes thermiques ou mécaniques (clips, ligature élastique). Le traitement chirurgical est la dernière option chez les patients avec une récurrence hémorragique non contrôlée ou un site hémorragique non identifié. Elle consiste à réaliser une résection chirurgicale réglée emportant l'anomalie vasculaire « wedge resection ».

Nous rapportons un cas d'ulcère simplex de Dieulafoy de localisation sous cardiaque, révélé par une hémorragie digestive haute massive, diagnostiqué en peropératoire et confirmé à l'examen histopathologique. Les caractéristiques de la lésion, les circonstances diagnostiques et les moyens thérapeutiques sont discutés.

Observation

Un homme âgé de 32 ans a été hospitalisé pour méléna avec anémie sévère, il n'a aucun antécédent notable et ne rapporte pas de notion de prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Deux jours avant son admission il avait présenté une hémorragie digestive haute et a été transfusé de 3 culots globulaires.

A l'admission, l'examen clinique montrait une pâleur cutanéomuqueuse, un état hémodynamique stable, un abdomen souple et la présence de sang noirâtre au toucher rectal. Les explorations biologiques ont retrouvé une anémie microcytaire hypochrome avec une hémoglobine à 7g/dl, un taux de plaquettes à 150 000/mm³, un taux de prothrombine à 85% et une fonction hépatique et rénale normales.

L'endoscopie haute ne montrait pas de lésions muqueuses œsogastroduodénales, ni de varices œsophagiennes ou cardiotubérositaires. Il n'y avait pas de sang ou de stigmates de saignement récent.

Le patient a été transfusé de deux culots globulaires. Vingt quatre heures après son admission, il a présenté une hématomèse de grande abondance associée à des signes de choc hypovolémique avec une tension artérielle à 70/40 mm Hg, une tachycardie à 120 battements/minute, des sueurs et une déglobulisation à 4,5g/dl d'hémoglobine,

ayant nécessité une transfusion de 4 culots globulaires et une perfusion de macromolécules.

Une deuxième endoscopie digestive haute a été faite en urgence au bloc opératoire chez ce patient en état hémodynamique précaire et sous support hémodynamique. Celle-ci était de réalisation difficile du fait de la présence de sang rouge abondant provenant du fundus et de l'existence de multiples caillots sanguins comblant toute la lumière gastrique, elle n'a pas permis d'objectiver la lésion gastrique à l'origine du saignement.

Une chirurgie urgente a été décidée, en peropératoire et après gastrotomie, l'extraction de plusieurs caillots de sang a permis de voir un saignement actif en jet au niveau de la région sous-cardiale à partir d'une petite érosion, évoquant le diagnostic d'un ulcère de Dieulafoy. Une résection partielle réglée emportant la lésion artérielle a été réalisée.

L'étude histopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de lésion de Dieulafoy en montrant l'existence d'une perte de substance limitée à la muqueuse érodant une artériole sous muqueuse de calibre anormalement large (figures 1 et 2).

Le patient a été revu, il n'a plus présenté de récurrence hémorragique avec un recul de 2 ans.

Figure 1. Ulcère de Dieulafoy HEx40

- a. Artère sous-muqueuse de calibre large
- b. Perte de substance épithéliale

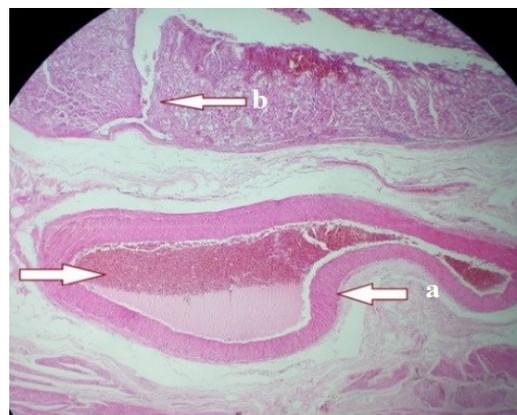
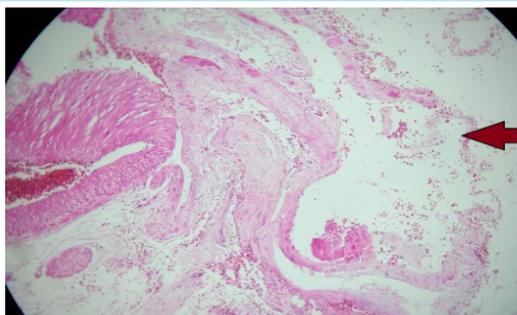


Figure 2. Erosion muqueuse isolée et présence de sang dans la sous muqueuse



Discussion

La lésion de Dieulafoy est une anomalie vasculaire qui correspond à la présence dans la sous-muqueuse d'une artère de calibre anormalement important [1, 2, 3, 4]. Le mécanisme de saignement est mal connu, il serait en rapport avec une érosion de la muqueuse par ischémie liée à la pression exercée par cette artère aberrante [4]. C'est une lésion rare, elle représente 6% des hémorragies digestives non variqueuses et elle est considérée comme la principale étiologie des hémorragies digestives d'origine obscure [5].

L'ulcère de Dieulafoy est plus fréquent chez le sujet âgé avec des comorbidités, L'âge moyen de survenu est de 50 ans, avec prédominance masculine [3], contrairement à notre patient jeune, sans aucun antécédent pathologique.

La localisation préférentielle est gastrique dans deux tiers des cas, quelques localisations rares ont été rapportées, 18% au niveau du duodénum, 2% dans le jéjunum et 2% dans l'œsophage [6].

L'ulcère de Dieulafoy gastrique se manifeste le plus souvent par une hémorragie digestive récidivante, parfois massive menaçant le pronostic vital. L'endoscopie digestive représente le gold standard pour le diagnostic de cette lésion, devant l'existence d'un saignement en jet, la visualisation d'un vaisseau ou l'existence d'un clou plaquettaire sur une érosion muqueuse voire une muqueuse d'aspect normal non ulcérée [7]. Cependant le diagnostic peut parfois être difficile comme pour notre patient, en présence d'une hémorragie abondante ne permettant pas de préciser le site hémorragique, de petite lésion ou de saignement intermittent, en effet 23% des ulcères de Dieulafoy nécessitent plus d'une endoscopie pour localiser la lésion [5,7].

L'hémostase per endoscopique représente le traitement de première ligne, il a permis de diminuer le taux de mortalité de 80% à 8% [6,7] ; plusieurs techniques sont possibles telles que l'injection d'adrénaline, l'électrocoagulation, la coagulation au plasma argon, la mise en place de clips et la ligature élastique [7,8, 9]. Selon les études, l'association de deux techniques hémostatiques augmente le taux de succès et serait un facteur prédictif de non-récidive [7,8]. En cas d'échec, l'embolisation vasculaire peut être une option thérapeutique mais comporte un risque d'ischémie mésentérique [6].

Le traitement chirurgical s'impose en dernier recours en cas de récidive non contrôlée ou de site hémorragique non identifié [7]. Il consiste à une résection partielle (wedge resection) emportant l'anomalie vasculaire, mettant ainsi le patient à l'abri d'une récidive, au prix d'une mortalité élevée lorsqu'elle est réalisée en urgence [7, 8,10,]. Pour notre cas, la chirurgie était la seule alternative thérapeutique devant l'abondance du saignement ne permettant pas d'objectiver la lésion à l'endoscopie et l'état hémodynamique précaire du patient nécessitant un geste hémostatique urgent.

Conclusion

Ce cas illustre les difficultés diagnostiques de l'ulcère de Dieulafoy en cas d'hémorragie digestive massive menaçant le pronostic vital. Le traitement per endoscopique est efficace, mais lorsque la lésion n'est pas identifiée, l'indication chirurgicale est formelle. Elle permet de réséquer l'anomalie vasculaire évitant ainsi les récives et de confirmer le diagnostic à l'examen histologique.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

1. Dieulafoy G. Exulceratio simplex : l'intervention chirurgicale dans les hématoméses foudroyantes consécutives à l'exulcération simplex de l'estomac. Bull Acad. Med. 1898 ; 39:49-84.
2. Chaer RA, Helton WS. Dieulafoy's disease. J Am Coll Surg 2003 ; 196: 290-296.
3. Ding YJ, Zhao L, Liu J, et al. Clinical and endoscopic analysis of gastric Dieulafoy's lesion. World J Gastroenterology 2010; 16(5):631-5.
4. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. Ann R Coll Surg Engl 2010; 92:548-554.
5. George P, Malliaras, Andrea Carollo, and Gregg Bogen. Esophageal Dieulafoy's lesion: an exceedingly rare cause of massive upper GI bleeding Journal of Surgical Case Reports, 2016;6, 1-2
6. Saleh R, et al, Case report: Dieulafoy lesion: the little known sleeping giant of gastrointestinal bleeds, AmJ Emerg Med (2016), DOI:10.1016/j.ajem.2016.06.024
7. Jeon HK, Kim GH. Endoscopic management of Dieulafoy's lesion. Clin Endosc 2015 ; 48(2) :112-20. DOI : 10.5946/ce.2015.48.2.11
8. Lucía Relea-Pérez, Marta Magaz-Martínez, Fernando Pons-Renedo. Massive upper gastrointestinal bleeding due to a Dieulafoy's lesion inside a duodenal diverticulum. Rev Esp EFERM DIG:2017, 109(12), 876-877. DOI: 10.17235/reed.2017.5200/2017
9. Cui J, Huang LY, Liu YX. Efficacy of endoscopic therapy for gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion. World J gastroenterology 2011; 17(10):1368-72.
10. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. Gastrointest Endosc 2003;58:236-243

